



Trastorno por Estrés Postraumático en Paciente de Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos

Post-traumatic Stress Disorder in Pediatric Intermediate Care Unit Patient

<https://doi.org/10.35954/SM2018.37.1.2>

Verónica Aiscar ^a, Martha Carbonell ^b, Fabricio Choca ^a.

(a) Departamento Psiquiatría. Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

(b) Departamento Medicina. Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

RESUMEN

El Trastorno por Estrés Postraumático es una patología emergente en la sociedad moderna con una prevalencia aproximada del 8%. Genera un gran costo en los equipos de salud, así como un gran esfuerzo por su parte, así como repercusiones deletéreas para la vida del individuo que lo padece y su familia. Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad que motiva el ingreso a una unidad de cuidados intensivos pediátrico, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso o situación durante el cual pueden sufrir alteraciones emocionales importantes. El ambiente propio de una unidad de cuidados intensivos potencialmente afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo. Las vivencias experimentadas pueden continuar incluso varios meses después del alta hospitalaria, constituyendo factores de riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático, lo que justificaría un seguimiento con el objetivo de detectarlas precozmente. Corresponde adecuado que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas. Las consecuencias en lo psicoemocional generan también costos importantes al sistema de salud, por lo cual la prevención precoz favorece en todos los ámbitos del sistema.

PALABRAS CLAVE: Estrés; Trastorno por Estrés Postraumático; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

ABSTRACT

Post-traumatic Stress Disorder is an emerging pathology in modern society with an approximate prevalence of 8%. It generates a great cost in health teams, as well as a great effort on their part, as well as deleterious repercussions for the life of the individual who suffers it and his family. From the moment a disease is diagnosed, motivating admission to a pediatric intensive care unit, both the patient and their relatives or primary caregivers are involved in a process or situation during which they may suffer significant emotional disturbances. The environment of an intensive care unit potentially affects patients psychologically in a negative way. Undergone experiences can continue even several months after hospital discharge, constituting risk factors for the development of a post-traumatic stress disorder, which would justify a follow-up with the aim of detecting them early. It is appropriate that the treatment of these patients be multidisciplinary, taking into account both the physical needs related to the disease as well as the psychological ones. The psycho-emotional consequences also generate important costs to the health system, which is why early prevention favors all areas of the system.

KEY WORDS: Stress; Stress Disorder, Post-Traumatic; Intensive Care Units, Pediatric.

Recibido para evaluación: Octubre 2017

Aceptado para publicación: Febrero 2018

Correspondencia: 8 de octubre 3020. C.P. 11600. Montevideo, Uruguay. Tel.: (+598)24876666 int. 2065.

E-mail de contacto: fabriciochoca@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia han sido múltiples las descripciones de las diversas reacciones que los seres humanos podemos tener ante experiencias traumáticas. Si bien la mayoría de los individuos que sufren un trauma lo superan sin mediar ayuda, otros desarrollan un cuadro compatible con lo que hoy se conoce como Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Éstos, acorde a las diferentes investigaciones, oscilan entre un 7,2% a un 9,2% (1). Se reconoce al TEPT como el segundo trastorno de ansiedad más prevalente después del trastorno por ansiedad social (2).

El TEPT en la actualidad, es una patología emergente consecuencia de las condiciones de vida moderna cada vez más exigentes. Además, la larga duración y cronicidad de los distintos casos demanda un enorme esfuerzo y un costo elevado a los equipos de salud. El diagnóstico de TEPT en niños fue oficialmente establecido en una publicación de DSM-III en 1980. Desde entonces, la lista de potenciales eventos fue en aumento. En 1994, tanto las lesiones que motivan su ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), como el tratamiento de las mismas, fueron identificados como potenciales eventos estresores. Esto resultó en un incremento en el número de estudios que analizan la prevalencia y los factores de riesgo de TEPT en pediatría, predominando en el paciente oncológico y en el politraumatizado (3).

