

# BMJ Best Practice

## Trastornos de pánico

Directamente al punto de atención



Última actualización: Jul 14, 2023

# Tabla de contenidos

<b>Descripción general</b>	<b>3</b>
Resumen	3
Definición	3
<b>Teoría</b>	<b>4</b>
Epidemiología	4
Etiología	4
Fisiopatología	5
Clasificación	6
Antecedentes de caso	6
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordaje	8
Anamnesis y examen	11
Factores de riesgo	13
Pruebas diagnósticas	14
Diferenciales	16
Criterios	17
Cribado	18
<b>Manejo</b>	<b>20</b>
Abordaje	20
Resumen del algoritmo de tratamiento	27
Algoritmo de tratamiento	30
Emergente	65
Prevención primaria	65
Prevención secundaria	65
Discusión con el paciente	65
<b>Seguimiento</b>	<b>67</b>
Monitorización	67
Complicaciones	68
Pronóstico	68
<b>Guías de práctica clínica</b>	<b>70</b>
Guías de práctica clínica para el diagnóstico	70
Guías de práctica clínica de tratamiento	70
<b>Recursos online</b>	<b>71</b>
<b>Tablas de evidencias</b>	<b>72</b>
<b>Referencias</b>	<b>74</b>
<b>Descargo de responsabilidad</b>	<b>90</b>

## Resumen

La frecuencia de los ataques de pánico puede variar considerablemente en el trastorno de pánico. Algunas personas sufren brotes breves de varios episodios de pánico dentro de un corto periodo de tiempo, ataques de pánico semanales o ataques periódicos durante el transcurso de varios meses.

Existe un riesgo mayor entre los parientes de primer grado; el estrés desencadena el inicio de los ataques; con frecuencia es comórbido con otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados con el consumo de sustancias.

La evaluación se realiza a través del descarte de causas orgánicas, la referencia del propio paciente, la entrevista clínica y la observación conductual.

La autoayuda, la terapia cognitivo-conductual, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina son tratamientos de primera línea.

El manejo a largo plazo incluye la prevención de la recidiva después de suspender el tratamiento.

## Definición

El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes e inesperados en un periodo de un mes. Las personas con trastorno de pánico están constantemente preocupadas por tener otro ataque de pánico y/o por las consecuencias del mismo (p. ej., tener un ataque al corazón o perder el control). Las personas con trastorno de pánico también pueden cambiar su comportamiento en un intento de evitar tener más ataques (p. ej., evitar situaciones que puedan desencadenar sensaciones de pánico, implementar varios comportamientos de seguridad).[1] Los ataques de pánico implican el inicio repentino de síntomas intensos de ansiedad, tanto físicos como cognitivos, que se pueden desencadenar por señales específicas o pueden ocurrir de forma inesperada. Para un diagnóstico de trastorno de pánico, los ataques de pánico deben ser recurrentes; debe tenerse en cuenta que los ataques de pánico no recurrentes son relativamente frecuentes en la población general.[2] [3] En el trastorno de pánico, la frecuencia de los ataques de pánico puede variar ampliamente. Algunas personas sufren brotes breves de varios episodios de pánico dentro de un corto periodo de tiempo, ataques de pánico semanales o ataques periódicos durante el transcurso de varios meses. Independientemente de la frecuencia, la persona se encuentra persistentemente preocupada o con ansiedad en relación a la posibilidad de otro ataque.[4]

## Epidemiología

Entre el 8% y el 28% de las personas experimenta ataques de pánico en algún momento de su vida.[2] [3] Las estimaciones de prevalencia para el trastorno de pánico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, texto revisado (DSM-5-TR) son aproximadamente del 2% al 3% en adolescentes y adultos. La prevalencia global a lo largo de la vida se estima en un 1,7%. [1] En el DSM-5-TR, la agorafobia se considera actualmente una afección de manera independiente, por lo que están pendientes los datos de comorbilidad con el trastorno de pánico. De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR en los que el trastorno de pánico podía especificarse con o sin agorafobia, la prevalencia del trastorno de pánico sin agorafobia a lo largo de la vida y en 12 meses es del 4.0% y 1.5% respectivamente.[7] [8] El trastorno de pánico con agorafobia tiene estimaciones más bajas de vida (1.0%) y de 12 meses (0.5%).[7] [8] Los datos que se recopilaron en 14 países europeos respaldan los hallazgos epidemiológicos similares a los de Estados Unidos.[9] La tasa de trastorno de pánico en atención primaria es aproximadamente del 7.0% y es sustancialmente mayor en pacientes que se presentan con síntomas cardíacos o gastrointestinales (GI).[10] [11]

Los trastornos de ansiedad en general son más prevalentes en países con ingresos más elevados, aunque no está claro si este hallazgo refleja una verdadera diferencia en la prevalencia o diferencias en los criterios de diagnóstico y notificación.[12] Las probabilidades de desarrollar ataques de pánico y trastorno de pánico son más altas entre los nativos americanos en comparación con los caucásicos y más bajas entre los asiáticos, hispanos y negros.[7] [8]

Es más probable desarrollar ataques de pánico a mediados de la década de los 20 años, presentándose un poco antes en los hombres que en las mujeres.[9] [13] Los síntomas de pánico durante la adolescencia son predictivos de un mayor riesgo de otros trastornos de ansiedad y de estado de ánimo en la adultez.[14] El trastorno de pánico con y sin agorafobia tiene más probabilidades de desarrollarse al comenzar los 20 y 30 años de edad y es de 2 a 3 veces más común en mujeres que en hombres.[7] [8] La prevalencia de los ataques de pánico y del trastorno de pánico tiende a disminuir con la edad.[2]

El trastorno de pánico es altamente comórbido con otros trastornos de consumo de sustancias, estado de ánimo y ansiedad, incluida la dependencia a la nicotina.[8] [15] [16] El tabaquismo también puede aumentar el riesgo de trastorno de pánico de inicio tardío.[17] La comorbilidad con los trastornos depresivos es frecuente (33% a 85%), en especial entre personas con agorafobia.[10] [18] [19] La comorbilidad con la depresión puede conllevar una evolución de la enfermedad más grave y prolongada, y los ataques de pánico se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de pensamientos suicidas e intentos de suicidio.[20] [21]

## Etiología

Es probable que una combinación de factores predisponga a las personas a los trastornos de pánico.

- Factores genéticos: el riesgo de sufrir trastorno de pánico aumenta cinco veces entre los parientes de primer grado.[22] Las tasas de concordancia para gemelos monocigóticos y dicigóticos son aproximadamente del 23% y 6% respectivamente, con hallazgos procedentes de metaanálisis que atribuyen una estimación del 30% al 50% de la diferencia a la carga genética compartida.[22] [23] [24] A pesar de que la identificación de genes específicos en relación con el pánico no arrojó hallazgos concluyentes, es probable que múltiples variantes genéticas de pequeño efecto interactúen entre sí y contribuyan al riesgo de trastorno de pánico.[24] [25] Un metanálisis de genes candidatos mostró una

- asociación del trastorno de pánico con variantes del gen TMEM132D.[26] Un estudio de asociación del genoma completo (GWAS, por sus siglas en inglés) encontró que un polimorfismo en el gen GLRB puede predisponer al trastorno de pánico al aumentar la respuesta frente al estrés y los pensamientos de agorafobia.[27] También se cree que los mecanismos epigenéticos contribuyen a la predisposición al trastorno de pánico, posiblemente al mediar en las interacciones gen-ambiente.[28]
- Factores medioambientales: los ataques de pánico, por definición, ocurren inicialmente de forma inesperada. Sin embargo, ocurren en contexto, por lo que ciertas características del ambiente pueden convertirse en factores desencadenantes que provocan intensos síntomas de ansiedad. Son frecuentes los antecedentes relevantes de traumas y factores estresantes impredecibles e incontrolables.[29] [30] Antes del inicio de los ataques de pánico, hasta un 80% de los pacientes informa haber tenido uno o más eventos de vida negativos importantes.[29] La gravedad del asma parece estar asociada con un riesgo incremental de trastorno de pánico.[5] La variabilidad respiratoria también puede aumentar el factor de riesgo de aparición posterior del trastorno de pánico.[31] El uso y la dependencia de la nicotina son desproporcionadamente mayores en pacientes con trastorno de pánico y se puede relacionar de manera temporal con un riesgo elevado de desarrollar trastorno de pánico.[6]
  - Factores psicológicos: los modelos de conducta cognitiva del pánico suponen que las experiencias desagradables reiteradas con factores desencadenantes externos (p. ej., multitudes) e internos (p. ej., latidos cardíacos rápidos) conducen a la atención selectiva e hipervigilancia. A su vez, las personas aprenden a malinterpretar catastróficamente los síntomas físicos normales como peligrosos.[32] En todos los trastornos de ansiedad, puede haber una respuesta alterada frente a la amenaza con alteraciones en los circuitos involucrados en la atención, la emoción, el aprendizaje y la memoria.[33] La activación de la respuesta de lucha o huida ante el peligro percibido amplifica aún más la respuesta de pánico y los intentos de controlarlo a través de comportamientos de escape, evitación y seguridad ofrecen un alivio a corto plazo pero conducen a un mayor deterioro funcional a lo largo del tiempo.[34] Los factores temperamentales, como la inhibición conductual, pueden contribuir al riesgo de pánico en la adultez.[35] [36] La sensibilidad a la ansiedad, o la tendencia a malinterpretar catastróficamente los síntomas físicos como peligrosos, se considera un factor de riesgo psicológico para el desarrollo del trastorno de pánico.[32] [37]

## Fisiopatología

Los estudios de pánico por neuroimagen sugieren la afectación del núcleo amigdalino central, incluida la activación de otros centros de miedo del cerebro, como el tálamo, el hipotálamo y el hipocampo, que pueden desregular el control respiratorio en el tallo cerebral.[38] [39] Un estudio encontró una disminución del volumen de materia gris en las regiones temporal medial, del córtex prefrontal y cingulada del cerebro en el trastorno de pánico.[40]

Otros modelos patofisiológicos sugieren que la reactividad exagerada del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal a los estímulos ambientales puede estar implicada en el trastorno de pánico.[41] Los estudios de imagen mediante la resonancia magnética funcional demuestran anomalías en la atención y en la respuesta a la amenaza.[42] [43]

En pacientes con trastorno de pánico, la terapia cognitiva conductual demostró reducciones significativas en la activación de la región de la circunvolución frontal interior izquierda, con actividad reducida correlacionada con síntomas agorafóbicos reducidos.[44] Un estudio indicó que la activación previa al tratamiento de la ínsula bilateral y la corteza prefrontal dorsolateral izquierda durante el procesamiento de las amenazas se asocia con una rápida respuesta a la terapia cognitiva conductual.[45]

## Clasificación

### Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR)[1]

Trastorno de pánico:

- Experimentar ataques de pánico recurrentes e inesperados
- Al menos uno de los ataques se ha seguido por un período de al menos 1 mes de una o ambas de las siguientes: preocupación persistente por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (p. ej., ataque al corazón); un cambio significativo disfuncional en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., evitar el ejercicio o situaciones desconocidas)
- Los síntomas de pánico no deben atribuirse a efectos relacionados con sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento), otras afecciones médicas (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares) u otros trastornos psiquiátricos (p. ej., trastorno de ansiedad social, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación).

## Antecedentes de caso

### Antecedentes de caso #1

Una mujer de 22 años de edad, que estaba en su primer año de universidad, informó que se despertó a medianoche con palpitaciones, sofocos, sensaciones de asfixia y náuseas intensas. El ataque empezó de repente y de forma inesperada, no fue resultado de una pesadilla y los síntomas disminuyeron a los pocos minutos. En los últimos meses, se ha sentido más ansiosa y ha experimentado episodios similares cada semana con diferentes niveles de intensidad. Tiene miedo de estar al borde de un "colapso nervioso" y admite estar demasiado consciente de su "respiración y frecuencia cardíaca rápidas".

### Antecedentes de caso #2

Un hombre de 38 años de edad se presentó en el servicio de urgencias por segunda vez en 4 semanas con opresión torácica, taquicardia, disnea, mareos y sudoración de inicio repentino. Dice que tiene miedo de tener un ataque al corazón y de "perder la cabeza". Ya no conduce su auto y empezó a evitar las áreas concurridas por miedo a que esto le provoque más ataques. La historia clínica previa se presenta sin hallazgos relevantes. El resultado de la prueba cardíaca durante ambos ingresos es normal.

## Otras presentaciones

Los ataques de pánico también pueden ocurrir en presencia de afecciones clínicas que producen sensaciones físicas molestas, como diabetes, asma e hipertensión.[5] El tabaquismo también es común entre las personas con antecedentes de ataques de pánico, ya que aumentan el riesgo de abuso de sustancias y trastornos por uso de sustancias, en especial entre quienes presentan ataques más graves.[6] Algunos pacientes pueden tener dificultades para tolerar los ensayos de medicamentos antidepressivos por fijarse demasiado en los efectos adversos.



## Abordaje

El diagnóstico del trastorno de pánico está basado en la historia clínica referida por el propio paciente, la entrevista clínica y la observación conductual. Por lo general, durante la evaluación no se necesitan hallazgos objetivos basados en la exploración física o en análisis clínicos.

### Antecedentes/entrevista clínica

Existen tres características clave en el diagnóstico diferencial del trastorno de pánico:[1]

- Los ataques de pánico son recurrentes, con antecedentes de ocurrencia inesperada o “de la nada”, y alcanzan un máximo en pocos minutos.
- El miedo o la inquietud se centran en tener otro ataque de pánico y/o en la interpretación errónea de las consecuencias mentales y físicas de las sensaciones de pánico como peligrosas.
- Puede haber conductas de evitación o de seguridad diseñadas para minimizar la vivencia de futuros episodios de pánico. Otra consecuencia común puede ser la agorafobia.

Los ataques de pánico implican la aparición repentina de intensos síntomas físicos y cognitivos de ansiedad. Por lo general, un ataque de pánico alcanzará su punto máximo en cuestión de minutos y la persona a menudo siente la necesidad de hacer algo con urgencia (p. ej., escapar a un lugar seguro).[4]

Los síntomas de ansiedad pueden presentarse frecuentemente en atención primaria. La oleada de ansiedad experimentada fisiológicamente en una situación peligrosa puede diferenciarse de un ataque de pánico por la ausencia de síntomas cognitivos "catastrofizantes".[4] Para un diagnóstico de trastorno de pánico, la persona debe experimentar un ataque de pánico inesperado durante el transcurso de su vida, seguido de un mes de preocupación acerca de la recurrencia del ataque o sus consecuencias y/o un cambio inadecuado en el comportamiento debido al ataque.[1]

Los ataques de pánico son recurrentes; tenga en cuenta que los ataques de pánico no recurrentes son relativamente comunes en la población general.[2] [3] La frecuencia de los ataques de pánico puede variar considerablemente. Algunas personas sufren brotes breves de varios episodios de pánico dentro de un corto periodo de tiempo, ataques de pánico semanales o ataques periódicos durante el transcurso de varios meses. Independientemente de la frecuencia, la persona permanece persistentemente preocupada o ansiosa por la posibilidad de otro ataque y sus consecuencias.[4]

A pesar de que los ataques de pánico son frecuentes en otros trastornos de ansiedad, como fobias específicas, trastorno de ansiedad social y trastorno por estrés postraumático, no constituyen necesariamente un diagnóstico de trastorno de pánico. En otros trastornos de ansiedad, los ataques de pánico se desencadenan por la anticipación o la exposición directa a situaciones temidas (y, por lo tanto, pueden considerarse "esperados" y no "inesperados" como en el trastorno de pánico). La preocupación persistente o el cambio de comportamiento debido al miedo a nuevos ataques de pánico pueden diferenciar el trastorno de pánico de los ataques de pánico asociados con otras afecciones de salud mental.[4]

Hasta un 70% de los pacientes informa haber tenido al menos 1 ataque de pánico durante la noche.[48] Las personas pueden presentar síntomas sugerentes de una mayor actividad del sistema nervioso simpático (p. ej., palpitaciones, mayor presión arterial sistólica, hiperventilación, sudoración, rubefacción). Otros síntomas frecuentes incluyen dolor torácico y malestar, mareos, y hormigueo o sensación de adormecimiento en las manos, los pies y zonas del rostro. Los síntomas gastrointestinales, como náuseas y vómitos, son más frecuentes en los hombres. Los episodios de desmayos reales son infrecuentes. Sin embargo, el trastorno de pánico comórbido con fobia a la sangre, a las inyecciones o a

las lesiones puede aumentar el riesgo de desmayo debido a la disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial al estar expuesto a factores desencadenantes relacionados con la sangre o lesiones.

