

NHS

**National Institute for
Clinical Excellence**

**Instituto Nacional para
la Excelencia Clínica**

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

**Gestión del TEPT en niños y adultos
en atención primaria y secundaria**

**Guía Clínica 26
Marzo de 2005**

**Desarrollada por el Centro Nacional Colaborador
En Salud Mental**

Guía Clínica 26

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria

Fecha de edición: Marzo de 2005

Este documento, que contiene la guía completa del Instituto sobre trastorno de estrés postraumático, está disponible en la página web de NICE (www.nice.org.uk/CG026NICEguideline).

También está disponible una versión abreviada de esta guía (una “guía rápida de referencia”) en la página web de NICE (www.nice.org.uk/CG026quickrefguide). Las copias impresas de esta guía rápida de referencia, se pueden obtener en la Línea de Respuesta de NHS: teléfono 0870 15555 455 y el número de referencia para la cuota es N0848.

La Información para el Público está disponible en la página web de NICE (www.nice.org.uk/CG026publicinfo) o en la Línea de Respuesta NHS (número de referencia para la cuota N0849 para la versión en inglés y No850 para versión en inglés y en galés).

La lista de distribución para la guía rápida de referencia para estas noemas, se encuentra disponible en www.nice.org.uk/CG026distributionlist

Esta guía está escrita en el contexto siguiente:

Esta guía representa la visión del Instituto, a la que se llegó tras cuidadosa consideración de las pruebas disponibles. Los profesionales de la salud esperan que se tome en cuenta en su totalidad, en el ejercicio de su juicio clínico. La guía no excluye, sin embargo, la responsabilidad individual de los profesionales de la salud, en la toma de decisiones apropiadas en las circunstancias individuales del paciente, consultando al paciente y /o tutor o cuidador.

Instituto Nacional para la Excelencia Clínica

National Institute for Clinical Excellence

MidCity Place

71 High Holborn

London WC1V 6NA

www.nice.org.uk

ISBN: 1-84257-922-3

Publicado por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica

Marzo 2005

© Copyright del Nacional Institute for Clinical Excellence, Marzo 2005. Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido libremente para objetivos educativos sin ánimo de lucro, dentro del NHS. No se permite la reproducción por organizaciones comerciales sin permiso expreso escrito del Nacional Institute for Clinical Excellence.

Contenido

Prioridades clave para la implementación	4
1 Guía	6
1.1 Trastorno de Estrés Postraumático	6
1.2 Síntomas del TEPT	6
1.3 Reconocimiento del TEPT	7
1.4 Evaluación y coordinación del cuidado	11
1.5 Apoyo para familiares y cuidadores	11
1.6 Apoyo práctico y factores sociales	12
1.7 Idioma y cultura	12
1.8 Cuidado de personas con TEPT	13
1.9 Tratamiento del TEPT	15
1.10 Planificación en desastres	23
2 Notas sobre el alcance de la guía	24
3 Implementación en el NHS	25
4 Recomendaciones para la investigación	25
5 Guía completa	27
6 Guía afín de NICE	28
7 Fecha de revisión	28
Apéndice A: Esquema de graduación	29
Apéndice B: Grupo de Desarrollo de la Guía	30
Apéndice C: Panel de Revisión de la Guía	33
Apéndice D: Detalles técnicos en el criterio de intervención	34

Prioridades clave para la implementación

Respuesta inicial al trauma

- En individuos que han experimentado un suceso traumático, la provisión sistemática de intervención en sesiones individuales breves, (con frecuencia derivaciones), centrada en el incidente traumático, no debe ser una práctica rutinaria cuando los servicios son libres.
- Cuando los síntomas sean leves y hayan aparecido al menos 4 semanas después del trauma, se debe considerar una espera vigilante, como forma de manejar las dificultades presentadas por personas con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se debe establecer un contacto de seguimiento dentro de un mes.

Tratamiento psicológico centrado en el trauma

- Se debe ofrecer terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, a aquellos con síntomas graves postraumáticos, o con TEPT grave en el primer mes tras el suceso traumático. Estos tratamientos se deben proporcionar, normalmente, con relación a un individuo externo.
- Se debe ofrecer a todas las personas con TEPT el curso de un tratamiento psicológico centrado en el trauma (terapia cognitivo-conductual –TCC- centrada en el trauma o reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares- EMDR-). Estos tratamientos se deben dar en base a sujetos externos.

Niños y personas jóvenes

- Se debe ofrecer TCC centrada en el trauma a niños mayores con síntomas severos postraumáticos o con TEPT grave en el primer mes después de sufrir el evento traumático.
- Se debe ofrecer la participación de TCC centrada en el trauma, a niños y personas jóvenes con TEPT, incluyendo a quienes hayan sido abusados sexualmente, ajustándola adecuadamente a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.

Tratamientos con medicación para adultos

- Los tratamientos con medicación para TEPT, no deben utilizarse de forma rutinaria como primer opción en adultos (uso en general o por profesionales de salud mental), con preferencia por una terapia psicológica centrada en el trauma.
- Se deben considerar los tratamientos con medicación (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para la iniciación, sólo en especialistas de salud mental), para el tratamiento de TEPT en adultos, que expresen su preferencia ante realizar un tratamiento psicológico centrado en el trauma*.

Registro del TEPT

- En individuos con alto riesgo de desarrollar TEPT posterior a un desastre, se debe tomar en consideración (por los responsables de coordinación del plan de desastre), la práctica de un instrumento de registro para TEPT, al mes de ocurrir el desastre.

* La paroxetina es el único medicamento específico, con la licencia de productos del Reino Unido para el TEPT, hasta la fecha de publicación (Marzo de 2005).

La siguiente guía está basada en evidencias. El esquema de graduación usado por las recomendaciones (A, B, C o el punto de buena práctica –PBP_) se describen en el Apéndice A. Se da un resumen de la evidencia en la que se basa esta guía, en la guía completa (ver Sección 5).

1 Guía

1.1 Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se desarrolla tras un suceso traumático o una situación de amenaza excepcional o de naturaleza catastrófica, que probablemente es causa de un distrés penetrante para casi todos. El TEPT no se desarrolla, por lo tanto, tras situaciones desagradables descritas como “traumáticas” en el lenguaje cotidiano, por ejemplo, divorcio, pérdida del trabajo o suspender un examen. El TEPT es un trastorno que puede afectar a personas de todas las edades. Alrededor del 25-30 % de las personas experimentan un suceso traumático que puede desembocar en TEPT:

1.2 Síntomas del TPET

La mayoría de los síntomas característicos del TEPT son síntomas **re-experimentados**. Quienes sufren TEPT, reviven involuntariamente aspectos del suceso traumático de un modo muy vívido y perturbador. Esto incluye flashbacks en los que la persona actúa o se siente como si el hecho estuviese ocurriendo de nuevo; pesadillas e imágenes perturbadoras intrusivas y repetitivas, u otras impresiones sensoriales del suceso. Los disparadores del suceso traumático, surgen con un intenso distrés y / o reacciones fisiológicas. En niños, revivir los síntomas puede llevar la forma de representar la experiencia, juego repetitivo o sueños atemorizantes sin contenido reconocible.