El reporte de la prevalencia de TEPT, varía entre 5 al 35% dependiendo de la población estudiada. Las características de la familia juegan un rol muy importante en el desarrollo del TEPT, por ejemplo, las reacciones parentales (particularmente de la madre) frente al estrés serían un predictor de TEPT en los niños. Hay que tener en cuenta que el TEPT en niños pasa frecuentemente inadvertido. Durante su estancia en la UCI, las alteraciones emocionales que presentan con mayor frecuencia son la ansiedad, el estrés, la depresión o el de-

nominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la ventilación, que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente. Las vivencias experimentadas pueden continuar produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después del alta hospitalaria llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático, lo que justificaría un seguimiento con el objetivo de detectar y tratarlas adecuadamente. Es pertinente que el abordaje de esto sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas desde el momento del ingreso a la UCI (4). Se realiza una revisión narrativa del trastorno de estrés postraumático, el significado de tener una enfermedad crítica, la experiencia de haber sido hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) y su relación con el incremento del riesgo de presentar TEPT.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el presente trabajo, consistió en la revisión bibliográfica sobre el tema, jerarquizando los estudios que impulsan la detección precoz de los síntomas de TEPT, así como también aquellos que promueven el uso de scores con alta sensibilidad y especificidad, para ser utilizados como herramienta para identificar aquellos pacientes que requieren de una intervención temprana y seguimiento luego del alta de una unidad de cuidados intensivos.

MARCO TEÓRICO

La multicausalidad hace alusión a la convergencia e intermodulación de distintos factores favorecedores de la expresión, mantenimiento o exacerbación de los procesos de salud enfermedad. La convergencia temporal pasado-presente-futuro describe como las experiencias vividas en cada

momento condicionan a las otras dos. Las experiencias pasadas inciden en el presente y condicionan el futuro y estas a su vez afectan el presente y resignifican el pasado. También desde el presente condicionamos nuestro contacto con el pasado y el futuro (5).

Una situación de enfermedad, es vista desde este enfoque como el resultado de la ruptura del sistema Psiconeuroinmunoendocrinológico (PNIE), es decir, del organismo en su totalidad.

En el ser humano consideramos las interrelaciones entre los sistemas del organismo y del sujeto con su entorno sociocultural, afectivo y físico ambiental. Ello requiere de un enfoque integral y lleva a la necesidad de incorporar la mirada y conocimiento de diversas disciplinas, a fin de intentar abarcar la mayor cantidad posible de factores intervinientes en el fenómeno en estudio (6).

La Teoría del Estrés

Hans Seyle (7), en su Teoría del Estrés, describe cómo los seres humanos reaccionamos con un patrón específico de respuestas adaptativas en presencia de diferentes estímulos, respuesta que conceptualizó como Estrés. Estas modificaciones que ontológica y filogénicamente apuntan a preservar la especie, preparando al organismo para la respuesta de lucha o de huida, involucrando varios sistemas del organismo entre los cuales el sistema nervioso (SN) y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), cobran particular importancia. Esta respuesta adaptativa llamada "Estrés" y la respuesta desadaptativa o patológica que llamó "Distrés", llevó a la descripción del Síndrome General de Adaptación y a la Enfermedad General de Adaptación. El Síndrome General de Adaptación está conformado por las fases de alarma, resistencia y agotamiento, momento en que aparecería la Enfermedad General de Adaptación. La fase de alarma corresponde a la respuesta adaptativa ante una amenaza con predominancia simpática.

En caso de persistir el estresor pasa a la fase de resistencia que implica una redistribución y ahorro de energía con predominancia hipotálamo-hipófiso-adrenal. Finalmente, al cronificarse la situación, sobreviene la fase de agotamiento con pérdida de la capacidad de resistencia y una carga alostática que genera respuestas psicofísicas que resultan desadaptativas a la situación de estrés.

Un factor estresor, tendría un potencial traumático dado por la evaluación e interpretación que cada individuo haga del significado amenazante del mismo y de los mecanismos de afrontamiento que despliegue como respuesta. Habría entonces, una diferencia entre el potencial traumático de un evento y un evento efectivamente traumático (8).

