

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Manejo del estrés postraumático

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-515-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático

GPC

Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se han considerado pueden desencadenar un TETP son:

- Sexo
- Edad en la que se presenta el Trauma
- Escolaridad
- Coeficiente intelectual
- Etnicidad
- Antecedentes personales de historia psiquiátrica
- Reporte de abuso en la niñez o de otros eventos adversos
- Historia familiar de enfermedad psiquiátrica
- Severidad del Trauma
- Estrés postraumático
- Apoyo social post-trauma

Los eventos traumáticos más frecuentes son:

1. Amenaza, acoso sexual por vía telefónica
2. Violación
3. Presenciar actos violentos
4. Ataque físico
5. Accidentes
6. Combate bélico

TRATAMIENTO INICIAL

- En sujetos con TEPT la evidencia de ensayos clínicos controlados, aleatorizados, apoyan el inicio del tratamiento con estrategias psicoterapéuticas y el uso de Inhibidores secundarios de recaptura de serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento.
- Con relación a la psicoterapia la terapia cognitivo conductual y la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO) han mostrado ser efectivas para la disminución de los síntomas y prevención de recurrencias.
- Las estrategias terapéuticas para los síntomas que ocurren entre 1 y 3 meses después del evento son diferentes de las que pueden ser utilizadas en aquellos cuyos síntomas se presentan o remiten después de los 3 meses de la exposición al evento traumático.
- Se considera que durante los primeros tres meses después del evento traumático la recuperación es casi la regla general.
- Elaborar un plan de manejo considerando las características del sujeto, el tipo de evento traumático, los antecedentes previos, la severidad del daño.
- Desde el inicio el plan debe detallar el tratamiento seleccionado así como el tiempo y los resultados esperados. Si el plan de manejo se incorpora de manera secuencial, esto permitirá tener una evaluación de los efectos del tratamiento.
- El profesional de la salud puede con mucha mayor facilidad identificar cualquier cambio durante el proceso terapéutico, como empeoramiento, mejora o aparición de algún otro síntoma
- Se recomienda iniciar el tratamiento con paroxetina o sertralina bajo el siguiente esquema: Paroxetina: 20 a 40 mg. máximo 60 mg, Sertralina: Iniciar con 50-100 mg. e incrementar 50 mg. cada 5 días hasta máximo 200 mg.
- No se recomienda el uso de neurolépticos como monoterapia para el TEPT. Los neurolépticos atípicos como olanzapina o risperidona deben ser utilizados para el manejo de los síntomas psicóticos asociados
- En pacientes que persisten con pesadillas graves a pesar del uso de los ISRS se sugiere agregar topiramato de 50 a 150 mg
- Se recomienda agregar prazosin al tratamiento con ISRS en pacientes que persisten con pesadillas asociadas al TEPT y que no han respondido al tratamiento con topiramato

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ADULTOS

La terapia cognitivo conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia. Los programas en donde se incorpora la terapia cognitivo conductual se clasifican en tres grupos:

- Enfocado al trauma (tratamiento individual)
- Enfocado al manejo del estrés (tratamiento individual)
- Terapia de grupo

Las intervenciones psicológicas breves (5 sesiones) pueden ser efectivas si el tratamiento inicia en los primeros meses después del evento traumático

El tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez por semana) y debe ser dado por el mismo terapeuta

A todos los sujetos que presenten síntomas relacionados con TEPT se les debe incorporar en un programa terapéutico con la técnica cognitiva conductual, enfocada al trauma

Es importante considerar el tiempo desde que ocurrió el evento y el inicio de síntomas de TEPT para definir el plan terapéutico

En el caso del TEPT crónico, la psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, debe darse de 8 – 12 sesiones, por lo menos una vez a la semana, impartidas siempre por un mismo terapeuta