La evitación de cuanto recuerda al trauma es otro síntoma central del TEPT. Esto incluye personas, situaciones o circunstancias semejantes o asociadas con el trauma. Las personas con TEPT intentan a menudo expulsar los recuerdos del suceso fuera de su mente, y evitan pensar o hablar con detalle acerca de ello, especialmente de los peores momentos. Por otro lado, muchos rumian excesivamente las cuestiones que pudieron evitar el suceso (por ejemplo, por qué les pasó a ellos, cómo podían haberlo impedido o cómo se podían haber vengado).

Los pacientes con TEPT también experimentan síntomas de **hiperactivación**, incluyendo hipervigilancia hacia la amenaza, respuestas exageradas de sobresalto, irritabilidad problemas de concentración y de sueño. Otras personas con TEPT también describen síntomas de **insensibilidad emocional**. Éstos incluyen falta de capacidad para vivir sentimientos, sentirse separados de los otros, rendirse ante actividades antes significativas, y amnesia para partes importantes del suceso.

Los síntomas de TEPT se desarrollan con frecuencia inmediatamente después del suceso traumático, aunque en algunas personas (menos del 15 % de quienes lo padecen) el comienzo de los síntomas puede retrasarse. Los pacientes con TEPT pueden no presentarse a tratamiento hasta meses o años después del inicio de los síntomas, a pesar de experimentar un malestar considerable, pero el TEPT es un trastorno tratable incluso cuando se presentan los problemas muchos años después del suceso traumático. La valoración del TEPT puede, sin embargo, suponer un desafío importante pues muchas personas evitan hablar de sus problemas, aun cuando se presentan con quejas asociadas.

1.3 Reconocimiento del TPET

El tratamiento efectivo del TEPT sólo puede darse, si el desorden se reconoce. En algunos casos, por ejemplo seguido de un gran desastre, se deben tener en cuenta los ajustes necesarios para monitorizar a las personas en riesgo. Para la inmensa mayoría de individuos con TEPT, las oportunidades de reconocimiento e identificación parten de la rutina en las intervenciones sanitarias, por ejemplo, tras una agresión o accidente en el que se necesitó tratamiento físico, o cuando la persona revela la violencia familiar o abusos sexuales infantiles. La identificación del TEPT en niños, presenta problemas particulares, aunque mejoran si se les pregunta directamente sobre sus experiencias.

1.3.1 Reconocimiento en atención primaria

El TEPT puede presentarse con un amplio rango de síntomas, que suele ser muy común en adultos, en recuerdos perturbadores y vívidos del suceso o flashbacks (también conocidos como síntomas intrusivos o de re-experimentación).

En cualquier caso, a veces, los síntomas más prominentes pueden ser la evitación de situaciones relacionadas con el trauma o contactos sociales generales. Es importante hacer preguntas específicas de manera sensible, tanto sobre los síntomas como sobre las experiencias traumáticas, cuando se reconoce e identifica un TEPT. Bastantes de estos problemas mejorarán con el tratamiento del TEPT, aunque cuando no ocurra esto o el trastorno comórbido impida el tratamiento eficaz del TEPT, puede ser adecuado considerar la realización de un tratamiento específico para este trastorno.

- 1.3.1.1 El TEPT puede presentarse con un rango de síntomas (incluidos re-experimentación, evitación, hiperactivación, depresión, insensibilidad emocional, abuso de drogas o alcohol e ira), y por lo tanto, al evaluar el TEPT, los miembros del equipo de atención primaria deben preguntar de modo delicado, si los pacientes con dichos síntomas han sufrido o no una experiencia traumática (que puede haber ocurrido muchos meses o años antes), dando ejemplos específicos de los sucesos traumáticos (por ejemplo, intentos de violación, accidentes de tráfico, abuso sexual infantil o un nacimiento traumático).
- 1.3.1.2 Los clínicos y otros miembros del equipo de atención primaria, deben darse cuenta de los traumas asociados con el desarrollo del TEPT. Éstos incluyen sucesos aislados o accidentes de tráfico, violencia doméstica o abuso sexual infantil.
- 1.3.1.3 En pacientes con síntomas físicos inexplicables, que se repiten en atención primaria, los miembros del equipo deben considerar preguntar si han experimentado o no un suceso traumático, y dar ejemplos concretos de sucesos traumáticos (por ejemplo, agresiones, violación, accidentes de tráfico, abuso sexual infantil o nacimiento traumático).
- 1.3.1.4 Cuando se persigue identificar un TEPT, los miembros del equipo de atención primaria deben considerar preguntar a los adultos concretamente, si tienen re-experimentación (incluidos flashbacks y pesadillas), o hiperactivación (incluida la respuesta de sorpresa exagerada o problemas de sueño). En niños, especialmente si son muy pequeños, se debe tener en cuenta preguntar al niño o a sus

padres acerca de dificultades para dormir o cambios importantes en el patrón de sueño.

1.3.2 Reconocimiento en hospitales

Mucha gente que es atendida en los servicios médicos en hospitales generales puede haber vivido hechos traumáticos. Esto especialmente cierto en los departamentos de urgencias y en cirugía clínica plástica y ortopédica. Para algunas personas con TEPT, este puede ser el punto principal de contacto con el sistema de salud, y la oportunidad que éste representa para el reconocimiento e identificación del TEPT.

1.3.2.1 El TEPT puede presentar un rango amplio de síntomas (incluidos re-experimentación, evitación, hiperactivación, depresión, insensibilidad emocional e ira), por lo que al evaluar el TEPT, los miembros de equipos médicos de atención secundaria deben preguntar de forma delicada, si los pacientes con dichos síntomas han sufrido o no una experiencia traumática, dando ejemplos concretos de sucesos traumáticos (por ejemplo, agresiones, violación, accidentes de tráfico, abuso sexual infantil o nacimiento traumático).

1.3.3 Registro de individuos involucrados en un desastre mayor, programa de refugiados y buscadores de asilo

Muchos individuos involucrados en un desastre mayor, sufrirán consecuencias tanto a corto como a largo plazo en su proceso. Aunque el no se recomienda llevar a cabo una sesión breve, se debe considerar el registro de todos los individuos por las autoridades responsables, para desarrollar el plan local del desastre. De forma parecida, la inmensa mayoría de programas de refugiados (personas que han llegado al Reino Unido desde una zona de conflicto, por medio de algún programa organizado por agencias del tipo Alto Comisionado de Naciones Unidas los para Refugiados), sufrirán trauma mayor y pueden beneficiarse del programa de registro.

1.3.3.1 En individuos con riesgo alto de desarrollar TEPT, consecuencia de un desastre mayor, debe tomarse en consideración (por los responsables de coordinación del plan de desastre), el uso rutinario de un instrumento de registro breve para TEPT al mes de producirse el desastre.

1.3.3.2 En programas de refugiados y buscadores de asilo con alto riesgo de desarrollar TEPT, se debe considerar (por los responsables de la dirección del programa de refugiados), el uso rutinario de un instrumento de registro breve de TEPT, como parte de la valoración de la salud inicial del refugiado. Esto debe formar parte de cualquier registro comprensivo físico y mental.

