



**EL TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS  
INTENSIVOS**

Claudia del Castillo Martín

Tutor: Alfonso Miguel García Hernández

Trabajo de Fin de Grado  
Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna  
Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería

Junio 2022

## Resumen

Las Unidades de Cuidados Intensivos son unidades de los centros hospitalarios, cuyo origen se remonta al siglo XVIII de la mano de Florence Nightingale. El cuidado intensivo, fusionando la medicina, la enfermería y las intervenciones de un equipo multidisciplinar, favoreció la separación de aquellos enfermos más críticos con una amenaza potencial para su vida, con el objetivo de brindar una atención especializada las 24 horas del día.

Estas unidades, con el transcurso del tiempo han sido protagonistas de numerosos avances tecnológicos, de la implantación de diferentes máquinas hasta llegar a la complejidad ambiental que existe actualmente en las diferentes áreas de críticos a nivel mundial.

Esta complejidad, sumada a diferentes estímulos, producen en los pacientes una sobrecarga sensorial, que junto a la experiencia traumática vivida para llegar al ingreso, el peligro al que se enfrentan, y la pérdida de rutinas y horarios de la persona son factores que desencadenan en un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Una complicación psicológica que surge como consecuencia a la exposición a un factor estresante extremo, en este caso la admisión en una UCI siendo la mayoría de las veces inesperado y produciendo así un estrés no solo fisiológico sino psicológico.

A continuación, se realiza una revisión de este trastorno, de su origen, factores que pueden desencadenarlo y mecanismos fisiológicas que se ven involucrados.

## Palabras Clave

Estrés postraumático, cuidados intensivos, unidades de cuidados intensivos.

## Abstract

The intensive care units are units of hospital centres whose origins date back to the 18th century with the help of Florence Nightingale. Intensive care, was integrated with medicine, nursing and interventions of a multidisciplinary team, favoured the separation of those more critically ill with a great potential threat to their lives, with the objective to offer specialised treatment and attention, 24 hours a day. With the passing of time, these units have played a major role in numerous technological advances, from the addition of different machinery to the environmental complexity that exists presently in the different areas of (the critically ill) around the world.

This complexity, with the addition of differing stimuli, produce an overflow of sensory stimulation in patients, that partnered with a traumatic experience in that patient's life until the point of admission to a hospital, the danger that they are about to face, and the loss of routine and schedule are all factors that lead to a post-traumatic stress disorder.

This is a physiological issue that stems from a great exposure to a factor of extreme stress, and in this case, the admission in any UCI is majorly unexpected and can produce not only a physiological but also psychological stress. Subsequently, a revision of this disorder is carried, and it's origin, factors for development and physiological mechanisms are involved.

## Key Words

Post-Traumatic Stress Disorders, Critical care, Intensive Care Units

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>PALABRAS CLAVE</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>KEY WORDS</b> .....	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>4</b>
<b>1.INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>2.OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>3.MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	<b>11</b>
3.1.DISEÑO .....	11
3.2.ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	11
<b>4.RESULTADOS</b> .....	<b>13</b>
<b>5.RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>19</b>
<b>6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>25</b>

## Agradecimientos

*Desarrollar este trabajo surge de la inquietud personal de ahondar en las dolencias personales, más allá de las físicas, un buen resumen de mis metas enfermeras.*

*A todas aquellas personas que me han acompañado y apoyado durante el proceso. A mi familia, en especial a mi madre, por guiarme, apoyarme y animarme a sacar la mejor versión de mí en lo personal y en lo profesional. A mi padre, por su criterio y su confianza en mí. Y a mis abuelos por recordarme la importancia del cuidado y del querer.*

*A las que he tenido la suerte de conocer durante el camino y que hoy forman parte de mi historia de enfermería, mis chicas.*

*Y por último a mi tutor Alfonso, por ayudarme y tutorizarme este cierre de etapa. Y por hacerme querer entender y aprender la importancia del acompañamiento, y del estar ahí en los momentos más complicados de la vida en esta profesión.*

*A todos ellos, mil gracias.*

## 1. Introducción

*«Sentía la ansiedad del médico dando órdenes y estaba segura de que se refería a mí. Viví con una intensidad increíble que me moría. Todos mis miedos eran delirios de muerte. Y de una fuerza... Son de verdad. Y, cuando los recuerdas, te invaden», «Cuando me dieron el alta, me llevé la UCI a casa» Eva María Gómez, paciente tras 40 días de ingreso en la UCI.*

Durante el transcurso de mi carrera y tras rotar en los diferentes servicios y unidades tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, he tenido la suerte de vivir una serie de experiencias nuevas que han generado en mí una mezcla de sensaciones. Entre ellas, destaca el impacto de compartir con los pacientes las vivencias relacionadas con el estrés, el miedo y la dificultad a la hora de afrontar procesos de salud, y no sólo como estas sensaciones se ven reflejadas en su evolución, sino las dimensiones que pueden alcanzar.

