



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SOBREVIVIENTES DE ENFERMEDAD CRÍTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Yesenia Lindeman Vergara¹

Resumen

El trastorno de estrés postraumático es un desorden de ansiedad severo, que se presenta después de la exposición a un factor estresante extremo, que implica muerte o pérdida de la integridad física del sujeto u otra persona. Los síntomas están dados por: re-experimentación del trauma, evitación y aumento de la activación, los cuales causan alteración social, ocupacional, así como en otras áreas del funcionamiento de la persona. La admisión en unidad de cuidados intensivos (UCI), es muchas veces un suceso súbito e inesperado, precipitado por una condición que pone en peligro la vida. De esta forma, los eventos que preceden una admisión en UCI y la experiencia subsecuente, expone al paciente a numerosos factores estresantes de tipo fisiológico y psicológico, que pueden iniciar o exacerbar una reacción de “estrés” y originar un trastorno de estrés postraumático. En el siguiente artículo se realiza una revisión narrativa del trastorno de estrés postraumático, el significado de tener una enfermedad crítica, la experiencia de haber sido hospitalizado en UCI y su relación con el incremento del riesgo de presentar trastorno de estrés postraumático.

Palabras Clave: Trastornos por Estrés Postraumático; Terapia Intensiva; Cuidado Intensivo.

Summary

Posttraumatic stress disorder is a severe anxiety disorder that can develop after exposure to any event that results in psychological trauma. This event may involve the threat of death to oneself or to someone else, or to one's own or someone else's physical, sexual, or psychological integrity, overwhelming the individual's ability to cope. Diagnostic symptoms include re-experiencing the original trauma, avoidance of stimuli associated with the trauma, and increased arousal, these symptoms cause significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. Admission to intensive care is often a sudden and

¹ Médico Residente de Psiquiatría de segundo año. Universidad El Bosque - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.
yesselindeman@gmail.com
Fecha de recepción: Abril 2013

Fecha de aceptación: Junio 2013

unexpected event precipitated by a life-threatening condition, so these events that precede or happen meanwhile a person is hospitalized in ICU, exposed the patient to a great variety of physiological and psychological stressor that can lead to a posttraumatic stress disorder. Through the next article, we will review what posttraumatic stress disorder is, the meaning of being critically ill, the experience of being hospitalized in ICU and its relation with the risk of posttraumatic stress disorder

Keywords: Stress Disorders, Post-Traumatic; Intensive Care.

INTRODUCCIÓN

La tecnología médica ha avanzado rápidamente durante las últimas décadas. Como resultado muchos pacientes ahora sobreviven a la hospitalización por enfermedades que antes hubiesen sido fatales (1). La unidad de cuidados intensivos presenta un concepto paradójico de cuidado, ya que esta tecnología que salva vidas implica, sin embargo, un ambiente tipificado de rutinas poco familiares, con niveles desagradables de ruido, luces brillantes que causan sobrecarga sensorial, así como procedimientos invasivos y dolorosos para los pacientes, como la intubación endotraqueal y su aspiración (2). El manejo de la enfermedad y del dolor, así como la necesidad de mantener al paciente sedado, implican el uso de cierto tipo de medicamentos, los cuales se sabe que están relacionados con experiencias psicóticas, delirium y alucinaciones vívidas como efecto colateral. Los pacientes frecuentemente están atemorizados por estas alucinaciones (3). Todo esto en el contexto de habilidad limitada para la comunicación y reducción de la autonomía (4).

El impacto de estas experiencias en cuidados intensivos y los aspectos psicológicos resultantes de esta experiencia hospita-

laria no han sido estudiados exhaustivamente; se conoce sin embargo algunos efectos a largo plazo, incluyendo enfermedad mental, alteración de la calidad de vida y efectos cognitivos (5,6). Dentro de las enfermedades mentales, los síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático en paciente egresados de unidades de cuidados intensivos, son de los más frecuentes, sin embargo la prevalencia no está claramente definida, así como la tampoco la relación entre ciertos factores estresantes y el desarrollo de la patología (7).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El hallazgo esencial en el trastorno de estrés postraumático es el desarrollo de una constelación característica de síntomas que siguen a la exposición a un factor traumático extremo, que implica muerte, pérdida de la integridad física, daño intenso al sujeto o a otra persona, lo cual es experimentado vívidamente con miedo, indefensión u horror extremos. En el año 2000, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) revisó los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático para la cuarta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR),

estos criterios incluyen una historia de exposición previa a un evento traumático y una escala de síntomas en 3 esferas: El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, evitación de estímulos asociados al trauma y síntomas de aumento de la activación; una duración de los síntomas mayor a un mes los cuales provocan un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona (8).

