

Orientaciones para el manejo del Trastorno por Estrés Agudo

2019



Departamento de Salud Mental.
DIPRECE
Subsecretaría de Salud Pública
Octubre 2019

MINISTERIO DE SALUD.
Orientación Técnicas: Orientaciones para el manejo del Trastorno por estrés Agudo.
Santiago: MINSAL, (2019).

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN: (número de registro)
1ª Edición: 2019



CONTENIDO

- 1.- Introducción
 - 2.- Factores de Riesgo
 - 3.- Criterios Diagnósticos
 - 4.- Recomendaciones de Manejo
 - Psicoterapia
 - Farmacoterapia
 - Benzodiazepinas
 - Antipsicóticos
 - Propranolol
 - ISRS
 - Hidrocortisona
 - 5.- Conclusiones
 - 6.- Mensajes Clave
 - 7.- Bibliografía
-

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés agudo corresponde a un cuadro agudo gatillado por el haber sido expuesto a un evento percibido como traumático por el sujeto. Esta exposición puede corresponder a la vivencia directa del hecho, a haber sido testigo de la situación, a saber que el evento traumático ha ocurrido a una persona cercana (familiar o amigo) o puede ser consecuencia de la exposición laboral repetida (personal de salud de primera respuesta, policía o fuerzas de orden, etc.).

Los síntomas podrían iniciarse hasta un mes luego de la exposición al evento y pueden generar un alto grado de sufrimiento en los usuarios e interferir significativamente en su funcionamiento social, laboral y familiar.

Factores de riesgo:

No todos aquellos expuestos al mismo evento traumático desarrollarán un trastorno por estrés agudo. Se han identificado como factores de riesgo para presentarlo (1):

Antecedente de trastorno psiquiátrico previo	Sexo femenino
Historia de exposición a múltiples eventos traumáticos previos en la vida	Características de personalidad en la línea obsesiva o evitativa*
Severidad del hecho traumático	

*algunos estudios muestran asociación. Sin embargo, la evidencia no es concluyente.

Criterios diagnósticos(2):

De acuerdo al DSM-V deben cumplirse todos los siguientes criterios:

- 1.- Exposición a evento percibido como amenaza a la integridad o a la vida
- 2.- La presencia de 9 de los siguientes síntomas:

Síntomas Intrusivos	Síntomas de Evitación	Síntomas de Hiperalerta	Ánimo Negativo	Síntomas Disociativos
Recuerdos intrusivos del hecho traumático	Esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o emociones asociados al hecho traumático	Alteraciones del sueño	Dificultad persistente para experimentar felicidad o satisfacción	Percepción de alteración en la realidad alrededor de la persona (ya sea sentirse “fuera de uno mismo”, sensación de tiempo más lento, etc.)
Sueños recurrentes con el evento	Esfuerzos por evitar cosas (personas, conversaciones, lugares, etc.) que les recuerden el hecho traumático	Irritabilidad		Dificultad o imposibilidad de recordar un aspecto importante del evento traumático
El individuo siente o actúa como si el hecho traumático estuviera ocurriendo (en niños podría visualizarse en el juego)		Hipervigilancia		
Reacción emocional intensa ante claves ambientales que recuerden hecho traumático		Problemas de concentración		
		Respuesta de temor exagerado		

3.- Duración de los síntomas entre 3 días y 1 mes posterior a la exposición al trauma

4.- Estos síntomas causan alteraciones significativas en la funcionalidad del sujeto

5.- Los síntomas no son atribuibles al uso de sustancias

Recomendaciones de Manejo

El manejo de estos pacientes debe incluir tanto intervenciones psicoterapéuticas como farmacológicas (3–5)

Psicoterapia

En la literatura la psicoterapia cognitivo conductual focalizada en el trauma es la herramienta terapéutica más frecuentemente recomendada. Sin embargo, existen intervenciones menos específicas pero útiles para apoyar a estos pacientes. La psicoeducación es una herramienta ampliamente disponible y de utilidad para disminuir la sintomatología. Explicar a los pacientes sus síntomas, normalizar la vivencia y respuesta al evento traumático, e infundir esperanza de recuperación son intervenciones que redundan en un alivio para estas personas.