TEPT EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Uno de los factores de importancia en el desarrollo de TEPT en niños, se relaciona con la respuesta de los padres al trauma de los niños.
- La presencia de factores negativos en el núcleo familiar conduce al empeoramiento del trauma.
- El abuso de sustancias psicotrópicas o de alcohol por parte de los padres, presencia de criminalidad, divorcio y / o separación de los padres o la pérdida física de uno de los padres a temprana edad, son algunos de los factores más comunes hallados en niños con TEPT
- En los niños preescolares la presentación de los síntomas relacionados con el TEPT no es específica, dadas sus limitaciones en las habilidades cognitivas y de expresión verbal.
- Es preciso buscar síntomas de trastorno de ansiedad generalizada adecuados a su nivel de desarrollo, como la ansiedad de separación, ansiedad ante extraños, miedos a monstruos o animales, evitación de situaciones que tengan o no relación con el trauma, trastornos del sueño y preocupación ante determinadas palabras o símbolos que tengan o no una conexión aparente con el trauma.

En los niños de 6 a 11 años el cuadro clínico característico de TEPT es:

- Representación del trauma en el juego, los dibujos o las verbalizaciones
- Sentido del tiempo desvirtuado en lo que corresponde al episodio traumático
- Trastornos del sueño: sueños sobre el trauma que pueden generalizarse a pesadillas sobre monstruos, rescates, amenazas hacia él o los demás
- Pueden creer que existen diferentes señales o presagios que les ayudarán o servirán de aviso ante posibles traumas o desastres
- En estos niños no tiene sentido hablar de un futuro desolador, ya que debido a su nivel de desarrollo, no tienen todavía adquirida la perspectiva del futuro

La psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, es recomendable utilizarla en niños con síntomas severos de TEPT, durante el primer mes posterior al evento traumático. Esta psicoterapia debe ser adaptada a la edad del niño, circunstancias y nivel de desarrollo

Es importante considerar dar información a los padres o responsables del niño cuando éstos son tratados en un servicio de urgencias por un evento traumático. Explicar brevemente los síntomas que el niño puede presentar, como cambios en el estado de sueño, pesadillas, dificultad para concentrarse e irritabilidad, sugerir llevar a valoración médica cuando estos síntomas persistan por más de un mes

La terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma es la estrategia terapéutica que debe ofrecerse a

todos los niños que presentan síntomas severos por TEPT durante el primer mes

En niños menores de 7 años no se recomienda dar terapia farmacológica con ISRS

En niños mayores de 7 años el tratamiento farmacológico no debe considerarse de rutina, se deberá valorar la condición y severidad de los síntomas además de la comorbilidad

En el caso del TEPT crónico, la psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, debe darse de 8 – 12 sesiones, por lo menos una vez a la semana, impartidas siempre por un mismo terapeuta

CUADRO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV – TR PARA TEPT

A.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido:

- 1.- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- 2.- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).

B.- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas :

- 1.- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones: (En los niños esto puede experimentarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).
- 2.- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).
- 3.- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (ilusiones, alucinaciones, flashbacks). Los niños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.
- 4.- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5.- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como lo indican 3 o más de los siguientes síntomas :

- 1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2.- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3.- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 4.- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 5.- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 6.- Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).
- 7.- Sensación de un futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, tener la esperanza de una vida normal).

D.- Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican 2 o más de los siguientes síntomas :

- 1.- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- 2.- Irritabilidad o ataques de ira.
- 3.- Dificultades para concentrarse.

4.- Hipervigilancia.

5.- Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones de los criterios B, C, y D se prolongan más de 1 mes.

