

ORIGINAL

Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión[☆]

Fernando Navarro-Mateu^{a,*}, Ascensión Garriga-Puerto^a y Juan Antonio Sánchez-Sánchez^b

^aUnidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM), Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^bUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria, Consejería de Sanidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 30 de diciembre de 2008; aceptado el 6 de mayo de 2009

Disponible en Internet el 24 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Análisis por árbol de decisión;
Trastorno de pánico;
Terapia cognitivo-conductual;
Antidepresivos;
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Analizar las diferentes estrategias terapéuticas para el trastorno de pánico, de forma que se facilite la toma de decisiones conjunta entre el profesional sanitario de atención primaria y el paciente.

Diseño: Análisis cuantitativo por árbol de decisión.

Fuentes de datos: Revisión del período de 1990 a 2008 en Medline, Embase, librería Cochrane Plus y Tripdatabase. Términos utilizados: “panic disorder”, “psychotherapy” y “drug therapy”.

Selección de estudios: Sumarios de pruebas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica.

Extracción de datos: a) Elaboración de un árbol de decisión con una única opción terapéutica; b) idéntico procedimiento con 2 opciones terapéuticas secuenciales, y c) análisis de sensibilidad para valorar la consistencia del modelo.

Resultados: La terapia cognitivo-conductual (TCC) obtiene la utilidad media esperada (UME) más elevada (UME = 0,58), seguida de los antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (UME = 0,53) y de los antidepresivos tricíclicos (UME = 0,44). La secuencia TCC seguida de ISRS es la que obtiene una UME más alta (0,62). EL análisis de sensibilidad indica que el modelo no es suficientemente consistente.

Conclusiones: La TCC en monoterapia o seguida de ISRS como estrategia secuencial serían las opciones terapéuticas con una mayor utilidad. Los resultados no son suficientemente consistentes, puesto que pueden variar claramente con la modificación de las variables más importantes dentro de unos rangos razonables.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo se basa en una versión inicial presentada por el autor principal (F.N.M) para la finalización del Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, organizado por la UNED y el Instituto Carlos III (2004–2006).

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernando.navarro@carm.es (F. Navarro-Mateu).

KEYWORDS

Decision tree Analysis;
Panic disorders;
Cognitive-behavioural
therapy;
Antidepressants;
Selective serotonin
reuptake inhibitors;
Primary Care

Tree decision analysis of the therapeutic alternatives for Panic Disorders in Primary Care**Abstract**

Aims: To analyse the different therapeutic alternatives for Panic Disorders to make it easier to make collaborative treatment decisions between patients and doctors in a Primary Care setting.

Design: Quantitative analysis by a decision tree.

Data Sources: Time period reviewed; 1990–2008 in Med-line, Embase, Cochrane-plus Library and Tripdatabase. Terms used “panic disorder”, “psychotherapy” and “drug therapy”.

Methods: I) A decision tree was prepared with only one therapeutic option in each arm; II) The same procedure with two sequential therapeutic options; III) Sensitivity analysis to test the robustness of the model.

Study selection: Evidence summary, systematic reviews, meta-analysis and clinical guidelines.

Results: Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) obtains the highest usefulness (UME = 0.58), followed by the Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) (UME = 0.53) and by the tricyclic antidepressants (UME = 0.44). CBT followed by SSRI is the therapeutic sequence with the highest usefulness (0.62). The sensitivity analysis suggests the model is not robust enough.

Conclusions: The CBT in monotherapy or followed by SSRI in a sequential strategy would be the options with the highest usefulness. The results are not robust enough because they can clearly vary with changes in the most important variables in a reasonable range.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El trastorno de angustia o pánico (TP) está considerado como un importante problema de salud pública¹. Es una enfermedad mental caracterizada por la presencia de crisis de pánico recurrentes e impredecibles, con una preocupación persistente por tener una nueva crisis o por sus consecuencias, o con cambios significativos en el comportamiento relacionados con la aparición de las crisis. En la actualidad, hay una importante variabilidad en el abordaje terapéutico de esta enfermedad, a pesar de que hay tratamientos eficaces^{1,2}. Una de las posibles causas de esta variabilidad puede relacionarse con la forma de presentación de las recomendaciones terapéuticas. En general, en las guías de práctica clínica (GPC) publicadas suelen quedar reflejadas las diferentes opciones con el nivel de pruebas que las sustentan y dejan al lector la elección de cuál de ellas utilizar. Esta elección, en especial cuando se puede optar por estrategias psicoterapéuticas o por abordajes farmacológicos, suele ser un tema controvertido y no exento de posicionamientos apriorísticos.