La exposición al trauma es la condición *si ne qua non*, para hablar de estrés posttraumático. Actualmente se define como trauma todo evento en el cual la persona haya experimentado, confrontado o le han explicado un acontecimiento caracterizado por muerte, amenaza para su integridad o la de los demás, y ésta ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Los síntomas de estrés posttraumático se presentan en tres esferas re-experimentación, evitación y activación. La re-experimentación, que se define como la presencia de pensamientos recurrentes e intrusivos que provocan malestar, el individuo puede tener la sensación de que el evento está ocurriendo nuevamente y puede experimentar malestar psicológico intenso, o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. La evitación, que constituye un intento de evitar los recuerdos del evento, incluye personas, lugares incluso pensamientos asociados con el incidente. Los síntomas de activación, se refieren a manifestacio-

nes psicológicas, tales como insomnio, irritabilidad, alteración de la concentración, hipervigilancia, e incremento en las reacciones de sobresalto (9). Los síntomas deben persistir más allá de un mes posterior a la experimentación del trauma, de lo contrario se considera como desorden de estrés agudo. Además deben causar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Historia

El estudio del estrés posttraumático como categoría nosológica corresponde a un evento de siglo XX, sin embargo, desde antigua Grecia se describieron respuestas psicológicas severas a la guerra y a la violencia, Hipócrates menciona pesadillas relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes a ciertas batallas y Heródoto da cuenta en su Tratado sobre la Historia, de los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón (10).

Con el establecimiento de la psiquiatría moderna como rama de la medicina, y la figura de Phillippe Pinel, comienza el estudio y clasificación de las enfermedades mentales y se asocian ciertos síntomas hallados en soldados expuestos a explosiones que no tienen lesión física, y describe la “neurosis cardiorrespiratoria” y los estados posttraumáticos estuporosos que denominó “idiotismo”.

La revolución industrial trae consigo el desarrollo de la máquina, y la industria del ferrocarril se constituye en una fuente de trabajo, en donde, debido a las frecuentes

fallas técnicas se presentan accidentes, observándose malestares psicológicos en estos obreros; es el cirujano londinense Erich Erichsen, quien en 1866 desarrolló la hipótesis que los síntomas psicológicos experimentados después de accidentes de tren eran causados por lesión en la médula espinal, causando cambios moleculares, lo que fue conocido como “síndrome de la medula del ferrocarril” y el médico alemán H. Oppenheim acuñó el término “neurosis traumática” en 1884 para referirse a los síntomas presentados por pacientes que habían sobrevivido a accidentes ferroviarios (11).

Al mismo tiempo Pierre Janet y Sigmund Freud estaban trabajando sobre la etiología de la “histeria” y su relación con experiencias traumáticas, Janet atribuyó los síntomas a una memoria traumática, disociada de la conciencia y sin control de la voluntad, por su parte Freud instauró el término de “neurosis traumática” para referirse a los trastornos causados por eventos traumáticos pasados (12).

Hasta principios del siglo XX se desarrolló un creciente interés por escribir acerca las experiencias de guerra. En 1919 Mott acuña el término “Shell shock”, describiendo un trastorno que explique las respuesta que presentan mucho de los combatientes de la primera guerra mundial y sugirió que la enfermedad correspondía a una lesión física en el cerebro causada por monóxido de carbono y cambios en la presión atmosférica (13). La serie de los *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la clasificación norteamericana se inició en 1952 (DSM I) y en lo relativo a los

síntomas del TEPT definió la “gran reacción de estrés”, diagnóstico en el cual tuvo importante influencia A. Kardiner y sus trabajos con veteranos de guerra. En el DSM-II de 1968 la categoría diagnóstica que correspondía a los síntomas del TEPT fue la de trastorno situacional transitorio (10).

A pesar de las medidas preventivas en salud mental desarrolladas por el ejército norteamericano, se estima que la Guerra de Vietnam (1964-1973) dejó unos 700.000 veteranos que han requerido de algún tipo de ayuda psicológica. El denominado “síndrome post Vietnam” se diagnosticó con una alta frecuencia en la década de 1970 y este hecho constituyó uno de los factores importantes para que la Asociación Psiquiátrica Americana incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980. Así se inició una nueva época con el reconocimiento por la comunidad científica de esta entidad nosológica. Otros factores que influyeron en la inclusión del TEPT fueron los resultados de estudios realizados en poblaciones civiles, tanto en mujeres como en niños víctimas de abusos y/o violaciones y maltrato físico y/o psicológico, lo que amplió el ámbito del tipo de trauma más allá de las situaciones bélicas e incluso se incluyó a víctimas de desastres naturales o desastres provocados por el hombre. En el DSM III, la asociación americana de psiquiatría reconoce el trastorno de estrés postraumático como un desorden que sigue a un evento, que está fuera del rango de la experiencia humana usual, por tanto es marcadamente estresante para cualquier persona, y lo distingue así del trastorno adaptativo que se produce en respuesta a eventos dolorosos de la vida

cotidiana, como el divorcio, o la pérdida de un ser querido, además en este texto ya se establecen la presencia de síntomas característicos de estrés de postraumático (14).

A partir de ahí hubo varios cambios en cuanto a los criterios diagnósticos, Hoy en día el Síndrome de estrés postraumático está definido por el DSMIV –TR. En el texto revisado del DSM-IV se realizan anotaciones importantes respecto al diagnóstico en niños y adultos jóvenes, especificando las variaciones en la sintomatología. Actualmente se encuentra en revisión el DSM V, programado para publicación en mayo de 2013, y ahí nuevamente se plantean cambios en los criterios, que incluyen: mayor especificidad en el criterio A (exposición al trauma) y suprime la evaluación de la respuesta emocional, ya que no le encuentra utilidad en la práctica clínica, así como nuevos síntomas incluidos en los criterios b, c y d (15).