Como estudiante de enfermería, tras mis vivencias en las prácticas clínicas, considero que la formación teórica que recibimos es bastante completa y útil en lo que procesos fisiológicos y biológicos se refiere, sin embargo, más allá de la esfera física, en todos los procesos de las enfermedades la esfera emocional juega un papel desde mi punto de vista muy relevante, y de la cual recibimos muy poca formación al respecto. Esto hace que sea difícil desde nuestra posición acompañar o realizar intervenciones cuando es esta esfera la que precisa atención y por ello mi interés por el tema que abordo en el presente trabajo de fin de grado.

Estas razones me llevan a realizar una revisión bibliográfica sobre el trastorno del estrés postraumático que sufren los pacientes que son hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos y sus consecuencias.

La necesidad vital de atender de forma prioritaria a pacientes cuya vida corre peligro se realizaba ya cuando los soldados durante las guerras separaban a aquellos más graves para tratar de mantenerlos con vida. Con el transcurso de los años esta “estrategia de selección” dio lugar a crear lo que hoy conocemos como Unidades de Cuidados Intensivos. <sup>1</sup>

En 1799, en la Guerra de Napoleón Bonaparte en Egipto ya se separaban los pacientes graves. En 1854 la enfermera Florence Nightingale <sup>1,2</sup> creó la primera UCI durante la guerra de Crimea, aunque no fue hasta 1923 cuando Walter Dandy abrió la

primera UCI en el Hospital Johns Hopkins en Estados Unidos tras haber trabajado como médico cirujano un año atrás, consolidando posteriormente un equipo multidisciplinar. Esta unidad contaba con tres camas dedicadas exclusivamente para la atención postoperatoria de los pacientes de neurocirugía. Pocos años después en Alemania se diseñaba y construía una sala donde se combinaba el cuidado postquirúrgico y el intensivo a pacientes en estado crítico.

Los numerosos damnificados en la Primera Guerra Mundial (1914-1918) dan pie al progreso en el campo de la medicina intensivista como consecuencia de las graves lesiones que sufrían los soldados y los civiles, llegando en ocasiones a requerir maniobras de reanimación con cristaloides y coloides. Con la llegada de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se logran avances en las técnicas de transfusión sanguínea y reanimación, así como de evacuación y cadena de supervivencia de aquellos en peor estado. Todo esto anterior fue posible gracias a la introducción de la ventilación mecánica y los cuidados críticos.

En 1953, el que hoy conocemos como padre de la medicina intensivista, Björn Ibsen crea la primera UCI en Copenhague, este importante acontecimiento dio pie a la creación de diversas unidades enfocadas a los cuidados críticos multidisciplinarios, tanto fue así que en las siguientes décadas los grandes hospitales ya contaban con estas unidades polivalentes especializadas más concretamente en pacientes postquirúrgicos.

Paralelamente aparecen las unidades de cuidados críticos coronarios en 1962 como consecuencia de la puesta en marcha de técnicas como la desfibrilación eléctrica y la monitorización cardíaca. De la misma forma ocurrió con el progreso de los cuidados críticos destinados a pacientes pediátricos.