F.- Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

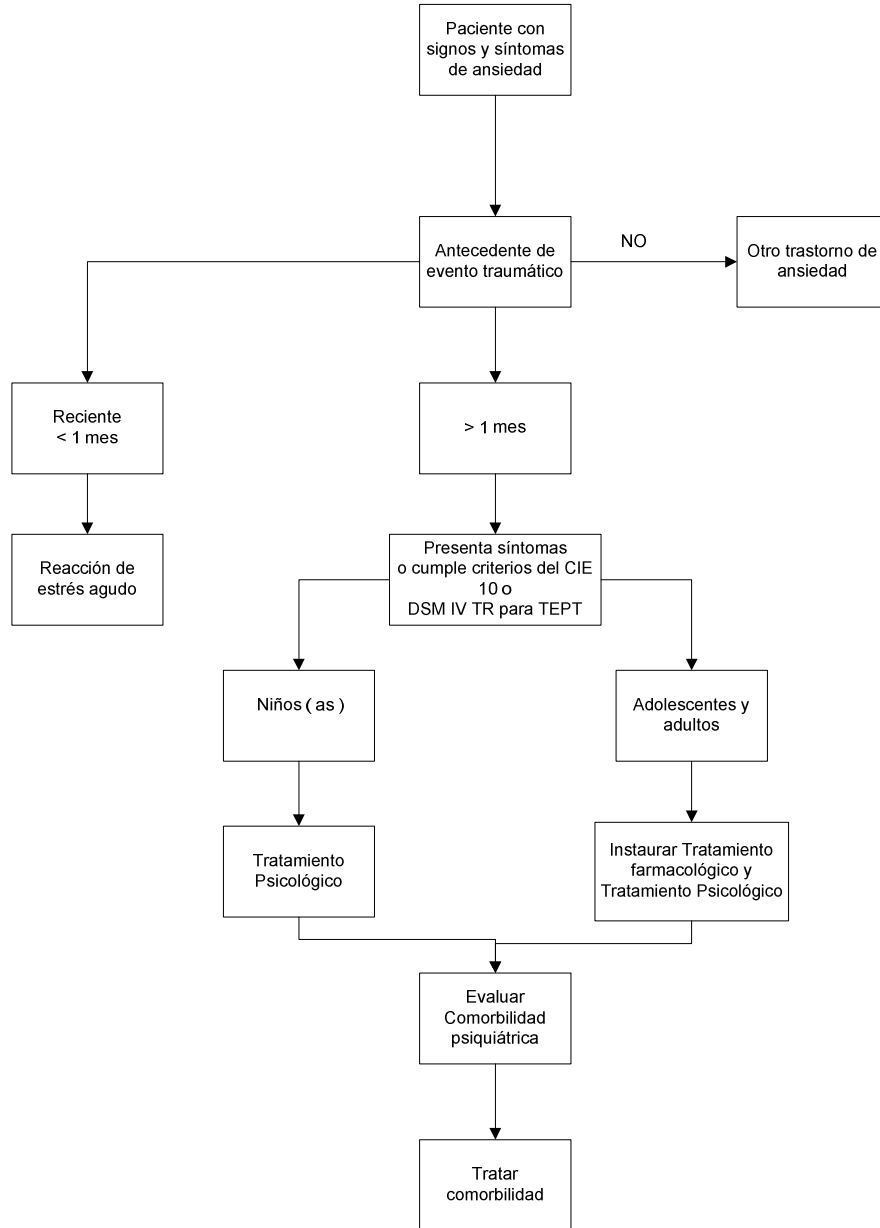
CUADRO 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 PARA EL TEPT

- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, que causaría malestar profundo en casi cualquier persona.
- B. Debe haber recuerdos persistentes de "revivir "el acontecimiento o situación estresante en forma de reviviscencias ("flashbacks "), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante.
- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante, que no presentaba antes de la exposición al mismo.
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
 - 1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 - 2. Irritabilidad o arrebatos de ira
 - 3. Dificultad para concentrarse
 - 4. Hipervigilancia
 - 5. Reacción de sobresalto exagerada.