El “análisis mediante árboles de decisión” es una técnica cuantitativa especialmente útil en situaciones de incertidumbre sobre la estrategia que se va a utilizar o cuando puede establecerse una comparación razonable entre 2 o más alternativas a la luz del conocimiento científico³. Representan una ayuda en la comunicación con el paciente y tienen un claro valor pedagógico reconocido en la actualidad^{4,5}.

El objetivo del trabajo es el análisis de las principales estrategias terapéuticas frente al TP mediante un árbol de decisión y proponer una jerarquización de éstas que facilite la toma de decisiones conjunta entre el profesional sanitario de atención primaria y el paciente.

Material y métodos

La revisión de la literatura médica permite la identificación y la selección de aquellas estrategias terapéuticas alternativas con pruebas científicas sobre su eficacia en la actualidad. La búsqueda bibliográfica se realizó en Medline, Embase, la librería Cochrane Plus y en Tripdatabase. Los términos con los que se buscó fueron “panic disorder”, “psychotherapy” y “drug therapy”. Los límites del estudio fueron sumarios de pruebas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica publicados desde 1990 hasta junio de 2008. El objetivo de esta revisión fue la selección de estrategias terapéuticas y la obtención de los datos necesarios para el desarrollo del árbol de decisión.

Para la elaboración del árbol de decisión se utiliza la notación estándar^{3,4,6}, que incluye el uso de nudos (o nodulos de acción, de azar y finales o terminales) y ramas. Para cada opción terapéutica seleccionada se realizan los siguientes cálculos: a) cálculo de las probabilidades de cada una de las ramas; b) cálculo de las consecuencias promedio esperadas para cada una de las opciones, multiplicando la probabilidad de cada rama por su correspondiente utilidad, y c) cálculo de la utilidad media esperada (UME) de cada opción terapéutica mediante la suma de las consecuencias promedio. Este resultado medio esperado permite elegir aquella alternativa que maximice su valor.

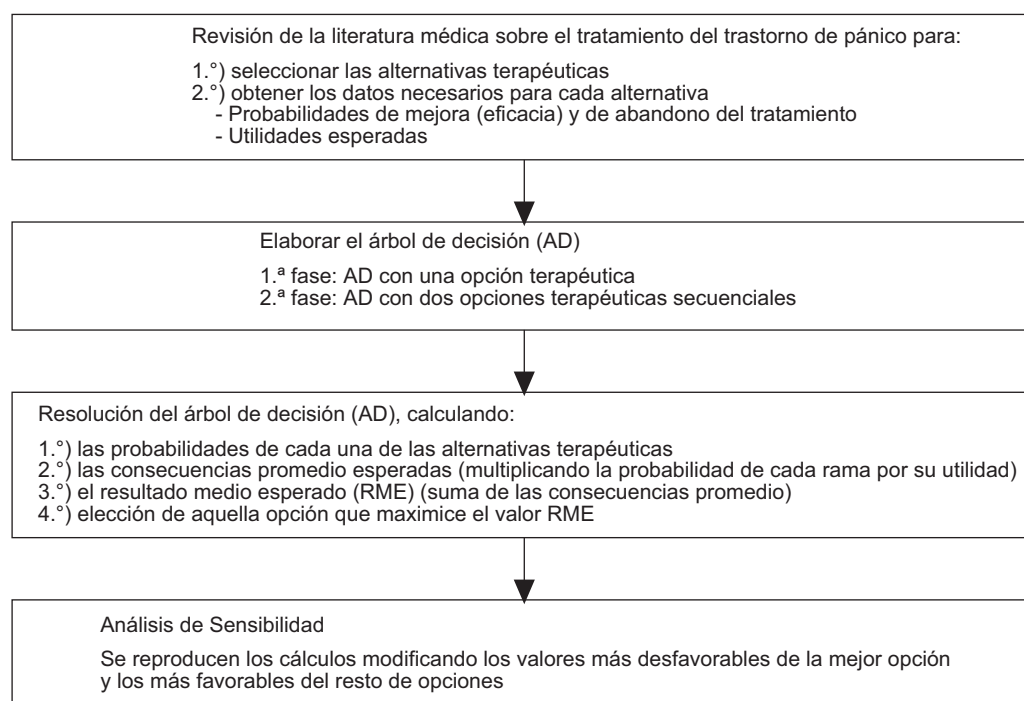
Para facilitar la elaboración del árbol de decisión y simplificar el análisis de los datos, se ha optado por la utilización de los mismos acontecimientos para cada una de las estrategias terapéuticas. En concreto, la posibilidad de abandono del tratamiento y de obtener resultados positivos (cuando hay remisión de los síntomas) o negativos (cuando no hay remisión de los síntomas). El análisis del árbol de decisión se realiza en 2 fases: a) fase 1 (árbol de decisión

con una opción terapéutica): inicialmente se realizará un árbol de decisión simple con cada una de las estrategias seleccionadas y análisis de los resultados obtenidos, y b) fase 2 (árbol de decisión con 2 opciones terapéuticas secuenciales): se realiza un nuevo árbol de decisión, incluyendo, en el caso de fracaso de la primera opción (respuesta negativa) una segunda estrategia terapéutica. Para la elección de esta segunda opción se selecciona aquella más óptima obtenida en el primer análisis, diferente de la que se está analizando como primera opción.