Farmacoterapia

Si bien existen distintos grupos de medicamentos que se han utilizado para el manejo de estos pacientes, pensando tanto en el alivio sintomático como en la disminución de la progresión del cuadro a un trastorno por estrés post traumático, como regla general se debe tratar de evitar el uso de fármacos y potenciar el apoyo y las intervenciones psicoterapéuticas. Si bien se ha propuesto que el uso muy precoz (antes de 24 hrs. e idealmente antes de las primeras 6 hrs. de ocurrido el evento traumático) de algunos medicamentos podría disminuir la progresión del cuadro a un trastorno de estrés post traumático, no hay evidencia concluyente al respecto.

BENZODIACEPINAS

Dado que muchos de los síntomas descritos corresponden a la esfera ansiosa y a alteraciones del sueño este grupo de fármacos ha sido frecuentemente utilizado en la fase aguda de la exposición al trauma. Sin embargo, **su uso se desaconseja** dado que se ha probado que son inefectivas en prevenir el trastorno de estrés post traumático, podría empeorar los resultados de la psicoterapia, aumentar la agresividad y la sintomatología depresiva (6). Esto podría explicarse por un mecanismo de bloqueo de procesamiento de las experiencias traumáticas y de la extinción del recuerdo traumático, que impediría la adecuada elaboración del evento

ANTIPSICÓTICOS

Dado su efecto sedante y rápido inicio de acción antipsicóticos en dosis bajas, como Quetiapina, Clorpromazina o Risperidona podrían contribuir al manejo de la ansiedad y de las alteraciones del sueño. El uso de estos fármacos no tiene utilidad en disminuir la progresión a TEPT pero tampoco han mostrado empeorar el curso del cuadro.

Fármaco	Presentaciones	Dosis de inicio	Ajuste de dosis	Principales efectos adversos
Quetiapina	Comprimidos de 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg	12,5 mg – 25 mg	Basada en la respuesta del paciente y tolerancia	Sedación, aumento del apetito
Clorpromazina	Comprimidos de 25 y 100 mg	12,5 mg – 25 mg	Basada en la respuesta del paciente y tolerancia	Sedación, efectos adversos extrapiramidales
Risperidona*	Comprimidos de 1 y 3 mg Gotas: 1 mg/ml	0,25 mg – 0,5 mg (*En gotas 0,25 mg correspondería a 5 gotas y 0,5 mg a 10 gotas)	Basada en la respuesta del paciente y tolerancia	Sedación, aumento del apetito, hiperprolactinemia

*Risperidona gotas la presentación es 1 mg/ml. Si bien cada gotario puede presentar leves variaciones, se considera que 1 ml corresponde aproximadamente a 20 gotas

PROPANOLOL

Si bien los estudios muestran resultados dispares en relación a ese resultado, si pudiera ser de utilidad en el manejo sintomático al disminuir la activación neurovegetativa asociada, lo que podría generar alivio en estas personas. Específicamente podría contribuir a manejar el temblor, la sudoración y la taquicardia. Puede utilizarse en dosis de 10 a 20 mg cada 12 horas, y titularse en relación a la respuesta y tolerancia del paciente. No utilizarlo en personas con antecedentes de patología cardiovascular.

Se ha hipotetizado que el propanolol podría inhibir la consolidación de memorias recientes de alta carga emocional actuando a nivel de la amígdala. Por esto, se ha usado experimentalmente en personas expuestas a eventos traumáticos, especialmente en el contexto de guerras, evaluando su efecto en disminuir la progresión a TEPT.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

La Sertralina y la Paroxetina podrían ser de utilidad para el manejo de los síntomas evitativos y ansiosos. Sin embargo, en el periodo agudo deben ser complementados con medicamentos de acción más rápida como los antipsicóticos, ya que los ISRS presentan una latencia en el inicio de su acción de entre 3 y 4 semanas.