La historia clínica suele presentarse sin hallazgos relevantes, a pesar de que los antecedentes de asma y de tabaquismo en la adolescencia pueden asociarse especialmente con un mayor riesgo de trastorno de pánico.[5] [49] Varias afecciones clínicas, como el hipertiroidismo, la hipoglucemia, la hipotensión ortostática y, rara vez, el feocromocitoma, pueden imitar los síntomas de pánico. Evalúe si existen comorbilidades, que se encuentran con frecuencia (p. ej., trastornos respiratorios, arritmias cardíacas, enfermedades tiroideas, dolor crónico y cáncer).[4] Evalúe la medicación actual y el consumo de sustancias (p. ej., alcohol, nicotina, estimulantes, benzodiazepinas, opiáceos) ya que los efectos directos, adversos y de abstinencia pueden imitar síntomas de pánico.[4]

Hay que tener en cuenta los factores culturales al evaluar los ataques de pánico y trastorno de pánico.[50] Las personas caucásicas refieren predominantemente síntomas cardíacos y respiratorios durante los episodios de pánico, mientras que los refugiados camboyanos refieren síntomas centrados en la cabeza y el cuello y gastrointestinales.[8] [51] [52] [53] Con frecuencia, los pacientes de raza negra refieren tener sensaciones de adormecimiento en las extremidades, miedo a morir y pensamientos de "volverse loco".[54] Los pacientes de España y de la India rara vez refieren síntomas cognitivos y los pacientes japoneses rara vez tiene despersonalización.[55] [56] [57]

La utilización de los servicios médicos puede ser alta entre pacientes con antecedentes de pánico. Los pacientes a menudo buscan ayuda de especialistas médicos o en servicios de urgencias, y pueden ser derivados para pruebas diagnósticas innecesarias para descartar causas médicas de los síntomas.[58]

Los profesionales deben evaluar la intensidad y la frecuencia de los ataques. Los niveles de angustia suelen ser altos, con deterioro de la calidad de vida en comparación con controles sanos y un mayor riesgo de intento de suicidio.[59] [60]

Los deterioros funcionales en ámbitos personales, sociales y laborales son frecuentes y se vuelven mucho más graves con las crecientes conductas evitativas y relacionadas con la seguridad.[61]

Debe realizarse un cribado rutinario de otros trastornos relacionados con la ansiedad, el estado de ánimo y las sustancias, debido a la frecuente comorbilidad con estos y la asociación con peores resultados.[8] En la práctica, dado el alto potencial de diagnósticos coexistentes, a menudo existe la necesidad de evaluar y priorizar múltiples afecciones de salud mental.[12] El uso de un enfoque cronológico en la aparición de los trastornos puede ser útil y puede ayudar a establecer el trastorno primario y ayudar a planificar y priorizar los tratamientos.[62] Es importante la evaluación del riesgo de suicidio.[4] [63]

La evaluación del pánico y de los deterioros asociados se puede incrementar mediante el autocontrol y las entrevistas informativas clave con miembros de la familia.

## Observación conductual

Al entrevistar a los pacientes, pueden volverse claramente ansiosos y nerviosos cuando describen las sensaciones de pánico.

Las personas con ataques de pánico recurrentes manejan la ansiedad a través de la conducta evitativa, la búsqueda de la seguridad o el consumo de sustancias, especialmente nicotina. Las personas también pueden informar que evitan ciertas actividades, como el ejercicio, debido al miedo a desencadenar sensaciones de pánico.

Los pacientes tienen una mayor dependencia en señales de seguridad, como compañeros de confianza y el uso de medicamentos cuando participan en situaciones sociales. El foco de la ansiedad se debe mayormente a los miedos de experimentar sensaciones de pánico en vez de a los miedos de que los demás los evalúen negativamente.

## Exploración física

Por lo general, durante la exploración física no se encuentran hallazgos objetivos al examinar a un paciente con ataques de pánico. Las evaluaciones cardiorrespiratorias se encuentran, por lo general, dentro de los límites normales. Algunos estudios han encontrado que aproximadamente un 25% de los pacientes con palpitations sufre de ataques de pánico recurrentes.[64] La opresión torácica es frecuente en las poblaciones médicas, con opresión torácica no anginosa asociada con el trastorno de pánico.[65] La variabilidad respiratoria puede ser un factor de riesgo potencial para el trastorno de pánico.[31]

Los síntomas de una mayor actividad del sistema nervioso simpático (como taquicardia, mayor presión arterial sistólica, hiperventilación, transpiración sudoración y rubefacción) pueden estar presentes en los ataques de pánico intensos. El temblor muscular en las extremidades puede contribuir a los miedos de desequilibrio.

## Análisis clínicos

Los análisis clínicos o los estudios por imágenes se pueden indicar a fin de ayudar a descartar causas orgánicas que pueden ser determinantes para la presentación clínica.

Cuando exista la posibilidad de una causa orgánica subyacente, un panel mínimo de análisis de sangre incluye:[4]

- Pruebas de función tiroidea
- Urea y electrolitos
- Hemograma completo
- Niveles de glucemia.

Puede estar indicado el cribado toxicológico a fin de determinar si las sustancias ilícitas contribuyen en la presentación clínica. Se necesita un electrocardiograma (ECG) en todos los pacientes que presenten dolor torácico u otros síntomas cardíacos (p. ej., arritmias), para excluir causas cardíacas.[4]

## Herramientas de cribado

El cribado de pánico PRIME-MD contiene 4 preguntas de "sí o no" para evaluar la presencia de ataques de pánico en las últimas 4 semanas. Si la respuesta es "sí" a las 4 preguntas, se indica la probable presencia de trastorno de pánico. El cribado de pánico también incluye 11 síntomas somáticos y cognitivos, con la adhesión de al menos 4 de estos síntomas indicativos de probable trastorno de pánico.[66]

La Panic Disorder Severity Scale (PDSS) es una escala de 7 elementos que evalúa la frecuencia, evitación, grado de dificultad y deterioro funcional de los ataques de pánico. Se evalúan los ítems en una escala de 0 a 4, con puntuaciones mayores indicando mayor gravedad del pánico. Entre los pacientes con trastornos de pánico sin agorafobia, puntuaciones de 0-1 se consideran normal, 2-5 límite enfermo, 6-9 un poco enfermo, 10-13 moderadamente enfermo, 14-16 marcadamente enfermo y 17+ gravemente enfermo.[67]

El GAD-7 es una medida breve de referencia del propio paciente para evaluar la gravedad de la ansiedad en la atención primaria. En total, se evalúan 7 ítems en una escala de 0 a 3, con un puntaje de corte  $\geq 10$  indicativo de un probable trastorno de ansiedad.[10] [68] A pesar de estar diseñado como una medida de ansiedad generalizada, GAD-7 es sensible para detectar los síntomas relacionados con el pánico.

## Anamnesis y examen

### Principales factores de diagnóstico

#### presencia de factores de riesgo (común)

- Edad entre 20 y 30 años, sexo femenino, raza blanca, antecedentes familiares positivos, otros factores psicológicos, grandes factores estresantes en la vida o antecedentes de traumatismo, asma o trastornos comórbidos recientes.

#### inicio inesperado (común)

- Breve periodo de síntomas físicos y psicológicos intensos que ocurren de forma inesperada.
- Hasta un 70% de los pacientes informa haber tenido al menos 1 ataque de pánico durante la noche.

#### aprehensión y preocupación (común)

- Preocupación excesiva por los peligros de síntomas somáticos (p. ej., miedo a tener un ataque al corazón o morir) y psicológicos (p. ej., miedo a perder el control).
- Preocupación acerca de la recurrencia de los ataques.

#### conducta evitativa (común)

- Evitar situaciones externas (p. ej., las multitudes) y sensaciones internas (p. ej., ejercitar) por miedo a provocar ataques de pánico.

#### taquicardia (común)

- Frecuencia cardíaca incrementada en la exposición o exposición anticipada a desencadenantes fóbicos.
- Es el síntoma de pánico que se refiere con mayor frecuencia.

#### cribado de pánico PRIME-MD positivo (común)

- El cribado de pánico PRIME-MD contiene 4 preguntas de "sí o no" para evaluar la presencia de ataques de pánico en las últimas 4 semanas. Si la respuesta es "sí" a las 4 preguntas, se indica la probable presencia de trastorno de pánico. El cribado de pánico también incluye 11 síntomas somáticos y cognitivos, con la adhesión de al menos 4 de estos síntomas indicativos de probable trastorno de pánico.[66]

#### Escala de gravedad del trastorno de pánico (Panic Disorder Severity Scale [PDSS]) (común)

- Una escala de 7 elementos para evaluar la frecuencia, evitación, grado de dificultad y deterioro funcional de los ataques de pánico. Se evalúan los ítems en una escala de 0 a 4, con puntuaciones mayores indicando mayor gravedad del pánico. Entre los pacientes con trastornos de pánico sin agorafobia, puntuaciones de 0-1 se consideran normal, 2-5 límite enfermo, 6-9 un poco enfermo, 10-13 moderadamente enfermo, 14-16 marcadamente enfermo y 17+ gravemente enfermo.[67]

### **puntaje de corte de GAD-7 $\geq 10$ (común)**

- El GAD-7 es una medida breve de referencia del propio paciente para evaluar la gravedad de la ansiedad en la atención primaria. En total, se evalúan 7 ítems en una escala de 0 a 3, con un puntaje de corte  $\geq 10$  indicativo de un probable trastorno de ansiedad.[10] [68] A pesar de estar diseñado como una medida de ansiedad generalizada, GAD-7 es sensible para detectar los síntomas relacionados con el pánico.

### **Otros factores de diagnóstico**

#### **palpitaciones, opresión torácica y malestar (común)**

- Se puede presentar con opresión torácica atípica y palpitaciones.
- El análisis diagnóstico cardíaco se presenta sin hallazgos relevantes.

#### **náuseas y dolor abdominal (común)**

- Los síntomas gastrointestinales se refieren con mayor frecuencia en los hombres.

#### **mareos (común)**

- Los pacientes pueden experimentar mareos, aturdimiento, inestabilidad y sensación de desmayo.

#### **alteración perceptiva (común)**

- Sentimientos de desrealización (es decir, sentirse separado del propio entorno) y despersonalización (es decir, sentirse separado de uno mismo).

#### **síntomas respiratorios (común)**

- Hiperventilación, disnea, sensaciones de ahogo y de asfixia.

#### **dependencia de señales de seguridad (común)**

- Salir acompañado de personas de confianza, aferrarse a objetos para estabilizarse, llevar siempre un teléfono celular, tener medicamentos de rescate siempre listos o utilizar medicamentos al participar en situaciones sociales.

#### **parestias (común)**

- Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en las extremidades.
- Normalmente, es más frecuente con sensaciones de pánico más intensas.

#### **temblor muscular (común)**

- Temblor muscular o en las extremidades.
- Puede contribuir a los miedos de desequilibrio.

#### **sudoración (infrecuente)**

- Puede ser local (en las palmas de las manos) o expandirse.

#### **desmayos (infrecuente)**

- El miedo a los desmayos es frecuente durante los ataques de pánico.
- Los episodios de desmayos reales son infrecuentes.

## escalofríos o sofocos (infrecuente)

- Es posible informar escalofríos y sofocos independientes o simultáneamente.

# Factores de riesgo

## Fuerte

### antecedentes en parientes de primer grado

- La heredabilidad familiar aumenta cinco veces entre los parientes de primer grado con trastorno de pánico.
- del 30% al 50% de la heredabilidad en gemelos se atribuye a la genética compartida.[22] [24]
- Es probable que múltiples genes contribuyan a la vulnerabilidad al pánico.[24] [25]

### entre 18 y 39 años de edad

- Es más probable desarrollar ataques de pánico a principios o a mediados de los 20 años de edad, con las tasas más altas entre los 30 y los 39 años de edad, y pueden estar precedidos por eventos de vida negativos importantes.[2] [29]

### sexo femenino

- Las mujeres se ven afectadas con una frecuencia aproximada 2 a 3 veces mayor que los hombres.[7] [8]

### etnia caucásica y de los nativos americanos

- El riesgo es mayor entre la población de estadounidenses nativos y más bajo entre personas asiáticas, hispanas y de raza negra en comparación con las personas de raza blanca.[7] [8]

### eventos de vida importantes

- Antes del inicio de los ataques de pánico, hasta un 80% de los pacientes informa haber tenido eventos de vida negativos importantes.[29]
- Los antecedentes de un trauma son comunes, sobre todo en mujeres.[30]

### trastornos comórbidos

- Frecuente comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y con el trastorno por consumo de sustancias.[8] [16] [15] La comorbilidad con la depresión puede conllevar una evolución de la enfermedad más grave y prolongada, y los ataques de pánico se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de pensamientos suicidas e intentos de suicidio.[20] [21]

### factores psicológicos

- La sensibilidad a la ansiedad puede predisponer a las personas a monitorizar excesivamente el funcionamiento somático y a malinterpretar catastróficamente las sensaciones físicas como peligrosas.[32]
- Las conductas de evitación, de escape y de seguridad aprendidas contribuyen a aumentar la ansiedad anticipatoria y el deterioro disfuncional.[34]
- Los factores temperamentales tempranos, como la inhibición conductual y los trastornos de ansiedad en la niñez, se asocian con el alto riesgo de pánico en la adultez.[35] [36]

### asma y variabilidad respiratoria

- La gravedad del asma parece estar asociada con un riesgo incremental de trastorno de pánico.[5]  
La variabilidad respiratoria también puede aumentar el riesgo del posterior inicio del trastorno de pánico.[31]

### tabaquismo

- El uso y la dependencia de la nicotina son desproporcionadamente mayores en pacientes con trastorno de pánico y se pueden relacionar de manera temporal con el riesgo elevado de desarrollar trastorno de pánico.[6]

### consumo de cafeína

- Se descubrió que el uso de la cafeína se asocia positivamente con mayores síntomas de ansiedad y riesgo de inducción de ataques de pánico en pacientes con trastorno de pánico.[46]

## Pruebas diagnósticas

### 1ª prueba para solicitar

Prueba	Resultado
<b>evaluación clínica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalmente, no se indican análisis clínicos o estudios por imágenes para el trastorno de pánico.</li> </ul>	<b>la autoevaluación, la entrevista clínica y la observación del comportamiento son suficientes para establecer el diagnóstico; el diagnóstico cumple con los criterios clínicos para el trastorno de pánico (p. ej., DSM-5-TR)</b>

## Otras pruebas que se deben considerar

Prueba	Resultado
<b>electrocardiograma (ECG)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se necesita en todos los pacientes que presenten dolor torácico u otros síntomas cardíacos (p. ej., arritmias).</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>glucemia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para descartar la hipoglucemia como factor determinante para la presentación clínica.</li> </ul>	<b>normal; bajo en hipoglucemia</b>
<b>pruebas de función tiroidea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para descartar el hipertiroidismo como factor determinante para la presentación clínica.</li> </ul>	<b>normal; T4 elevada, hormona estimulante de la tiroides baja en hipertiroidismo</b>
<b>perfil metabólico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para investigar una posible causa orgánica subyacente, una analítica básica incluye un hemograma, urea y electrolitos.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>cribado toxicológico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para determinar si las sustancias ilícitas contribuyen para la presentación clínica.</li> </ul>	<b>negativo; positivo en el consumo de drogas ilícitas</b>

## Diferenciales

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
<b>Agorafobia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar al menos 2 situaciones basándose en el miedo por pensar que será difícil escapar.</li> <li>• Es posible experimentar sensaciones de pánico, pero estas son esperadas en vez de inesperadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada.</li> </ul>
<b>Fobia específica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo excesivo o poco realista a determinados objetos o situaciones. Identificar los factores precipitantes de los ataques de pánico; las sensaciones de pánico son provocadas por la exposición anticipada o real a los estímulos fóbicos más que de una forma inesperada. Puede haber ausencia de preocupación persistente o cambio de comportamiento debido al miedo a nuevos ataques de pánico, a diferencia del trastorno de pánico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada.</li> </ul>
<b>Trastorno de ansiedad social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El foco del miedo implica la preocupación de ser avergonzado o evaluado negativamente por los demás. Identificar los factores precipitantes de los ataques de pánico; las sensaciones de pánico son provocadas por la exposición anticipada y real a situaciones sociales y de evaluación, en lugar de ser inesperadas. Puede haber ausencia de preocupación persistente o cambio de comportamiento debido al miedo a nuevos ataques de pánico, a diferencia del trastorno de pánico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada.</li> </ul>
<b>Trastorno de ansiedad por enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el trastorno de ansiedad por enfermedad, los pacientes están demasiado preocupados por los síntomas somáticos y se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada.</li> </ul>

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
	<p>centran en su cuerpo. Puede haber una falta de hiperactividad autonómica. Es probable que los temores sean más lejanos temporalmente (p. ej., cáncer) en comparación con el trastorno de pánico, donde los temores son generalmente inmediatos (p. ej., ataque al corazón).</p>	
<p><b>Trastorno por estrés postraumático</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El inicio es consecuencia de un factor estresante potencialmente mortal. Otros síntomas diferenciales incluyen la insensibilidad emocional y volver a experimentar el traumatismo.</li> <li>• Identificar los factores precipitantes de los ataques de pánico; las sensaciones de pánico son provocadas por la exposición anticipada y real a los desencadenantes del trauma, en lugar de ser inesperadas. Puede haber ausencia de preocupación persistente o cambio de comportamiento debido al miedo a nuevos ataques de pánico, a diferencia del trastorno de pánico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada.</li> </ul>
<p><b>Trastorno de ansiedad por separación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los síntomas se desencadenan por la separación evidente y real de los miembros de la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada.</li> </ul>
<p><b>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas que resultan de los efectos fisiológicos directos del consumo de sustancias o de la abstinencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estructurada y cribado toxicológico.</li> </ul>

## Criterios

### Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR)[1]

Un diagnóstico de trastorno de pánico se basa en la experiencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados. Al menos uno de estos ataques se sigue por un periodo de un mes en el que la persona está

preocupada acerca de tener más ataques o por sus implicaciones (p. ej., tener un ataque al corazón) o en el que la persona cambia su comportamiento de manera inadaptada (p. ej., evitar situaciones que puedan provocar sensaciones de pánico). La persona puede seguir experimentando ataques de pánicos esperados e inesperados con frecuencia e intensidad variables.

Los ataques de pánico se caracterizan por un incremento abrupto de miedo intenso o malestar físico, que alcanza un máximo en pocos minutos, en el que se presentan al menos 4 de los siguientes 13 síntomas:

- Palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada
- Sudoración
- Temblor o agitación
- Sensación de falta de aire o asfixia
- Sensación de ahogo
- Opresión torácica o malestar
- Náuseas o malestar abdominal
- Sentirse mareado, inestable, aturdido o débil
- Escalofríos o sensación de calor
- Parestesias (sensación de adormecimiento u hormigueo)
- Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (desapego de uno mismo)
- Miedo a perder el control o a "volverse loco"
- Miedo a morir.