Epidemiología

La prevalencia de TEPT se ha estudiado en diferentes grupos de víctimas de sucesos traumáticos, y a pesar que los criterios, herramientas diagnósticas varían para cada estudio, en general se acepta es una condición relativamente común, de hecho en USA se reconoce al TEPT como el segundo trastorno de ansiedad más prevalente, después del trastorno de ansiedad social (16).

Los estudios epidemiológicos han revelado que los eventos traumáticos son comunes, De acuerdo con el estudio del National Comorbidity Survey de estados unidos, (1994) se encontró que 61% de los

hombre y 51% de las mujeres han estado expuestos a un evento traumático alguna vez en la vida. Los tipos más comunes de trauma reportados son haber presenciado el homicidio o maltrato de alguien, haber estado envuelto en un desastre natural o un accidente potencialmente peligroso para la vida. Además de esto se sabe que entre géneros hay diferencias en la exposición a traumas, siendo los hombres más expuestos a asaltos con arma de fuego, secuestro y combate, y las mujeres más vulnerables a violación o el ataque sexual. Kessler et al (1995) encontró que el riesgo de desarrollar TEPT después de una situación traumática en hombres es de 8.1% y 20.4% en mujeres. Se estableció que la prevalencia de vida estimada para TEPT es de 7.8% (17). Breslau (1997) encontró que para poblaciones urbanas más jóvenes, el riesgo global de desarrollar TEPT es de 23.6%, siendo de 13% para hombres y 30.2% para mujeres (18).

Son llamativas las cifras de prevalencia del estudio reciente de Perkonig et al realizado en Alemania con una población de 3021 sujetos entre 14 y 24 años en que encontraron una prevalencia global de TEPT de 1,3% y cifras de 1% para hombres y 2,2% para mujeres, las que se acercan más a las primeras cifras de Helzer de 1987 en población general. Este resultado confirma el planteamiento que si bien existe un alto número de sujetos expuestos a situaciones traumáticas a lo largo de la vida, sólo una minoría presenta un TEPT (10).

La prevalencia de estrés postraumático es especialmente importante en grupos poblacionales expuestos a formas de vio-

lencia en masa, los ciudadanos norteamericanos después del ataque terrorista del 11 de septiembre (17%), la comunidad de Oklahoma después de la bomba terrorista de 1995 (34%), los refugiados de Bosnia (65%), y los niños palestinos expuestos a trauma. (19, 20,21,22).

A pesar que la estimación de la prevalencia de esta enfermedad en países en desarrollo es insuficiente, se debería esperar que fuera más prevalente en países donde la exposición al trauma, particularmente en forma de violencia interpersonal es más frecuente (16). En Colombia la violencia sociopolítica, la vivida desde el hogar, las calles, así como el número creciente de población desplazada, enmarca al país dentro del grupo de países en desarrollo donde la violencia es un elemento que hace parte de la memoria colectiva de los ciudadanos. El estudio nacional de salud mental de Colombia 2003 reportó que el riesgo de sufrir TEPT alguna vez en la vida de un colombiano es de 0.8% para los hombres, y 2.5% para las mujeres, con una media de inicio a los 28 años (23). Los estudios muestran grupos de riesgos siendo importantes los soldados, sobrevivientes de tortura y secuestro y la población desplazada.

Diagnóstico

Actualmente el Gold standard para diagnóstico de TEPT sigue siendo la entrevista clínica estructurada con los criterios predefinido de DSM-IV (8) y la escala de TEPT administrada por un médico (24). Los cuestionarios de auto-reporte proveen una estimación de la sintomatología de TEPT pero no un diagnóstico conclu-

yente (7). Estos cuestionarios incluyen: the Davidson Trauma Scale (25), the Impact of Events Scale (IES) (26), the Impact of Events Scale-Revised (IES-R) (27) and the Posttraumatic Stress Syndrome 10-questions inventory (PTSS-10) (28).

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios son servicios para la atención de pacientes, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos y equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica. Contando la UCI con mayor grado, intensidad y frecuencia de monitoreo e intervención (29). Las unidades de cuidados intensivos, actualmente lugares comunes en los hospitales de Estados Unidos y otros países desarrollados, evolucionaron de 3 fuentes principales: en primer lugar las unidades de recuperación de postoperatorios de neurocirugía (John's Hopkins Hospital, Baltimore 1923), posteriormente neumectomías y esofagogastrectomías, UCI's quirúrgicas; la primeras UCI's medicas fueron creadas para pacientes con falla respiratoria por poliomiélitis o enfermedades neuromusculares y posteriormente las unidades para el manejo de pacientes coronarios (30).