Fármaco	Presentación	Titulación	Efectos adversos agudos más frecuentes
Sertralina	Comprimidos de 50 mg y 100 mg	Se inicia con dosis de 25 mg por 4-6 días y según tolerancia se aumenta progresivamente a dosis de 50 a 100 mg	Sequedad bucal, molestias estomacales, cefalea
Paroxetina	Comprimidos de 20 mg, 12.5 mg. liberación prolongada y 25 mg. liberación prolongada	Se inicia con dosis de 10 mg y según tolerancia se aumenta a 20 mg Los comprimidos de liberación prolongada, no pueden fraccionarse.	Sequedad bucal, molestias estomacales, cefalea

HIDROCORTISONA

Algunos estudios han demostrado resultados promisorios en términos de que la administración precoz (en especial antes de 6 horas de ocurrido evento traumático) de hidrocortisona podría disminuir el riesgo de desarrollar TEPT. La mayoría de estos estudios corresponden a pacientes expuestos a procedimientos en el contexto de cuadros médicos y utilizan un bolo de 100 mg endovenoso seguido de una infusión endovenosa por un tiempo variable. Si bien los resultados son promisorios, no son concluyentes y considerando ello y las dificultades asociadas a su administración no se recomienda su uso de rutinario (7,8).

CONCLUSIONES

El trastorno por estrés agudo es un cuadro que puede presentarse en individuos que han vivido o presenciado situaciones en las que su vida o integridad física ha sido puesta en riesgo. Si bien no tenemos tratamientos farmacológicos específicos que hayan demostrado con claridad su utilidad en disminuir la progresión a trastorno de estrés post traumático, si tenemos algunas herramientas para su manejo sintomático. En ese contexto se sugiere el uso de antipsicóticos como Risperidona y Quetiapina en dosis bajas para el manejo de síntomas ansiosos y del sueño, y de Propanolol para el manejo de la sintomatología neurovegetativa. Además, se recomienda evitar el uso de benzodiazepinas las que no sólo no tienen evidencia de efectividad sino podrían incluso resultar deletéreas.

El tratamiento farmacológico debe estar asociado a intervenciones psicoterapéuticas, especialmente en la línea de la psicoeducación, las que pueden contribuir a disminuir la sintomatología ansiosa, a normalizar la vivencia y a mejorar las estrategias de afrontamiento de los individuos.

MENSAJES CLAVE

- Ofrecer a todos los consultantes intervenciones psicoeducativas y de apoyo y priorizarlas por sobre las intervenciones farmacológicas
- No indicar benzodiazepinas ya que ellas pueden empeorar el pronóstico del cuadro
- En caso de utilizarse medicamentos para el manejo sintomático preferir el uso de antipsicóticos en dosis bajas, Propanolol o ISRS

BIBLIOGRAFÍA

1. Bryant R. Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis [Internet]. UpToDate - WoltersKluwer; 2019. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis/print>
2. Association. AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. Fifth. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.; 2013. 1–947 p.
3. Bryant R. Treatment of acute stress disorder in adults [Internet]. UpToDate - WoltersKluwer; 2019. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-stress-disorder-in-adults>
4. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, Barbui C, Cuijpers P. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015;2(5):413–21. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00121-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00121-7)
5. Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, Mcfarlane A, De GJ, et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:637–48.
6. Guina J, Rossetter SR, Derhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Winner of resident paper award 2014: Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(4):281–303.
7. Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, Stoll C, Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry*. 2001;50(12):978–85.
8. Weis F, Kilger E, Roozendaal B et al. Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress symptoms and improve health-related quality of life in high-risk patients after cardiac surgery: a randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2006;131:277–82.