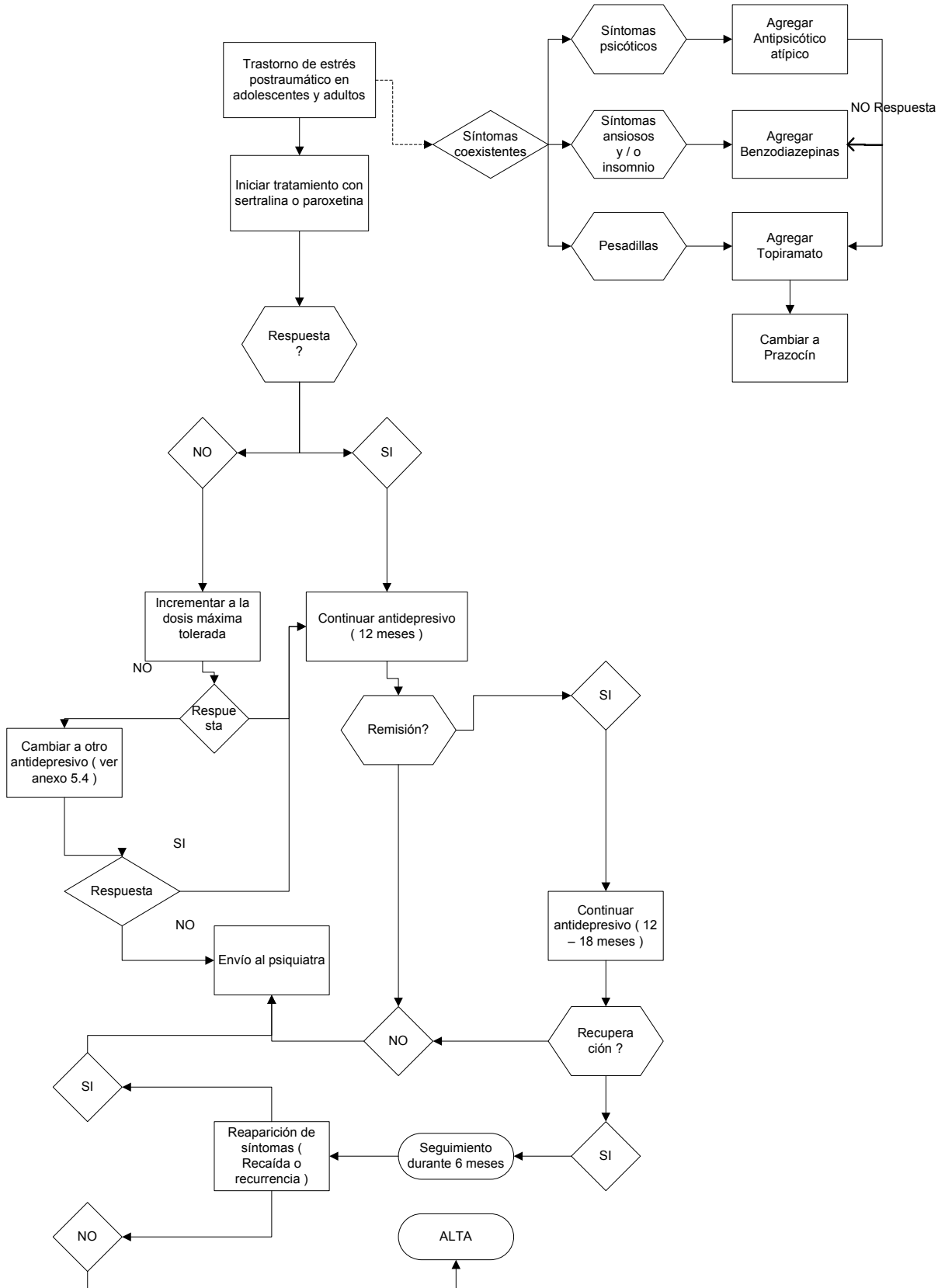
Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los 6 meses del acontecimiento o del fin de un período de estrés

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Diagnóstico de Estrés Postraumático



Algoritmo 2. Tratamiento farmacológico del TEPT



Algoritmo 3. Tratamiento no farmacológico