En España, la medicina intensiva nace de forma semejante al resto de países, tras implantarse los cuidados a los pacientes de los postoperatorios, de forma más individualizada con los pertenecientes a la especialidad cardíaca. Sin embargo varias especializaciones más adquirieron protagonismo en este ámbito como la anestesiología y la medicina interna. Gracias a ello en 1966 se crea la primera UCI en nuestro país de la mano del profesor Don Carlos Jiménez Díaz tras sufrir un accidente que le lleva a crear tras su recuperación, esta unidad en su propia clínica.<sup>2</sup>

Fue entonces cuando se estableció el modelo de atención español, de carácter polivalente desde un primer momento, con una atención durante las 24 horas del día en todos los hospitales del país, tanto públicos, concertados, como privados; que con el paso de los años se ha ido modificando y adaptando a las necesidades de

las diferentes regiones y problemas de cada región empleando para ello los pertinentes recursos humanos, las técnicas diagnósticas y los medios terapéuticos. <sup>3</sup>

Las unidades de críticos son por tanto servicios dentro de las unidades hospitalarias que están diseñadas y organizadas para el cuidado, la vigilancia constante y la atención especializada durante las 24 horas del día al paciente críticos por un equipo multidisciplinar formado por enfermeras, médicos intensivistas, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería, y otros profesionales de distintas especialidades médicas.

El paciente crítico<sup>1</sup> es por tanto un paciente cuyas características principales son haber sufrido graves y grandes lesiones y por consecuencia alteraciones fisiopatológicas con un nivel de gravedad que supone una amenaza real o potencial para la vida, pero que de la misma forma es susceptible de recuperación como consecuencia de un estado crítico de salud por un compromiso en sus funciones vitales <sup>1</sup>. Para el desarrollo de las tareas necesarias en el intento de dar respuesta a las necesidades clínico asistenciales que surgen a la hora de realizar los cuidados se ha promovido por un lado, la formación con el fin de actualizarse y reciclarse profesionalmente, y por otro lado el avance en lo que a los recursos tecnológicos, terapéuticos y farmacológicos respecta, que ha permitido prorrogar en el tiempo el final de la vida con la mejora de las técnicas de soporte vital básico y avanzado.

Es por todo lo anterior por lo que tras un análisis de la *Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicina*, constituido en Bruselas en mayo de 1999, se propone la siguiente definición de medicina en cuidados intensivos la cual: *“Combina la actividad coordinada y en colaboración de médicos, enfermeras y otros profesionales en la asistencia a los pacientes con fallo de uno o varios órganos que supone riesgo vital, lo que incluye la estabilización después de intervenciones quirúrgicas graves. Implica un manejo continuo que abarca monitorización, diagnóstico, el soporte de las funciones vitales comprometidas y el tratamiento de las enfermedades subyacentes.”*<sup>3</sup>

Aunque existe una alta variabilidad entre las diferentes UCI españolas en cuanto a recursos materiales, humanos, horarios y rutinas llevadas a cabo, como las diferentes técnicas, mantenimientos, etc. El ingreso en una unidad con estas sofisticadas características puede causar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la dificultad de adaptarse a las nuevas circunstancias, en la cual los pacientes están en un entorno desconocido e impropio desvinculados de sus interacciones y por ende de las sensaciones habituales. <sup>4</sup>

Florence Nightingale defendía que no causar daño era la principal característica de un hospital. Sin embargo, el entorno de un hospital, más concretamente las unidades de Cuidados Intensivos llevan a que los pacientes experimenten un amplio rango de reacciones psicológicas adversas que generan angustia durante incluso, varios meses después del ingreso hospitalario. El término síndrome de la UCI fue por primera vez mencionado en la década de los sesenta para describir una variedad de alteraciones psicológicas presentadas por los pacientes ingresados en estas unidades (McKegney, 1966). Otros términos como carencia sensorial, descrito por Heath en 1989; psicosis de la UCI por Ballard en 1981 o estrés postraumático relacionado con la UCI por Lloyd en 1993 pero parecen no reflejar con exactitud las alteraciones que ocurren tanto en el estado de ánimo como en la percepción.

Los fenómenos psicológicos experimentados tras un ingreso en UCI por los pacientes incluyen psicosis con presencia de ilusiones, delirios táctiles y visuales, alucinaciones y desorientación<sup>5</sup>. Algunos fármacos empleados en estas unidades como el Midazolam<sup>5,6</sup>, perteneciente al grupo de las benzodiazepinas y al grupo de los medicamentos hipnóticos produce entre otros efectos adversos, trastornos en el sistema nervioso central y periférico y psiquiátricos, particularmente perturbadoras alucinaciones sexuales. Asimismo, en un estudio realizado por Schanper & Cowley los pacientes referían haber sentido que estaban secuestrados, y un gran número de ellos haber tenido ideas delirantes angustiosas como consecuencia de los primeros momentos de sufrimiento que resultaron en un estado de estrés postraumático.