1.3.4 Reconocimiento de la distribución en niños

Los niños, especialmente aquellos menores de 8 años, pueden no quejarse directamente de síntomas de TEPT, tales como re-experimentación o evitación. En lugar de ello, pueden hablar de problemas de sueño. Es por lo tanto vital que se tengan en cuenta las oportunidades de identificar un TEPT. Interrogar a niños y a padres o tutores, también mejorará el reconocimiento del TEPT: Éste es común (por encima del 30 %) en niños, tras acudir a los servicios de urgencias por una lesión traumática. El personal del departamento de urgencias debe informar a los padres o tutores del riesgo de su hijo para desarrollar TEPT, tras la asistencia en urgencias por la lesión traumática, y aconsejarles sobre qué acciones emprender si aparecen los síntomas.

1.3.4.2 Cuando se evalúa a un niño o persona joven acerca del TEPT, los profesionales de la salud deben asegurarse de que preguntan de forma separada y directamente al niño o joven sobre la presencia de síntomas de TEPT. No se deben fiar solamente de la información del padre o tutor para la valoración.

1.3.4.3 Cuando un niño involucrado en un suceso traumático, es tratado en la unidad de urgencias, el personal del departamento debe informar a los padres o tutores de la posibilidad de desarrollar TEPT, describiendo brevemente los posibles síntomas (por ejemplo, problemas de sueño, pesadillas, dificultad para la concentración e irritabilidad), y sugerir que contacten con su médico de cabecera si los síntomas persisten más allá de 1 mes.

1.4 Valoración y coordinación de la atención

- 1.4.1 Para pacientes con TEPT que se presentan en atención primaria, los médicos generales deben tener la responsabilidad de la valoración inicial y primera coordinación en el cuidado. Esto incluye la determinación de necesidad médica urgente o evaluación psiquiátrica.
- 1.4.2 La valoración en pacientes con TEPT, debe realizarse por individuos competentes y comprensivos, donde se incluyen necesidades físicas, psicológicas y sociales en riesgo.
- 1.4.3 La preferencia del paciente debe ser determinante para la elección entre tratamientos eficaces. Se debe dar a quienes padezcan TEPT información sobre la naturaleza de estos tratamientos de cara a una elección informada.
- 1.4.4 Cuando se comparte la gestión entre atención primaria y secundaria, debe existir un acuerdo claro entre los profesionales de la salud sobre la responsabilidad al registrar a los pacientes con TEPT. Este acuerdo debe hacerse por escrito (cuando sea apropiado, utilizando el Programa de Atención Preliminar –CPA-), se debe compartir con el paciente y, si estuviese indicado, con sus familiares o cuidadores.

1.5 Apoyo a familias y cuidadores

Las familias y cuidadores tienen un papel central para apoyar a las personas con TEPT. Sin embargo, dependiendo de la naturaleza del trauma y sus consecuencias, muchas familias también pueden necesitar apoyo para sí mismas. Los profesionales de la salud deben darse cuenta del impacto del TEPT en toda la familia.

- 1.5.1 En todos los casos de TEPT, los profesionales de la salud deben considerar el impacto del suceso traumático en todos los miembros de la familia y, si es preciso, evaluar el impacto y tener en cuenta dar el apoyo apropiado.

- 1.5.2 Los profesionales de la salud deben asegurarse, si estuviese indicado y con el consentimiento del paciente con TEPT, de que las familias de éstos estén plenamente informadas acerca de las reacciones comunes a los eventos traumáticos, incluyendo los síntomas del TEPT, su curso y tratamiento.
- 1.5.3 Además de la provisión de información, las familias y cuidadores deben ser informados de grupos de autoayuda y grupos de apoyo, y motivarles para participar en dichos grupos cuando existan.
- 1.5.4 Cuando una familia es afectada por un suceso traumático, más de un miembro de la familia puede sufrir TEPT. Si este es el caso, los profesionales de la salud deben asegurarse de que el tratamiento para todos los miembros familiares se coordina de manera eficaz.

1.6 *Apoyo práctico y factores sociales*

El apoyo práctico y social, puede jugar un rol importante en la facilitación de la recuperación de la persona del TEPT, especialmente justo después del trauma. Los profesionales de la salud, deben percatarse de estar abogando por el apoyo para las personas con TEPT.

- 1.6.1 Los profesionales deben identificar la necesidad de información adecuada sobre el alcance de respuestas emocionales que se pueden desarrollar, y dar consejo práctico sobre cómo acceder a los servicios apropiados para estos problemas. También deben identificar la necesidad de apoyo social, abogando por la necesidad de estos encuentros.
- 1.6.2 Los profesionales de la salud deben considerar ofrecer ayuda o consejo a pacientes con TEPT, u otros relevantes, sobre cómo relacionarse con las amenazas continuas del suceso traumático, incluso cómo pueden aliviarse o eliminarse.

1.7 *Idioma y cultura*

Las personas con TEPT tratadas en el NHS, vienen de culturas y ascendentes étnicos diversos, y algunos disponen de un inglés limitado o inexistente, aunque se debe ofrecer a todos la oportunidad de beneficiarse de intervenciones psicológicas. Esto se puede conseguir con el uso de intérpretes y terapeutas biculturales. En todos los casos, los profesionales sanitarios deben familiarizarse con el bagaje cultural del paciente.

- 1.7.1 Cuando un paciente con TEPT tiene ascendencia étnica o cultura diferente de la de los profesionales sanitarios que le cuidan, éstos deben familiarizarse con el bagaje cultural del paciente con TEPT.
- 1.7.2 Cuando existan diferencias de lengua o cultura entre profesionales sanitarios y pacientes de TEPT, esto no debe ser obstáculo para proveer de un tratamiento eficaz centrado en intervenciones psicológicas.
- 1.7.3 Cuando la lengua o diferencias culturales presenten un reto para el uso de intervenciones psicológicas en TEPT centradas en el trauma, los profesionales sanitarios deben considerar la utilización de intérpretes y terapeutas biculturales.
- 1.7.4 Los profesionales sanitarios deben prestar especial atención a la identificación de individuos con TEPT, cuando la cultura en el trabajo o el ambiente vital es resistente al reconocimiento de las consecuencias psicológicas del trauma.

1.8 *Atención a todas las personas con TPET*

El TEPT responde a diferentes y eficaces tratamientos. Todo tratamiento debe apoyarse en la información apropiada a los pacientes, respecto al curso probable de éste. Varios factores, que se describen abajo, pueden modificar la naturaleza, duración y curso del tratamiento.

1.8.1 Atención en todas las condiciones

- 1.8.1.1 Cuando se desarrolla y acuerda el plan de tratamiento con un paciente de TEPT, los profesionales de la salud deben asegurarse de que los pacientes reciben información sobre las reacciones habituales en sucesos traumáticos, incluidos los síntomas del TEPT, su curso y tratamiento.
- 1.8.1.2 Los profesionales sanitarios deben retrasar o denegar el tratamiento del TEPT si hay procedimientos judiciales o solicitud compensatoria.