Se consideran pacientes críticos, aquellos que se encuentran en fase aguda de una disfunción de uno o más órganos potencialmente recuperables, lo que pone en peligro su vida; no necesariamente se

encuentran en una unidad de cuidados intensivos (31). El ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos está justificado si existen probabilidades de beneficio para él, cuando es posible revertir o paliar su situación crítica e, idealmente, lograr su reinserción familiar y social.³² Aproximadamente 75% a 90% de los pacientes admitidos en una unidad de cuidados intensivos Aproximadamente 75% a 90% de los pacientes admitidos en una UCI sobreviven y son dados de alta integrándose a sus actividades. 22% de todas las muertes en Estados Unidos ocurren dentro o después de ser admitidos en una unidad de cuidados intensivos (1).

El cuidado de los pacientes críticos es complejo y extremadamente costoso. 33 Un tercio a la mitad de los estadounidenses pasan tiempo en UCI durante su último año de vida, y un quinto muere ahí.³⁰ Un día en cuidados intensivos cuesta de 2000 a 3000 dólares, lo cual es 6 veces lo que cuesta el cuidado de un paciente no-UCI. Aunque las UCI contienen solo alrededor de un 8% de las camas de un hospital, consumen 20% del capital de los pacientes hospitalizados, es decir 0.9% de todas las actividades económicas, o el 1% del producto interno bruto en USA, el cual fue de \$91 millones en 2001 (34,35).

LA EXPERIENCIA DE ESTAR CRITICAMENTE ENFERMO

La enfermedad significa una reducción de la salud que limita las posibilidades de la realización humana; el enfermo no se puede valer, sufre, carece de funciones y capacidades, ha de someterse a tratamientos, es menos libre (36). Según

Torrallba “el hombre sufre porque es vulnerable y cuando está enfermo se da cuenta de un modo patente y patético de su extrema vulnerabilidad y heteronomía, teme a la muerte, pero todavía teme más al sufrimiento, el dolor y el desamparo”, además indica que la experiencia de la enfermedad se relaciona directamente con la pérdida de la libertad exterior del ser humano; la persona enferma no puede desarrollar sus voliciones, y en este sentido experimenta su libertad como algo ilusorio y fantástico” (36).

Las limitaciones que presentan los pacientes en estado crítico en su capacidad para participar en la satisfacción de sus propias necesidades están relacionadas tanto con la enfermedad y el compromiso de órganos y sistemas, como con las intervenciones terapéuticas requeridas, tales como la analgesia, la sedación, la presencia de sondas y catéteres y otros componentes de avanzada tecnología (37).

Las unidades de cuidado intensivo (UCI), se caracterizan como es sabido, por agrupar un conjunto de aparatos y técnicas necesarias para el cuidado de personas que precisan terapia intensiva. Se trata paralelamente de enfermos que si bien presentan un pronóstico grave, su ingreso en una unidad de tal tipo no determina en absoluto que su estado sea no recuperable. Al ser unidades altamente tecnificadas, es inevitable que se de en ellas un clima especial. Esto hace que el enfermo que ingresa se encuentra enfrentado a una carga de stress y angustia que obviamente tiene sus raíces en la propia patología, por las características estructurales y de funcionamiento de estas unidades (38).

Álvarez considera que para el paciente que ingresa a UCI, la experiencia, nueva y única, a veces terrorífica, implica adaptación a un estado y sistema de vida; Los sistemas de interacción presentes en el paciente en cuidados intensivos son, por un lado el sistema intraindividual, en el que juegan los aspectos psíquicos y físicos dentro del mismo paciente, y por otro el sistema interindividual, especialmente importante, la relación del paciente con el mundo, que en este caso particular se ve reducida al personal de la unidad y al ambiente físico de ésta. Considera que los factores más importantes derivados de estar hospitalizado en UCI son: la deprivación sensorial, la deprivación afectiva y la falta de sueño. La deprivación sensorial en el ambiente, varía según la construcción e infraestructura con que se cuente, sin embargo, en general se observa una ausencia de estímulos sensoriales cotidianos, ausencia de estímulos positivos de connotación afectiva, monotonía sensorial y presencia de estimulación negativa que alarma al paciente. Es frecuente la conexión con el aparataje técnico necesario y la escasa visión de solo la pared, el techo y el personal que lo atiende. En lo auditivo el sonido de respiradores artificiales y alarma de monitores es permanente; la respiración alterada de otros enfermos, sonido de instrumental, quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal, son estímulos presentes. Anota además, que la terapia técnica necesariamente es agresiva, invasora y dolorosa, induce a la pérdida de la privacidad respecto a su corporalidad, con una exposición constante de ella a extraños y

manipulación de su cuerpo por múltiples manos. Existe interrupción del sueño por los permanentes y necesarios controles, y se impone una posición corporal no usual con dificultad para adoptar posiciones corporales cómodas como las cotidianas. Ocasionalmente se presenta la indicación de no ingesta de comida o comidan distinta a la acostumbrada, y exposición al olor de medicamentos y químicos usados, así como también al olor del cuerpo humano propio y ajeno (39).

En general las situaciones que generan estrés en el paciente que se encuentra internado en una unidad de cuidados intensivos se pueden resumir en los siguientes puntos.