Existen determinados factores estresantes o estresores como la información sensorial, el ruido, el dolor, la comunicación poco efectiva o inefectiva, los factores psicológicos, la privación del sueño. Todos ellos en su conjunto y particularmente, son los responsables de las alteraciones psicológicas y del doloroso y amargo recuerdo que permanece en las mentes de todos los enfermos críticos de las UCIs.<sup>5</sup>

De esta forma y tras realizar un estudio en el Caritas Medical Center de Hong Kong<sup>7</sup> se destaca la importancia de la realización de los exámenes de rutina y de los ajustes psicológicos. Estos últimos consisten en llevar a cabo estrategias de afrontamiento con los pacientes para lograr un funcionamiento psicológico óptimo de manera que se establezca un equilibrio entre las necesidades internas del propio paciente y las exigencias ambientales<sup>8</sup>. Se llevan a cabo con los pacientes que sobreviven a los tratamientos de las UCI, especialmente a aquellos cuya memoria factual es más limitada, pero por el contrario los recuerdos de su experiencia durante

el ingreso son más intensos y delirantes, el apoyo emocional es menor y la percepción de su entorno como una amenaza para su vida es mayor.<sup>7</sup>

Es por ello por lo que las valoraciones rutinarias a aquellos con trastornos psicológicos relacionados con el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión facilitarán una atención y evaluación psicológica y psiquiátrica temprana para el diagnóstico y la incapacidad.

Los ingresos en el contexto de las unidades de cuidados intensivos así como el abandono, de manera temporal de los roles que previamente ejercían en sus entornos familiares, sociales y laborales y por tanto desempeñar un rol pasivo, dependiente de los profesionales sanitarios y de las máquinas y equipamiento que les rodean para todas las necesidades básicas y fisiológicas que requieran, hace que el ingreso afecte de manera negativa a la salud mental de estas personas.

Entre las respuestas psicológicas dañinas que sufren los pacientes de manera más frecuente en estas unidades encontramos la ansiedad, la depresión y el ya conocido, estrés postraumático y a pesar de que la literatura no delimita la duración de esta sintomatología, se pueden prolongar en el tiempo tras el alta hospitalaria ocasionando un trastorno de estrés postraumático.<sup>4,9,10</sup>

La exposición a factores traumáticos extremos que implican o están relacionados con muerte, pérdida o deterioro de la integridad física, daño intenso al paciente o a otra persona, implican unas vivencias marcadas entre las que destacan emociones como el temor, la ansiedad y la indefensión, entre otras. Por tanto, hablamos de un estrés postraumático (EP) cuando existe exposición previa a un factor que ocasiona el trauma.<sup>11</sup>

“Los síntomas de estrés postraumático se presentan en tres esferas: reexperimentación, 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, e incluso pensamientos asociados con el incidente.

Y los síntomas de activación que se refieren a manifestaciones psicológicas, tales como insomnio, irritabilidad, alteración de la concentración, hipervigilancia, e incremento en la reacciones de sobresalto. 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.”

En 1994, el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) editado por la *American Psychiatric Association* (APA) dio más importancia a la respuesta de la víctima que al estímulo, el suceso vivido no tenía que encontrarse necesariamente fuera del marco habitual de la experiencia humana, extendiéndose, a personas diagnosticadas de enfermedades mortales o terminales y caracterizándose por una serie de síntomas que prosiguen al suceso traumático (amenaza a la integridad física) a los que la persona responde con miedo, indefensión u horror intensos.<sup>12</sup>

El diagnóstico del TEPT según este manual requiere determinados tipos de sucesos y determinadas respuestas. La duración de los síntomas debe ser superior a un mes y este trastorno no debe causar un malestar clínicamente significativo, un deterioro social, laboral o de otras áreas relevantes.<sup>8</sup>

El estrés es una respuesta adaptativa del cuerpo frente a una situación considerada como excepcional, que supone una amenaza y un desbordamiento de los recursos. Este concepto se empieza a conocer en el año 1936 con estudios de Hans Selye y John Manson que lo consideraban como la suma de reacciones estereotipadas que ocurrían como resultado de cualquier tarea exigente o demanda del cuerpo, es decir un proceso bioquímico de respuestas mediado por el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y otras hormonas cuyo propósito es mantener la vida y adaptarse a los cambios externos. El estrés requiere estresores o causas que generen dicho estrés, que son los términos bajo los cuales cualquier elemento, situación o estímulo, por su incontrolabilidad, cambio o desconocimiento, es capaz de generar estrés.<sup>7</sup>

## 2. Objetivos

El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica sistematizada mediante el análisis de la literatura publicada, que nos permita conocer y profundizar en el trastorno de estrés postraumático de los pacientes que han sido hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos y la influencia del ambiente y el método de trabajo en estos servicios sobre las experiencias de los pacientes.