Para cumplir con los criterios diagnósticos del trastorno de pánico, los síntomas no deben ser atribuibles a efectos relacionados con sustancias (p. ej., una droga de abuso o un medicamento), otras patologías (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares) u otros trastornos psiquiátricos (p. ej., trastorno de ansiedad social, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación o trastorno de ansiedad por enfermedad).

Los ataques de pánico no son una afección codificada independientemente, pero se pueden enumerar como especificadores en cualquier trastorno de DSM-5-TR y son frecuentes sobre todo en pacientes con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

En el DSM-5-TR, la agorafobia se considera un trastorno en sí mismo, con frecuencia comórbido pero independiente del trastorno de pánico. La agorafobia se caracteriza por el miedo o ansiedad marcados en 2 o más situaciones y el miedo asociado o la evitación de estas situaciones debido a pensamientos de que será difícil escapar o de que puede no haber ayuda disponible en caso de desarrollar síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o avergonzantes.

## Cribado

Las guías de práctica clínica sobre el cribado del trastorno de pánico varían según el país. La US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda el cribado de los trastornos de ansiedad en todos los niños y adolescentes de 8 a 18 años, y en todos los adultos de 19 a 64 años, incluidas las embarazadas y las puérperas. La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del cribado de los trastornos de ansiedad en niños de 7 años y menores, y en adultos mayores de 65 años.<sup>[69] [70]</sup> La Women's Preventive Services Initiative (WPSI) de EE.UU. recomienda el cribado de ansiedad en atención primaria en mujeres y adolescentes de  $\geq 13$  años, incluidas las embarazadas y las puérperas. La WPSI establece que se desconocen los intervalos de cribado óptimos, por lo que la frecuencia debe establecerse en función del juicio clínico.<sup>[71]</sup>

Por el contrario, las guías de orientación británicas del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) no ofrecen orientaciones específicas sobre el cribado de la ansiedad. El NICE afirma que no hay evidencia suficiente para recomendar un instrumento de cribado de autoinforme bien validado para el trastorno de pánico, y recomienda que se confíe en las habilidades de consulta para obtener toda la información necesaria.[62]

El cribado de pánico PRIME-MD contiene 4 preguntas de "sí o no" para evaluar la presencia de ataques de pánico en las últimas 4 semanas. Si la respuesta es "sí" a las 4 preguntas, se indica la probable presencia de trastorno de pánico. El cribado de pánico también incluye 11 síntomas somáticos y cognitivos, con la adhesión de al menos 4 de estos síntomas indicativos de probable trastorno de pánico.[66]

La Panic Disorder Severity Scale (PDSS) es una escala de 7 elementos que evalúa la frecuencia, evitación, grado de dificultad y deterioro funcional de los ataques de pánico. Se evalúan los ítems en una escala de 0 a 4, con puntuaciones mayores indicando mayor gravedad del pánico. Entre los pacientes con trastornos de pánico sin agorafobia, puntuaciones de 0-1 se consideran normal, 2-5 límite enfermo, 6-9 un poco enfermo, 10-13 moderadamente enfermo, 14-16 marcadamente enfermo y 17+ gravemente enfermo.[67]

El GAD-7 es una medida breve de referencia del propio paciente para evaluar la gravedad de la ansiedad en la atención primaria. En total, se evalúan 7 ítems en una escala de 0 a 3, con un puntaje de corte  $\geq 10$  indicativo de un probable trastorno de ansiedad.[10] [68] A pesar de estar diseñado como una medida de ansiedad generalizada, GAD-7 es sensible para detectar los síntomas relacionados con el pánico.

## Abordaje

Los ataques de pánico se experimentan con frecuencia a través de una variedad de trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y relacionados con el consumo de sustancias y no requieren de un tratamiento específico. Con frecuencia, se presentan personas con trastorno de pánico en atención primaria y estos se pueden relacionar con la alta utilización de los servicios y los costes si no se los reconoce o si se los trata de manera inadecuada.[11] [72] Las metas principales del tratamiento son reducir la intensidad, la frecuencia y la duración de los episodios de pánico, reducir la conducta evitativa, limitar la extrema dependencia de señales de seguridad y mejorar la capacidad funcional.

### Consideraciones generales

Debido a las limitaciones de la evidencia actual, no es posible establecer si son más efectivas las terapias psicológicas o las intervenciones farmacológicas para el trastorno de pánico en general.[73] Al diseñar un enfoque de tratamiento, tenga en cuenta los efectos adversos potenciales, el historial de tratamiento previo, las preferencias del paciente, las comorbilidades y la disponibilidad del tratamiento.

Las opciones de tratamiento para el trastorno de pánico incluyen:[4]

- Terapia cognitiva conductual (TCC)
- Medicamentos
- La combinación de TCC y medicación.

Las guías de práctica clínica sobre el tratamiento varían en distintos países y deben individualizarse para cada paciente, pero como guía general, para aquellos con trastorno de pánico leve, considere inicialmente la autoayuda o la TCC. Para aquellos con trastorno de pánico de gravedad moderada, considere la TCC, medicación (es decir, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS] o un inhibidor de la recaptación de serotonina-noradrenalina [IRSN]) o una combinación de TCC y medicación. Para aquellos con trastorno de pánico grave, considere tanto la TCC como un ISRS/IRSN desde el principio.[4] Tenga en cuenta que en algunas áreas, como el Reino Unido, se recomienda un modelo de atención escalonada; el tratamiento psicológico está recomendado como tratamiento de primera línea por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para pacientes con trastorno de pánico independientemente de la gravedad (a menos que el trastorno sea de larga duración o que el paciente no se haya beneficiado o haya rechazado el tratamiento psicológico).[62]

Los pacientes con una respuesta inadecuada al tratamiento inicial en atención primaria pueden requerir la derivación a un psiquiatra para opciones adicionales de farmacoterapia y a un profesional de la salud mental con experiencia en el manejo cognitivo conductual del trastorno de pánico.[62] Las estrategias de tratamiento también pueden necesitar la participación de los miembros de la familia para ayudar a maximizar el compromiso del paciente con las intervenciones recomendadas.[62] Supervise de forma rutinaria el estado funcional y los comportamientos de evitación a lo largo del tiempo para evitar las recaídas.[4]

Los cuidados colaborativos, que consisten en integrar en entornos de atención primaria, la terapia conductual cognitiva (TCC) y la farmacoterapia basada en la evidencia, son un enfoque eficaz para tratar los trastornos de la ansiedad. Un ensayo aleatorizado controlado multicéntrico a gran escala, conocido como el ensayo coordinado de aprendizaje y manejo de la ansiedad (CALM), demostró que las intervenciones basadas en la evidencia (como TCC y/o farmacoterapia) reducen significativamente los síntomas de ansiedad y los deterioros funcionales y mejoran la calidad de la atención en pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria.[74] [75] Se descubrió que CALM es superior a la atención

habitual para el trastorno de pánico en intervalos de seguimiento de 6 y 12 meses.[76] Del mismo modo, se encontró que los estudios de modelos de atención colaborativa que utilizan la coordinación de la atención telefónica y la TCC informatizada con opciones de atención escalonada son superiores a la atención habitual.[77] [78]

## Psicoeducación y consejos de estilo de vida

Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad.[62] En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). Los ataques de pánico no son peligrosos, aunque sí molestos. El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con el paciente, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que el paciente comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos del paciente de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye:[4]

- Sueño reparador
- Ejercicio de manera regular
- Reducción del consumo de cafeína, tabaco y alcohol
- Dieta saludable
- Mantenerse ocupado con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.

Para algunos pacientes, por ejemplo, aquellos con un trastorno de pánico leve sin comorbilidades, puede ser adecuado un enfoque de conducta expectante seguido de psicoeducación y consejos sobre el estilo de vida, seguido de tratamientos específicos si es necesario.[4]

## Ataques de pánico sin trastorno de pánico

Si el paciente se presenta con un ataque agudo de pánico, asegúrele de que los síntomas no son peligrosos y de que el ataque disminuirá pronto. Generalmente, los pacientes hiperventilan como parte del ataque, pero experimentan esto subjetivamente como disnea. Se le debe explicar esto al paciente y se debe hacer énfasis para ralentizar la respiración. Resulta útil hacerlo en un cuarto tranquilo y con el apoyo de un ser querido. En el entorno del servicio de urgencias, a veces se puede considerar el uso de benzodiazepinas para poner fin a un ataque agudo, por ejemplo, si la agitación o la ansiedad del paciente son especialmente graves.[4]

Explique a los pacientes que se presentan con ataques de pánico de nueva aparición que los ataques son comunes y que afectan hasta casi un tercio de las personas a lo largo de la vida.[2] [3] A pesar de que los ataques son molestos, no son peligrosos y tienen una duración limitada.

No está indicado ningún tratamiento particular para las presentaciones que no cumplen los criterios establecidos para el trastorno de pánico, por ejemplo, en el DSM-5-TR. A pesar de su uso inherente en el tratamiento de los síntomas relacionados con el pánico, los ensayos controlados con placebo no encontraron evidencia de la efectividad del propranolol.[79] Resultan beneficios los materiales de autoayuda basados en los principios de terapia cognitiva conductual (TCC). El suministro de materiales escritos, solos o en combinación con un contacto telefónico breve, puede ser útil para reducir los síntomas relacionados con el pánico.[80] [81] La biblioterapia puede ser especialmente útil cuando

se usa en combinación con un profesional que monitoriza la respuesta del tratamiento.[82] [83] Las intervenciones de autoayuda indican una fuerte magnitud del efecto, aunque el tratamiento administrado por un terapeuta parece superar a la autoayuda.[84] Las ventajas de las intervenciones de autoayuda incluyen coste, disponibilidad, facilidad de administración y conveniencia. Las desventajas incluyen el enfoque del tratamiento genérico, la falta de responsabilidad y las dificultades potenciales para comprender e implementar de manera adecuada los principios del tratamiento.

Los ataques de pánico son comunes a otros trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y relacionados con el consumo de sustancias, por lo que se recomienda el cribado adicional para estas enfermedades.

Anime a los pacientes a monitorizar la intensidad, la frecuencia y la duración de los ataques y si estos episodios son esperados o inesperados. Planifique una evaluación de seguimiento o una cita telefónica en un plazo de 2 semanas para volver a evaluar los síntomas del paciente. Consulte a continuación el manejo recomendado para los pacientes que posteriormente cumplen los criterios del DSM-5-TR para el trastorno de pánico.

## Trastorno de pánico sin comorbilidad

Los datos respaldan la autoayuda, la TCC y los ISRS/IRSN como opciones de primera línea igualmente válidas según la gravedad de los síntomas del paciente y su preferencia individual.[4] [62] [85] La TCC se puede usar sola sin farmacoterapia o como complemento para cualquier forma de farmacoterapia.[86]

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (p. ej., imipramina o clomipramina) se consideran opciones de segunda línea. Las benzodiazepinas se pueden utilizar cuando estén indicadas específicamente para tratar la crisis de ansiedad a corto plazo o como tratamiento adyuvante para aumentar el efecto de los ISRS, IRSN y ADT en el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico resistente al tratamiento o al inicio de una terapia antidepresiva para prevenir el empeoramiento de los síntomas debido a efectos secundarios de los antidepresivos.[63] Una respuesta inadecuada al tratamiento inicial debería provocar la reconsideración del diagnóstico o la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y relacionados con el consumo de sustancias.

TCC:

- La TCC es un enfoque de tiempo limitado basado en las competencias y diseñado para modificar los pensamientos, los comportamientos y las eventualidades ambientales que mantienen o exacerban los síntomas y deterioros. Además, es un tratamiento de primera línea eficaz.[87] [88] [89] [90] [Evidence C] Puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) al que se accede mediante una aplicación de un ordenador, tablet o teléfono inteligente. Los datos a favor de la TCCd están aumentando y parece ser igualmente beneficiosa, en comparación con la TCC presencial, para el tratamiento del trastorno de pánico, con reducciones similares de los síntomas y mejoras en la calidad de vida.[78] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] Por lo tanto, la TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4]
- Las sesiones de tratamiento pueden continuar por 12 a 14 visitas, a pesar de que se descubrió que 6 a 7 sesiones también pueden resultar eficaces.[98] Se recomienda la derivación a un profesional de la salud mental con pericia en TCC. El médico que deriva y el profesional de la salud mental deben mantener colaboración de rutina. La evidencia también sugiere los efectos benéficos de cuidados colaborativos en entornos de atención primaria, incluido el uso de TCC computarizado y de programas de coordinación del cuidado.[74] [77] [78] [99]

- El objetivo de la terapia cognitiva conductual para el pánico es permitir que la persona experimente los síntomas del pánico sin sentir miedo y, además, eliminar la dependencia a la evitación y búsqueda de seguridad a fin de que aprenda que, en realidad, no está sucediendo nada peligroso durante un ataque de pánico. El aumento temporal de la ansiedad al enfrentar situaciones y sensaciones de miedo de una manera controlable y predecible a menudo puede ser necesario para aprender a autocontrolarse y superar el pánico.
- La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación (incluso volver a entrenar la respiración), desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas. Este último implica la exposición tanto a sensaciones corporales internas (como “experimentos conductuales”) como a factores desencadenantes externos (si la persona también presenta agorafobia). La exposición a importantes sensaciones físicas molestas (p. ej., mareos, hiperventilación y taquicardia) de manera gradual, repetida y controlada puede reducir las creencias temerosas y aumentar la tolerancia a estas sensaciones con el tiempo. Por ejemplo, la persona y el terapeuta pueden hiperventilar juntos para demostrar que este acto no conduce a la pérdida del conocimiento, o pueden acordar realizar ejercicios en un salón donde haga calor para comprobar que los latidos del corazón rápidos no conducen a un ataque al corazón. La exposición gradual externa implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente (p. ej., multitudes, tiendas, filas, transporte público) sin depender de señales de seguridad (p. ej., pareja, medicamento). Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos. A pesar de que se deben evitar ciertas actividades (como ejercitar o beber café) durante las primeras etapas de la terapia de exposición, ya que pueden provocar sensaciones físicas similares a las que se experimentan durante los episodios de pánico, estas se pueden incorporar a la jerarquía de exposición en etapas posteriores del tratamiento.
- Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]
- Resultan beneficios los materiales de autoayuda basados en los principios de terapia cognitiva conductual (TCC). La biblioterapia, sola o en combinación con un contacto telefónico breve, puede ser útil para reducir los síntomas relacionados con el pánico.[80] [81] Las intervenciones de autoayuda indican una fuerte magnitud del efecto, aunque el tratamiento administrado por un terapeuta parece superar a la autoayuda.[84] La exposición asistida por el terapeuta tiende a resultar en mayores reducciones de la evitación agorafóbica y de la gravedad del pánico en comparación con la exposición autodirigida sin la ayuda del terapeuta.[100] La biblioterapia puede ser especialmente útil cuando se usa en combinación con un profesional que monitoriza la respuesta del tratamiento.[82] Las ventajas de las intervenciones de autoayuda incluyen coste, disponibilidad, facilidad de administración y conveniencia. Las desventajas incluyen el enfoque del tratamiento genérico, la falta de responsabilidad y las dificultades potenciales para comprender e implementar de manera adecuada los principios del tratamiento.
- La TCC suplementaria a la farmacoterapia puede aumentar el cumplimiento del régimen farmacológico, mejorar la tasa de respuesta y reducir la cantidad de medicamento que se necesita para ganar control de los síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] [104] [105] [106] Los pacientes que suspenden las benzodiazepinas se pueden beneficiar de la TCC suplementaria.[107] [108]

ISRS/IRSN:

- Farmacoterapia de primera línea para el tratamiento del trastorno de pánico.[11] [25] [109] [110] [111] [112] [113] [114] [115]
- Eficaz, también, en el manejo de una variedad de otros síntomas, como la interrupción del sueño, y otros trastornos de ansiedad y de estado de ánimo frecuentes.[116]
- La paroxetina, la sertralina, la fluoxetina, la fluvoxamina, el citalopram, el escitalopram, y la venlafaxina demostraron ser eficaces y tienen un inicio de eficacia retrasado (de 2 a 12 semanas).[110] [117] [118] [119] [120] [121] [122] [123]
- La elección del antidepresivo depende de la disponibilidad, los efectos adversos, el riesgo a los síntomas de abstinencia (p. ej., mareos, irritabilidad, náuseas, ansiedad rebote) y la facilidad de titulación de la dosis. La paroxetina y la venlafaxina tienen un riesgo más alto de síntomas de abstinencia que la fluoxetina.
- Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de los medicamentos; por lo tanto, es recomendable comenzar con la dosis más baja y aumentar la dosis con precaución ("comenzar con poco, ir despacio").[12]