Situación de riesgo vital, motivada por la propia enfermedad y la incertidumbre en la evolución de la misma.

Falta de control del medio, relación de dependencia del equipo médico y las máquinas, el miedo al fallo potencial de las máquinas así como el desconocimiento de las tecnologías que se utilizan.

Despersonalización, por la gravedad de la situación en que se encuentra el paciente al ingresar en la UCI, la prioridad de los cuidados se centran en su estado físico dejando en un segundo término el cuidado de los aspectos psicológicos, lo que favorece sentimientos de impotencia y despersonalización.

Aislamiento, el ingreso a unidades de estas características supone una separación física de las personas y del medio habitual. Todo ello provoca un aislamiento perso-

nal y social, que puede crear sentimientos de hostilidad, impotencia y soledad.

Comunicación que puede verse alterada por causas física (traqueostomía, intubación) o psicológicas (negación, inhibición).

Espacio físico, factores arquitectónicos y ausencia de intimidad.

Percepción sensorial, que puede darse en 2 situaciones opuestas, deprivación sensorial, o sobrestimulación sensorial, en el primer caso se produce por el aislamiento, separación de persona objetos, y en el segundo viene dado por una serie de estímulos puntuales, rápidos e inesperados Discomfort, debido a elementos estresantes e incómodos como el dolor, la inmovilidad física, numerosas sondas y catéteres Alteración del patrón sueño vigilia (38). Del Barrio y Lacunza, en un estudio con pacientes de trasplante hepático, encontró que los pacientes relataron su experiencia en UCI como negativa, debido a las alteraciones cognitivas, incomodidad por la presencia de elementos invasivos, limitación del movimiento, incapacidad para hablar, la sed, el ruido y el dolor. Además expresaron que a pesar del deterioro en la memoria, podían recordar de manera total o parcial (40).

Jablonski, también reportó haber encontrado en un estudio en que los pacientes fueron sometidos a ventilación mecánica, sentimientos de frustración por las alteraciones en la comunicación y que la ventilación mecánica había generado, aprehensión temor además de alivio y gratitud por los cuidados recibidos (41).

Zalabegui y cols. indican que para enfrentar la enfermedad y la muerte, se utiliza el afrontamiento, que consiste en una serie de comportamientos y respuestas y apoyos que las personas utilizan para manejar y controlar la ansiedad, para atenuar los efectos de la enfermedad y adaptarse a ella (42). Otras formas de afrontar las situaciones que amenazan el bienestar y causan ansiedad están representadas por los mecanismos de defensa planteados por Freud, tales como la supresión de actos dolorosos de forma consciente; la represión que permite olvidar situaciones de forma inconsciente y la fantasía que permite satisfacer las necesidades mediante sueños y pensamientos (43). Es frecuente que los paciente a causa de su condición orgánica y mental no puedan ejercer su autonomía, porque no tienen conciencia de sus actos, estableciéndose así una relación de dependencia con el equipo médico, en particular con el de enfermería. Esta situación de dependencia es denominada por Egger "la segunda infancia" debido a que los pacientes requieren de otras personas para satisfacer sus necesidades y presentan dificultades para asumir responsabilidades (4).

Hay una gran cantidad de hallazgos sobre la importancia de los miembros de la familia en los pacientes críticamente enfermos en UCI. Algunos investigadores han encontrado resultados positivos al tener miembros de la familia en la UCI, como son soporte familiar y aumento en la satisfacción de los pacientes y sus familias (44,45).

Los aspectos psicosociales del cuidado de son vitales en este tipo de pacientes,

reconocer las necesidades de la familia e incluirlas en el cuidado del paciente puede llevar a mejorar el resultado del paciente (46).

Los datos de este estudio revelan que la vulnerabilidad del paciente mientras esta en UCI está relacionada con la dependencia física y emocional extrema. La falta de información y el cuidado despersonalizado, estaban asociados con miedo, ansiedad y aumento de la vulnerabilidad. La falta de sueño y descanso contribuyeron al miedo y ansiedad en el paciente. La vulnerabilidad disminuyó cuando los pacientes se mantuvieron informados acerca de lo que estaba ocurriendo, recibieron cuidados personalizados a sus necesidades y la familia estuvo presente. Los resultados de este estudio sugieren que la vulnerabilidad de los pacientes puede ser disminuida por la seguridad que experimentan cuando están adecuadamente informados acerca de lo que está pasando, y cuando el cuidado de los médicos y las enfermeras es personalizado a sus necesidades individuales (47).

Un estudio cualitativo que documentó la experiencia de una mujer que requirió manejo en unidad de cuidados intensivos debido a post operatorio de cesárea por preeclampsia; las experiencias descritas incluían delirium, ansiedad, sensación de indefensión, frustración e incertidumbre. Este estudio también recaló la importancia de considerar que los pacientes pueden ser capaces de recordar ciertas experiencias aun estando bajo sedación, aunque éstas pueden estar distorsionadas (48).