## 3. Material y Método

### 3.1. Diseño

Revisión de la literatura publicada sobre el trastorno de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. Se realiza en un periodo entre agosto de 2012 a abril de 2022 aunque, por interés personal para la realización del trabajo, se recogen referencias de artículos de años anteriores a los fijados para el estudio. Para la revisión sistematizada se han utilizado como bases de datos: PubMed, MEDLINE, CINAHL, SciELO, ScienceDirect - Revistas electrónicas (Elsevier), Free-e journals, EBSCOhost, Google Académico. Usando los operadores booleanos “AND” y “OR”.

### 3.2. Estrategias de búsqueda

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha utilizado como principal recurso el PuntoQ, herramienta de búsqueda de información de la Universidad de La Laguna (ULL). Aplicando los criterios de inclusión establecidos, artículos que se encuentren dentro del periodo 2012 al 2022, que aporten evidencia científica, en inglés y español, con acceso al texto completo y en el que se incluyan adultos (personas mayores de edad (> 18 años)). (Tabla 1).

En la realización de esta búsqueda se emplearon como palabras clave: estrés postraumático, cuidados intensivos, (*Post-Traumatic Stress Disorders, Critical care, Intensive Care Units*).

Con estos criterios de búsqueda, se obtuvieron un total de 182 resultados, de los cuales 167 fueron excluidos por no cumplir con todos los criterios de inclusión, reflejados en la Tabla 1, por lo que se incluyen los 15 artículos restantes para llevar a cabo este estudio.

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Tipo de material: artículos, libros y otros recursos de texto</b>
	<b>Período de búsqueda:</b> desde agosto de 2012 hasta abril de 2022
	<b>Idioma:</b> español e inglés
	<b>Artículos que aporten evidencia científica</b>
	<b>Artículos con acceso a texto completo</b>
	<b>Palabras clave:</b> estrés postraumático, cuidados intensivos, unidades de cuidados intensivos, <i>Post-Traumatic Stress Disorders</i> , <i>Critical care</i> , <i>Intensive Care Units</i>
	Solo adultos (personas mayores de edad, >18años)

Tabla 1: Criterios de inclusión

<b>Recursos utilizados en Punto Q</b>	<b>Fuentes de información</b>
<b>Ciencias de la Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ScienceDirect – Revistas electrónicas (Elsevier)</li> <li>• Enferteca</li> </ul>
<b>Recursos en español</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ScienceDirect – Revistas electrónicas (Elsevier)</li> <li>• Dialnet</li> <li>• Enferteca</li> </ul>
<b>Recursos en inglés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PubMed</li> <li>• MEDLINE</li> <li>• EBSCOhost</li> </ul>

Tabla 2: Recursos utilizados y fuentes de información

## 4. Resultados

De la estrategia de búsqueda se obtuvieron 182 artículos, 15 de estos fueron seleccionados, tras la lectura de los títulos y resúmenes por cumplir con los criterios de inclusión para llevar a cabo este estudio.

Del análisis de dichas publicaciones se identifican tres áreas de interés para el estudio: las características de la situación de un paciente cuando es ingresado en unidad de cuidados intensivos, las repercusiones a nivel psicológico que supone, y como surge el estrés postraumático en estas personas.

En las siguientes tablas se reflejan los resultados obtenidos tras la búsqueda realizada. En primer lugar, se expone la relación entre los hallazgos encontrados y las bases de datos consultadas para su recopilación (Tabla 3) y, a continuación, un breve resumen de las publicaciones seleccionadas, indicando su título, autor/es, año de publicación, lugar de publicación, tipo de estudio y conclusiones resultantes de cada uno (Tabla 4).