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Historia de la sintomatología traumática

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), describe un patrón de síntomas que pueden desarrollarse en individuos que han estado expuestos, hayan vivido, o les hayan contado situaciones traumáticas de alto impacto. A través del tiempo, han sido conocidas las reacciones que los seres humanos pueden tener ante estos factores estresantes, así como las diferentes repuestas individuales. Es así, como muchos de los síntomas que hoy se describen como parte del cuadro en cuestión ya habían sido reconocidos con anterioridad con diversos nombres.

Introducción como entidad nosológica a los sistemas clasificatorios

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (9), ha modificado sus criterios de inclusión a lo largo de sus distintas ediciones. La primera edición de DSM, lo llamó Reacción a Estrés Intenso y lo describía en forma muy acotada. La segunda edición del DSM, publicada en 1968, sólo parecía incluir la situación clínica dentro de

los llamados Trastornos de Ajuste. Fue recién en 1980, con la publicación del DSM III, que se presenta por primera vez como diagnóstico nosológico con el nombre que persiste hasta la actualidad y lo conceptualiza formando parte del conjunto de los Trastornos Ansiosos. El nombre se ha mantenido en la revisión de 1987 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo incluyó en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), al igual que el DSM en la edición de 1994.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), ha sido el manual vigente hasta hace unos años. Pensamos adecuado mencionar los criterios considerados en esta versión, para luego plasmar los cambios hechos en la nosología diagnóstica actual recientemente modificada (DSM V).

En relación al TEPT se plantean los siguientes criterios diagnósticos:

Criterio A: Trauma

A - La persona ha estado expuesta a hechos con muertes o amenaza de muerte, lesiones graves, o violencia sexual, en una o más de las siguientes formas:

- 1- Experiencia directa del evento traumático.
- 2- Ser testigo directo de eventos que le ocurren a otros.
- 3- Ser anoticiado de eventos que le han ocurrido a una persona de su entorno cercano. En casos de muerte o amenaza de muerte de alguien cercano, ésta debe ser violenta o accidental.
- 4- Experimentación repetida o extrema de detalles aversivos del evento traumático (ej., socorristas de primera línea con restos humanos, oficiales de policía expuestos repetidamente a niños abusados).

Nota: el criterio A4 no se aplica a personas expuestas a través de la televisión, películas o fotos, a menos que esta exposición esté relacionada al trabajo.

Criterio B

Los síntomas claves son:

- 1- Re-experimentación del evento traumático: recuerdos intrusivos, "flashbacks", pesadillas, reacciones físicas y emocionales exageradas a estímulos relacionados con el trauma.
- 2- Evitación: de actividades, lugares, pensamientos o conversaciones relacionadas con el trauma.
- 3- Hiperactivación: alteraciones del sueño, irritabilidad, concentración dificultosa, hipervigilancia, respuesta exagerada de susto.
- 4- Emocional: pérdida de interés, aislamiento social, restricción afectiva.

Se debe especificar si se asocia o no a síntomas disociativos de forma persistente o recurrente:

- a- Despersonalización: sentirse separado de uno mismo, como si fuera un observador externo.
- b- Desrealización: sensación de irrealidad, el mundo es experimentado como irreal, distante, como un sueño o en cámara lenta.

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas no deben ser generados por el uso de sustancias u otra condición médica (epilepsias).

También hay que especificar si es de inicio demorado; esto ocurre cuando han pasado como mínimo seis meses entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas.

La población de menores de 6 años cuenta con un criterio aparte, pudiendo generar una psicopatología posterior ya que en algunos casos la situación no se corrige por sí sola (10).

Clasificación de la Organización Mundial de la Salud a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición, ICD-10 (11), plantea los siguientes criterios:

A- El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto grave como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

B- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

C- Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).

D- Una de las dos:

1- Incapacidades para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante.

2- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puesto de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:

a- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

b- Irritabilidad.

c- Dificultad de concentración.

d- Facilidad para distraerse.

e- Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.

E. Los criterios B, C y D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de 6 meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).

