

TRATAMIENTO DEL ATAQUE DE PÁNICO FÁRMACO-RESISTENTE

Hay pacientes con Ataques de Pánico que, a pesar de cumplir con la terapia medicamentosa, siguen presentando las crisis con molesta frecuencia. En este artículo, (I) definimos lo que es “resistencia” y (II) señalamos cuáles son los esquemas farmacológicos de tratamiento.

I. DEFINICIÓN DE RESISTENCIA

Se llama “Ataque de Pánico Fármaco-Resistente” a la presentación repetida de los ataques de pánico, a pesar del cumplimiento del tratamiento farmacológico estándar, en tiempo y dosis suficientes.

IMPLICACIONES DE LA DEFINICIÓN

1. El diagnóstico de Ataque de Pánico estuvo inicialmente bien establecido. En todo caso, es el momento de revisar el Diagnóstico Diferencial: enfermedades de la tiroides, epilepsia, trastornos vestibulares, cardiopatías o feocromocitoma.
2. El paciente ha cumplido el tratamiento en forma estricta. Por ejemplo, no disminuyó *motu proprio* las dosis de los tranquilizantes. La suspensión rápida o brusca de los benzodiazepínicos puede producir síntomas de rebote.
3. Hay varios esquemas de tratamiento estándar. Hoy, uno típico consiste en: tranquilizante + antidepresivo.
 - 3.1. El tranquilizante, suele ser un benzodiazepínico: Alprazolán o Clonazepán. También se usa Lorazepán. Un poco menos, Diazepán.
 - 3.2. El antidepresivo suele ser un IRSS, Inhibidor de la Recaptación Selectiva de la Serotonina (Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Paroxetina). También se siguen usando los Tricíclicos (Imipramina, Clomipramina, Amitriptilina). Se usan menos los Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa (Moclobemida).
4. Tiempo suficiente de tratamiento, significa que el Benzodiazepínico se tomó durante seis semanas, en las etapas de aumento, meseta y disminución, progresivas. También que el antidepresivo se tomó durante seis semanas, al menos.

5. Las dosis ponderadas de los Benzodiacepínicos son: Alprazolam: 0.25 mg c/12h a 2 mg c/8 h.
Clonazepan: 0.25 mg c/12 h. – 2 mg c/8 h.
6. En caso de *status ansioso* e intolerancia gástrica, conviene el tranquilizante Lorazepan 2 mg intramuscular c/2 h, hasta obtener la calma, máximo 15 mg. Se continúa con 2 mg c/8 h + 2 mg VO opcional.
7. Las dosis ponderadas de los antidepresivos IRSS son: Fluoxetina 20 a 40 mg
Sertralina 20 a 200 mg
Fluvoxamina 100 a 300 mg
Paroxetina 20 a 60 mg
Citalopram 20 a 40 mg
8. Las dosis ponderadas de los antidepresivos Tricíclicos son: Clomipramina 30 a 150 mg
Amitriptilina 30 a 100 mg.
9. Las dosis ponderadas de otros antidepresivos son: Moclobemida ¹ 150 a 600 mg
Venlafaxina 75 a 150 mg.

II. TRATAMIENTO DE LA FÁRMACO-RESISTENCIA

Decíamos que el paciente cumplió el tratamiento, pero las crisis continuaron presentándose. Se revisó el diagnóstico y se le confirmó. Entonces, es el momento de plantear una alternativa terapéutica a esa resistencia: la combinación de medicamentos. Hay varias combinaciones que se pueden hacer:

- a) Dos IRSS
- b) Un IRSS + un Tricíclico
- c) Un antidepresivo + un estabilizador del ánimo

a) Dos IRSS

Fluoxetina + Sertralina. O cualquier otra combinación con los antidepresivos arriba anotados, incluida la Moclobemida.

b) Un IRSS + un Tricíclico

¹ Hay comunicaciones de que los IMAO son efectivos en el 90 % de los Ataques de Pánico no vinculados a agorafobia.

Fluoxetina o Sertralina + Amitriptilina o Clomipramina.
(OJO: No se recomienda combinar IMAO con Tricíclicos).

c) Un Antidepresivo + un Estabilizador del Ánimo

Fluoxetina (o Sertralina o Clomipramina) + Carbonato de Litio o Valproato.
(OJO: NO se recomienda combinar Carbamazepina con un Tricíclico. Asimismo, debe tenerse en cuenta que puede interferir con los IRSS).