- 1.8.1.3 Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que muchos pacientes de TEPT están ansiosos y pueden evitar comprometerse en un tratamiento. Los clínicos también deben reconocer los desafíos que presentan y responder apropiadamente, por ejemplo, haciendo un seguimiento a pacientes con TEPT que olviden las citas.
- 1.8.1.4 Los profesionales sanitarios deben tratar a los pacientes con TEPT con respeto, confianza y comprensión, y mantener un lenguaje técnico mínimo.
- 1.8.1.5 Los profesionales sanitarios deben considerar normalmente, un único tratamiento psicológico centrado en el trauma, cuando el paciente los considere seguro en su proceder.
- 1.8.1.6 El tratamiento debe dispensarse por individuos competentes, que han recibido la formación apropiada. Estas personas deben recibir la supervisión adecuada.

1.8.2 Comorbilidades

- 1.8.2.1 Cuando un paciente presenta TEPT con depresión, los profesionales de la salud considerarán tratar primero el TEPT, pues la depresión mejora a menudo con el tratamiento satisfactorio del TEPT.
- 1.8.2.2. En pacientes con TEPT cuya valoración identifique un riesgo alto de suicidio o daño a otros, los profesionales deben concentrarse primero en controlar este riesgo.
- 1.8.2.3 En pacientes con TEPT severamente deprimidos, puede ser muy difícil el tratamiento psicológico inicial del TEPT (por ejemplo, la evidencia de una falta extrema de energía y concentración, inactividad o alto riesgo de suicidio), por lo que los profesionales deben tratar antes la depresión.

- 1.8.2.4 En pacientes con TEPT con dependencia a drogas o alcohol, o en quienes el uso del alcohol o drogas puede interferir significativamente con un tratamiento eficaz, los profesionales de la salud deben tratar antes el problema de drogas o alcohol.
- 1.8.2.5 Cuando se ofrezcan intervenciones psicológicas centradas en el trauma, a pacientes con TEPT con trastorno de personalidad comórbido, los profesionales deben considerar la ampliación del tratamiento.
- 1.8.2.6 Las personas que han perdido a un amigo íntimo o a un familiar, debido a una muerte no natural o súbita, se les debe evaluar para TEPT y duelo traumático. En muchos casos, los profesionales de la salud deben tratar primero el TEPT, sin evitar dialogar sobre el duelo.

1.9 Tratamiento del TEPT

1.9.1 Intervenciones tempranas

Algunos pacientes con TEPT pueden recuperarse con intervenciones limitadas o sin ellas. Sin embargo, sin un tratamiento efectivo, muchas personas pueden desarrollar problemas crónicos durante muchos años. La severidad de la respuesta inicial al trauma, es un indicador razonable de la necesidad de intervención temprana, y no debe retenerse a la persona en el tratamiento en tales circunstancias.

Espera vigilante

1.9.1.1 Cuando los síntomas son leves y se han presentado antes de las 4 semanas del trauma, los profesionales deben esperar vigilantes, como forma de manejar dificultades que presenten lo pacientes individualmente. Se debe concertar un contacto para el seguimiento dentro de 1 mes.

Intervenciones psicológicas inmediatas para todos

Como se describe en esta guía, el apoyo práctico prestado de forma empática, es importante para promover la recuperación del TEPT, aunque es improbable que una sola sesión de intervención psicológica sea útil.

- 1.9.1.2 Todos los trabajadores de atención social y sanitaria, deben ser conscientes del impacto psicológico de los incidentes traumáticos, en el cuidado inmediato posterior de los supervivientes, y ofrecer apoyo práctico, social y emocional a los damnificados.
- 1.9.1.3 En individuos que han experimentado un suceso traumático, la provisión sistemática de intervenciones individuales, o de sesión única (derivados brevemente), centradas en el incidente traumático, no serán una práctica habitual cuando se realicen los servicios.

TEPT cuando los síntomas se presentan antes de los 3 meses del trauma

Las intervenciones psicológicas breves (5 sesiones), pueden ser efectivas si el tratamiento comienza en el primer mes tras el suceso traumático. Más allá del primer mes, la duración del tratamiento es similar al TEPT crónico.

- 1.9.1.4 La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, debe ofrecerse a quienes presenten síntomas postraumáticos graves o TEPT en el primer mes tras el suceso traumático. Estos tratamientos se deben realizar, normalmente, en base a un paciente individual externo.
- 1.9.1.5 Se debe ofrecer terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, a personas que presenten TEPT en los 3 meses siguientes al suceso traumático.
- 1.9.1.6 La duración de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, será de 8-12 sesiones, pero si el tratamiento comienza en el primer mes tras el suceso, serán suficientes menos sesiones (unas 5). Cuando el trauma se debata en la sesión de tratamiento, serán necesarias generalmente sesiones más largas (por ejemplo, unos 90 minutos). El tratamiento debe ser regular y continuo (de al menos una vez a la semana), y debe realizarse por la misma persona.

- 1.9.1.7 Se debe considerar un tratamiento con medicación para la fase aguda del TEPT, para controlar los problemas de sueño. En este caso, la medicación hipnótica puede ser apropiada a corto plazo pero, si se necesita un tratamiento a largo plazo, se debe tener en cuenta dar también antidepresivos a un nivel ajustado, en primera instancia, para reducir el riesgo posterior de dependencia.
- 1.9.1.8 No se deben ofrecer de forma rutinaria, a personas con síntomas de TEPT antes de los 3 meses del suceso traumático, intervenciones no centradas en el trauma, como relajación o terapia no directiva, que no acometen los recuerdos traumáticos.

1.9.2 TEPT cuando los síntomas se han presentado después de 3 meses del trauma

Muchos pacientes que presentan TEPT, han tenido problemas durante meses, si no años. Las intervenciones esbozadas abajo, son efectivas para tratar a dichos individuos, y la duración del trastorno no parece un impedimento para beneficiarse de un tratamiento eficaz, proporcionado por profesionales de la salud competentes.

Intervenciones psicológicas

- 1.9.2.1 Se ofrecerá a todos los pacientes con TEPT, el curso de un tratamiento psicológico centrado en el trauma (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares). Estos tratamientos se realizarán, normalmente, en base a pacientes individuales externos.
- 1.9.2.2 El tratamiento psicológico centrado en el trauma, se debe ofrecer a pacientes con TEPT, según el tiempo transcurrido desde el trauma.

- 1.9.2.3 La duración del tratamiento psicológico centrado en el trauma, será normalmente de 8-12 sesiones cuando el TEPT sea resultado de un suceso aislado. Cuando el trauma sea abordado en la sesión de tratamiento, serán necesarias sesiones más largas de lo habitual (por ejemplo 90 minutos). El tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez a la semana), y debe dispensarse por la misma persona.
- 1.9.2.4 Los profesionales de la salud, deben considerar ampliar la duración del tratamiento por encima de 12 sesiones, si se han de tratar problemas graves en pacientes de TEPT, especialmente después de múltiples sucesos traumáticos, duelo traumático o incapacidad permanente resultante del trauma, si se presentan trastornos comórbidos significativos o problemas sociales. El tratamiento centrado en el trauma necesita integrarse dentro de un plan global de atención.
- 1.9.2.5 En algunos pacientes con TEPT, inicialmente, puede ser muy difícil y arrollador exteriorizar los detalles de sus sucesos traumáticos. En estos casos, los profesionales de la salud deben considerar dedicar varias sesiones a establecer la relación terapéutica de confianza, y a la estabilización emocional antes de dirigirse al suceso traumático.
- 1.9.2.6 No se debe ofrecer intervenciones no centradas en el trauma, como relajación o terapia no directiva, que no atañen a los sucesos traumáticos, a personas que presenten TEPT crónico.
- 1.9.2.7 En pacientes con TEPT tienen una mejoría limitada o no tienen, con un tratamiento psicológico específico centrado en el trauma, los profesionales deben considerar las opciones siguientes:
- una forma alternativa de tratamiento psicológico centrado en el trauma
 - el aumento del tratamiento psicológico centrado en el trauma, con la prescripción de un tratamiento farmacológico.