NEUROBIOLOGIA DEL TEPT

Generalidades

La sintomatología que aparece en el TEPT es consecuencia de cambios biológicos que ocurren en el individuo que lo experimenta.

Debemos recordar que esta entidad se da en personas que fueron expuestas a un estresor incontrolable, severo, que produjo inicialmente los cambios del estrés agudo. Algunas de ellas luego de un tiempo lograron superar la situación y su organismo volvió a un estado de adaptación sin dejar secuelas. Otras, por razones de vulnerabilidad personal, ya sea hereditaria o adquirida en etapas anteriores

de su vida, se sienten totalmente impotentes para que su organismo responda en forma adaptativa y entonces desarrollan un TEPT.

La disregulación e hiperactivación del sistema nervioso simpático, con aumento de la liberación de catecolaminas, que acontece como respuesta al estresor, es responsable de las marcadas alteraciones del arousal y reactividad manifestadas como ansiedad, hipervigilancia, miedo, irritabilidad y trastornos del sueño. Diferentes investigaciones han mostrado que los sujetos que presentan TEPT registran un elevado número de catecolaminas (noradrenalina y adrenalina).

Se encuentra en el TEPT una disregulación en el funcionamiento del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA). Cuando un individuo se encuentra en un estado de estrés agudo, la activación del eje HHA produce una activación hipotalámica con secreción del Factor Liberador de Corticotrofina (CRF o CRH). Éste estimula la parte anterior de la hipófisis con la consecuente liberación de Hormona Corticotrófica (ACTH), que actuando sobre las glándulas suprarrenales produce aumento de cortisol en sangre. El incremento de secreción de CRF también se da en la amígdala, hipocampo y locus ceruleus. El cerebro al intentar disminuir la secreción de CRF, compensa esta situación reduciendo el número de receptores (12).

Sin embargo en los pacientes con diagnóstico de TEPT se constata hipersecreción de CRF acompañada de disminución de cortisol en sangre y orina (13).

Estos autores demuestran que pacientes con TEPT tienen bajos niveles de cortisol urinario, son hipersupresores del cortisol a la dexametasona y tienen un elevado número de receptores glucocorticoides linfocitarios. También se ha demostrado una respuesta aplanada de la ACTH a la CRF en pacientes con TEPT.

Los hallazgos clínicos podrían explicarse por la existencia de un incremento de la respuesta de los receptores glucocorticoides centrales, con aumento de

concentración y sensibilidad de los mismos y también por una acción de retroalimentación que disminuya el cortisol periférico (14).

El sistema serotoninérgico está relacionado a la regulación del sistema noradrenérgico y *arousal*. Se ha constatado una disminución de este sistema en el TEPT que podría estar relacionada a la aparición de síntomas por fallas en el sistema inhibitorio. Se explicaría así la aparición de reacciones conductuales como la impulsividad, agresividad y hostilidad que pueden presentar estos pacientes.

Diversos estudios apoyan esta última hipótesis, planteando que el aumento de corticoides que se produce con el estrés lleva a la atrofia de las dendritas del hipocampo, situación reversible cuando el estresor actúa por un período corto, pero si se convierte en estrés crónico se produce la muerte neuronal.

La disminución de la actividad hipocámpica en los pacientes con TEPT se ha relacionado con una reducción de la memoria reciente, fallas en la interpretación de estímulos de amenaza y la producción de flashback disociativos.

SITUACIÓN DE INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La admisión en una UCI es generalmente 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 una UCI y la experiencia subsecuente, exponen al paciente a numerosos factores estresantes de tipo fisiológico y psicológico, que pueden iniciar o exacerbar una reacción de estrés agudo y originar un TEPT (15). 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. La enfermedad significa una reducción de la salud que limita las posibilidades de la realización humana, y una pérdida de la autonomía.

Muchos pacientes con signos TEPT luego de pa-

decir enfermedades críticas han sido internados en una unidad de cuidados intensivos. Estudios a largo plazo de estos pacientes que han sobrevivido, mostraron un claro recuerdo de diferentes categorías de memorias de tipo traumático como ser pesadillas, ansiedad, hiperventilación, angustia, ataques de pánico, miedo de muerte inminente relacionados o no a eventos vividos (16).