#### Benzodiazepinas:

- Existen evidencia de baja calidad que sugiere que las benzodiazepinas son superiores al placebo en el manejo a corto plazo del trastorno de pánico; actualmente se carece de datos sobre la eficacia y los riesgos del tratamiento a largo plazo, lo que proporciona una orientación limitada para la práctica clínica.[124] Algunos médicos consideran que las benzodiazepinas son una parte útil del armamento terapéutico para un subgrupo de pacientes con trastornos de ansiedad.[125] [126] Sin embargo, su uso dentro de la práctica clínica se ve frecuentemente limitado debido a la preocupación por sus efectos adversos asociados (p. ej., deterioro cognitivo, caídas y sedación), la tolerancia, la dependencia y el potencial de abuso.[4]
- Las benzodiazepinas se utilizan a veces para una crisis de ansiedad de corta duración, o como complemento para aumentar los ISRS, IRSN y ácido tricloroacético en el manejo de pacientes con trastorno de pánico resistente al tratamiento, o al inicio de la terapia antidepresiva para evitar el empeoramiento de los síntomas debido a los efectos secundarios de los antidepresivos.[63] Se recomienda su uso a corto plazo (p. ej., de 2 a 4 semanas).[127]
- Las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido no recomiendan el uso de benzodiazepinas para los pacientes con trastorno de pánico, ya que se asocian con resultados menos buenos a largo plazo.[62] Sin embargo, otras guías de práctica internacionales recomiendan que el uso cauteloso de benzodiazepinas a corto plazo puede considerarse como una opción alternativa para pacientes seleccionados con trastornos de pánico, por ejemplo, para pacientes cuyos síntomas no han respondido a otros tratamientos o para el manejo de la agitación o la ansiedad graves durante el inicio de un ISRS.[4] [63]
- Todas las benzodiazepinas se pueden asociar a un potencial de tolerancia, dependencia y abuso. Los agentes de acción corta pueden justificar la consideración especial de los riesgos sin demostrar beneficios adicionales.[128] [129] Si se indican benzodiazepinas, la preferencia puede ser por agentes de acción prolongada planificados, para que el uso de medicamentos dependa del tiempo y no de la respuesta al pánico. El uso de benzodiazepinas de corta duración "según sea necesario" puede dar lugar a que el paciente desarrolle una dependencia psicológica de estos medicamentos, lo que podría disminuir la capacidad del individuo de desarrollar un locus de control interno sobre estos síntomas, por lo que, en caso de ser necesario, las benzodiazepinas deberían ser dosificadas regularmente y no "según necesidad".
- Evite recetar benzodiazepinas a pacientes con una anamnesis previa o actual de abuso de sustancias.[4]

- Tienen un inicio rápido de acción y generalmente se toleran bien. La dependencia fisiológica puede tener lugar en tan solo 2 a 4 semanas. Los programas de suspensión abrupta o rápida disminución gradual pueden aumentar el riesgo de síntomas de abstinencia (p. ej., mareos, irritabilidad, náuseas, sudoración, temblores, ansiedad rebote y convulsiones). Se pueden preferir los agentes de acción más prolongada (p. ej., clonazepam) para minimizar la ansiedad rebote entre las dosis.
- El tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas debe ser poco frecuente, supervisado, realizado con precaución y basado en una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios previstos de las benzodiazepinas para el paciente individual; es aconsejable la aportación de un especialista (p. ej., de un psiquiatra o un especialista en adicciones). A los pacientes que utilizan benzodiazepinas a largo plazo se les debe ofrecer regularmente la oportunidad de retirarse gradualmente del uso a largo plazo; se recomienda el tratamiento con la dosis eficaz más baja.[127] [130]
- Los pacientes con dosis diarias promedio máximas, normalmente más de lo que recomiendan las guías de práctica clínica, son más propensos al abuso de sustancias, a los diagnósticos comórbidos y a las prescripciones concurrentes para los medicamentos psicoactivos, lo que sugiere un manejo más complejo.[131] [132]

#### ADT:

- Los ADT están indicados en pacientes en los que ha fracasado el tratamiento con uno o más inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o en pacientes con dolor neuropático. Los pacientes con trastorno de pánico con una alta probabilidad de asociar quejas en relación al dolor también se pueden beneficiar del tratamiento con ADT.[133]
- Tanto la imipramina como la clomipramina demostraron eficacia.[88] [134] Sin embargo, son menos favorables con respecto a los efectos adversos y pueden no tolerarse tan bien como los ISRS y los IRSN.[116]
- Para que un individuo desarrolle un locus de control interno sobre estos síntomas y, por lo tanto, si son necesarias, las benzodiazepinas deberán dosificarse de una forma regular y no "según sea necesario".

## Trastorno de pánico con comorbilidad

Los trastornos depresivos o de ansiedad pueden ocurrir antes, durante o después del inicio del trastorno de pánico. Con ansiedad y depresión graves, se indica la derivación a un psiquiatra.

#### Depresión comórbida:

- Inicialmente, los pacientes se tratan con TCC o ISRS/IRSN, o con ADT cuando falla el tratamiento con uno o más ISRS/IRSN o TCC. Las benzodiazepinas están contraindicadas de forma relativa para personas con depresión como comorbilidad.[116]
- Las benzodiazepinas a veces se consideran que tienen una contraindicación relativa en personas con depresión comórbida. Sin embargo, existen datos de calidad moderada que indican que agregar una benzodiazepina a un régimen antidepresivo puede ser útil para mejorar la gravedad de la depresión, la respuesta al tratamiento y la remisión durante la fase inicial del tratamiento. Estos beneficios no se observan durante las fases aguda y continua.[135]
- Las directrices del estudio STAR\*D para la depresión comórbida resistente al tratamiento recomiendan la farmacoterapia doble en pacientes que no responden si muestran una respuesta parcial (25% de mejoría en los síntomas) con una dosis máxima de 1 antidepresivo.[136] Se puede considerar la combinación de 2 fármacos de grupos con diferentes mecanismos de acción, siendo estos grupos los ISRS (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram),

IRSN (venlafaxina), mirtazapina y antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina). Verifique cuidadosamente las interacciones entre medicamentos y considere la consulta con un psiquiatra antes de iniciar una terapia combinada.

- La TCC para el trastorno de pánico es eficaz entre pacientes con depresión grave y/o comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias.[137] La TCC basada en la exposición para el trastorno de pánico es eficaz al reducir la ansiedad y los síntomas depresivos comórbidos, independientemente de la gravedad de la depresión.[138] También se recomienda la TCC suplementaria para pacientes que reciben farmacoterapia.

Ansiedad comórbida (p. ej., agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno por estrés postraumático):

- El tratamiento puede comenzar con farmacoterapia (es decir, ISRS, IRSN, benzodiazepina, ADT) con o sin TCC, o solo TCC. Las benzodiazepinas y los ADT se consideran farmacoterapia de segunda línea.
- Los ISRS pueden complementarse con benzodiazepinas de mayor potencia en algunos pacientes a corto plazo, especialmente si los síntomas de ansiedad intensos y persistentes interfieren con el cumplimiento del tratamiento y el compromiso, y si es necesario un control rápido de los síntomas de ansiedad.[63] [139]

## Duración del tratamiento y cese

La farmacoterapia para el trastorno de pánico debe mantenerse durante al menos 1 año a partir del punto de respuesta al tratamiento a fin de ayudar a garantizar la reducción de síntomas y la protección contra la recidiva.[140] [141]

Si se considera disminuir gradualmente los medicamentos, es necesario repasar las ventajas y desventajas de la respuesta del medicamento actual, debatir sobre la duración de la estabilidad de los síntomas y anticipar y resolver los factores estresantes que pueden tener impacto en la recidiva. Debido a una tasa significativa de recaídas, asegúrese de que el paciente alcance el máximo funcionamiento antes de suspender los medicamentos.[142] [143] Existe evidencia limitada sobre el efecto y la seguridad de diferentes estrategias de interrupción de la medicación para los trastornos de ansiedad, lo que significa que faltan datos sobre el momento óptimo de interrupción, así como sobre la presencia de apoyo psicológico durante la interrupción.[144] Suspenda gradualmente el medicamento durante un período prolongado de tiempo para minimizar el riesgo de síntomas de abstinencia y monitorice al paciente con frecuencia durante ese tiempo.[62]

Hay datos que sugieren que la TCC tiene un efecto positivo duradero durante al menos 12 meses después de completar el tratamiento en comparación con las condiciones de control.[145] Un gran metanálisis de estudios de seguimiento comparó los efectos duraderos de diferentes tratamientos para los trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) durante un periodo de 24 meses después del cese del tratamiento. Los pacientes tratados con TCC experimentaron una mejoría significativa en los síntomas con el tiempo, mientras que los pacientes del grupo de medicación se mantuvieron estables en el periodo posterior al abandono del tratamiento. Los pacientes del grupo del placebo no experimentaron un empeoramiento de los síntomas con el tiempo, pero sí presentaron resultados significativamente peores que los tratados con TCC.[146]

## Resumen del algoritmo de tratamiento

Tenga en cuenta que las formulaciones/vías y dosis pueden diferir entre los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Las recomendaciones de tratamiento son específicas para cada grupo de pacientes: [ver aviso legal](#)

Agudo	( Resumen )
<b>ataque de pánico agudo</b>	
	1 <sup>a</sup> <b>confortar</b>

En curso

( Resumen )

trastorno de pánico

■ sin comorbilidad

- 1ª terapia cognitiva conductual (TCC)
- 1ª inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)
- más psicoeducación y consejos de estilo de vida
- adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)
- adjunto benzodiazepinas
- 2ª antidepresivos tricíclicos (ADT)
- más psicoeducación y consejos de estilo de vida
- adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)
- 3ª benzodiazepinas
- más psicoeducación y consejos de estilo de vida
- adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)

■ con depresión comórbida

- 1ª terapia cognitiva conductual (TCC)
- 1ª inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)
- más psicoeducación y consejos de estilo de vida
- adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)
- 2ª antidepresivos tricíclicos (ADT)
- más psicoeducación y consejos de estilo de vida
- adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)
- 3ª farmacoterapia doble
- más psicoeducación/consejos de estilo de vida
- adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)

■ con ansiedad comórbida

- 1ª terapia cognitiva conductual (TCC)
- 1ª inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

En curso	( Resumen )	
	más	psicoeducación y consejos de estilo de vida
	adjunto	terapia cognitiva conductual (TCC)
	adjunto	benzodiazepinas
	2ª	antidepresivos tricíclicos (ADT)
	más	psicoeducación y consejos de estilo de vida
	adjunto	terapia cognitiva conductual (TCC)
	3ª	benzodiazepinas
	más	psicoeducación y consejos de estilo de vida
	adjunto	terapia cognitiva conductual (TCC)
<b>ataques de pánico sin trastorno de pánico</b>		
	1ª	asesoramiento y monitorización
	más	psicoeducación y consejos de estilo de vida

# Algoritmo de tratamiento

Tenga en cuenta que las formulaciones/vías y dosis pueden diferir entre los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Las recomendaciones de tratamiento son específicas para cada grupo de pacientes: [ver aviso legal](#)

## Agudo

### ataque de pánico agudo

1<sup>a</sup>

#### confortar

- » Tranquilizar al paciente diciéndole que los síntomas no son peligrosos y que el ataque disminuirá pronto.
- » Generalmente, los pacientes hiperventilan como parte del ataque, pero experimentan esto subjetivamente como disnea. Se le debe explicar esto al paciente y se debe hacer énfasis para ralentizar la respiración.
- » Resulta útil hacerlo en un cuarto tranquilo y con el apoyo de un ser querido.
- » En el entorno del servicio de urgencias, a veces se puede considerar el uso de benzodiacepinas para poner fin a un ataque agudo, por ejemplo, si la agitación o la ansiedad del paciente son especialmente graves.<sup>[4]</sup>

## En curso

## trastorno de pánico

## ■ sin comorbilidad

1<sup>a</sup>**terapia cognitiva conductual (TCC)**

» El tratamiento se individualiza teniendo en cuenta la gravedad, los potenciales efectos adversos, el historial de tratamiento anterior, las preferencias del paciente, las comorbilidades y la disponibilidad del tratamiento. Como guía general, considere para aquellos con un trastorno de pánico leve, ofrecer inicialmente autoayuda o TCC sola. Para aquellos pacientes con trastorno de pánico de gravedad moderada, considere ofrecer TCC, un ISRS/IRSN o una combinación de TCC y medicación. Para aquellos con trastorno de pánico grave, considere ofrecer TCC y un ISRS/IRSN desde el principio.[4]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas. La TCC se puede usar sola sin farmacoterapia o como complemento para cualquier forma de farmacoterapia.[86]

» Es un tratamiento de primera línea eficaz.[88] [89] [90] [Evidence C] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146] Las sesiones de tratamiento pueden continuar por 12 a 14 visitas, a pesar de que se descubrió que 6 a 7 sesiones también pueden resultar eficaces.[98] Se recomienda la derivación a un profesional de la salud mental con pericia en TCC. El médico

## En curso

que deriva y el profesional de la salud mental deben mantener colaboración de rutina. La evidencia también sugiere los efectos benéficos del suministro de TCC en los entornos de atención primaria.[74] [99]

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente se acerque a las situaciones y las sensaciones que teme sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

### 1ª **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)**

#### Opciones primarias

» **paroxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 60 mg/día

○

» **sertralina**: 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 200 mg/día

○

» **fluoxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10-20 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 80 mg/día

○

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 4-7 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

○

» **citalopram**: 5-10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de

## En curso

20 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 40 mg/día

O

» **escitalopram**: 5 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 5-10 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 20 mg/día

O

» **venlafaxina**: 37.5 mg por vía oral (liberación prolongada) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 37.5 a 75 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 225 mg/día

» Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la clase óptima de antidepresivos debido a su amplio espectro de acción y seguridad y tolerancia mejoradas.[109] [111] [116]

» La paroxetina es el menos estimulante y el más sedante de los ISRS. La fluoxetina tiene una vida media larga y, en consecuencia, un menor riesgo de síntomas de abstinencia, pero es más estimulante y requiere de una titulación más lenta.

» Los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) como venlafaxina o duloxetina también son eficaces.

» Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de los medicamentos; por lo tanto, es recomendable comenzar con la dosis más baja y aumentar la dosis con precaución ("comenzar con poco, ir despacio").[12] La mayoría de los efectos adversos tienen una duración limitada al periodo de titulación de la dosis. Esto se debe debatir previamente con los pacientes y se los debe vigilar estrechamente para asegurar el cumplimiento.

#### más **psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación

## En curso

sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

#### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[86] [88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Los cursos de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisados por un médico o completados con autoayuda. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar el curso, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol,

## En curso

entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

**adjunto benzodiazepinas**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

**Opciones primarias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por vía oral dos veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada 3 días según la respuesta, máximo 4 mg/día

**Opciones secundarias**

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por vía oral (liberación inmediata) cuatro veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 1 mg/día cada 3-4 días según la respuesta, máximo 6 mg/día

○

» **lorazepam**: 0.5 mg por vía oral tres veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 6 mg/día

○

» **diazepam**: 2.5 mg por vía oral (liberación inmediata) dos veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 40 mg/día

» Las benzodiazepinas no se recomiendan para los pacientes con trastorno de pánico en algunas guías de práctica clínica, p. ej. las del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido, debido a la preocupación por los resultados negativos a largo plazo.<sup>[62]</sup> Sin embargo, otras guías de práctica clínica recomiendan el uso prudente

## En curso

de las benzodiazepinas a corto plazo como opción de segunda línea para determinados pacientes con trastornos de pánico.[4] [63] Las evidencias sobre las benzodiazepinas para el trastorno de pánico son generalmente de baja calidad y cubren sólo el uso a corto plazo, proporcionando una orientación limitada para la práctica clínica.[124]

» Las benzodiazepinas se recomiendan solo para el uso a corto plazo (p. ej., de 2 a 4 semanas).[127]

» Las benzodiazepinas pueden utilizarse en algunos pacientes como tratamiento complementario para conseguir una rápida reducción de los ataques de pánico durante la titulación inicial de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.[4] [11] [63] [147]

» Presentan un rápido inicio de acción y son generalmente bien tolerados, aunque la dependencia fisiológica puede ocurrir en tan solo 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evitar las benzodiazepinas en pacientes con una anamnesis previa o actual de abuso de sustancias.[4]

» Si se indican benzodiazepinas, la preferencia puede ser por agentes de acción prolongada planificados, por lo que el uso de medicamentos depende del tiempo y no dependa de la respuesta al pánico. El uso "según sea necesario" de benzodiazepinas de acción corta puede provocar que el paciente se vuelva psicológicamente dependiente de estos medicamentos, lo que podría disminuir la capacidad de la persona de desarrollar un locus interno de control sobre estos síntomas.

» El tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas debe ser poco frecuente, supervisado, realizado con precaución y basado en una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios previstos de las benzodiazepinas para el paciente individual; es aconsejable la aportación de un especialista (p. ej., de un psiquiatra o un especialista en adicciones). A los pacientes que utilizan benzodiazepinas a largo plazo se les debe ofrecer regularmente la oportunidad de retirarse gradualmente del uso a largo plazo; se recomienda el tratamiento con la dosis eficaz más baja.[127] [130]

» La suspensión abrupta o los programas de disminución rápida pueden aumentar el riesgo de síntomas de abstinencia.

## En curso

**2ª** antidepresivos tricíclicos (ADT)**Opciones primarias**

» **imipramina:** 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 2-4 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

**O**

» **clomipramina:** 12.5 a 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 250 mg/día

» Los ADT se indican en pacientes en los que falló el tratamiento con uno o más inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o en pacientes con dolor neuropático.

» Son menos favorables con respecto a los efectos adversos y pueden no tolerarse tan bien como los ISRS.[116]

» Los niveles de imipramina sérica pueden necesitar que se vigilen estrechamente debido al índice terapéutico relativamente estrecho.

**más** psicoeducación y consejos de estilo de vida

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

## En curso

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[86] [88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

### 3ª **benzodiazepinas**

## En curso

**Opciones primarias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por vía oral dos veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada 3 días según la respuesta, máximo 4 mg/día

**Opciones secundarias**

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por vía oral (liberación inmediata) cuatro veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 1 mg/día cada 3-4 días según la respuesta, máximo 6 mg/día

O

» **lorazepam**: 0.5 mg por vía oral tres veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 6 mg/día

O

» **diazepam**: 2.5 mg por vía oral (liberación inmediata) dos veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 40 mg/día

» Algunos médicos pueden considerar la posibilidad de ofrecer una monoterapia con benzodiacepinas a los pacientes con trastorno de pánico con antecedentes de intolerancia o mala respuesta a los antidepresivos.