- 1.9.2.8 Cuando los pacientes precisen otras formas de tratamiento psicológico, (por ejemplo, terapia de apoyo/ terapia no directiva, hipnoterapia, terapia psicodinámica o psicoterapia sistémica), deberán ser informados de que no hay pruebas convincentes en cuanto a efectos clínicos importantes de estos tratamientos para el TEPT.

1.9.3 **Tratamiento Farmacológico**

La base empírica para los tratamientos con medicamentos en el TEPT, es muy limitada. Hay evidencia de beneficios clínicos significativos para la mirtazapina, amitriptilina y fenelcina. (Se necesita una guía dietética para la fenelcina). La paroxetina ha demostrado importantes beneficios a nivel estadístico, pero no clínico en las principales variables resultantes. No obstante, esta droga se ha incluido también en la lista de fármacos recomendados. Esta es la única medicación en la lista de recomendaciones con licencia de producto para TEPT actual en el Reino Unido.

- 1.9.3.1 Los tratamientos farmacológicos para el TEPT, no deben usarse como primera opción en el tratamiento de adultos, (uso en general a cargo del especialista de salud mental), prefiriéndose la terapia psicológica centrada en el trauma.
- 1.9.3.2 Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio, sólo por especialistas en salud mental), se deben ofrecer a pacientes adultos para tratar su TEPT, cuando el paciente exprese preferencia por la no realización de un tratamiento psicológico centrado en el trauma.
- 1.9.3.3. Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio, sólo por especialistas en salud mental), se deben ofrecer a pacientes adultos de TEPT que no puedan comenzar una terapia psicológica, debido a una grave y continua amenaza posterior al trauma (por ejemplo, cuando se da violencia doméstica continua).
- 1.9.3.4 Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio, sólo por especialistas en salud mental), se deben ofrecer a pacientes adultos que hayan conseguido escasos o nulos beneficios en el transcurso del tratamiento psicológico centrado en el trauma.

- 1.9.3.5 Cuando el mayor problema sea el sueño en el paciente adulto de TEPT, la medicación hipnótica puede estar indicada a corto plazo, pero si se precisa tratamiento farmacológico a largo plazo, se debe considerar también el uso ajustado de antidepresivos en un primer estadio, para reducir el riesgo posterior de dependencia.
- 1.9.3.6 Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio, sólo por especialistas en salud mental), se deben ofrecer de forma adjunta al tratamiento psicológico en adultos, cuando hay existe una depresión comórbida grave, o hiperactivación severa, que impacta negativamente en la capacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento psicológico *.
- 1.9.3.7 Cuando un paciente adulto con TEPT no responde al tratamiento farmacológico, se debe tomar en consideración el aumento de la dosis dentro de los límites permitidos. Si se desea un tratamiento medicamentoso, deberá ser una clase diferente del antidepresivo, o incorporar el uso paralelo de olanzapina.
- 1.9.3.8 Cuando un adulto que sufre TEPT, ha respondido al tratamiento farmacológico, debe continuarlo al menos 12 meses antes de la retirada gradual.

Recomendaciones generales respecto al tratamiento farmacológico

- 1.9.3.9 Todos los pacientes con TEPT a quienes se prescriba antidepresivos, deben ser informados en el momento de iniciar el tratamiento, de los efectos potenciales y síntomas de retirada / discontinuación (especialmente de la paroxetina).

- 1.9.2.10 Los pacientes adultos con TEPT que comenzasen con antidepresivos a quienes se considerase en alto riesgo de suicidio, y a todos los pacientes con edades entre 18 y 29 años, (por el potencial riesgo añadido de pensamientos suicidas, asociado al uso de antidepresivos en este rango de edad), se les debe ver por lo general con una frecuencia semanal, hasta que este riesgo deje de ser importante.
- 1.9.2.11 Los clínicos deben buscar de forma activa signos externos de akatisia, ideación suicida, aumento de ansiedad y agitación, especialmente en las etapas iniciales del tratamiento con IRSS. También aconsejarán a los pacientes con TEPT acerca del riesgo de estos síntomas al comienzo del tratamiento, sugiriéndoles que busquen ayuda rápidamente si éstos son estresantes.
- 1.9.2.12 Si el paciente con TEPT desarrolla una akatisia marcada y prolongada al tomar los antidepresivos, debe revisarse la utilización del fármaco.
- 1.9.2.13 Los pacientes adultos de TEPT que empezasen con antidepresivos, a quienes no se considera en riesgo de suicidio, se les debe ver a las dos semanas como método regular y apropiado, por ejemplo, a intervalos de 2-4 semanas en los primeros 3 meses y con intervalos mayores a partir de aquí, si la respuesta es buena.

Recomendaciones respecto a los síntomas de retirada / discontinuación

- 1.9.3.14 los síntomas de retirada / discontinuación son normalmente leves y poco limitantes, pero pueden ser graves. Los prescriptores deben ir reduciendo gradualmente las dosis de antidepresivos tras un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas puedan necesitar periodos más largos.

- 1.9.3.15 Si los síntomas de retirada / discontinuación son leves, los clínicos deben asegurarse de monitorizar y organizar al paciente con TEPT. Si los síntomas son severos, el clínico debe considerar reintroducir el antidepresivo original (u otro con una larga vida media de la misma clase), y reducirlo gradualmente mientras se registran los síntomas.

1.9.4 Manejo de la enfermedad crónica

- 1.9.4.1 Los modelos de gestión de la enfermedad crónica deben considerarse al tratar a personas con TEPT, que no se hayan beneficiado de otros tratamientos basados en evidencias.

1.9.5 Niños

Es difícil, en particular, identificar el TEPT en niños (ver sección 1.3.4). Los tratamientos en niños con TEPT están menos desarrollados, aunque los datos extraídos indican intervenciones efectivas.

Intervención temprana

- 1.9.5.1 Se debe ofrecer terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, a niños mayores con síntomas graves de TEPT, o con TEPT en el primer mes después del suceso.

TEPT cuando los síntomas hayan aparecido más de tres meses después del trauma

- 1.9.5.2 A los niños y personas jóvenes con TEPT, incluidos los que hayan sido abusados sexualmente, se les debe ofrecer un tratamiento con terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, adaptada de forma precisa a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.
- 1.9.5.3 La duración del tratamiento psicológico centrado en el trauma en niño y gente joven con TEPT crónico, será de 8-12 semanas cuando sea producto de un suceso aislado. Si el trauma se trabaja en la sesión de tratamiento, serán necesarias normalmente sesiones más largas (por ejemplo, 90 minutos).

El tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez a la semana) y ha de ser llevarse a cabo por la misma persona.

- 1.9.5.4 Los tratamientos con medicación no deben prescribirse de forma habitual en niños y jóvenes con TEPT.
- 1.9.5.5 Cuando sea apropiado, se debe involucrar a las familias en el tratamiento de TEPT a niños y jóvenes. Sin embargo, los programas para TEPT en estas poblaciones, que constan sólo de trabajo familiar, es improbable que los síntomas remitan.
- 1.9.5.6 Cuando se consideren tratamientos para TEPT, se debe informar a padres y, si se estima apropiado a los niños o jóvenes, de que aparte de las intervenciones psicológicas centradas en el trauma, no hay pruebas suficientes de la eficacia de otras formas de tratamiento del TEPT, como la terapia del juego, terapia artística o terapia familiar.

Planificación en desastres

Tanto los servicios sanitarios como sociales, juegan un importante papel al organizar la ayuda social y psicológica adecuadas, para los afectados por desastres.

- 1.10.1 Los planes para desastres deben incluir la provisión de una respuesta psicológica al desastre, perfectamente coordinada. Aquellos responsables de desarrollar el aspecto psicosocial del plan del desastre, se asegurarán de que contenga lo siguiente: proporcionar ayuda médica inmediata de forma práctica, lo que se traduce en apoyar a las comunidades afectadas en el cuidado de los involucrados en el desastre, y la provisión de especialistas en salud mental, valoración empíricamente validada y servicios de tratamiento. Todos los trabajadores de sanitarios involucrados en el plan del desastre, deben tener sus roles y responsabilidades claras, que se acordarán de antemano.

2 Notas sobre el alcance de la guía

Todas las directrices NICE están desarrolladas de acuerdo con un documento de alcance que define cuanto la guía cubre o no. La amplitud de esta guía se estableció al comienzo del desarrollo de la misma, seguido de un periodo de consulta; está disponible en

www.nice.org.uk/page.aspx?o=65679

Esta guía es relevante para pacientes con TEPT, para sus cuidadores y para los profesionales de la salud involucrados en la atención, tratamiento y cuidado de pacientes con TEPT. Incluye lo siguiente.

- Grupos profesionales que comparten el tratamiento y cuidado de personas con diagnóstico de TEPT, incluidos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros de salud mental, enfermeras de la comunidad psiquiátrica, trabajadores sociales, enfermeros en prácticas, personal de atención secundaria y personal paramédico, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, pediatras, otros médicos, doctores de medicina general, terapeutas y familia.
- Profesionales de otros ámbitos sanitarios y no sanitarios, que puedan tener contacto directo con proporcionar salud y otros servicios públicos a los diagnosticados con TEPT. Esto puede incluir a médicos de prisiones, policía y profesionales que trabajen en justicia criminalista y sectores educativos.
- Aquellos con responsabilidad al planificar servicios para personas con diagnóstico de TEPT y sus cuidadores, incluyendo a directores de salud pública, gerentes de NHS y gestores de confianza en atención primaria.

La guía no se dirige específicamente a tratamientos no disponibles en el NHS:

3 Implementación en el NHS

3.1 *En general*

Las comunidades locales en salud deben revisar su práctica existente para el tratamiento y gestión de TEPT respecto a esta guía. La revisión debe tener en cuenta los recursos necesarios para implementar las recomendaciones expuestas en la Sección 1, las personas y procesos involucrados y el tiempo que precisará toda la implementación. Es en interés de los pacientes con TEPT, que ésta sea lo más rápido posible.

Las normas clínicas locales relevantes, los protocolos y rituales de atención, deben ser revisados de acuerdo con esta guía.

Esta guía debe usarse junto al Marco de Trabajo del Servicio Nacional para la Salud Mental, disponible en www.dh.gov.uk.

3.2 Intervención

Los criterios de intervención sugeridos se listan en el Apéndice D. Estos pueden utilizarse como base para la intervención clínica local, a discreción de quienes las pongan en práctica.

4 Recomendaciones para la investigación

Se han identificado las siguientes recomendaciones para la investigación, en esta guía.

1. Auto-ayuda guiada

Una prueba controlada aleatoriamente, que utilizó materiales recientemente desarrollados sobre auto-ayuda guiada, basada en intervenciones psicológicas centradas en el trauma, se debe encaminar a valorar la eficacia y efectividad del coste de la auto-ayuda guiada, comparada con las intervenciones centradas en el trauma, para TEPT moderados y leves.

2. Niños y jóvenes

Se deben realizar pruebas controladas aleatoriamente en todas las edades, para evaluar la eficacia y efectividad de costes en los tratamientos psicológicos centrados en el trauma, (específicamente en TCC y EMDR). Estas pruebas deben identificar la eficacia relativa de las diferentes intervenciones psicológicas y dar información sobre los efectos diferenciales, si los hubiera, respecto a la edad de los niños o la naturaleza del trauma vivido.

3 Intervenciones terapéuticas centradas en el trauma en adultos

Se deben realizar pruebas sobre la adecuada efectividad y la potencia, en intervenciones psicológicas centradas en el trauma para el tratamiento de TEPT (Terapia Familiar, TCC y EMDR). Deben mostrar evidencia sobre la efectividad y coste comparativos entre estas intervenciones, y considerar el formato del tratamiento (tipo y duración), junto a las poblaciones concretas que pueden beneficiarse.

4. Programa de registro

El estudio longitudinal diseñado de forma apropiada, se encaminará a determinar si un instrumento de registro único, aceptable para quienes lo reciben, puede identificar a individuos que desarrollan TEPT tras sucesos traumáticos, y se puede usar como parte de un programa de registro que asegure que los sujetos con TEPT reciben intervenciones eficaces.

5. Tratamiento psicológico centrado en el trauma versus tratamiento farmacológico

Conviene realizar pruebas diseñadas apropiadamente y con la potencia precisa, para determinar si los tratamientos centrados en el trauma son superiores en términos de eficacia y efectividad de coste, a los tratamientos farmacológicos para curar el TEPT, y si éstos son eficaces en combinación con un coste eficaz.

5 Guía completa

El comisionado para el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, ha desarrollado esta guía para el Centro Nacional Colaborador en Salud Mental. El Centro estableció un Grupo de Desarrollo de la Guía, que revisó la evidencia y redactó las recomendaciones. La guía completa *TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático): gestión del TEPT en atención primaria y secundaria*, se ha publicado por el Centro Nacional Colaborador en Salud Mental; estará disponible en su página web (www.rcpsych.ac.uk), en la página web de NICE (www.nice.org.uk) y en la página web de la Biblioteca Nacional Electrónica de Salud (www.nelh.nhs.uk).

Los miembros del Grupo de Desarrollo de la Guía, se mencionan en el Apéndice B. Se ofrece información sobre el Panel de Revisión de la Guía en el Apéndice C.

El folleto *Proceso de Desarrollo de la Guía- resumen para consulta, público y NHS*, tiene más información sobre el proceso de desarrollo de la guía del Instituto. Está disponible en la página web del Instituto., así como copias que pueden solicitarse por teléfono, al 0870 1555 4555 (cuota de referencia N0472).