La mayoría de estos síntomas demostraron ser un riesgo significativo para el desarrollo de TEPT. Además, muchos de estos pacientes que han sido ingresados en una UCI, recibieron tratamiento con hormonas de estrés como ser la epinefrina, norepinefrina y cortisol. Existe extensa evidencia en la literatura que los inotrópicos pueden causar la consolidación de la memoria emocional tanto en animales como en humanos (17).

Por el contrario, la administración prolongada de drogas antagonistas β adrenérgicas durante la fase de recuperación de una cirugía cardíaca, resultaron en un bajo porcentaje de episodios de memorias traumáticas, y menor incidencia de síntomas de estrés, luego de 6 meses posterior a la cirugía (t). El tratamiento en una UCI, de pacientes críticamente enfermos, pueden servir como modelo de estrés que permite determinar los efectos de las hormonas de estrés en la memoria traumática y en el desarrollo de TEPT.

La mayor tasa de prevalencia de TEPT son descritos en individuos que estuvieron internados en una UCI, siendo los de mayor riesgo aquellos pacientes con fallo respiratorio o shock séptico.

Estos datos sugieren fuertemente que estas anomalías en la circulación de las hormonas de estrés juegan un rol muy importante en la etiopatogenia del TEPT.

Además, se ha visto que los síntomas de TEPT, pueden no solamente aparecer en pacientes luego de estar en una UCI, sino también en familiares cercanos (cuidadores) de dichos individuos, especialmente cuando presentaron enfermedades con riesgo vital.

La exposición al trauma es la condición sinequanon para hablar de TEPT.

La privación sensorial en el ambiente varía según la construcción e infraestructura con que se cuenta, 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. En lo auditivo el sonido de respiradores y alarma de monitores; la respiración alterada de otros enfermos, quejidos, voces desconocidas. Además, la

terapia técnica necesariamente es agresiva, invasora y dolorosa. Existe interrupción del sueño por los permanentes controles, y se imponen posiciones corporales no cómodas como las habituales. Ocasionalmente, se presenta la indicación de no ingesta de comida, o ayuno, o también comidas distintas a las acostumbradas.

Todo lo enunciado previamente evidencia que por la gravedad de la situación que motiva el ingreso del paciente a la UCI, la prioridad de los cuidados se centra en su estado físico, dejando en segundo término el cuidado de los aspectos psicológicos, todo lo cual favorece sentimientos de impotencia y despersonalización.

Pacientes	Referencias	No. pacientes	Seguimiento	Métodos	Incidencia
Accidentes de tránsito	Mayou et al (2002)	1441	3/12 meses	Cuestionarios	23,1/16,5%
	Shnyder y Buddeberg (1996)	104	13 días/1año	Entrevistas, CAPs	4,7/1,9%
Quemados	Difede et al (1997)	51	2/6/12meses	Entrevista	35,3/40/45,2%
	Madiano et al. (2001)	40	12 meses	Entrevista	20%
Conciencia durante anestesia	Osterman et al (2001)	26	17.9 años postoperat.	Entrevista	56,3%
Resucitación cardiopulmonar Trasplante cardíaco Cirugía cardíaca	Ladwig et al (1999)	21	39 meses	Entrevista	38,1%
	Stukas et al (1999)	145-191	7/12/36 meses	Entrevista	9,7/15,9/17%
	Stoll et al (2000)	80	5-6 meses	Cuestionarios	15%
	Schelling et al (2003)	148	Preoperat. 6 meses	Cuestionarios	4,8/18,2%
Internación en ICU	Capuzzo et al (2005)	84	1 semana/ 3 meses	Cuestionarios	5% (PTSD sínts.)
Distrés respiratorio	Schelling et al (1998)	80	4.3±3años	Cuestionarios	27,5%
	Kapfhammer et al (2004)	46	8 años	Entrevista	24%
Shock séptico	Schelling et al (1999)	27 cortisol 27 control	4 años	Cuestionarios	18,5% cortisol 59% sin cortisol

Figura 1. Incidencia de TEPT en pacientes sobrevivientes críticamente enfermos.