La consistencia de los resultados se analiza mediante un análisis de sensibilidad de extremos³ con las variables que podrían afectar seriamente el grado de fiabilidad de los resultados obtenidos previamente. Se utilizan los valores más desfavorables de la opción que resulte como primera elección y los valores más favorables del resto para valorar los cambios producidos.

siendo ampliamente utilizadas⁸, en especial en el ámbito de la atención primaria en España⁹, a pesar de que no se consideran como tratamiento de elección por su amplia variedad de efectos secundarios^{7,10}.

Recientemente se han publicado 2 metaanálisis sobre la eficacia de un tratamiento que combina estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas. La combinación de ambas es, al menos, tan eficaz como los abordajes en monoterapia¹¹ o, incluso, superior al tratamiento farmacológico en la fase aguda¹². El intervalo de confianza (IC) del 95% del número de pacientes que es necesario tratar (NNT, *number needed to treat*) de la combinación terapéutica se encuentra entre 7 y 10 (sería necesario tratar entre 7 y 10 pacientes para obtener una remisión de los síntomas en uno de ellos), con una mayor frecuencia de abandonos por los efectos secundarios que el abordaje psicoterapéutico aislado del número de pacientes necesario para dañar (NNH, *number*



Esquema general del estudio Análisis cuantitativo por árbol de decisión.

Resultados

Descripción de las alternativas terapéuticas

La última edición de Clinical Evidence⁷ ha servido como referencia para la elección de las alternativas terapéuticas (tabla 1) con beneficios probados hasta la fecha: a) la terapia cognitivo-conductual (TCC); b) los antidepresivos (ATD) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y c) los antidepresivos tricíclicos (ATC).

En el primer árbol terapéutico se ha considerado interesante incluir a las benzodiacepinas (BZD) para valorar su comportamiento, dado que, en la actualidad, siguen

siendo ampliamente utilizadas⁸, en especial en el ámbito de la atención primaria en España⁹, a pesar de que no se consideran como tratamiento de elección por su amplia variedad de efectos secundarios^{7,10}.

Identificación de los acontecimientos o sucesos esperados y asignación de las probabilidades asociadas

Para cada una de las alternativas terapéuticas analizadas se consideran los siguientes acontecimientos posibles: la tasa

Tabla 1 Eficacia y abandonos de las diferentes intervenciones terapéuticas para el trastorno de pánico

Intervención	Eficacia (tasa de respuesta)	NNT (IC del 95%)	Tasa de abandono
Terapia cognitivo-conductual	66% ¹⁴	2 (2–4) ¹⁸	20% ¹⁴
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	58% ²	4 (3–7) ¹⁸ (para la paroxetina)	25% ²
Antidepresivos tricíclicos	50% ²	4 (3–8) ¹⁸ (para la clomipramina)	36% ²
Benzodiacepinas	62% ²	3 (2–4) ¹⁸ (para el alprazolam)	13% ¹⁰

IC: intervalo de confianza; NNT: *number needed to treat* 'número de pacientes que es necesario tratar' (para obtener una remisión de los síntomas en uno de ellos).

Tabla 2 Utilidades (resultados) asignadas a las diferentes evoluciones esperadas en el tratamiento del trastorno de pánico

Resultados esperados	Utilidades*	Comentarios
Mejoría (+)	0,86	Es una enfermedad crónica que mejora con el tratamiento pero persiste un cierto riesgo de recurrencia.
No mejoría sin abandono del tratamiento (–)	0,4	El no haber abandonado el tratamiento permite al terapeuta plantear una estrategia terapéutica alternativa si no se obtiene una mejoría.
Abandono	0,1	El abandono del tratamiento supone un alto riesgo de complicaciones, cronificación del cuadro y aparición de enfermedades comórbidas.

*Las utilidades varían en un rango entre 0 y 1 y para su cálculo se han utilizado los datos publicados por Mavisakalian et al¹³.

de abandonos del tratamiento y la obtención de una respuesta positiva (tasa de respuesta, p) o una respuesta negativa (se considera el complementario de la tasa de respuesta, 1-p). En la [tabla 1](#) se indican las tasas de respuesta y de abandono obtenidas.

Cuantificación y valoración de los resultados esperados

La [tabla 2](#) refleja las utilidades esperadas calculadas sobre la base de las propuestas de Mavisakalian et al¹³.