» Las benzodiacepinas no se recomiendan para el trastorno de pánico en algunas guías de práctica clínica internacionales, p. ej., las del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido, debido a la preocupación por los resultados negativos a largo plazo.[62] Sin embargo, otras guías de práctica clínica recomiendan el uso prudente de las benzodiacepinas a corto plazo como opción alternativa para determinados pacientes con trastornos de pánico, por ejemplo, para pacientes cuyos síntomas no han respondido a otros tratamientos.[4] [63] Las evidencias sobre las benzodiacepinas para el trastorno de pánico son generalmente de baja calidad y cubren sólo el uso a corto plazo, proporcionando una orientación limitada para la práctica clínica.[124] Las benzodiacepinas se recomiendan solo para el uso a corto plazo (p. ej., de 2 a 4 semanas).[127]

## En curso

» Las benzodiazepinas presentan un rápido inicio de acción y son generalmente bien toleradas, aunque la dependencia fisiológica puede ocurrir en tan solo 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evitar las benzodiazepinas en pacientes con una anamnesis previa o actual de abuso de sustancias.[4]

» Si se indican benzodiazepinas, la preferencia puede ser por agentes de acción prolongada planificados, para que el uso de medicamentos dependa del tiempo y no de la respuesta al pánico. El uso "según sea necesario" de benzodiazepinas de acción corta puede provocar que el paciente se vuelva psicológicamente dependiente de estos medicamentos, lo que disminuye la capacidad de la persona de desarrollar un locus interno de control sobre estos síntomas.

» El tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas debe ser poco frecuente, supervisado, realizado con precaución y basado en una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios previstos de las benzodiazepinas para el paciente individual; es aconsejable la aportación de un especialista (p. ej., de un psiquiatra o un especialista en adicciones). A los pacientes que utilizan benzodiazepinas a largo plazo se les debe ofrecer regularmente la oportunidad de retirarse gradualmente del uso a largo plazo; se recomienda el tratamiento con la dosis eficaz más baja.[127] [130]

» La suspensión abrupta o los programas de disminución rápida pueden aumentar el riesgo de síntomas de abstinencia.

#### más **psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de "lucha o huida"). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un "círculo vicioso". Es importante que la persona

## En curso

comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

#### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Los pacientes que suspenden las benzodiazepinas se pueden beneficiar de la TCC suplementaria.[107] [108]

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[86] [88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

## En curso

## ■ con depresión comórbida

1<sup>a</sup>

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

**terapia cognitiva conductual (TCC)**

» La TCC para el trastorno de pánico es eficaz entre pacientes con depresión grave o abuso comórbido de sustancias.[137] La TCC basada en la exposición para el trastorno de pánico es eficaz al reducir la ansiedad y los síntomas depresivos comórbidos, independientemente de la gravedad de la depresión.[138] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

## En curso

1ª

**inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)**

**Opciones primarias**

» **paroxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 60 mg/día

O

» **sertralina**: 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 200 mg/día

O

» **fluoxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10-20 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 80 mg/día

O

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 4-7 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

O

» **citalopram**: 5-10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 20 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 40 mg/día

O

» **escitalopram**: 5 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 5-10 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 20 mg/día

O

» **venlafaxina**: 37.5 mg por vía oral (liberación prolongada) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 37.5 a 75 mg/

## En curso

día cada 7 días según la respuesta, máximo 225 mg/día

- » Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la clase óptima de antidepresivos debido a su amplio espectro de acción y seguridad y tolerancia mejoradas.[109] [111] [116]
- » La paroxetina es el menos estimulante y el más sedante de los ISRS. La fluoxetina tiene una vida media larga y, en consecuencia, un menor riesgo de síntomas de abstinencia, pero es más estimulante y requiere de una titulación más lenta.
- » Los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) como venlafaxina o duloxetina también son eficaces.
- » Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de los medicamentos; por lo tanto, es recomendable comenzar con la dosis más baja y aumentar la dosis con precaución ("comenzar con poco, ir despacio").[12] La mayoría de los efectos adversos tienen una duración limitada al periodo de titulación de la dosis. Esto se debe debatir previamente con los pacientes y se los debe vigilar estrechamente para asegurar el cumplimiento.

#### más **psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

- » Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de "lucha o huida"). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un "círculo vicioso". Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de

## En curso

seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

#### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» También se recomienda la TCC suplementaria para pacientes que reciben farmacoterapia.

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales

## En curso

de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

## 2ª **antidepresivos tricíclicos (ADT)**

### Opciones primarias

» **imipramina:** 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 2-4 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

### O

» **clomipramina:** 12.5 a 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 250 mg/día

» Los ADT están indicados en pacientes en los que fracasa el tratamiento con uno o más ISRS/IRSN o TCC, o en pacientes con dolor neuropático.

» Son menos favorables con respecto a los efectos adversos y pueden no tolerarse tan bien como los ISRS.[116]

» Los niveles de imipramina sérica pueden necesitar que se vigilen estrechamente debido al índice terapéutico relativamente estrecho.

## más **psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para **TODOS LOS** pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de

## En curso

seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

#### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

## En curso

## 3ª farmacoterapia doble

## Opciones primarias

» **paroxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 60 mg/día

-O-

» **sertralina**: 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 200 mg/día

-O-

» **fluoxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10-20 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 80 mg/día

-O-

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 4-7 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

-O-

» **citalopram**: 5-10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 20 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 40 mg/día

-O-

» **escitalopram**: 5 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 5-10 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 20 mg/día

--Y--

» **venlafaxina**: 37.5 mg por vía oral (liberación prolongada) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 37.5 a 75 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 225 mg/día

O

» **paroxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 60 mg/día

-O-

» **sertralina**: 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 200 mg/día

-O-

» **fluoxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente,

## En curso

aumentar en incrementos de 10-20 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 80 mg/día

-o-

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 4-7 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

-o-

» **citalopram**: 5-10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 20 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 40 mg/día

-o-

» **escitalopram**: 5 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 5-10 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 20 mg/día

--Y--

» **mirtazapina**: 15 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta cada 1-2 semanas, máximo 45 mg/día

O

» **paroxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 60 mg/día

-o-

» **sertralina**: 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 200 mg/día

-o-

» **fluoxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10-20 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 80 mg/día

-o-

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 4-7 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

-o-

» **citalopram**: 5-10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 20 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 40 mg/día

-o-

» **escitalopram**: 5 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos

## En curso

de 5-10 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 20 mg/día

--Y--

» **imipramina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 2-4 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

-O-

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 250 mg/día

O

» **venlafaxina**: 37.5 mg por vía oral (liberación prolongada) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 37.5 a 75 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 225 mg/día

-y-

» **mirtazapina**: 15 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta cada 1-2 semanas, máximo 45 mg/día

O

» **venlafaxina**: 37.5 mg por vía oral (liberación prolongada) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 37.5 a 75 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 225 mg/día

--Y--

» **imipramina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 2-4 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

-O-

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 250 mg/día

O

» **mirtazapina**: 15 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta cada 1-2 semanas, máximo 45 mg/día

--Y--

» **imipramina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos

## En curso

de 10 mg/día cada 2-4 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

-o-

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 250 mg/día

» Las directrices del estudio STAR\*D para la depresión comórbida resistente al tratamiento recomiendan la farmacoterapia doble en pacientes que no responden si muestran una respuesta parcial (25% de mejoría en los síntomas) con una dosis máxima de 1 antidepresivo.[136]

» Se puede considerar la combinación de 2 fármacos de grupos con diferentes mecanismos de acción. Los grupos son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram), inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (venlafaxina), mirtazapina y antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina).

» Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de los medicamentos; por lo tanto, es recomendable comenzar con la dosis más baja y aumentar la dosis con precaución ('comenzar con poco, ir despacio'). [12] Verifique cuidadosamente las interacciones entre fármacos y considere interconsultar con un psiquiatra antes de iniciar un tratamiento combinado.

#### más psicoeducación/consejos de estilo de vida

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de "lucha o huida"). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un "círculo vicioso". Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino

## En curso

aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

#### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales

## En curso

## ■ con ansiedad comórbida

1<sup>a</sup>

de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

**terapia cognitiva conductual (TCC)**

» Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

1<sup>a</sup>**inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)****Opciones primarias**

» **paroxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 60 mg/día

O

## En curso

» **sertralina**: 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 200 mg/día

○

» **fluoxetina**: 5-10 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10-20 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 80 mg/día

○

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por vía oral (liberación inmediata) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 25-50 mg/día cada 4-7 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

○

» **citalopram**: 5-10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 20 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 40 mg/día

○

» **escitalopram**: 5 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 5-10 mg/día cada 4 semanas según la respuesta, máximo 20 mg/día

○

» **venlafaxina**: 37.5 mg por vía oral (liberación prolongada) una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 37.5 a 75 mg/día cada 7 días según la respuesta, máximo 225 mg/día

» Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la clase óptima de antidepresivos debido a su amplio espectro de acción y seguridad y tolerancia mejoradas.[109] [111] [116]

» La paroxetina es el menos estimulante y el más sedante de los ISRS. La fluoxetina tiene una vida media larga y, en consecuencia, un menor riesgo de síntomas de abstinencia, pero es más estimulante y requiere de una titulación más lenta.

## En curso

» Los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) como venlafaxina o duloxetina también son eficaces.

» Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de los medicamentos; por lo tanto, es recomendable comenzar con la dosis más baja y aumentar la dosis con precaución ("comenzar con poco, ir despacio").<sup>[12]</sup> La mayoría de los efectos adversos tienen una duración limitada al periodo de titulación de la dosis. Esto se debe debatir previamente con los pacientes y se los debe vigilar estrechamente para asegurar el cumplimiento.

### más **psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.<sup>[12]</sup> Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de "lucha o huida"). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un "círculo vicioso". Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.<sup>[4]</sup>

### adjunto **terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las

## En curso

tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

#### adjunto **benzodiazepinas**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

#### Opciones primarias

» **clonazepam**: 0.25 mg por vía oral dos veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada 3 días según la respuesta, máximo 4 mg/día

#### Opciones secundarias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por vía oral (liberación inmediata) cuatro veces al día

## En curso

inicialmente, aumentar en incrementos de 1 mg/día cada 3-4 días según la respuesta, máximo 6 mg/día

○

» **lorazepam**: 0.5 mg por vía oral tres veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 6 mg/día

○

» **diazepam**: 2.5 mg por vía oral (liberación inmediata) dos veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 40 mg/día

» Las benzodiazepinas no se recomiendan para los pacientes con trastorno de pánico en algunas guías de práctica clínica, p. ej. las del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido, debido a la preocupación por los resultados negativos a largo plazo.[62] Sin embargo, otras guías de práctica clínica recomiendan el uso prudente de las benzodiazepinas a corto plazo como opción alternativa para determinados pacientes con trastornos de pánico, por ejemplo, para pacientes cuyos síntomas no han respondido a otros tratamientos.[4] [63] Las evidencias sobre las benzodiazepinas para el trastorno de pánico son generalmente de baja calidad y cubren sólo el uso a corto plazo, proporcionando una orientación limitada para la práctica clínica.[124]

» Las benzodiazepinas se recomiendan solo para el uso a corto plazo (p. ej., de 2 a 4 semanas).[127] Las benzodiazepinas de corta duración pueden utilizarse en algunos pacientes como tratamiento complementario para conseguir una reducción rápida de los ataques de pánico durante la titulación inicial de un ISRS, por ejemplo, si los síntomas de ansiedad intensos y persistentes están interfiriendo con el cumplimiento al tratamiento y el compromiso, y si es necesario un control rápido de los síntomas de ansiedad.[4] [11] [63] [139] [147]

» Presentan un rápido inicio de acción y son generalmente bien tolerados, aunque la dependencia fisiológica puede ocurrir en tan solo 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evite las benzodiazepinas en pacientes con una historia previa o actual de trastorno por consumo de sustancias.[4]

## En curso

» Si se indican benzodiazepinas, la preferencia puede ser por agentes de acción prolongada planificados, por lo que el uso de medicamentos depende del tiempo y no dependa de la respuesta al pánico. El uso "según sea necesario" de benzodiazepinas de acción corta puede provocar que el paciente se vuelva psicológicamente dependiente de estos medicamentos, lo que podría disminuir la capacidad de la persona de desarrollar un locus interno de control sobre estos síntomas.

» El tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas debe ser poco frecuente, supervisado, realizado con precaución y basado en una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios previstos de las benzodiazepinas para el paciente individual; es aconsejable la aportación de un especialista (p. ej., de un psiquiatra o un especialista en adicciones). A los pacientes que utilizan benzodiazepinas a largo plazo se les debe ofrecer regularmente la oportunidad de retirarse gradualmente del uso a largo plazo; se recomienda el tratamiento con la dosis eficaz más baja.[127] [130]

» La suspensión abrupta o los programas de disminución rápida pueden aumentar el riesgo de síntomas de abstinencia.

2ª

**antidepresivos tricíclicos (ADT)****Opciones primarias**

» **imipramina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar en incrementos de 10 mg/día cada 2-4 días según la respuesta, máximo 300 mg/día

**O**

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 250 mg/día

» Los ADT están indicados en pacientes en los que fracasa el tratamiento con uno o más ISRS/IRSN o TCC, o en pacientes con dolor neuropático.

» Son menos favorables con respecto a los efectos adversos y pueden no tolerarse tan bien como los ISRS.[116]

» Los niveles de imipramina sérica pueden necesitar que se vigilen estrechamente debido al índice terapéutico relativamente estrecho.

## En curso

**más psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

**adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4]

## En curso

Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

3ª

**benzodiazepinas****Opciones primarias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por vía oral dos veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada 3 días según la respuesta, máximo 4 mg/día

**Opciones secundarias**

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por vía oral (liberación inmediata) cuatro veces al día inicialmente, aumentar en incrementos de 1 mg/día cada 3-4 días según la respuesta, máximo 6 mg/día

O

» **lorazepam**: 0.5 mg por vía oral tres veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 6 mg/día

O

» **diazepam**: 2.5 mg por vía oral (liberación inmediata) dos veces al día inicialmente, aumentar gradualmente según la respuesta, máximo 40 mg/día

## En curso

» Algunos médicos pueden considerar la posibilidad de ofrecer una monoterapia con benzodiazepinas a los pacientes con trastorno de pánico y ansiedad comórbida con antecedentes de intolerancia a los antidepresivos. Las benzodiazepinas no se recomiendan para los pacientes con trastorno de pánico en algunas guías de práctica clínica internacionales, p. ej. las del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido, debido a la preocupación por los resultados negativos a largo plazo.[62] Sin embargo, otras guías de práctica clínica recomiendan el uso prudente de benzodiazepinas a corto plazo como opción alternativa para determinados pacientes con trastornos de pánico.[4] [63] Las evidencias sobre las benzodiazepinas para el trastorno de pánico son generalmente de baja calidad y cubren sólo el uso a corto plazo, proporcionando una orientación limitada para la práctica clínica.[124] Las benzodiazepinas se recomiendan solo para el uso a corto plazo (p. ej., de 2 a 4 semanas).[127]

» Las benzodiazepinas presentan un rápido inicio de acción y son generalmente bien toleradas, aunque la dependencia fisiológica puede ocurrir en tan solo 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Se debe evitar las benzodiazepinas en pacientes con una historia previa o actual de abuso de sustancias.[4]

» Si se indican benzodiazepinas, la preferencia puede ser por agentes de acción prolongada planificados, por lo que el uso de medicamentos depende del tiempo y no dependa de la respuesta al pánico. El uso "según sea necesario" de benzodiazepinas de acción corta puede provocar que el paciente se vuelva psicológicamente dependiente de estos medicamentos, lo que podría disminuir la capacidad de la persona de desarrollar un locus interno de control sobre estos síntomas.

» El tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas debe ser poco frecuente, supervisado, realizado con precaución y basado en una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios previstos de las benzodiazepinas para el paciente individual; es aconsejable la aportación de un especialista (p. ej., de un psiquiatra o un especialista en adicciones). A los pacientes que utilizan benzodiazepinas a largo plazo se les debe ofrecer regularmente la oportunidad de retirarse gradualmente del uso a

## En curso

largo plazo; se recomienda el tratamiento con la dosis eficaz más baja.[127] [130]

» La suspensión abrupta o los programas de disminución rápida pueden aumentar el riesgo de síntomas de abstinencia.

**más psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Ofrezca la educación psicológica tan pronto como se haya realizado el diagnóstico.[12] Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

**adjunto terapia cognitiva conductual (TCC)**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Los pacientes que suspenden las benzodiazepinas se pueden beneficiar de la TCC suplementaria.[107] [108]

» Con TCC suplementaria, se observa aumento del cumplimiento del medicamento y de las tasas de respuesta, con una reducción en la cantidad del medicamento requerido para ganar control de síntomas.[88] [99] [101] [102] [103] Los pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico) que reciben

## En curso

tratamiento con TCC experimentan mejorías significativas de los síntomas en los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.[146]

» La TCC puede realizarse de forma presencial (individual o grupal) o como TCC digital (TCCd) a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tablet o teléfono móvil. La TCCd puede considerarse como una opción de primera línea equivalente a la TCC presencial.[4] Las sesiones de TCCd pueden integrarse con la terapia presencial y pueden ser supervisadas por un médico o ser realizadas por uno mismo. La TCCd guiada es generalmente más efectiva que la TCCd no guiada; esto implica ayuda y contacto regular para completar las sesiones, aunque no necesariamente tiene que ser de un médico.[4]

» La TCC para el trastorno de pánico implica una combinación de educación, autocontrol, entrenamiento de relajación, desafíos de los estilos negativos de pensamiento, entrenamiento para la exposición situacional y la exposición sistemática a sensaciones físicas molestas.