Fuentes de información	Artículos seleccionados
<b>ScienceDirect – Revistas electrónicas (Elsevier)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuerdos y memoria del paciente crítico a largo plazo. Desarrollo de estrés postraumático</li> <li>- Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos.</li> <li>- Impacto de los familiares del paciente crítico. Ante una acogida protocolizada</li> </ul>
<b>PubMed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycho-affective disorder in intensive care units: a review</li> <li>- Posttraumatic Stress after Treatment in an Intensive Care Unit</li> <li>- Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting</li> </ul>
<b>SciELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos</li> <li>- Uso y efectos terapéuticos de los diarios en Unidades de Cuidados Intensivos</li> <li>- Memorias e prevalencia de trastorno de estresse postraumatico em una unidade de terapia intensiva</li> </ul>
<b>CINHAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit.</li> </ul>
<b>Dialnet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos</li> <li>- El ingreso en la unidad de cuidados intensivos, la repercusión en el familiar del paciente</li> <li>- Trastornos Psicoemocionales al alta en pacientes que desarrollan</li> </ul>

	Sedación Difícil en la Unidad de Cuidados Intensivos.
<b>Enferteca</b>	- Cuidados al paciente crítico adulto Tomo I
<b>EBSCOhost</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit.</li> <li>- Stressors in patients admitted to adult intensive care units</li> <li>- Intervenciones de Enfermería ante la Necesidad de Información de la Familia del Paciente Crítico</li> <li>- A Pilot Investigation of the Association of Genetic Polymorphisms Regulating Corticotrophin-Releasing Hormone with Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms in Medical -Surgical Intensive Care Unit Survivors</li> <li>- A Longitudinal Investigation of Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms over the Course of the Year Following Medical-Surgical Intensive Care Unit Admission</li> </ul>
<b>Google Académico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrés Postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en unidad de cuidados intensivos: Revisión de la literatura.</li> <li>- Estrés Postraumático en Anestesia y Cuidados Intensivos</li> </ul>

Tabla 3: Fuentes de información y artículos seleccionados

Autores	Año y lugar	Artículo y revista	Método	Conclusiones
<p><b>Karla Bender Rovatti, Maycoln Teodoro, Elisa Kern de Castro</b> <sup>14</sup></p>	<p>2012 Brasil</p>	<p>Memorias e prevalencia de transtorno de estresse pos-traumático em uma unidade de terapia intensiva</p>	<p>The present study evaluated the prevalence of PTSD indicators in patients who had to be hospitalized in ICU six months after being discharged and examined the relationship between PTSD and mnemonic memories. Participants were 41 adult patients with different diseases who answered questionnaires about PTSD, memory and clinical information</p>	<p>The importance of affective memories in terms of PTSD found in this study, such as fear, panic, anxiety and pain, can be understood from the uncertainty regarding their health and survival that the ICU environment brings with it.</p>
<p><b>José María Marzal Baró; María José García-Barquero ; Juan Ignacio Gómez-Arnau Díaz-Cañabate</b> <sup>15</sup></p>	<p>2012 España</p>	<p><b>Estrés Postraumático en Anestesia y Cuidados Intensivos</b></p>	<p>Artículo de revista electrónica que aborda el origen y concepto del TEPT como una entidad caracterizada por ser una consecuencia psicológica, con manifestaciones físicas, después de la exposición a un evento traumático en la biografía de una persona. Aunque tiene sus raíces en los conflictos bélicos, al adaptarla a la vida civil se plantea el problema de adecuar los agentes estresores desencadenantes.</p>	<p>El TEPT es un síndrome mayor cuyos límites de diagnóstico han sido estudiados y siguen siéndolo para delimitar los conceptos claves así como su sintomatología y contexto, partiendo de la base de la diversidad de las emociones humanas y de las psicopatologías previas o de nueva aparición.</p>
<p><b>Dimitry S. Davydow, M.D., M.P.H., Ruth Kohen, M.D., Catherine L. Hough, M.D., M.Sc., Julia Helen Tracy, B.S., M.S., Douglas Zatzick, M.D., and Wayne J. Katon, M.D</b></p>	<p>2013 EEUU</p>	<p>A Longitudinal Investigation of Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms over the Course of the Year Following Medical-Surgical Intensive Care Unit Admission</p>	<p>This longitudinal investigation included 150 medical-surgical ICU patients. It uses Checklist-civilian version and post-ICU depressive symptoms with the Patient Health Questionnaire-9. Mixed-model linear regression ascertained associations between patient and clinical characteristics and repeated measures of post-ICU PTSD and depressive symptoms.</p>	<p>In-hospital acute stress symptoms may represent a modifiable risk factor for psychiatric morbidity in ICU survivors. Early interventions for at-risk ICU survivors may improve longer-term psychiatric outcomes.</p>
<p><b>Yesenia Lindeman Vergara</b> <sup>11</sup></p>	<p>2013 Colombia</p>	<p>Estrés Postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en una unidad de cuidados intensivos: revisión de la literatura.  2013; 5(1-2) 53-68</p>	<p>Revisión de la literatura sobre el trastorno de estrés postraumático que se presenta tras exponerse a un factor estresante externo que implica la muerte o la pérdida de la integridad física de una persona. Los síntomas vienen dados por la re-experimentación, la evitación o el aumento de la activación. Los eventos estresantes que preceden un ingreso en UCI, así como la experiencia exponen al paciente a varios factores estresantes que pueden</p>	<p>Los avances en la medicina intensiva permiten que, hoy en día el índice de supervivencia a las enfermedades críticas sea mayor. Sin embargo, estos pacientes presentan menor calidad de vida, y más vulnerabilidad a estados emocionales como la ansiedad y la depresión, ya que han estado expuestos a factores traumáticos durante el tiempo que</p>