Estrategia óptima como primera elección terapéutica

Fase 1: árbol de decisión con una opción terapéutica

En la [figura 1](#) se puede observar el árbol de decisión construido con las premisas anteriormente comentadas. El cálculo de la UME de cada una de las opciones terapéuticas se presenta en la [tabla 3](#). Si se excluye a las BZD como opción terapéutica de primera elección debido a los problemas asociados a su uso, los resultados obtenidos indican que la estrategia terapéutica con una mayor utilidad promedio sería la TCC (UME = 0,58), seguida de los ISRS (UME = 0,53) y de los ATC (UME = 0,44). Curiosamente, las BZD proporcionan una mayor utilidad promedio que el resto de las opciones terapéuticas (UME = 0,61).

Fase 2: árbol de decisión con 2 opciones terapéuticas secuenciales

En el caso de que con la primera opción no se obtenga la respuesta positiva deseada, el árbol de decisión incluye

como segunda opción al siguiente tratamiento con mayor UME ([fig. 2](#)). En esta ocasión no se analiza la opción terapéutica con BZD. Los resultados obtenidos con las UME ([tabla 4](#)) indican que la mejor opción sería iniciar el tratamiento con TCC y, en el caso de no obtener una respuesta satisfactoria, iniciar el tratamiento con ISRS (UME = 0,62), frente a la secuencia ISRS seguido de TCC (UME = 0,58) y a la secuencia ATC seguido de TCC (UME = 0,50).

Análisis de sensibilidad

Se ha considerado que las variables sometidas a un mayor grado de incertidumbre y que pueden afectar al resultado del análisis son las tasas de eficacia y las de abandono. Para la elección de los valores en relación con las tasas de eficacia, se han tenido en cuenta los resultados proporcionados por otros estudios con resultados diferentes, puesto que no se han encontrado en la revisión de la literatura médica datos relativos a los valores correspondientes a los IC del 95%. Para la TCC se ha propuesto una tasa de abandono que oscila entre un 10 y un 30%¹⁴. Se calcula un intervalo ficticio para los ISRS y ATC usando una variación similar a la anterior (se suma y se resta un 10% a los datos obtenidos)². Este margen de $\pm 10\%$ parece un margen razonable que permite realizar el análisis de sensibilidad. Los datos que se utilizan están reflejados en la [tabla 5](#).

En el análisis de sensibilidad de extremos realizado se ha calculado la peor tasa de respuesta y la mayor tasa de abandonos del TCC con las mejores opciones de cada uno de los ATD (las mejores tasas de respuesta y menores tasas