» La terapia de exposición implica el aumento gradual de la tolerancia del paciente a situaciones evitadas previamente. El objetivo es hacer que el paciente permanezca en la situación temida lo suficiente como para permitir la reducción del miedo sin tener una conducta evitativa o de escape ni depender de señales de seguridad. Las exposiciones repetidas, frecuentes, controlables y predecibles se asocian con resultados óptimos.

## ataques de pánico sin trastorno de pánico

1ª

## asesoramiento y monitorización

» Explique a los pacientes que los ataques de pánico afectan hasta casi un tercio de las personas durante la vida, pero que menos del 10% desarrollan un trastorno de pánico completo, y que a pesar de que los ataques son desagradables, no son peligrosos y tienen una duración limitada.

» Anime a los pacientes a monitorizar la intensidad, la frecuencia y la duración de los ataques y si los episodios son esperados o inesperados.

» También resultan beneficios los materiales de autoayuda basados en los principios de la terapia cognitiva conductual. El suministro de

## En curso

materiales escritos, solos o en combinación con un contacto telefónico breve, puede ser útil para reducir los síntomas relacionados con el pánico.[80] [81]

» Planifique una evaluación de seguimiento o un control telefónico en un plazo de 2 semanas para volver a evaluar los síntomas del paciente. Consulte más arriba el tratamiento recomendado para los pacientes que posteriormente cumplen los criterios del DSM-5-TR para el trastorno de pánico.

### más **psicoeducación y consejos de estilo de vida**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

» Un elemento clave de cualquier enfoque del tratamiento es la información y educación sobre la naturaleza del pánico y la ansiedad. En particular, el pánico es una reacción comprensible al peligro percibido (la respuesta de “lucha o huida”). El miedo surge de la malinterpretación de sensaciones corporales normales. Puede resultar útil dibujar un diagrama simple junto con la persona, en el cual se unan con flechas los síntomas, la interpretación y la ansiedad dentro de un “círculo vicioso”. Es importante que la persona comprenda que el primer objetivo del tratamiento no es eliminar la ansiedad por completo, sino aprender a manejarla correctamente. Los intentos de la persona de sobrellevar el pánico (p. ej., mediante la evasión o la búsqueda de seguridad) son comprensibles, pero sin darse cuenta conducen a mantener el problema.

» El asesoramiento sobre los factores del estilo de vida incluye: dormir bien; ejercicio regular; reducir el consumo de cafeína, tabaco y alcohol; dieta saludable; y mantenerse comprometido con actividades satisfactorias y apoyos sociales saludables.[4]

## Emergente

### Intervenciones breves de terapia cognitivo-conductual (TCC)

Las investigaciones descubrieron un beneficio inicial de un protocolo de TCC concentrado de 5 sesiones para el trastorno de pánico y una intervención de TCC de una sesión en servicios de urgencia para el trastorno de pánico.[151] [152] Se descubrió un programa de TCC intensivo de 8 días destinado a adolescentes con trastorno de pánico que es eficaz para reducir los síntomas del trastorno de pánico y ansiedad comórbida.[153]

### Aplicaciones de salud mental

Se han desarrollado varias aplicaciones de salud mental para los trastornos de pánico y los trastornos asociados a la ansiedad. Las intervenciones realizadas a través de smartphones tienen el potencial beneficio de una difusión a gran escala a un bajo coste. Desgraciadamente, muchas de las aplicaciones disponibles carecen de evidencias empíricas que demuestren su eficacia y efectividad. Un metanálisis mostró que las aplicaciones pueden reducir los síntomas generales de ansiedad en relación con las condiciones control, pero las aplicaciones específicas de pánico tienen una calidad pobre.[154] [155]

### Anticonvulsivos

Se puede usar gabapentina en pacientes clínicamente enfermos con trastorno de pánico.[156] También se usó pregabalina y lamotrigina en los trastornos de ansiedad, a pesar de que se desconoce su rol en el tratamiento del trastorno de pánico.[157]

### Antidepresivos novedosos

En un metanálisis realizado en 2013, la mirtazapina fue más eficaz para los niveles de ansiedad que para los síntomas de pánico en pacientes con trastorno de pánico.[85] La mirtazapina tiene un perfil de efecto secundario único que puede ser deseable en poblaciones selectas.[158] [159]

## Prevención primaria

Para los trastornos de ansiedad en general, las intervenciones de prevención (que incluyen terapia cognitiva conductual [TCC], intervenciones educativas o ambas) pueden tener un pequeño efecto positivo.[47] Sin embargo, no está claro cómo este hallazgo podría traducirse en el desarrollo de programas de prevención de la ansiedad en entornos clínicos del mundo real. No existen medidas de prevención primaria establecidas para los ataques de pánico o los trastornos de pánico.

## Prevención secundaria

Aconseje a los pacientes que eviten ciertas actividades, como beber café y fumar, ya que producen sensaciones físicas similares a los episodios de pánico.[6] [46] Se debe recomendar la reanudación gradual de la actividad física.[62]

## Discusión con el paciente

Anime a los pacientes a aprender más sobre la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico. Los programas en línea de tratamiento basado en las habilidades, como el de [Anxieties.com](http://www.anxieties.com), pueden ser la opción preferida para algunos pacientes. [[Anxieties.com](http://www.anxieties.com)] (<http://www.anxieties.com>)

Explique a los pacientes que presentan ataques de pánico de inicio reciente que los ataques son comunes, que afectan hasta casi un tercio de las personas durante la vida, pero que menos del 10% desarrollan trastorno de pánico completo con ataques recurrentes y conductas de evitación, y que a

pesar de que los ataques son desagradables, no son peligrosos y tienen una duración limitada. Anime a los pacientes a registrar la intensidad, la frecuencia y la duración de los ataques y si estos episodios son esperados o inesperados.

Explique a los pacientes con trastorno de pánico las opciones disponibles de tratamientos basados en la evidencia, en especial la eficacia y la efectividad de la farmacoterapia y la terapia cognitiva conductual.

La ansiedad, la conducta evitativa y el consumo de sustancias pueden mantener los ataques y las sensaciones físicas molestas a través del tiempo. La normalización de la dificultad y de la ambivalencia del paciente para el tratamiento del pánico puede ayudar a motivar el compromiso con el tratamiento.

Advierta a los pacientes que la suspensión de determinadas actividades, como beber café, consumir alcohol y fumar, puede producir sensaciones físicas molestas similares a los episodios de pánico. Se debe recomendar la reanudación gradual de la actividad física.[62]

Tras la presentación inicial, anime a los pacientes a registrar la intensidad, la frecuencia y la duración de los ataques y si estos episodios son esperados o inesperados. Organice una cita de seguimiento o una consulta telefónica en un plazo de 2 semanas para volver a evaluar los síntomas del paciente.

Un estudio de cohorte basado en una gran población y realizado en el Reino Unido encontró que el uso de antidepresivos podría estar asociado a un riesgo ligeramente mayor de aumento de peso a largo plazo durante 10 años, con el máximo riesgo en el segundo y tercer año de tratamiento. Aunque parece que el número de pacientes que sufrirían el daño es bajo (asumiendo que se trata de una relación causal, habría que tratar a 59 personas para que una desarrollara un aumento de peso del 5% o superior), esta relación podría tener un impacto significativo a nivel poblacional. En base a esto, se recomienda que los profesionales de la salud hablen sobre la posibilidad del aumento de peso con aquellos de sus pacientes que precisen tratamiento antidepresivo, y les asesoren sobre la dieta y el ejercicio.[165]

# Monitorización

## Monitorización

En el contexto de la atención primaria se debe vigilar la potencial reaparición de los ataques de pánico y de la conducta evitativa a largo plazo.

La farmacoterapia para el trastorno de pánico se debe continuar por al menos 1 año a partir del punto de respuesta al tratamiento a fin de ayudar a garantizar la reducción de síntomas y la protección contra la recidiva.[140] Pueden ser frecuentes las recidivas después de la suspensión de los medicamentos y la psicoterapia. Debido a una tasa significativa de recaídas, asegúrese de que el paciente consiga la máxima funcionalidad antes de suspender los medicamentos.[142] [143]

Las visitas de seguimiento periódicas para monitorizar el avance a más largo plazo pueden darle al médico la oportunidad de reiniciar la farmacoterapia, si se indica. Los antidepresivos de mantenimiento y las sesiones de refuerzo de terapia cognitiva conductual se pueden indicar para contrarrestar la recidiva a lo largo del tiempo.

Los ataques de pánico son comunes a otros trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y relacionados con el consumo de sustancias, por lo que se recomienda el cribado adicional para estas enfermedades.

## Complicaciones

Complicaciones	Calendario	Probabilidad
<b>síndrome de abstinencia de serotonina</b>	<b>Corto plazo</b>	<b>medio</b>
<p>La suspensión abrupta de los agentes de serotonina con una vida media más corta (p. ej., paroxetina, venlafaxina) puede causar síntomas de abstinencia (p. ej., mareos, irritabilidad, náuseas, ansiedad de rebote).</p> <p>Se recomienda volver a comenzar con agentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y programar una disminución lenta y gradual bajo estricta supervisión médica.</p>		
<b>trastorno por consumo de sustancias</b>	<b>variable</b>	<b>medio</b>
<p>Los trastornos por consumo de sustancias se pueden desarrollar como medio para regular la ansiedad general y los síntomas de pánico que generan discomfort.</p> <p>Además, distintas sustancias pueden imitar las sensaciones relacionadas con el pánico, en especial durante momentos de abstinencia aguda y, en consecuencia, complican el tratamiento.</p> <p>El consumo de nicotina y la dependencia que genera son desproporcionadamente altos en pacientes con trastorno de pánico.[6]</p> <p>Puede estar indicado derivar al paciente a programas de tratamiento del consumo de sustancias.</p>		
<b>ambivalencia respecto a la derivación de salud mental o miedos excesivos a la terapia cognitiva conductual</b>	<b>variable</b>	<b>medio</b>
<p>Debate sobre las preocupaciones, la resistencia y el uso de técnicas motivacionales.</p> <p>El profesional puede consultar con el profesional de salud mental del área local sobre consejos adicionales u opciones de derivación. Los pacientes se pueden beneficiar de los materiales educativos basados en la web que se encuentran disponibles en la Anxiety and Depression Association of America. [Anxiety and Depression Association of America] (<a href="http://www.adaa.org">http://www.adaa.org</a>)</p>		
<b>Disfunción sexual post-SSRI/SNRI</b>	<b>variable</b>	<b>medio</b>
<p>La disfunción sexual puede producirse durante el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN), y hay algunas evidencias de que puede persistir tras la interrupción del tratamiento en algunos pacientes.[163] Los síntomas incluyen entumecimiento genital, disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, sequedad vaginal, falta de excitación u orgasmo y eyaculación precoz. La prevalencia y la incidencia no están claras en la actualidad, al igual que la causa y los posibles mecanismos de la disfunción sexual posterior a los ISRS.[164]</p>		

## Pronóstico

El trastorno de pánico es una afección frecuente asociada con la alta utilización del servicio médico. Los estudios longitudinales naturalistas indican que la evolución del trastorno de pánico que no recibe

tratamiento puede ser crónica e incapacitante.[29] Las tasas de recidiva son más altas entre mujeres que entre hombres.

El manejo eficaz del trastorno de pánico requiere de la detección temprana, la educación y el suministro de farmacoterapia basado en la evidencia o terapia cognitiva conductual (TCC). En un estudio longitudinal de TCC, 87% de los pacientes no tuvieron pánico al final del tratamiento, 96% permanecieron en remisión en un seguimiento de 2 años, 77% en un seguimiento de 5 años y 67% en un seguimiento de 7 años.[160] Otros estudios longitudinales de TCC cognitiva sugieren que muchos pacientes todavía experimentan síntomas de pánico en curso a través del tiempo, por lo que necesitan un control adicional.[161] La probabilidad de recidiva puede reducirse a través de sesiones periódicas basadas en la exposición para "reforzar".

La farmacoterapia para el trastorno de pánico se debe continuar por al menos 1 año a partir del punto de respuesta al tratamiento a fin de ayudar a garantizar la reducción de síntomas y la protección contra la recidiva.[140] [141] Las tasas de recidiva después de la suspensión de los medicamentos se estiman entre 55% y 70%.[162] La suspensión del fármaco antidepressivo se asocia con tasas moderadas de recidiva y la suspensión de las benzodiazepinas se asocia con un riesgo mayor de recidiva. Hay datos que sugieren que la TCC tiene un efecto positivo duradero durante al menos 12 meses después de completar el tratamiento en comparación con las condiciones de control.[145] El manejo a largo plazo del trastorno de pánico necesita la dosificación adecuada y el logro del funcionamiento óptimo antes de suspender los medicamentos.[142] Los antidepressivos combinados con la TCC pueden estar indicados para controlar las recaídas, y algunos pacientes permanecen con fármacos de mantenimiento y con sesiones de TCC de refuerzo como protección contra la recaída a más largo plazo.[104] [105] [106] [142]

## Guías de práctica clínica para el diagnóstico

### Reino Unido

**Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management** (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG113>)

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicación:** 2020

### América del Norte

**Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th edition, text revision (DSM-5-TR)** (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>)

**Publicado por:** American Psychiatric Association

**Última publicación:** 2022

## Guías de práctica clínica de tratamiento

### Reino Unido

**Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management** (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>)

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicación:** 2020

**Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines** (<http://www.bap.org.uk/docsbycategory.php?docCatID=2>)

**Publicado por:** British Association for Psychopharmacology

**Última publicación:** 2014

### América del Norte

**Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress, and obsessive compulsive disorders** (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>)

**Publicado por:** Anxiety Disorders Association of Canada

**Última publicación:** 2014

### Oceanía

**Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder** (<https://www.ranzcp.org/Resources/Statements-Guidelines.aspx>)

**Publicado por:** Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

**Última publicación:** 2018

## Recursos online

---

1. [Anxiety and Depression Association of America \(http://www.adaa.org\)](http://www.adaa.org) (*external link*)
  2. [Anxieties.com \(http://www.anxieties.com\)](http://www.anxieties.com) (*external link*)
-

## Tablas de evidencias

### Cuáles son los beneficios y los daños de los tratamientos psicológicos en adultos con trastorno de pánico?

 Esta tabla es un resumen del análisis reportado en una Respuesta Clínica Cochrane que se centra en la pregunta clínica más importante antes mencionada.



Cochrane  
Clinical Answers

Ver la fuente Cochrane Clinical Answer completa (<https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.1378/full>)

Evidencia C <sup>\*</sup> La confianza en las pruebas es muy baja o escasa cuando se ha realizado el ensayo GRADE y la intervención puede ser más eficaz/beneficiosa que la comparación de los resultados clave. Sin embargo, esto es incierto y las nuevas pruebas podrían cambiarlo en el futuro.

**Población:** Adultos con trastorno de pánico con o sin agorafobia

**Intervención:** Tratamientos psicológicos (psicoeducación; psicoterapia de soporte; terapias fisiológicas; terapia del comportamiento; terapia cognitiva; terapia cognitiva conductual (TCC); TCC de tercera onda; psicoterapia psicodinámica)

**Comparación:** Ningún tratamiento; lista de espera; atención/placebo psicológico; tratamiento psicológico alternativo de la lista anterior

Resultado	Eficacia (clasificación BMJ) <sup>†</sup>	Confianza en las evidencias (GRADE) <sup>‡</sup>
Remisión (a corto plazo, media de 3 meses)	Favorece la psicoterapia de soporte (clasificada primero) <sup>a b</sup>	Bajo
Respuesta (a corto plazo, media de 3 meses)	Favorece la TCC (clasificada en primer lugar) <sup>a</sup>	Bajo
Mejoría del trastorno de pánico (a corto plazo, media de 3 meses)	Favorece las terapias psicodinámicas (clasificadas primero) <sup>a</sup>	Bajo
Remisión/respuesta (a largo plazo, media de 12 meses)	Favorece la TCC (clasificada en primer lugar) <sup>a</sup>	Bajo
Abstinencias (a corto plazo, media de 3 meses)	Favorece ningún tratamiento (clasificado en primer lugar) <sup>a</sup>	Bajo

#### Nota

La revisión de la Cochrane, que sustenta estos resultados, concluye que la TCC, el tratamiento psicológico más estudiado, a menudo era superior a otros tratamientos, aunque la magnitud del efecto era reducida y el

nivel de precisión a menudo era insuficiente o clínicamente irrelevante. Se recomienda tener precaución al interpretar la clasificación de las intervenciones debido a que GRADE es baja para todos los resultados.

<sup>a</sup> La Respuesta Clínica Cochrane (CCA) se basa en un metanálisis de redes donde las intervenciones de la misma clase de tratamiento se comparan con múltiples opciones a través de comparaciones directas e indirectas que buscan determinar la mejor opción general de ese grupo. Clasifica la intervención con mejores resultados para cada resultado y hemos incluido en esta tabla las intervenciones que ocupan el primer lugar para cada resultado (para más detalles, véase la CCA).

<sup>b</sup> Para este resultado, la psicoterapia de apoyo se clasificó en primer lugar por delante de la TCC, las terapias psicodinámicas, el entrenamiento cognitivo, la terapia conductual, las terapias fisiológicas, ningún tratamiento y la lista de espera. Sin embargo, la CCA señala que, dado que la psicoterapia de apoyo se conectó al análisis de redes más amplio a través de un único grupo de comparación y solo se comparó con la TCC en los ensayos evaluados por los revisores, este resultado debe interpretarse con cautela.