			generar este trastorno.	ha durado su ingreso.
<b>Dimitry S. Davydow, M.D., M.P.H., Ruth Kohen, M.D., Catherine L. Hough, M.D., M.Sc., Julia Helen Tracy, B.S., M.S., Douglas Zatzick, M.D., and Wayne J. Katon, M.D.</b>	2014 EEUU	A Pilot Investigation of the Association of Genetic Polymorphisms Regulating Corticotrophin-Releasing Hormone with Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms in Medical-Surgical Intensive Care Unit Survivors	We extracted DNA for genotyping from saliva samples of 93 ICU patients enrolled in a prospective cohort investigation. Follow-up interviews conducted 3 and 12-months post-ICU included assessment of PTSD symptoms with the PTSD Checklist-Civilian Version and depressive symptoms with the Patient Health Questionnaire.	Despite a small sample size, our findings suggest a potential role for genetic variants of CRHBP and CRHR1 in the development of post-ICU psychiatric morbidity.
<b>Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al</b>	2014 Australia	Exploring the scope of post-intensive care therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting	Stakeholder consensus meeting. Researchers presented summaries on morbidities for survivors and their families, whereas survivors presented their own experiences.	Raising awareness of post-intensive care syndrome for the public and both critical care and non-critical care clinicians will inform a more coordinated approach to treatment and support during recovery after critical illness. Continued conceptual development and engagement with additional stakeholders is required.
<b>César Raúl Aguilar García Claudia Martínez Torres</b>	2017 México	La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos  Medicina Crítica 2017;31(3): 171-173	Artículo de opinión que aborda la historia y el concepto de una unidad de cuidados intensivos, así como los criterios de inclusión en este servicio, y las correspondientes consecuencias, así como el impacto económico de esta metodología de ingreso de pacientes.	El cuidado intensivo nace de la mano de la enfermera Florence Nightingale en la guerra de Crimea. Posteriormente este tipo de cuidado va evolucionando y perfeccionándose hasta llegar a las sofisticadas unidades de la actualidad, donde se lleva a cabo el cuidado de pacientes críticos cuya vida corre peligro; y los diferentes criterios de inclusión para ser ingresado en esta unidad.
<b>Marcelo Ochoa Parra</b>	2017 Ecuador	Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos  Acta Colombiana de	Descripción narrativa de la historia mundial de la medicina crítica cuyos antecedentes datan de la década de 1850. En 1920 con la resurge la necesidad de cuidados críticos con el uso de salas exclusivas para el postoperatorio. La terapia intensiva emergió en la década de 1940 con la creación de dispositivos y	La medicina intensiva y el cuidado crítico nace de la mano de Florence Nightingale a raíz de una clasificación de pacientes según su gravedad en la Guerra de Crimea. Posteriormente va evolucionando con el paso de los años y se van perfeccionando las