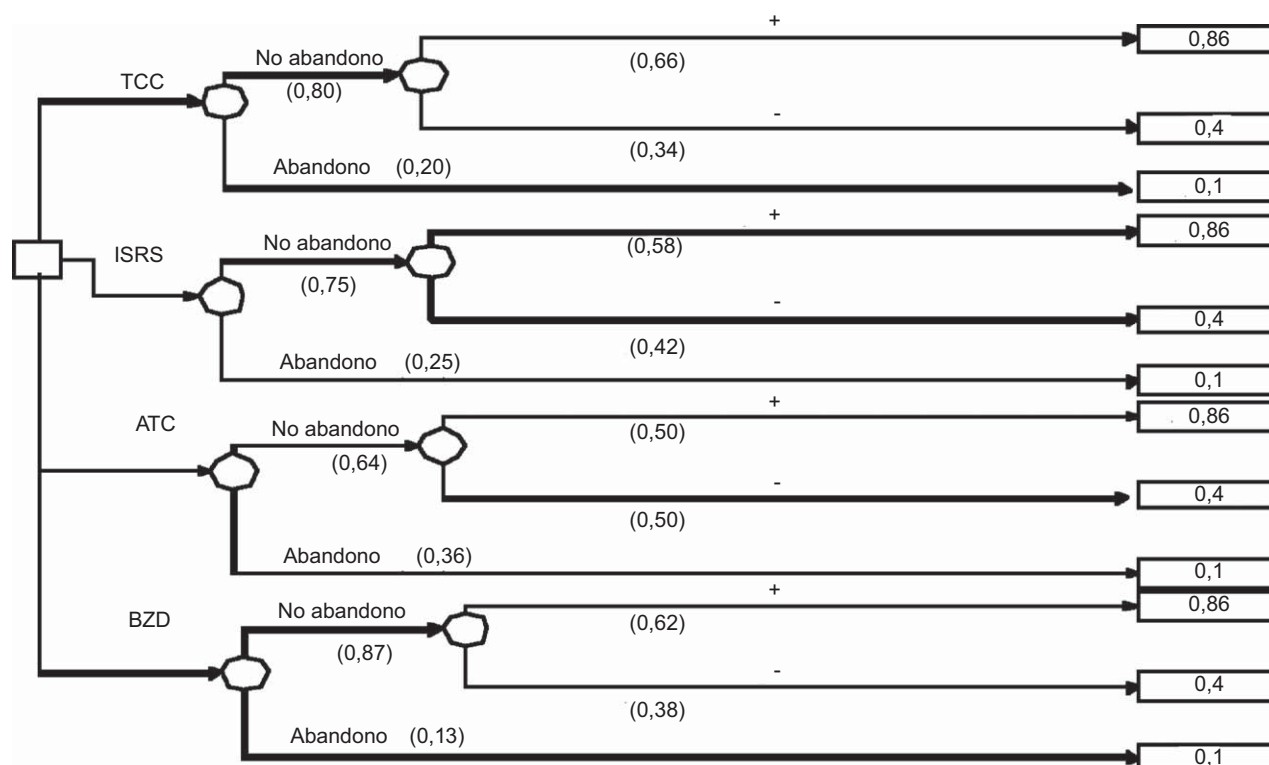


Figura 1 Árbol de decisión con las diferentes opciones terapéuticas en el trastorno de pánico. ATC: antidepresivos tricíclicos; BZD: benzodiacepinas; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TCC: terapia cognitivo-conductual. + = mejoría y - = no respuesta al tratamiento. Notación de los árboles de decisión: Cuadrado = nudos de decisión; círculos = nudos de acontecimientos; rectángulos = resultados.

Tabla 3 Cálculo de la utilidad media esperada (UME) de las diferentes opciones terapéuticas para el trastorno de pánico

Intervención	Probabilidades	Utilidades	Probabilidades × utilidades
TCC			
TCC sin abandono y efectivo	$0,66 \times 0,80 = 0,53$	0,86	0,45
TCC sin abandono no efectivo	$0,34 \times 0,80 = 0,27$	0,4	0,11
TCC con abandono	0,2	0,1	0,02
Suma	1		0,58
ISRS			
ISRS sin abandono y efectivo	$0,58 \times 0,75 = 0,44$	0,86	0,37
ISRS sin abandono no efectivo	$0,42 \times 0,75 = 0,32$	0,4	0,13
ISRS con abandono	0,25	0,1	0,03
Suma	1		0,53
ATC			
ATC sin abandono y efectivo	$0,50 \times 0,64 = 0,32$	0,86	0,28
ATC sin abandono no efectivo	$0,50 \times 0,64 = 0,32$	0,4	0,13
ATC con abandono	0,36	0,1	0,04
Suma	1		0,44
BZD			
BZD sin abandono y efectivo	$0,62 \times 0,87 = 0,54$	0,86	0,46
BZD sin abandono no efectivo	$0,38 \times 0,87 = 0,33$	0,4	0,13
BZD con abandono	0,13	0,1	0,01
Suma	1		0,61

ATC: antidepresivos tricíclicos; BZD: benzodiacepinas; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TCC: terapia cognitivo-conductual.