6 Guía afín de NICE

Ansiedad: Manejo de la ansiedad (trastorno de pánico con y sin agorafobia, y trastorno de ansiedad generalizado) en adultos, en atención primaria y secundaria comunitaria. Guía Clínica NICE N° 22 (Diciembre 2004) Disponible en www.nice.org/CG022 .

Depresión: Manejo de la depresión en atención primaria y secundaria. Guía Clínica NICE N° 23 (Diciembre 2004). Disponible en www.nice.org/CG023.

Autolesión: Manejo psicológico y físico a corto plazo y prevención secundaria de la autolesión, en atención primaria y secundaria. Guía Clínica NICE N° 16. (Julio 2004). Disponible en www.nice.org/CG016

Está en proceso de desarrollo por NICE la siguiente guía (detalles disponibles en www.nice.org.uk):

- Depresión en niños: identificación y manejo de la depresión en niños y personas jóvenes en atención primaria, secundaria y servicios especializados. Guía Clínica NICE. (Publicación esperada en agosto de 2005)

7 Fecha de revisión

El proceso de revisión de evidencia, se espera que comience 4 años después de la fecha de edición de esta guía. La revisión puede comenzar antes de los 4 años si se identifican pruebas significativas que afecten a las recomendaciones de la guía. La guía actual estará disponible, a los 2 años del comienzo del proceso de revisión.

Apéndice A: Esquema de graduación

La siguiente guía está basada en evidencias. Toda evidencia se clasifica de acuerdo con la jerarquía de pruebas aceptada, que se adaptó originalmente de la Agencia de Estados Unidos para Política Sanitaria y Clasificación de la Investigación (ver cuadro 1). Se graduaron las recomendaciones entre A y C, basándose en el nivel de evidencia asociada. Esta graduación del esquema se basa en un esquema formulado por el Grupo de Resultados Clínicos de la Gerencia de NHS (1996).

Cuadro 1: Jerarquía de evidencias y esquema graduado de recomendaciones

Nivel	Tipo de evidencia	Grado	Evidencia
I	Evidencia obtenida de una prueba de control aleatorio, o metaanálisis de pruebas de control aleatorio	A	Al menos una prueba de control aleatorio, parte de literatura en buena calidad y consistencia, de recomendaciones concretas, (evidencia nivel I) sin extrapolación)
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado, sin aleatorización	B	Estudios clínicos bien llevados, aunque sin pruebas clínicas aleatorizadas, sobre el tema de la recomendación (evidencia de niveles II o III); o extrapolado a un nivel de evidencia de I.
IIb	Evidencia obtenida de al menos algún estudio bien diseñado o quasi-experimental.		
III	Evidencia obtenida de estudios bien descriptivos bien diseñados no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudio de casos		
IV	Evidencia obtenida de informes del comité de expertos u opiniones y / o experiencias clínicas de autoridades respetadas	C	Informes del comité de expertos u opiniones y / o experiencias clínicas de autoridades respetadas, (evidencia nivel I), o extrapoladas del nivel I o II. Esta graduación indica, que los estudios clínicos aplicables de buena calidad, están directamente ausentes o no están disponibles de forma adecuada
		GPP	Buena práctica recomendada por la experiencia clínica del GDC

Adaptado de Eccles, M y Mason, J (2001). Cómo desarrollar guías conscientes de del coste. *Valoración de Tecnología de la Salud* 5: 16; Mann, T (1996) *Guías Clínicas: Uso de Guías Clínicas para Mejorar la Atención del Paciente Dentro del NHS*. Londres: Departamento de Salud.

Apéndice B: Grupo de Desarrollo de la Guía

Dr. Jonathan Visón (Co-Presidente, Grupo de Desarrollo de la Guía)

Profesor Emérito en Psiquiatría, Universidad de Cardiff

Profesora Anke Ehlers (Co-Presidenta, Grupo de Desarrollo de la Guía)

Profesora de Psicopatología Experimental, Instituto de Psiquiatría, King's Collage de Londres

Sr. Stephen Pilling (Facilitador de la Guía)

Co-Director, Director del Centro Nacional Colaborador en Salud Mental, Centro de Resultados, Investigación y Efectividad, Colegio Universitario, Londres

Psicólogo clínico consultor de Salud Mental de Camden e Islington y comisario de Atención Social

Sra. Pamela Dix

Representante de Pacientes con TEPT

Sr. Andrew Murphy

Representante de Pacientes con TEPT

Sra. S Janet Johnston, MBE

Directora Clínica, Consejo Ashford de Trabajadores Sociales Jubilados, Fundadora del Centro de Consulta Dover, del Condado de Kent

Profesor David Richards

Profesor de Salud Mental, Universidad de York

Dr. Stuart Turner

Psiquiatra, Consultor, Gerencia en el Hospital Catio Nightingale, Centro de Terapia para y Comisionado para el Refugiado, Catedrático Emérito Honorario de Redress, Real Colegio Médico de Londres

Professor William Yule

Profesor de Psicología Infantil Aplicada, Instituto de Psiquiatría, King's College, Londres.

Sr. Christopher Jones

Economista de Salud, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Sra. Rebeca King

Directora del Proyecto, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Sra. Rosa Matthews

Revisadora Sistemática, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Sra. Peggy Nuttall

Ayudante de Investigación, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Sr. Cesar de Oliveira

Revisor Sistemático, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Dra. Claire Taylor

Editora, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Sra. Lois Thomas

Ayudante de investigación, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Sra. Heather Wilder

Científica para Información, Centro Nacional Colaborador en Salud Mental

Apéndice C: Panel de Revisión de la Guía

El Panel de Revisión de la Guía es un panel independiente que fiscaliza el desarrollo de la guía, responsabilizándose del registro y su calidad.

El incluye expertos en la metodología de normas, profesionales de la salud y personas con experiencia en asuntos que afectan a los pacientes. Los miembros del Panel de Revisión de la Guía son los siguientes.

Miembros	Área de experiencia
Dr. Chaand Nagpaul MG , Stanmore	Práctica clínica
Sr. John Seddon Representante del Paciente	Paciente y temas sobre el cuidador
Profesor Kenneth Wilson Profesor de Psiquiatría de Mayores y Consultor Honorario de Psiquiatría, Colegio de Chesire y Wirral, Comisionado NHS	Metodología
Profesora Shirley Reynolds Profesora de Psicología Clínica, Escuela de Medicina, Práctica y Política de la Salud, Universidad Anglia del Este, Norwich	Práctica clínica
Dr. Roger Paxton	Implementación
Dr. Paul Rowlands Psiquiatra Consultor Comisionado para la Atención en Servicios de Salud Mental de Derbyshire	Práctica clínica
Dra. Catriona McMahon Médico de cabecera, Cuidado Especial, Astra Zeneca	Representante industrial

Apéndice D: Detalles técnicos sobre los criterios de intervención

Objetivos posibles para la intervención

Se deben realizar más intervenciones en diferentes lugares de atención para asegurarse de que:

- Los individuos con TPET se involucran en su atención
- Las opciones de tratamiento, incluyendo las intervenciones psicológicas, se ofrecen y proporcionan adecuadamente a las personas con TPET.