### \* Niveles de evidencia

El nivel de evidencia es una clasificación interna aplicada por BMJ Best Practice. Véase el/la [Kit de herramientas EBM \(https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/\)](https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/) para más información.

#### Confianza en la evidencia

**A** - Alto o moderado a alto

**B** - Moderado o bajo a moderado

**C** - Muy bajo o bajo

#### † Eficacia (clasificación BMJ)

Basado en el significado estadística, que demuestra que es poco probable que los resultados se deban al azar, pero que no se traduce necesariamente en una importancia clínica.

#### ‡ Clasificaciones de certeza de GRADE

alto	Los autores tienen mucha confianza que el verdadero efecto sea cercano al efecto estimado.
Moderada	Los autores tienen una confianza moderada que el verdadero efecto sea cercano al efecto estimado.
Bajo	Los autores tienen una confianza limitada en la estimación del efecto y el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente.
Muy bajo	Los autores tienen muy poca confianza en la estimación del efecto y es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente.

BMJ Best Practice Kit de herramientas de MBE: ¿Qué es GRADE? (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>)

## Artículos principales

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision, (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
- Andrews G, Bell C, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018;52(12):1109-172. [Texto completo \(https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453\)](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453)
- Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, et al. Anxiety disorders. Lancet. 2021 Mar 6;397(10277):914-27. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com)
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1:S1. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1\)](https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com)
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2010 May 19;303(19):1921-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com)

## Referencias

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision, (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
- Olaya B, Moneta MV, Miret M, et al. Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: results from a population-based study. J Affect Disord. 2018 Dec 1;241:627-33. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30172214?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30172214?tool=bestpractice.bmj.com)
- de Jonge P, Roest AM, Lim CC, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. Depress Anxiety. 2016 Dec;33(12):1155-77. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5143159\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5143159) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27775828?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27775828?tool=bestpractice.bmj.com)
- Andrews G, Bell C, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018;52(12):1109-172. [Texto completo \(https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453\)](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453)
- Goodwin RD, Eaton WW. Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community. Psychol Med. 2003;33:879-885. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12877402?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12877402?tool=bestpractice.bmj.com)

6. Zvolensky MJ, Feldner MT, Leen-Feldner EW, et al. Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:761-789. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15975699?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15975699?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Apr;63(4):415-24. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958997\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958997) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585471?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585471?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2006 Mar;67(3):363-74. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649821?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649821?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005 Aug;15(4):435-43. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925492?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925492?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007 Mar 6;146(5):317-25. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339617?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339617?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 4:16-22. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842183?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842183?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, et al. Anxiety disorders. *Lancet.* 2021 Mar 6;397(10277):914-27. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, et al. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health.* 2006 May;9(3):151-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292466?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292466?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Hammerness P, Harpold T, Petty C, et al. Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents. *J Affect Disord.* 2008 Jan;105(1-3):213-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17572506?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17572506?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, et al. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry.* 2004 Dec;161(12):2207-14. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15569891?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15569891?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry.* 2011 Mar;72(3):341-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294994?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294994?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, et al. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2010 May;71(5):606-15. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961810?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961810?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, et al. Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *J Anxiety Disord*. 2005;19(7):752-66. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076422?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076422?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jul;60(7):492-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10453807?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10453807?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011 Sep;133(1-2):76-85. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711001108?via%3Dihub\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711001108?via%3Dihub) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496929?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496929?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Teismann T, Lukaschek K, Hiller TS, et al. Suicidal ideation in primary care patients suffering from panic disorder with or without agoraphobia. *BMC Psychiatry*. 2018 Sep 24;18(1):305. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6154913\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6154913) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30249220?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30249220?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Hettema JM, Neale NC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1568-78. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578982?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578982?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. Panic disorder in women: a population-based twin study. *Psychol Med*. 1993 May;23(2):397-406. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8332656?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8332656?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Meier SM, Deckert J. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Mar 2;21(3):16. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826936?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826936?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein M. Panic disorder. *Lancet*. 2006 Sep 16;368(9540):1023-32. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980119?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980119?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Howe AS, Buttenschøn HN, Bani-Fatemi A, et al. Candidate genes in panic disorder: meta-analyses of 23 common variants in major anxiogenic pathways. *Mol Psychiatry*. 2016 May;21(5):665-79. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26390831?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26390831?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Deckert J, Weber H, Villmann C, et al. GLRB allelic variation associated with agoraphobic cognitions, increased startle response and fear network activation: a potential neurogenetic pathway to panic disorder. *Mol Psychiatry*. 2017 Oct;22(10):1431-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28167838?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28167838?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Schartner C, Ziegler C, Schiele MA, et al. CRHR1 promoter hypomethylation: An epigenetic readout of panic disorder? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017 Apr;27(4):360-71. [Texto completo](#)

- (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924977X17300184>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28233670?tool=bestpractice.bmj.com>)
29. Barlow DH. Anxiety and its disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
  30. Leskin GA, Sheikh JI. Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *J Anxiety Disord.* 2002;16(6):599-603. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12405520?tool=bestpractice.bmj.com>)
  31. Niccolai V, van Duinen MA, Griez EJ. Respiratory patterns in panic disorder reviewed: a focus on biological challenge tests. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120:167-177. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19548964?tool=bestpractice.bmj.com>)
  32. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *J Abnorm Psych.* 1999;108:532-537. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10466277?tool=bestpractice.bmj.com>)
  33. LeDoux J, Daw ND. Surviving threats: neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2018 May;19(5):269-82. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29593300?tool=bestpractice.bmj.com>)
  34. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice. New York, NY: The Guilford Press; 2010.
  35. Hirshfeld DR, Smoller JW, Fredman SJ, et al. Early antecedents of panic disorder: genes, childhood, and the environment. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, eds. *Panic disorder and its treatment.* New York, NY: Marcel Dekker Inc; 1998:93-152.
  36. Pine DS, Fox NA. Childhood antecedents and risk for adult mental disorders. *Annu Rev Psychol.* 2015 Jan 3;66:459-85. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25559116?tool=bestpractice.bmj.com>)
  37. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010 Jan;136(1):128-50. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20063929?tool=bestpractice.bmj.com>)
  38. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, et al. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4):493-505. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739407?tool=bestpractice.bmj.com>)
  39. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Search for pathophysiology of panic disorder. *Lancet.* 1998 Nov 21;352(9141):1646-7. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9853434?tool=bestpractice.bmj.com>)
  40. Wu Y, Zhong Y, Ma Z, et al. Gray matter changes in panic disorder: A voxel-based meta-analysis and meta-analytic connectivity modeling. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2018 Dec 30;282:82-89. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30340800?tool=bestpractice.bmj.com>)
  41. Abelson JL, Khan S, Liberzon I, et al. HPA axis activity in patients with panic disorder: review and synthesis of four studies. *Depress Anxiety.* 2007;24(1):66-76. Texto completo (<https://>)

deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/55906) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845643?tool=bestpractice.bmj.com>)

42. Marin MF, Hammoud MZ, Klumpp H, et al. Multimodal categorical and dimensional approaches to understanding threat conditioning and its extinction in individuals with anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jun 1;77(6):618-27. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042941\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042941) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32022832?tool=bestpractice.bmj.com>)
43. Janiri D, Moser DA, Doucet GE, et al. Shared neural phenotypes for mood and anxiety disorders: a meta-analysis of 226 task-related functional imaging studies. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):172-9. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2753513\)](https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2753513) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31664439?tool=bestpractice.bmj.com>)
44. Kircher T, Arolt V, Jansen A, et al. Effect of cognitive-behavioral therapy on neural correlates of fear conditioning in panic disorder. *Biol Psychiatry*. 2013 Jan 1;73(1):93-101. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921454?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921454?tool=bestpractice.bmj.com)
45. Reinecke A, Thilo K, Filippini N, et al. Predicting rapid response to cognitive-behavioural treatment for panic disorder: the role of hippocampus, insula, and dorsolateral prefrontal cortex. *Behav Res Ther*. 2014 Nov;62:120-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25156399?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25156399?tool=bestpractice.bmj.com)
46. Vilarim MM, Rocha Araujo DM, Nardi AE. Caffeine challenge test and panic disorder: a systematic literature review. *Expert Rev Neurother*. 2011 Aug;11(8):1185-95. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21797659?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21797659?tool=bestpractice.bmj.com)
47. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2017 Oct 1;74(10):1021-9. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710546\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710546) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28877316?tool=bestpractice.bmj.com>)
48. Craske MG, Tsao JC. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev*. 2005 Jun;9(3):173-84. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15893248?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15893248?tool=bestpractice.bmj.com)
49. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, et al. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jul;60(7):692-700. [Texto completo \(http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=207565\)](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=207565) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12860773?tool=bestpractice.bmj.com>)
50. Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):212-29. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337390\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337390) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20037918?tool=bestpractice.bmj.com>)

51. Hollifield M, Finley MR, Skipper B. Panic disorder phenomenology in urban self-identified Caucasian-Non-Hispanics and Caucasian-Hispanics. *Depress Anxiety*. 2003;18(1):7-17. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900948?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900948?tool=bestpractice.bmj.com)

---

52. Hinton DE, Chhean D, Pich V, et al. Neck-focused panic attacks among Cambodian refugees: a logistic and linear regression analysis. *J Anxiety Disord*. 2006;20(2):119-38. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464700?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464700?tool=bestpractice.bmj.com)

---

53. Hinton DE, Chhean D, Fama JM, et al. Gastrointestinal-focused panic attacks among Cambodian refugees: associated psychopathology, flashbacks, and catastrophic cognitions. *J Anxiety Disord*. 2007;21(1):42-58. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650726?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650726?tool=bestpractice.bmj.com)

---

54. Smith LC, Friedman S, Nevid J. Clinical and sociocultural differences in African American and European American patients with panic disorder and agoraphobia. *J Nerv Ment Dis*. 1999 Sep;187(9):549-60. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10496510?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10496510?tool=bestpractice.bmj.com)

---

55. Seguí J, Salvador-Carulla I, García I, et al. Semiology and subtyping of panic disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 Apr;97(4):272-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9570487?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9570487?tool=bestpractice.bmj.com)

---

56. Neerakal I, Srinivasan K. A study of the phenomenology of panic attacks in patients from India. *Psychopathology*. 2003 Mar-Apr;36(2):92-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766319?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766319?tool=bestpractice.bmj.com)

---

57. Shiori T, Someya T, Murashita S, et al. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Feb;93(2):80-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8686487?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8686487?tool=bestpractice.bmj.com)

---

58. Deacon B, Lickel J, Abramowitz JS. Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2008;22(2):344-50. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17420113?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17420113?tool=bestpractice.bmj.com)

---

59. Comer JS, Blanco C, Hasin DS, et al. Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2011 Jan;72(1):43-50. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000882\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000882) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816036?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816036?tool=bestpractice.bmj.com)

---

60. Nepon J, Belik SL, Bolton J, et al. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*. 2010 Sep;27(9):791-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940247\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940247) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217852?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217852?tool=bestpractice.bmj.com)

---

61. de Graaf R, Tuihof M, van Dorsselaer S, et al. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Nov;47(11):1873-83. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434047?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434047?tool=bestpractice.bmj.com)

62. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Jun 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/CG113\)](https://www.nice.org.uk/guidance/CG113)
63. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1:S1. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1\)](https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com)
64. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. Am J Med. 1996 Feb;100(2):138-48. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8629647?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8629647?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Katerndahl DA. Chest pain and its importance in patients with panic disorder: an updated literature review. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2008;10(5):376-83. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629063\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629063) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19158976?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19158976?tool=bestpractice.bmj.com)
66. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB; Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. JAMA. 1999 Nov 10;282(18):1737-44. [Texto completo \(http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192080\)](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192080) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568646?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568646?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Furukawa TA, Katherine Shear M, Barlow DH, ET AL. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. Depress Anxiety. 2009;26(10):922-9. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760657\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760657) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006198?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006198?tool=bestpractice.bmj.com)
68. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326\)](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717171?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717171?tool=bestpractice.bmj.com)
69. US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, et al. Screening for anxiety disorders in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2023 Jun 27;329(24):2163-70. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806250\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806250) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37338866?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37338866?tool=bestpractice.bmj.com)
70. US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2022 Oct 11;328(14):1438-44. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797219\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797219) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36219403?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36219403?tool=bestpractice.bmj.com)
71. Gregory KD, Chelmow D, Nelson HD, et al. Screening for anxiety in adolescent and adult women: a recommendation from the Women's Preventive Services Initiative. Ann Intern Med. 2020 Jul 7;173(1):48-56. [Texto completo \(https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0580\)](https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0580) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32510990?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32510990?tool=bestpractice.bmj.com)

72. Barsky AJ, Delamater BA, Orav JE. Panic disorder patients and their medical care. *Psychosomatics*. 1999 Jan-Feb;40(1):50-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989121?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989121?tool=bestpractice.bmj.com)
73. Imai H, Tajika A, Chen P, et al. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 12;10(10):CD011170. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011170.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011170.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27730622?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27730622?tool=bestpractice.bmj.com)
74. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1921-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Sullivan G, Craske MG, Sherbourne C, et al. Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;29(5):379-87. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095116\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095116) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888803?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888803?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Apr;68(4):378-88. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074172\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074172) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464362?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464362?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, et al. Telephone-delivered stepped collaborative care for treating anxiety in primary care: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2017 Mar;32(3):245-55. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330997\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330997) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27714649?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27714649?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Rollman BL, Herbeck Belnap B, Abebe KZ, et al. Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jan 1;75(1):56-64. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5833533\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5833533) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117275?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117275?tool=bestpractice.bmj.com)
79. Munjack DJ, Crocker B, Cabe D, et al. Alprazolam, propranolol, and placebo in the treatment of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *J Clin Psychopharmacol*. 1989 Feb;9(1):22-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2651490?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2651490?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Sharp DM, Power KG, Swanson V. Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2000 Dec;50(461):963-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313882\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313882) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224967?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224967?tool=bestpractice.bmj.com)
81. Febbraro GA. An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *J Clin Psychol*. 2005 Jun;61(6):763-79. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15546141?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15546141?tool=bestpractice.bmj.com)

82. Febraro GA, Clum GA, Roodman AA, et al. The limits of bibliotherapy: a study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Beh Ther.* 1999;30(2):209-22.
83. The Reading Agency (UK). Reading Well Books on Prescription scheme. 2018 [internet publication]. [Texto completo \(http://readingagency.org.uk/adults/quick-guides/reading-well/#reading-well-books-on-prescription\)](http://readingagency.org.uk/adults/quick-guides/reading-well/#reading-well-books-on-prescription)
84. Lewis C, Pearce J, Bisson JI. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2012 Jan;200(1):15-21. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22215865?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22215865?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* 2013 Jan;28(1):33-45. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111544?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111544?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, et al. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *Int J Cogn Ther.* 2009 Jan 1;2(2):160-75. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732196\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732196) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19714228?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19714228?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Bandelow B, Reitt M, Röver C, et al. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* 2015 Jul;30(4):183-92. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1097/YIC.000000000000078\)](https://www.doi.org/10.1097/YIC.000000000000078) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932596?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932596?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al. Cognitive-behavioral therapy, imiprimine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2000 May 17;283(19):2529-36. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815116?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815116?tool=bestpractice.bmj.com)
89. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 4:28-32. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842185?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842185?tool=bestpractice.bmj.com)
90. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, et al. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2010 Feb;30(1):37-50. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775792?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775792?tool=bestpractice.bmj.com)
91. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry.* 2006;163:2119-2125. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17151163?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17151163?tool=bestpractice.bmj.com)
92. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther.* 2009;38:66-82. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20183688?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20183688?tool=bestpractice.bmj.com)
93. Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon*

- Outcomes Res. 2012;12:745-764. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23252357?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23252357?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
94. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2018 Apr;55:70-8. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304474?via%3Dihub\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304474?via%3Dihub) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422409?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422409?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
95. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, et al. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One.* 2010 Oct 13;5(10):e13196. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954140\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954140) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20967242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20967242?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
96. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, et al. Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD011565. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742186?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742186?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
97. Ruwaard J, Broeksteeg J, Schrieken B, et al. Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a three-year follow-up. *J Anxiety Disord.* 2010 May;24(4):387-96. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227241?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227241?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
98. Marchand A, Roberge P, Primiano S, et al. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord.* 2009 Dec;23(8):1139-47. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19709851?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19709851?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
99. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Mar;62(3):290-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1237029\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1237029) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753242?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
100. Gloster AT, Wittchen HU, Einsle F, et al. Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Jun;79(3):406-20. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21534651?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21534651?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
101. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, et al. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry.* 1995 May;152(5):683-91. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726307?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726307?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
102. van Apeldoorn FJ, van Hout WJ, Mersch PP, et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Apr;117(4):260-70. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307586?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307586?tool=bestpractice.bmj.com)
-