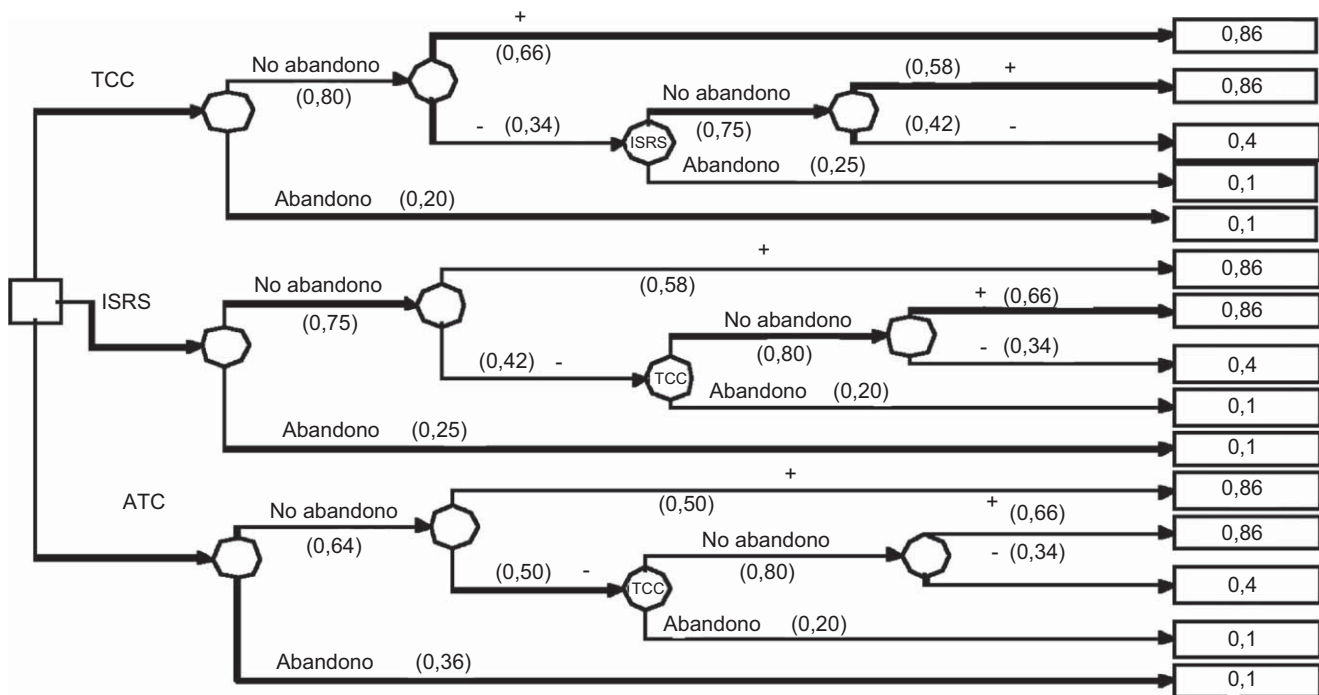


Figura 2 Árbol de decisión con 2 opciones terapéuticas secuenciales en el trastorno de pánico. ATC: antidepresivos tricíclicos; BZD: benzodiacepinas; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TCC: terapia cognitivo-conductual. + = mejoría y - = no respuesta al tratamiento. Notación de los árboles de decisión: Cuadrado = nudos de decisión; círculos = nudos de acontecimientos; rectángulos = resultados.

de abandono). En la [tabla 6](#) están reflejados los cálculos realizados para obtener la UME de cada una de las opciones terapéuticas en el análisis de sensibilidad realizado. En esta ocasión, la UME de los ATD (en primer lugar los ISRS y en segundo lugar los ATC) son superiores a la del abordaje psicoterapéutico.

Discusión

Hasta donde los autores del presente artículo conocen, éste es el primer estudio mediante árbol de decisión, incluido el abordaje psicoterapéutico como alternativa terapéutica junto con el abordaje farmacológico del TP, tanto en monoterapia como con una estrategia secuencial. Previamente se ha publicado un análisis mediante árbol, pero éste ha analizado sólo 3 alternativas farmacológicas¹⁵ (ATC, inhibidores de la monoaminoxidasa y BZD), de las que sólo una de ellas puede considerarse de primera elección en la actualidad.

Los resultados del análisis indican que el abordaje psicoterapéutico mediante TCC es la opción terapéutica que mayor utilidad esperada proporciona como única opción, y si no se observara mejoría, la mejor opción sería iniciar el tratamiento con ISRS. Sin embargo, estos resultados no son consistentes al modificarse en el análisis de sensibilidad realizado. En otras palabras, en la actualidad se dispone de 2 abordajes terapéuticos (la psicoterapia TCC y el tratamiento con ATD, en especial los ISRS) con una eficacia probablemente similar para el tratamiento del TP.

A diferencia de la información que facilitan las principales GPC disponibles sobre el TP^{1,2,14,17,18}, el abordaje realizado mediante un árbol de decisión permite realizar un análisis cuantitativo y explícito de las alternativas terapéuticas en situaciones de incertidumbre similares a las condiciones reales de la práctica clínica. Este abordaje de las decisiones clínicas no suele usarse en las GPC, a pesar de su claro interés para el clínico al explicitar los datos disponibles aportados por la literatura científica y al realizar un análisis cuantitativo de éstos.

Este estudio presenta las siguientes limitaciones: a) el modelo construido es una aproximación a la realidad, en la que es muy complicado incluir todas las posibilidades y toda la información relevante disponible sobre una enfermedad tan compleja, y b) las utilidades esperadas, aunque basadas en la información encontrada en la revisión realizada, pueden variar en contextos diferentes.

En atención primaria es necesario conocer las diferentes estrategias terapéuticas disponibles para el TP así como sus posibles combinaciones secuenciales por varios motivos: a) en los últimos años se han desarrollado programas psicoterapéuticos breves basados en la TCC, específicamente diseñados para atención primaria^{1,16}; b) para poder realizar derivaciones adecuadas al segundo nivel de especialización en el caso de no disponer de la formación o de los recursos necesarios ya que, actualmente, los pacientes con TP pueden tardar una media de 5 años y medio desde que tienen su primera crisis de pánico hasta que inician su primer tratamiento psicológico²³, y c) para informar adecuadamente a los pacientes y facilitar el proceso de toma de decisiones.