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 (18).

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 están relacionados con experiencias psicóticas, delirium y alucinaciones vívidas como efecto colateral. La relación entre el TEPT y la estancia en UCI, cuando se hace un seguimiento extendido a estos pacientes, se ha concluido que muchos de estos, sufren consecuencias físicas, fisiológicas y psicológicas que afectan su calidad de vida (19).

TRATAMIENTO

Luego de una evaluación exhaustiva formularemos un plan de tratamiento efectivo, el cual comenzaremos a implementar para rápidamente reducir la sintomatología y aliviar el sufrimiento del niño y su familia. La meta es impedir la persistencia de los síntomas que podrían conducir a un TEPT.

Las entrevistas dirigidas a los padres, tendrán también como fin el tranquilizarlos mediante la explicación de la multifactorialidad implicada en la situación clínica del niño y ayudarlos a que puedan establecer un buen sostén para su hijo.

Debemos realizar una evaluación diagnóstica multidimensional que nos guíe hacia la implementación de una terapéutica de iguales características.

El proceso terapéutico comienza desde el primer contacto con el paciente. En este sentido el vínculo que establezcamos con la persona que nos consulta, así como nuestro acompañamiento en todo el proceso produce ya cambios biomoleculares. Debemos establecer un vínculo con capacidad maternante con el niño y su familia acompañándolo en toda la internación. De esta manera intentaremos

motivar el compromiso y la participación activa del paciente, instalando esperanza tanto en él como en su familia.

Los estudios en la población, plantean que los fármacos de primera línea considerados para el TEPT son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN). Estos fármacos han sido efectivos en la reducción de la mayoría de los síntomas principales del cuadro clínico en cuestión, aunque son menos efectivos en las dificultades en el sueño. Estos últimos pueden ser parte del cuadro clínico, pero además pueden estar presentes como síntomas residuales de la administración de los fármacos en cuestión. De hecho, la mayoría de los pacientes con TEPT no reciben monoterapia.

Las benzodiacepinas por su parte, deben ser administradas con precaución, porque la evidencia de su eficacia en este cuadro es limitada.

Es así como la modificación de cada uno de los factores disregulados que atentan contra el bienestar, la calidad de vida y en definitiva de la salud en cada una de las dimensiones, nos guiará en la ardua tarea de aliviar el sufrimiento del individuo.

Se ha planteado que las terapias farmacológicas solas no son suficientemente efectivas. La relativa mayor efectividad va por cuenta de las intervenciones psicoterapéuticas. De los procedimientos mencionados no hemos encontrado datos que indiquen que cada uno de ellos por separado tenga una eficacia suficiente.

CONCLUSIÓN

El trastorno por estrés postraumático, actualmente en auge, se desarrolla en un porcentaje menor de los individuos que sufren una experiencia traumática y genera consecuencias sumamente deletéreas para la integridad del individuo. Para poder evitar esta situación debemos abocarnos a un proceso de evaluación exhaustivo y minucioso en la búsqueda de todos los factores presentes, pasados y futuros,

en una multidimensionalidad que puedan estar implicados tanto en la gestación como en el mantenimiento del mismo.

La literatura es vasta en relación a lo conocido hasta el momento acerca de esta entidad. Nos encontramos con datos importantes en cuanto a la efectividad de determinadas estrategias terapéuticas que han sido estudiadas y puestas en práctica con buenos resultados clínicos. Pero los procesos de pensar y repensar sobre lo ya pensado son parte de nuestro quehacer, de manera de establecer, entre todos, buscar una mejor solución para los individuos que sufren.

La Psiconeuroinmunoendocrinología se plantea un desafío al proponer nuevos planteamientos sobre parte de lo estudiado hasta el momento, pacientes que han estado internados en una UCI pediátrica, tienen riesgo de presentar memorias de tipo traumático, y de desarrollar TEPT.