103. Rosenbaum JF, Fredman SJ, Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, eds. Panic disorder and its treatment. New York, NY: Marcel Dekker Inc.; 1998:153-80.
104. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006 Apr;188:305-12. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16582055?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16582055?tool=bestpractice.bmj.com)
105. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, et al. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(3):175-87. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654408?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654408?tool=bestpractice.bmj.com)
106. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD004364. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004364.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004364.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253502?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253502?tool=bestpractice.bmj.com)
107. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, et al. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1485-90. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379551?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379551?tool=bestpractice.bmj.com)
108. Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and exposure-based cognitive-behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry*. 1997 Jun;154(6):773-81. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167504?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167504?tool=bestpractice.bmj.com)
109. Bakker A, van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005 Sep;8(3):473-82. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15804373?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15804373?tool=bestpractice.bmj.com)
110. Bradwejn J, Ahokas A, Stein DJ, et al. Venlafaxine extended-release capsules in panic disorder: flexible-dose, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry*. 2005 Oct;187:352-9. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/187/4/352.full\)](http://bjp.rcpsych.org/content/187/4/352.full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199795?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199795?tool=bestpractice.bmj.com)
111. Batelaan NM, Van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Apr;15(3):403-15. [Texto completo \(https://academic.oup.com/ijnp/article/15/3/403/721159\)](https://academic.oup.com/ijnp/article/15/3/403/721159) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733234?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733234?tool=bestpractice.bmj.com)
112. Freire RC, Hallak JE, Crippa JA, et al. New treatment options for panic disorder: clinical trials from 2000 to 2010. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Jun;12(9):1419-28. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21342080?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21342080?tool=bestpractice.bmj.com)
113. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A, et al. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 5;4(4):CD010676. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010676.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010676.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29620793?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29620793?tool=bestpractice.bmj.com)

114. Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, et al. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022 Jan 19;376:e066084. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8767458\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8767458) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35045991?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35045991?tool=bestpractice.bmj.com)
115. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, et al. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 12;9(9):CD011567. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011567.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011567.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27618521?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27618521?tool=bestpractice.bmj.com)
116. Kimmel RJ, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In: Nathan PE, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2015:463-506.
117. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 8:47-54. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707162?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707162?tool=bestpractice.bmj.com)
118. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, et al. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Nov;55(11):1010-6. [Texto completo \(http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204431\)](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204431) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9819070?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9819070?tool=bestpractice.bmj.com)
119. Michelson D, Allgulander C, Dantendorfer K, et al. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder: randomized, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2001 Dec;179:514-8. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/179/6/514.full\)](http://bjp.rcpsych.org/content/179/6/514.full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731354?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731354?tool=bestpractice.bmj.com)
120. Backish D, Hooper CL, Filteau MJ, et al. A double-blind placebo-controlled trial comparing fluvoxamine and imipramine in the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(1):135-41. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8927663?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8927663?tool=bestpractice.bmj.com)
121. Leinonen E, Lepola U, Koponen H, et al. Citalopram controls phobic symptoms in patients with panic disorder: randomized controlled trial. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 Jan;25(1):24-32. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1407706\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1407706) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721681?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721681?tool=bestpractice.bmj.com)
122. Stahl SM, Gergel I, Li D. Escitalopram in the treatment of panic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2003 Nov;64(11):1322-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14658946?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14658946?tool=bestpractice.bmj.com)
123. Mochcovitch MD, Nardi AE. Selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder: a systematic review of placebo-controlled studies. *Expert Rev Neurother*. 2010 Aug;10(8):1285-93. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662754?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662754?tool=bestpractice.bmj.com)
124. Breilmann J, Girlanda F, Guaiana G, et al. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 28;3:CD010677. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010677.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010677.pub2/full)

[www.doi.org/10.1002/14651858.CD010677.pub2](http://www.doi.org/10.1002/14651858.CD010677.pub2)) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30921478?tool=bestpractice.bmj.com>)

125. Balon R, Chouinard G, Cosci F, et al. International task force on benzodiazepines. *Psychother Psychosom.* 2018;87(4):193-4. [Texto completo \(https://www.karger.com/Article/FullText/489538\)](https://www.karger.com/Article/FullText/489538) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29788029?tool=bestpractice.bmj.com>)
126. Silberman E, Balon R, Starcevic V, et al. Benzodiazepines: it's time to return to the evidence. *Br J Psychiatry.* 2021 Mar;218(3):125-7. [Texto completo \(https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/benzodiazepines-its-time-to-return-to-the-evidence/B4DBF992E78EBCC53DC15930829B79E6\)](https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/benzodiazepines-its-time-to-return-to-the-evidence/B4DBF992E78EBCC53DC15930829B79E6) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33040746?tool=bestpractice.bmj.com>)
127. Royal Australian College of General Practitioners. Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B - benzodiazepines. Jun 2015 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Drugs%20of%20dependence/Prescribing-drugs-of-dependence-in-general-practice-Part-B-Benzodiazepines.pdf\)](https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Drugs%20of%20dependence/Prescribing-drugs-of-dependence-in-general-practice-Part-B-Benzodiazepines.pdf)
128. Moylan S, Giorlando F, Nordfjærn T, et al. The role of alprazolam for the treatment of panic disorder in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012 Mar;46(3):212-24. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22391278?tool=bestpractice.bmj.com>)
129. Moylan S, Staples J, Ward SA, et al. The efficacy and safety of alprazolam versus other benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2011 Oct;31(5):647-52. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21869686?tool=bestpractice.bmj.com>)
130. Kennedy KM, O'Riordan J. Prescribing benzodiazepines in general practice. *Br J Gen Pract.* 2019 Mar;69(680):152-153. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.3399/bjgp19X701753\)](https://www.doi.org/10.3399/bjgp19X701753) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30819759?tool=bestpractice.bmj.com>)
131. Worthington JJ 3rd, Pollack MH, Otto MW, et al. Long-term experience with clonazepam in patients with a primary diagnosis of panic disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1998;34:199-205. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9641001?tool=bestpractice.bmj.com>)
132. Hermos JA, Young MM, Lawler EV, et al. Characterizations of long-term anxiolytic benzodiazepine prescriptions in veteran patients. *J Clin Psychopharmacol.* 2005;25:600-604. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282847?tool=bestpractice.bmj.com>)
133. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, et al. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety.* 2008;25(7):593-600. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17932958?tool=bestpractice.bmj.com>)
134. Caillard V, Rouillon F, Viel JF, et al. Comparative effects of low and high doses of clomipramine and placebo in panic disorder: a double-blind controlled study. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Jan;99(1):51-8. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10066007?tool=bestpractice.bmj.com>)
135. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jun 3;6(6):CD001026. [Texto completo](#)

- (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001026.pub2/full>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31158298?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
136. Rush AJ. STAR\*D: what have we learned? *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):201-4. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267779?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
137. Rathgeb-Fuetsch M, Kempter G, Feil A, et al. Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *J Psychiatr Res*. 2011 Sep;45(9):1264-8. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536308?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
138. Emmrich A, Beesdo-Baum K, Gloster AT, et al. Depression does not affect the treatment outcome of CBT for panic and agoraphobia: results from a multicenter randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2012;81(3):161-72. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22399019?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
139. Bystritsky A. Treatment-resistant anxiety disorders. *Mol Psychiatry*. 2006 Sep;11(9):805-14. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847460?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
140. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ*. 2017 Sep 13;358:j3927. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5596392>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903922?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
141. DeGeorge KC, Grover M, Streeter GS. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 2022 Aug;106(2):157-64. Texto completo (<https://www.aaafp.org/pubs/afp/issues/2022/0800/generalized-anxiety-disorder-panic-disorder.html>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35977134?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
142. Doyle A, Pollack MH. Long-term management of panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl. 5:24-28. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078115?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
143. Cloos JM. The treatment of panic disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18:45-50. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639183?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
144. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Apr 15;4(4):CD013495. Texto completo (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013495.pub2/full>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886130?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
145. van Dis EAM, van Veen SC, Hagens MA, et al. Long-term outcomes of Cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020 Mar 1;77(3):265-73. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902232>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31758858?tool=bestpractice.bmj.com>)
-

146. Bandelow B, Sagebiel A, Belz M, et al. Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. *Br J Psychiatry*. 2018 Jun;212(6):333-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29706139?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29706139?tool=bestpractice.bmj.com)

---

147. Goddard AW, Brouette T, Almai A, et al. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jul;58(7):681-6. [Texto completo \(http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481803\)](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481803) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448376?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448376?tool=bestpractice.bmj.com)

---

148. Sheehan DV, Raj AB, Harnett-Sheehan K, et al. The relative efficacy of high-dose buspirone and alprazolam in the treatment of panic disorder: a double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1993 Jul;88(1):1-11. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8372689?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8372689?tool=bestpractice.bmj.com)

---

149. Moroz G, Rosenbaum JF. Efficacy, safety, and gradual discontinuation of clonazepam in panic disorder: a placebo-controlled, multicenter study using optimized dosages. *J Clin Psychiatry*. 1999 Sep;60(9):604-12. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10520979?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10520979?tool=bestpractice.bmj.com)

---

150. Schweizer E, Fox I, Case G, et al. Lorazepam vs. alprazolam in the treatment of panic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1988;24(2):224-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3212153?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3212153?tool=bestpractice.bmj.com)

---

151. Otto MW, Tolin DF, Nations KR, et al. Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depress Anxiety*. 2012 Jun;29(6):465-70. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22730311?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22730311?tool=bestpractice.bmj.com)

---

152. Lessard MJ, Marchand A, Pelland MÈ, et al. Comparing two brief psychological interventions to usual care in panic disorder patients presenting to the emergency department with chest pain. *Behav Cogn Psychother*. 2012 Mar;40(2):129-47. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929830?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929830?tool=bestpractice.bmj.com)

---

153. Gallo KP, Chan PT, Buzzella BA, et al. The impact of an 8-day intensive treatment for adolescent panic disorder and agoraphobia on comorbid diagnoses. *Behav Ther*. 2012 Mar;43(1):153-9. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510263\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510263) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304887?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304887?tool=bestpractice.bmj.com)

---

154. Firth J, Torous J, Nicholas J, et al. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2017 Aug 15;218:15-22. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300150\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300150) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28456072?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28456072?tool=bestpractice.bmj.com)

---

155. Van Singer M, Chatton A, Khazaal Y. Quality of smartphone apps related to panic disorder. *Front Psychiatry*. 2015 Jul 14;6:96. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500864\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500864) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26236242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26236242?tool=bestpractice.bmj.com)

156. Pande AC, Pollack MH, Crockatt J, et al. Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2000 Aug;20(4):467-71. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10917408?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10917408?tool=bestpractice.bmj.com)

---

157. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Jun;27(3):263-72. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17502773?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17502773?tool=bestpractice.bmj.com)

---

158. Croom KF, Perry CM, Plosker GL. Mirtazapine: a review of its use in major depression and other psychiatric disorders. *CNS Drugs*. 2009;23(5):427-52. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453203?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453203?tool=bestpractice.bmj.com)

---

159. Serretti A, Chiesa A, Calati R, et al. Novel antidepressants and panic disorder: evidence beyond current guidelines. *Neuropsychobiology*. 2011;63(1):1-7. [Texto completo \(http://www.karger.com/Article/Pdf/321831\)](http://www.karger.com/Article/Pdf/321831) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20962541?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20962541?tool=bestpractice.bmj.com)

---

160. Fava GA, Zielezny M, Savron G, et al. Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry*. 1995 Jan;166(1):87-92. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7894882?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7894882?tool=bestpractice.bmj.com)

---

161. Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Oct;63(5):754-65. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593868?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593868?tool=bestpractice.bmj.com)

---

162. Ballenger JC, Pecknold J, Rickels K, et al. Medication discontinuation in panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54 Suppl:15-21. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8262887?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8262887?tool=bestpractice.bmj.com)

---

163. Reisman Y. Post-SSRI sexual dysfunction. *BMJ*. 2020 Feb 27;368:m754. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32107204?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32107204?tool=bestpractice.bmj.com)

---

164. Reisman Y. Sexual Consequences of Post-SSRI Syndrome. *Sex Med Rev*. 2017 Oct;5(4):429-433. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28642048?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28642048?tool=bestpractice.bmj.com)

---

165. Serretti A, Porcelli S. Antidepressant induced weight gain. *BMJ*. 2018 May 23;361:k2151. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792297?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792297?tool=bestpractice.bmj.com)

# Descargo de responsabilidad

BMJ Best Practice está dirigido a profesionales médicos licenciados. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) no promueve, ni respalda el uso de ningún fármaco o terapia contenida en esta publicación, ni tampoco diagnostica a los pacientes. Como profesional del ejercicio de la medicina, usted tiene la plena responsabilidad respecto a la atención y el tratamiento de sus pacientes y debe utilizar su propio criterio clínico y experiencia al utilizar este producto.

Este contenido no pretende abarcar todos los posibles métodos de diagnóstico, tratamientos, seguimiento, fármacos ni cualquier contraindicación o efecto secundario. Además, dado que esas normas y prácticas médicas cambian a medida que se dispone de nuevos datos, se deben consultar diversas fuentes. Recomendamos encarecidamente que verifique de forma independiente el diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento especificados y que se asegure de que es adecuado para su paciente dentro de su región. Además, con respecto a los medicamentos de venta con receta, se aconseja consultar el prospecto del producto que acompaña a cada fármaco para verificar las recomendaciones de uso e identificar cualquier cambio en la pauta de dosificación o las contraindicaciones, en particular si el fármaco que se va a administrar es nuevo, se utiliza con poca frecuencia o presenta un rango terapéutico limitado. Debe asegurarse siempre de que los fármacos que receta están autorizados para su uso especificado y en las dosis especificadas en su país.

La información incluida en BMJ Best Practice se proporciona "tal cual" sin ninguna declaración, condición o garantía de que sea exacta y esté actualizada. BMJ y sus licenciadores y licenciarios no asumen ninguna responsabilidad por ningún aspecto del tratamiento administrado a ningún paciente con la ayuda de esta información. En la máxima medida en que la ley lo permita, BMJ y sus licenciadores y licenciarios no incurrirán en responsabilidad alguna, incluida, entre otras, la responsabilidad por daños y perjuicios, que se derive del contenido. Quedan excluidas todas las condiciones, garantías y otros términos que, de otro modo, podrían estar implícitos en la ley, incluidas, entre otras, las garantías de calidad satisfactoria, la idoneidad para un fin determinado, el uso de un cuidado y una capacidad razonables y la no infracción de los derechos de propiedad.

En los casos en que las prácticas óptimas de BMJ se hayan traducido a un idioma distinto del inglés, BMJ no garantiza la exactitud y fiabilidad de las traducciones, ni el contenido proporcionado por terceros (incluidos, entre otros, los reglamentos locales, las guías de práctica clínica, la terminología, los nombres de los fármacos y las dosis de los mismos). El BMJ no se hace responsable de los errores y omisiones derivados de la traducción y adaptación o de cualquier otro tipo. Cuando el BMJ Best Practice enumera los nombres de los fármacos, lo hace únicamente por las Denominaciones Comunes Internacionales recomendadas (DCI). Es posible que ciertas fórmulas de fármacos se refieran a los mismos fármacos con nombres diferentes.

Tenga en cuenta que las formulaciones y dosis recomendadas pueden diferir entre las bases de datos de fármacos, los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Se debe consultar siempre un vademécum local para obtener información completa sobre la prescripción.

Las recomendaciones de tratamiento en las BMJ Best Practice son específicas para cada grupo de pacientes. Se recomienda tener cuidado al seleccionar el vademecum de fármacos integrados, ya que algunas recomendaciones de tratamiento son solo para adultos y los enlaces externos a un vademecum de pediatría no necesariamente recomienda su uso en niños (y viceversa). Compruebe siempre que ha seleccionado el vademecum correcto para su paciente.

En los casos en que su versión de BMJ Best Practice no coincida con la de vademecum local, deberá consultar una base de datos farmacéutica local para obtener información completa sobre los fármacos, incluidas las contraindicaciones, las interacciones farmacológicas y las dosis alternativas antes de recetar.

## Interpretación de los números

Independientemente del idioma en el que se muestre el contenido, los números se muestran de acuerdo con el estándar de separador numérico original en inglés. Por ejemplo, los números de 4 dígitos no incluirán ni una coma, ni un punto decimal; los números de 5 o más dígitos incluirán comas; y los números que son

inferiores a 1 se representarán con puntos decimales. Véase la figura 1 a continuación para un cuadro explicativo.

BMJ no acepta ninguna responsabilidad por la mala interpretación de los números que cumplen con esta norma de separación numérica.

Este enfoque está en consonancia con la orientación del [International Bureau of Weights and Measures Service](#).

### Figura 1 – Estilo de numeración de BMJ Best Practice

Números de 5 dígitos: 10,000

Números de 4 dígitos: 1000

numerales < 1: 0.25

Puede encontrar aquí nuestra página web completa y los términos y condiciones de la solicitud: [Términos y condiciones del sitio web](#).

### Contacte con nosotros

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
Londres  
WC1H 9JR  
Reino Unido

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Craig N. Sawchuk, PhD**

Professor

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGACIONES: CNS declares that he has no competing interests.

---

**Jason P. Veitengruber, MD**

Associate Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA

DIVULGACIONES: JPV declares that he has no competing interests.

### // Revisores por pares:

---

**Tanveer A. Padder, MD**

Chairman

Department of Psychiatry, Trinity School of Medicine, Warner Robins, GA

DIVULGACIONES: TAP declares that he has no competing interests.

---

**Paul Blenkiron, BM BCh, MA**

Consultant Psychiatrist

Leeds and York Partnership NHS Foundation Trust, Bootham Park Hospital, York, UK

DIVULGACIONES: PB declares that he has no competing interests.

---

**Philip J. Cowen, MD, FRCPsych, FMedSci**

Professor of Psychopharmacology

Warneford Hospital, Oxford, UK

DIVULGACIONES: PJC declares that he has no competing interests.

---

**Toshiaki A. Furukawa, MD, PhD**

Professor and Chair

Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Nagoya City University, Nagoya, Japan

DIVULGACIONES: TAF has received research funds and speaking fees from Astellas, Dai-Nippon, Sumitomo, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen, Meiji, Otsuka, Schering-Plough, and Yoshitomi. He was on a research advisory board for Meiji and Mochida, and is currently on research advisory boards for Sekisui chemicals and Takeda Science Foundation. He has received royalties from Igaku-Shion and Seiwa-Shoten Publishers. The Japanese Ministry of Education, Science, and Technology and the Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare have also funded his research.