Tabla 4 Cálculo de la utilidad media esperada (UME) de las diferentes opciones terapéuticas de forma secuencial en el trastorno de pánico

Intervención	Probabilidades	Utilidades	Probabilidades × utilidades
TCC			
TCC sin abandono y efectivo	$0,66 \times 0,80 = 0,53$	0,86	0,45
TCC sin abandono no efectivo y cambio a ISRS sin abandono y efectivo	$0,58 \times 0,75 \times 0,34 \times 0,80 = 0,12$	0,86	0,10
TCC sin abandono no efectivo y cambio a ISRS sin abandono y no efectivo	$0,42 \times 0,75 \times 0,34 \times 0,80 = 0,09$	0,4	0,03
TCC sin abandono no efectivo y cambio a ISRS con abandono	$0,25 \times 0,34 \times 0,80 = 0,07$	0,1	0,01
TCC con abandono	0,2	0,1	0,02
Suma	1		0,62
ISRS			
ISRS sin abandono y efectivo	$0,58 \times 0,75 = 0,44$	0,86	0,37
ISRS sin abandono no efectivo y cambio a TCC sin abandono y efectivo	$0,66 \times 0,80 \times 0,42 \times 0,75 = 0,17$	0,86	0,14
ISRS sin abandono no efectivo y cambio a TCC sin abandono y no efectivo	$0,34 \times 0,80 \times 0,42 \times 0,75 = 0,09$	0,4	0,03
ISRS sin abandono no efectivo y cambio a TCC con abandono	$0,20 \times 0,42 \times 0,75 = 0,06$	0,1	0,01
ISRS con abandono	0,25	0,1	0,03
Suma	1		0,58
ATC			
ATC sin abandono y efectivo	$0,50 \times 0,64 = 0,32$	0,86	0,28
ATC sin abandono no efectivo y cambio a TCC sin abandono y efectivo	$0,66 \times 0,80 \times 0,50 \times 0,64 = 0,17$	0,86	0,15
ATC sin abandono no efectivo y cambio a TCC sin abandono y no efectivo	$0,34 \times 0,80 \times 0,50 \times 0,64 = 0,09$	0,4	0,03
ATC sin abandono no efectivo y cambio a TCC con abandono	$0,20 \times 0,50 \times 0,64 = 0,06$	0,1	0,01
ATC con abandono	0,36	0,1	0,04
Suma	1		0,50

ATC: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TCC: terapia cognitivo-conductual.

Tabla 5 Eficacia y abandonos de las diferentes intervenciones terapéuticas para el trastorno de pánico utilizados en el análisis de sensibilidad de extremos

Intervención	Eficacia ²² (tasa de respuesta)	Tasa de abandono
Terapia cognitivo-conductual	40%	10–30% ¹⁴
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	65%	15–35%*
Antidepresivos tricíclicos	53%	26–46%*

*Extrapolación de datos con una variación de $\pm 10\%$ sobre el valor propuesto por McIntosh et al².

En este contexto, se proponen varias líneas de investigación. En primer lugar, el papel facilitador de los árboles de decisión en el proceso de comunicación entre médico y

paciente. En segundo lugar, el papel educativo y formativo de los árboles de decisión, tanto como estrategia de formación de los nuevos especialistas como de formación continuada. En tercer y último lugar, valorar la aplicación práctica de este modelo en pacientes con TP en el modelo asistencial español.

En la toma de decisiones clínicas, tal y como se plantea en la medicina basada en la evidencia⁴, además de las pruebas científicas, es necesaria la incorporación de los valores, las preferencias y las circunstancias individuales de los pacientes¹⁹. Hay datos que indican que la incorporación de las preferencias del paciente concreto en un análisis de decisión influye de manera drástica en la opción elegida finalmente^{20,21}. La calidad de la información que se les ofrezca a los pacientes y la forma de presentársela⁴ son de vital importancia para involucrarlos en la toma de decisiones y así mejorar la adherencia al tratamiento en una enfermedad de características crónicas y con tendencia a las recidivas, como es el TP. El análisis por árbol de decisión puede facilitar esta

Tabla 6 Análisis de sensibilidad y cálculo de la utilidad media esperada (UME) para el trastorno de pánico

Intervención	Probabilidades	Utilidades	Probabilidades × utilidades
TCC			
TCC sin abandono y efectivo	$0,4 \times 0,7 = 0,28$	0,86	0,24
TCC sin abandono no efectivo	$0,6 \times 0,7 = 0,42$	0,4	0,17
TCC con abandono	0,3	0,1	0,03
Suma	1		0,44
ISRS			
ISRS sin abandono y efectivo	$0,65 \times 0,85 = 0,56$	0,86	0,48
ISRS sin abandono no efectivo	$0,35 \times 0,85 = 0,30$	0,4	0,12
ISRS con abandono	0,15	0,1	0,02
Suma	1		0,61
ATC			
ATC sin abandono y efectivo	$0,53 \times 0,74 = 0,39$	0,86	0,34
ATC sin abandono no efectivo	$0,47 \times 0,74 = 0,35$	0,4	0,14
ATC con abandono	0,26	0,1	0,03
Suma:	1		0,50

ATC: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TCC: terapia cognitivo-conductual.

necesaria comunicación para tomar la mejor decisión posible.