Cuando un recién nacido, lactante o niño es ingresado en un área crítica surgen una serie de necesidades y problemas en la familia que debemos detectar en forma precoz, procurando la contención de los mismos. Para ello es necesario conocer la integración familiar, existencia de otros hijos, con qué apoyo emocional cuentan: amigos, otros familiares, religioso, etc., para sobrellevar esta situación de estrés y angustia durante la estadía en la UCI. La formación de la UCI tiende a focalizarse en los aspectos técnicos del cuidado, dejando pocas oportunidades de explorar las necesidades psicológicas. Si bien nuestra institución cuenta con el apoyo de psicología médica y psiquiatría, sería conveniente orientar a la elaboración de un proyecto que se active al ingreso a la UCI. Las intervenciones deben ir dirigidas hacia el alivio del dolor, y la promoción de una atmósfera en la que sea posible el descanso, con menos luces, ruidos y las menores interrupciones posibles del sueño. Ofrecer asistencia técnica con mayor información, por parte del pediatra intensivista, licenciada, y auxiliares de enfermería, que les per-

mita al niño y sus cuidadores sentirse involucrados en el proceso.

Resulta por tanto imprescindible, el abordaje multidisciplinario del paciente y su familia, durante y después de su estadía en la UCI. Este equipo de profesionales debería estar integrado no solo por especialistas vinculados directamente a la patología que motivó su ingreso, sino también un equipo de salud mental (psiquiatra infantil, psicoterapeuta, psiquiatra de adultos para contención familiar y asistente social).

Debido a los avances en la tecnología médica, un número cada vez mayor de pacientes sobreviven a enfermedades críticas y a pasajes por UCI. Pese a ello, es poco lo que se conoce de la dinámica psicológica de estos pacientes que se recuperan de enfermedades graves y que se mueven en una brecha estrecha entre la vida y la muerte.

REFERENCIAS

- (1) Connor KM, Butterfield MI. Posttraumatic stress disorder. *Focus* 2003; 1:247-262.
- (2) Kessler RC, Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et.al. Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
- (3) Bronner MB, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in children after paediatric intensive care treatment compared to children who survived a major fire disaster. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2(1):9.
- (4) Gómez Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andres J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* 2007; 31(6):318-325.
- (5) Dubourdieu M. Psicoterapia Integrativa. PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo-mente-entorno. Montevideo: Psicolibros, Waslala, 2008; pág. 46.
- (6) Dubourdieu M. Psicoterapia Integrativa. PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo-mente-entorno. Montevideo: Psicolibros, Waslala, 2008; p. 23.
- (7) Bértola D. Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina Universitaria* 2010; 12(47):142-143.
- (8) Dubourdieu M. Psicoterapia Integrativa. PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo-mente-entorno. Montevideo: Psicolibros, Waslala, 2008; p. 34.
- (9) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR). Barcelona: Masson, 2003.
- (10) Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S. Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. *J Trauma Stress* 2009; 22(5):366-73.
- (11) Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C: OPS, 1995. F99.
- (12) Kuper E. Neurobiología y comorbilidad del Trastorno por Estrés Postraumático: un paradigma dimensional. Desde la neuroplasticidad a la resiliencia. Buenos Aires: Polemos, 2007. 148 p.
- (13) Van der Kolk B. The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12(2):389-411.
- (14) Reyes Ticas A. Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Rev Neuropsicofarmacología clin* 2004; 9(64):9-12.
- (15) Schelling G. Post-traumatic stress disorder in somatic disease: lessons from critically ill patients. *Prog Brain Res* 2008; 167:229-237.
- (16) Deja M, Denke C. Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Crit Care* 2006; 10(5):R147.
- (17) Buchanan TW, Lovallo WR. Enhanced memory for emotional material following stress-level cortisol treatment in humans. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26(3):307-317.
- (18) Fontaine DK, Briggs LP, Pope-Smith B. Designing humanistic critical care environments. *Crit Care Nurs Q* 2001; 24(3):21-34.
- (19) Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: Intensive care follow-up--what has it told us? *Crit Care* 2002; 6(5):411-7.