Relación entre stress postraumático y estancia en UCI

El seguimiento extendido de sobrevivientes a tratamientos en UCI ha mostrado que muchos pacientes sufren consecuencias físicas y fisiológicas que afectan su calidad de vida (49). Los pacientes críticamente enfermos están expuestos a condiciones y experiencias con niveles significativos de estrés, dolor y otras incomodidades de fuentes tanto intrínsecas como extrínsecas, las cuales pueden inducir síntomas de stress postraumático, reportes de lo cual han incrementado en sobrevivientes a manejo en ICU (3, 50).

Prevalencia

La relación en tres TEPT y estancia en UCI ha sido ampliamente estudiada, sin embargo los resultados dependen de muchos factores modificables, como son, la población de estudio, el método utilizado, y a la presencia de comorbilidades.

Griffings et al. En 2007 realizaron una revisión sistemática de la literatura para determinar la prevalencia de estrés postraumático en pacientes que habían sobrevivido a experiencias de enfermedades críticas que requirieron manejo en unidad de cuidados intensivos, la revisión incluyó 30 estudios de los cuales el diagnóstico fue dado por entrevistas clínicas estandarizadas, cuestionarios de auto-reporte de síntomas, o ambos. La conclusión fue que la prevalencia reportada en los estudios varía ampliamente desde un 5-64%; lo que refleja una amplia variación en el diseño de los estudios, incluyendo variables demográficas, métodos diagnósticos

y el tiempo de evaluación, factores que complican la comparación entre estudios y limitan la síntesis cuantitativa en estos hallazgos (7).

Los síntomas que se presentan a corto tiempo después del egreso hospitalario, tienden a desaparecer, mientras que aquellos que se desarrollan a largo plazo, tienden a ser persistentes (51).

Factores de riesgo

A pesar de que la literatura sugiere ciertas características del paciente como personalidad previa, historia personal adversa, o dificultades mentales como factores predisponentes para desarrollar TEPT, los estudios usualmente excluyen los pacientes con historial de comorbilidad psiquiátrica previa (52,7).

Un estudio publicado por Myhren et al. en 2010, de seguimiento a un año de síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático en paciente egresados de unidades de cuidados intensivos, por causa médica, quirúrgica o trauma, mostró que el nivel de síntomas de estrés postraumático era alto, con una prevalencia a 12 meses de 27% y el riesgo no variaba dependiendo de si eran pacientes de trauma, quirúrgicos o médicos. Los precursores de síntomas de estrés postraumático en este estudio a un año, fueron las variables demográficas, como el bajo nivel educativo, las formas de afrontamiento (pesimismo) y las experiencias durante la estancia en UCI, (recuerdos ambiguos o de dolor), mientras que las variables relacionadas con la severidad de la enfermedad o el tipo de

daño no estuvieron relacionadas (53). Un estudio previo publicado por el mismo autor ya había relacionado la presencia de síntomas de estrés agudo en pacientes egresados de UCI con experiencias debido al tratamiento, como dolor, pérdida de control e inhabilidad para expresar necesidades. La personalidad del paciente, también puede influenciar el curso de los síntomas psicológicos después del tratamiento en UCI. El pesimismo fue un predictor de estrés postraumático (54,55). La mayoría de los estudios excluyen activamente los pacientes quirúrgicos o de trauma, ya que en éstos los síntomas de estrés postraumático pueden estar causados por el trauma o la intervención quirúrgica en sí mismos. Solo un estudio Cross-seccional, comparó pacientes de ICU médica, de cirugía y trauma y no encontró diferencias en el nivel de estrés psicológico entre estos 3 tipos de pacientes (56).

Nickel et al, realizaron un estudio con diagnósticos psicopatológicos previo al ingreso a la unidad, utilizando entrevistas estructuradas, encontraron una prevalencia de 42% de trastornos pre-existentes del eje I o II, siendo el trastorno depresivo mayor la enfermedad más común (57). El hecho de que la severidad de la enfermedad no se relacione directamente con el distrés psicológico está avalado por estudios anteriores (58). Este estudio es el primero en mostrar que la memoria de falta de control durante el tratamiento en UCI es un predictor fuerte para síntomas relacionados con estrés postraumático.

El uso de ciertos medicamentos como benzodiazepinas y opiáceos se correlacio-

na con la aparición de síntomas de estrés postraumático; Los siguientes tuvieron un valor predictivo significativo: Dosis total de lorazepam en UCI, dosis recibida de midazolam, dosis total de benzodiazepinas, dosis recibida de opiáceos fue un factor predictivo significativo (59,60).

El uso ininterrumpido de infusiones sedantes, el delirium, y las memorias, alucinaciones durante la estancia en UCI, todos han sido implicados, ya que causan cambios en el eje adrenal (61,62).

Intervenciones

Peris y colaboradores demostraron reducción síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en pacientes que recibieron intervenciones psicológicas durante su hospitalización (63). El tiempo óptimo para estas intervenciones no ha sido claramente establecido, estudios a 6 semanas han mostrado pocos impacto en la disminución de síntomas, los hallazgos de Peris y colaboradores sugieren que intervenciones tempranas, durante la estancia en ICU son más efectivos (64, 63). La naturaleza clara del tipo de intervención no se ha definido, aunque se ha mostrado que la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser efectiva en la población general (65). Sin embargo, estudios han demostrado que los aspectos de cuidado de enfermería parecen ser más importante, especialmente la habilidad de disminuir el miedo, y la preocupación (66). Otras estrategias que han mostrado validez, es el uso de diarios, e intervenciones no psicológicas como la reducción del delirium, la optimización de la sedación y la analgesia.