Lo conocido sobre el tema

- Hay tratamientos eficaces para el abordaje terapéutico del TP, como la TCC y los abordajes farmacológicos con ATD (ISRS y ATC).
- Hay una variabilidad en la práctica clínica en los tratamientos que se ofertan a las personas con TP.
- Esta variabilidad podría estar relacionada con la forma cualitativa de presentar las ofertas terapéuticas en las guías de práctica clínica publicadas.

Qué aporta este estudio

- Es el primer estudio mediante un análisis cuantitativo por árbol de decisión sobre el tratamiento en monoterapia y secuencial del TP.
- Los resultados indican que la TCC sería el tratamiento de elección en el abordaje del TP, seguido por el abordaje farmacológico con ISRS. Sin embargo, el análisis de sensibilidad indica que los resultados no son consistentes.
- El análisis de decisión para el tratamiento del TP puede ayudar en la toma de decisiones clínicas en relación con el abordaje terapéutico del TP, lo que facilita la comunicación con el paciente.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Plan nacional para el SNS del MSC. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de práctica clínica en el SNS: UETS N.º 2006-10; 2008.
2. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J, et al. Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care; 2004.
3. Rubio-Cebrián S. Tema 4. Análisis de decisión y tratamiento de la incertidumbre. Módulo 3. Gestión económica 1. Los instrumentos de la evaluación económica. Madrid: UNED y Escuela Nacional de Sanidad (Instituto Carlos III); 2006. p.166-201.
4. Hidalgo-García IM, Menárguez-Puche JF, Ortín-Ortín E, Sánchez-Sánchez J, Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Integrando los valores y opiniones del paciente. Árboles de decisión. En: Sánchez-López MC, Navarro-Mateu F, Catillo-Bueno MD, Menárguez Puche JF, Sánchez Sánchez JA, editores. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Su aplicación a la práctica clínica [consultado 8/12/2008]. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2007. p. 449-65. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88
5. Lee A, Joynt GM, Ho AM, Keitz S, McGinn T, Wyer PC. Tips for teachers of evidence-based medicine: Making sense of decision analysis using a decision tree. J Gen Intern Med. 2009. doi:10.1007/s11606-009-0918-8
6. Pauker S, Kassirer J. Decision analysis. N Engl J Med. 1987;316:250-8.
7. Kumar S, Oakley-Browne M. Panic disorder. BMJ Clinical Evidence [consultado 12/12/2008]. London: British Medical Journal; 2006. p.1-15.
8. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2009;CD005335.
9. Vedia C, Bonet S, Forcada C, Perellada N. Estudio de utilización de psicofármacos en Atención Primaria. Aten Primaria. 2005; 36:239-45.
10. Botella Arbona C. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. Psicothema. 2001;13:465-78.
11. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord. 2005;88:27-45.

12. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006;188:305–12.
13. Mavissakalian M, Schmier J, Flynn JA, Revicki DA. Cost effectiveness of acute imipramine therapy versus two imipramine maintenance treatment regimens for panic disorder. *Pharmacoeconomics*. 2000;18:383–91.
14. Gorman J, Shear K, Cowley D, Cross C, March J, Roth W, et al. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1–34.
15. Schatzberg AF, Ballenger JC. Decisions for the clinician in the treatment of panic disorder: When to treat, which treatment to use, and how long to treat. *J Clin Psychiatry*. 1991;52:26–31 discussion 32: 26–31.
16. Roy-Byrne P, Veitengruber JP, Bystritsky A, Edlund MJ, Sullivan G, Craske MG, et al. Brief intervention for anxiety in primary care patients. *J Am Board Fam Med*. 2009;22:175–86.
17. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1–34.
18. Bushnell J, Gellatly R, Oakley-Browne M, Taumoepeau B, Hirini P, Curtis C, et al. Guidelines for assessing and treating anxiety disorders [consultado 26/6/2008]. Wellington: National Health Committee of New Zealand; 1998. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0038/Anxiety_guideline.pdf
19. Straus S. Individualizing treatment decisions. The likelihood of being helped or harmed. *Eval Health Prof*. 2002;25: 210–24.
20. Montgomey A, Harding J, Fahey T. Shared decision making in hypertension: The impact of patient preferences on treatment choice. *Fam Pract*. 2001;18:309–13.
21. Protheroe J, Fahey T, Montgomey A, Peters T. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: Observational study of patient based decision analysis. *BMJ*. 2000;320:1380–4.
22. Bakker A, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Balkom AJLM. Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60: 831–8.
23. Garriga A, Martín JC, López CC. Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. En prensa 2009.