Personas a quienes se puede incluir en una intervención

Una intervención simple incluye a todos los individuos con TPET. De forma alternativa, las intervenciones individuales pueden llevarse a cabo en grupos específicos de individuos como:

- Personas con un tipo concreto de TPET (por ejemplo, para estudiar en intervención temprana)
- Una muestra de pacientes de poblaciones particulares en atención primaria

Medidas que pueden usarse como base de la intervención

Ver tablas al dorso, por favor.

Recomendación	Medido en	Excepción	Definición de términos
<p>1. Intervenciones breves, sesión única</p> <p>Para individuos que han experimentado un suceso traumático, la provisión sistemática del sujeto solo, en intervenciones breves (a menudo derivaciones), que se centran en el incidente traumático, no deben ser una práctica rutinaria del servicio.</p>	<p>Al 100% de personas que han experimentado un suceso traumático, no se les debe ofrecer intervenciones de sesión única (normalmente derivados).</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Las políticas operacionales de organizaciones relevantes, deben contener copias de los protocolos más importantes y planes de implementación, que especifiquen cómo la sesión única no se debe suministrar de forma rutinaria.</p>
<p>2. Espera vigilante</p> <p>Cuando los síntomas son leves y se han presentado al menos 4 semanas después del trauma, hacer una espera vigilante ante las dificultades presentadas, considerándose la atención por profesionales sanitarios. Se debe concertar un contacto para el seguimiento al mes.</p>	<p>El 100% de pacientes identificados como pacientes con TPET, a quienes no se les ha ofrecido o declinan la intervención activa, deben concertar un contacto para el seguimiento en cuatro semanas.</p>	<p>Los individuos a quienes se ha ofrecido seguimiento, pero por razones prácticas o personales no pueden asistir en las 4 semanas siguientes.</p>	<p>Las notas deben indicar que el profesional de la salud responsable, ha debatido acerca de la necesidad de un seguimiento y ha concertado un contacto .</p>
<p>3. Tratamiento psicológico centrado en el trauma</p> <p>Se debe ofrecer terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, a quienes tengan síntomas traumáticos</p>	<p>Se debe tomar en consideración un tratamiento psicológico centrado en el trauma, para el 100% de pacientes</p>	<p>Aquellos que han pedido o aceptado la oferta de otra intervención</p>	<p>Se deben señalar en las notas, que el paciente ha sido informado de la posibilidad de TCC centrada en trauma.</p>

<p>o TEPT severo en el primer mes tras el suceso traumático. Estos tratamientos se deben suministrar a pacientes externos de forma individual.</p> <p>A las personas con TPET, se les ofrecerá un tratamiento psicológico centrado en el trauma (TCC o EMDR). Estos tratamientos se proporcionarán en base al paciente externo individual.</p>	<p>con TPET, presentado tras más de 3 meses.</p>		<p>Se debe registrar en las notas si el paciente completa todo el tratamiento.</p>
<p>4. Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para niños mayores, con TPET</p> <p>Se debe ofrecer terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, a niños mayores con síntomas graves de TEPT o con TEPT grave, en el primer mes tras el suceso traumático.</p>	<p>Se debe considerar la TCC centrada en el trauma, al 100 % de niños y jóvenes con síntomas graves postraumáticos, dentro del mes siguiente al suceso traumático.</p>	<p>Aquellos que han pedido o aceptado la oferta de otra intervención.</p>	<p>Se debe señalar en las notas, que el paciente ha sido informado de la posibilidad de TCC centrada en trauma. Se debe registrar en las notas si el paciente completa todo el tratamiento.</p>
<p>5. Terapia cognitivo</p>			

<p>conductual centrada en el trauma, para niños y jóvenes con TPET crónico</p> <p>A niños y jóvenes con TPET, incluidos aquellos que han sido abusados sexualmente, se les debe ofrecer terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, adaptada a las necesidades de su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.</p>	<p>Se debe ofrecer una TCC centrada en el trauma al 100 % de niños y jóvenes con TPET.</p>	<p>Aquellos que han pedido o aceptado la oferta de otra intervención.</p>	<p>Se debe señalar en las notas, que el paciente ha sido informado de la posibilidad de TCC centrada en trauma. Se debe registrar en las notas si el paciente completa todo el tratamiento.</p>
<p>6. Tratamientos farmacológicos para el TPET</p> <p>Los tratamientos con fármacos para el TPET, no deben usarse como primera opción en tratamiento para adultos (de uso general, o por especialistas en salud mental), prefiriéndose la terapia psicológica centrada en el trauma</p>	<p>Los fármacos no se deben utilizar de forma rutinaria para el tratamiento de TPET. Se debe considerar la opción del tratamiento psicológico centrado en el trauma.</p>	<p>Las excepciones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pacientes que rechazan el tratamiento psicológico. b. Pacientes que no responden a las intervenciones psicológicas. c. Pacientes con problemas importantes de sueño o hiperactivación. d. Pacientes en los que la cuestión de la seguridad impide el uso de la intervención psicológica. 	<p>Las notas deben indicar que se ha tenido en cuenta a los pacientes que reciben medicación, para intervenciones psicológicas, y la razón por la que no se presta- las excepciones se fundamentan en esta intervención.</p>

<p>7. Tratamientos con medicación en TPET cuando el paciente declina las intervenciones psicológicas</p> <p>Los tratamientos con drogas (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina al inicio, sólo por especialistas en salud mental), deben tenerse en cuenta para tratamientos de TPET en adultos, que expresan preferencia por no realizar tratamiento psicológico centrado en el trauma.</p>	<p>Se debe considerar el tratamiento con fármacos para el tratamiento del TPET, cuando el paciente declina la oferta del tratamiento psicológico centrado en el trauma.</p>	<p>Ninguna..</p>	<p>Las anotaciones deben señalar que los pacientes declinan las intervenciones psicológicas, y que se ha considerado la opción de una medicación apropiada. Se debe consignar la razón por la que se presta o no atención, así como si el paciente completa todo el tratamiento.</p>
<p>8. Registro en desastres</p> <p>En individuos con alto riesgo de desarrollar TPET, tras un desastre mayor, se debe considerar proporcionar (por los responsables de coordinación del plan del desastre), el uso rutinario de un instrumento de registro breve para TPET, pasado 1 mes del desastre.</p>	<p>Se debe registrar al 100% de individuos involucrados en un desastre mayor, 1 mes después del desastre.</p>	<p>Aquellos que rechazan participar en el registro o con quien no se contacta, a pesar de los esfuerzos razonables por los responsables del registro</p>	<p>La política operativa de organizaciones relevantes, debe contener copias de protocolos importantes y planes de implementación, que especifiquen los requisitos del registro. Cuando se realice éste, se debe revisar el número de personas monitorizadas.</p>

Cálculo de la conformidad

La conformidad (%) para cada medida, descrita en la tabla superior, se calcula como sigue.

Número de pacientes a quienes se atiende, que es consistente con el **criterio**

Más número de pacientes que poseen alguna excepción de la lista

x100

Número de pacientes a los que se aplica la **medida**

Los clínicos deben revisar los hallazgos de las medidas, identificar si se puede mejorar la práctica, ser acorde con el plan para conseguir la mejoría deseada, y repetir la medición de la práctica actual para confirmar que la mejoría deseada se está consiguiendo.