Discusión

Los avances en la tecnología médica han permitido que un número cada vez mayor de pacientes sobreviva a enfermedades severas. El diagnóstico de TEPT, tiene una particularidad especial dentro de las enfermedades mentales, de haber estado expuesto a un suceso traumático, las experiencias de enfrentar enfermedades críticas en unidad de cuidados intensivos, caben dentro de las características de suceso traumático, ya que pueden superar la capacidad de resiliencia del individuo, al exponerlo directamente con la muerte y en un ambiente extraño, hostil, y de privación sensorial y psicológica.

La prevalencia de esta enfermedad como consecuencia aún no está bien definida, existen limitaciones, dado por la variabilidad de los estudios, en cuanto a tamaño de muestra, herramientas diagnósticas.

Conclusiones

Debido a los avances en tecnología médica, un número cada vez mayor de pacientes sobreviven a enfermedades críticas. Es poco lo que se conoce de la dinámica psicológica de estos pacientes que se recuperan de una enfermedad crítica y que se movieron en una brecha estrecha entre la vida y la muerte. Comparados con la población general, los sobrevivientes de cuidados intensivos presentan menores índices de calidad de vida, mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático.

El conocimiento de los factores ligados la enfermedad crítica con pobre recupera-

ción psicológica es esencial para desarrollar de modelos de causalidad, y guiar la realización de intervenciones con el fin de mejorar el pronóstico psicológico.

Conclusions

Due to advances in medical technology, an increasing number of patients survive severe critical illnesses. Little is known about the psychological dynamics of these patients who recover from critical illness and move into the liminal space between life and death.

Compared with the general population, ICU survivors report lower quality of life, and more prevalence of anxiety, depression and posttraumatic stress disorder.

A more detailed understanding of the factors linking critical illness with poor psychological recovery is essential to generate models of causality and to guide the delivery of targeted interventions to improve psychological outcomes.

Referencias

- 1 Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004; 32: 638-43
- 2 Fontaine DK, Briggs LP, Pope-Smith B. Designing humanistic critical care environments. *Crit Care Nurs Q*. 2001;24:21-35.
- 3 Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM (2001) Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 29:573-580
- 4 Egger S. El paciente crítico. Atención integral de enfermería. Barcelona. Doyma. 1988. P 26.
- 5 Hopkins R, Jackson J. Long-term neurocognitive function after critical illness. *Chest* 2006;130:869-78.
- 6 Dowdy D, Eid M, Sedrakyan A, et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Med* 2005;31:611-20
- 7 Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of posttraumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2007 Sep;33(9):1506-18. Epub 2007 Jun 9
- 8 American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th Ed.)*. Washington, DC.
- 9 Yehuda, R. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med*, Vol. 346, No. 2 January 10, 2002
- 10 Carvajal C. Trastorno por estrés posttraumático: aspectos clínicos. *Rev. chilena. neuro-psiquiatría*. [revista en la Internet]. [citado 2011 Sep 14]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-272002000600003&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272002000600003
- 11 Post-traumatic Stress Disorder: history of a politically unwanted diagnosis. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2006 Mar-Apr;56(3-4):182-7
- 12 Freud S. Más allá del principio del placer. Edición electrónica de www.philosophia.cl / Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
- 13 Myers CM. Contribution to the study of shell shock. *Lancet* 1915;13:316-20
- 14 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
- 15 2010 American Psychiatric Association. *DSM V Posttraumatic Stress Disorder development*. Disponible en: <http://www.dsm5.org/about/Pages/Default.aspx>
- 16 Connor, Kathryn M., Butterfield, Marian I. *Posttraumatic Stress Disorder Focus* 2003 1: 247-262
- 17 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder

- ders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8–19
- 18 Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216–22
 - 19 Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V: Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002; 288:1235–1244
 - 20 North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL, Smith EM: Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 1999; 282:755–762
 - 21 Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, Laub D, Lazrove S, Vojvoda D, Hyman L: Psychiatric consequences of “ethnic cleansing”: clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry* 1995; 152:536–542
 - 22 Thabet AA, Vostanis P: Post-traumatic stress reactions in children of war. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40:385–391
 - 23 Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: un informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental 2003
 - 24 Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM (1995) The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress* 8:75–90
 - 25 Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD, Davison RM, Katz R, Feldman ME (1997) Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 27:153–160
 - 26 Horowitz M, Wilner W, Alvarez W (1979) Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomat Med* 41:209–218
 - 27 Weiss DS, Marmar CR (1997) The Impact of Event Scale – revised. In: Wilson JP, Keane TM (Eds) *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford, New York, pp 399–411
 - 28 Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhauser HB, Haller M, Briegel J, Schmidt M, Krauseneck T, Durst K, Schelling G (1999) Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Med* 25:697–704
 - 29 Dueñas C, Ortiz G, Camargo R, González M, Granados M, Ali A, Lalinde D, Arias A, Mejía J, Gil B, Duque C, Pizarro C. Criterios de ingreso a UCI e intermedios. *Acta Colombiana de Cuidado intensivo* 2009. 9 (3)
 - 30 Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2009 Jan;25(1):221–37,
 - 31 Camargo R, Granados M, Gil B, Agamenón G, Lalinde D, Romero T, Cadavid C, Pizarro C. Consenso de definiciones de fin de vida en cuidados intensivos. Asociación colombiana de medicina crítica y cuidados intensivos. Editorial Distribuna. En: www.libreriamedica.com
 - 32 Monzón J, Saralegui R, Abizanda I, Campos R, Cabré L., Iribarren S., Martín M, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med. Intensiva [revista en la Internet]*. 2008 Abr [citado 2012 Abr 26]; 32(3): 121–133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000300004&lng=es.
 - 33 Luce JM, Rubenfeld JD. Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life? *Am J Respir Crit Care.* 2002;165(6):750–754.
 - 34 Garland A. Improving the ICU. *Chest.* 2005;127:2151–2179.
 - 35 Multz AS, Chalfin DB, Samson IM, et al. A “closed” medical intensive care unit (MICU) improves resource utilization when compared with an “open” MICU. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1468–73.
 - 36 Torralba F. Antropología de la enfermedad. En: *Antropología del cuidar*. Madrid Fundación Mafpre Medicina. España 1998. P 251–65.
 - 37 Beltrán O, Arias M. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. <http://hdl.handle.net/10495/153>

- 38 I Ortiz, I roldan. Atención psicológica en UCI. En: Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería. Escrito por Antonio Torres, I. Ortiz, Robert Rodríguez-Roisin. Springer Verlag Ibérica. Barcelona 1997. p
- 39 Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. Revista de psicología de Chile. 1990. Vol I.
- 40 Del Barrio M, Lacunza M, Armendariz A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos, estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva* 2001, 12 (3). P 135, 136-140, 141, 139, 142.
- 41 RS Jablonski, The experience of being mechanically ventilated, *Qualitative Health Research* 4 (1994) (2), pp. 186-207.
- 42 Zabalegui A, Vidal A, Soler D, Latre E, Fernandez P. ¿Qué es el afrontamiento? *Revista ROL de enfermería* de 2002. 25 (7-8):552-556. P 72.
- 43 Freud S. El yo y los mecanismos de defensa. Buenos aires. Paidós 1980. P 51-62.
- 44 Hupcey JE. The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17(4):201-213.
- 45 Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. *J Nurs Care Qual.* 2001;15(2):18-26.
- 46 Miracle VA. Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006;25(3):121-125.
- 47 McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2002; 18:27-36
- 48 The intensity of intensive care: a patient's narrative. Herbst A, Drenth C. *Global Journal of Health Science*; 2012.; 4 (5):14-20
- 49 Broomhead LR, Brett SJ Clinical review: Intensive care follow-up – what has it told us? *Crit Care.* 2002; 6:411-417
- 50 Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J Post-traumatic stress disorder after critical illness Requiring general intensive care. *Intensive Care Med* 2004; 30:450-455
- 51 Bonanno GA: Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Am Psychol* 2004, 59:20-28.
- 52 Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol.* 2000; 39(1):35-51
- 53 Myhren H, Ekeberg O, Toien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care* 2010.
- 54 Myhren H, Toien K, Ekeberg O, Karlsson S, Sandvik L, Stokland O: Patients' memory and psychological distress after ICU stay compared with expectations of the relatives. *Intensive Care Med* 2009, 35:2078-2086.
- 55 Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Hopkins RO, Girard TD, Ely EW: Posttraumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Crit Care* 2007, 11:R27.
- 56 Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J: Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med* 2004, 30:450-455.
- 57 Nickel M, Leiberich P, Nickel C, et al. The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. *J Intensive Care Med* 2004;19:285-90.
- 58 Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ: Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:421-434.
- 59 Jones C, Backman C, Capuzzo M, et al. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med* 2007;33:978- 85.
- 60 Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care* 2007;11(1):
- 61 Hauer D, Weis F, Krauseneck T, Vogeser M, Schelling G, Rozenzdaal B: Traumatic memories; post-traumatic stress disorder and serum cortisol levels in long-term

- survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Brain Res* 2009, 1293:114-120.
- 62 13. Weis F, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Lamm P, Schmidt M, Schmolz M, Briegel J, Schelling G: 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, 131:277-282.
- 63 Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, Debolini M, Vannini E, Solaro M, Balzi I, Bendoni E, Bacchi I, Giovannini V, Belloni L: Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011, 15:R41.
- 64 Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, Roughton S, Smith A, Hull A, Breeman S, Norrie J, Jenkinson D, Hernández R, Johnston M, Wilson E, Waldmann C: The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2009, 339:b3723.
- 65 Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, Cahill C, Creamer M: Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65:659-667
- 66 Knowles R, Tarrrier N: Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Crit Care Med* 2009, 3:184-191