		Cuidado Intensivo 2017;17(4):258-268	procesos específicos de soporte fisiológico. Finalmente, la era moderna y contemporánea se caracteriza por los cuidados críticos, considerando la complejidad de los pacientes y los procedimientos desarrollados, junto con los exámenes complementarios y el equipo multidisciplinar.	técnicas y materiales, así como los procedimientos. Se crean en primer lugar salas de postoperatorio que se termina combinando con cuidado intensivo, hasta llegar a su separación como lo conocemos hoy.
<b>KK Wu, VW Cho, FL Chow, APY Tsang, DM Tse</b>	2018 China	Posttraumatic Stress after Treatment in an Intensive Care Unit	This prospective cohort study included 136 adult patients with critical medical and surgical problems who were discharged from the ICU of the Caritas Medical Centre, Hong Kong. Their occurrence of posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety, and depression after ICU treatment were measured using the Impact of Event Scale-Revised and Hospital Anxiety and Depression Scale.	Symptoms related to PTSD, anxiety, and depression may occur in ICU-discharged patients. Risk factors for early identification and appropriate intervention for PTSD were identified. This study highlights the importance of psychological care and identifies risk factors that need to be monitored for rehabilitation.
<b>Diana Carolina Bernal Ruiz; Renata Virginia González Consuegra, Ingrid Tatiana Rojas Ruiz</b>	2018 Colombia	Stressors in patients admitted to adult intensive care units	Observational, cross-sectional study with an analytical approach in which the <i>Escala de Factores Estresantes Experimentados por los Pacientes en UCI</i> was applied to identify patients' perception and level of stress as a result of environmental, emotional, sensory, and communication situations at ICU .	For most of the interviewees, ICU stay was not stressful or mildly stressful. The educational level predisposes to stress perception. The most stressful situations are emotional situations.
<b>María Lourdes Casillas Santana, Eva García Perea</b>	2020 España	Cuidados al paciente crítico adulto Tomo I	Los cuidados enfermeros ofrecidos a las personas en estado crítico deben contemplar todas sus dimensiones, sin olvidar ninguna de las esferas, ya que al ser unidades con un alto grado de complejidad y tecnificación, no es infrecuente que los cuidados se centren en la esfera física, olvidando la psicológica y afectiva y dejando al margen a la familia y allegados.	La creación de los diferentes modelos de atención enfermera ha respondido con el tiempo a las diferentes necesidades que han ido surgiendo en lo que respecta a los cuidados críticos para adaptarse a los requerimientos de cada unidad en función de la comunidad autónoma y del estado de sus pacientes. Por otro lado se describen la UCI y su evolución tecnológica.
<b>M Pilar Muñoz Rey, Consuelo Villanueva Fuentes, Sergio Alonso Fernández,</b>	2020 España	Uso y efectos terapéuticos de los diarios en Unidades de Cuidados	Revisión cualitativa de la literatura publicada entre 2006 y 2019 en las principales bases de datos biomédicas con el fin de	El uso de los diarios es una práctica enfermera habitual en Europa, pero escasa en España. Los diarios mejoran la ansiedad y la depresión a

<b>Cecilia Cuzco Cabellos, Marta Romero-García, M Pilar Delgado-Hito</b>		Intensivos	analizarlos beneficios del uso del diario en las unidades de cuidados intensivos y sus efectos terapéuticos.	pacientes y a familiares, mejoran el estrés postraumático en familias. Es una herramienta útil que promueve el desarrollo enfermero.
<b>Sandra Rocío Guáqueta Parada, Ángela María Henao Castaño, Claudia Lorena Motta Robayo, Martha Cecilia Triana Restrepo, Juan David Burgos Herrera, Karen Daniela Neira Fernández, Berni Alonso Peña Almanza</b>	2021 Colombia	Intervenciones de Enfermería ante la Necesidad de Información de la Familia del Paciente Crítico	Se realizó una revisión integrativa de estudios en bases de datos Sciencedirect, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud y Scielo, con la estrategia de búsqueda [Critical care] and [Needs assessment] and [Family] con criterios de inclusión de estudios publicados entre el año 2009 y el 2019 en idioma inglés, español y portugués disponibles en texto completo	Las intervenciones de enfermería que se han utilizado en la satisfacción de la necesidad de información de la familia son muy variadas y son herramientas clave para que el personal de enfermería las utilice según los recursos con los cuales dispone en su entorno laboral como salas de información para las familias.
<b>Anna Holm, Veronika Karlsson and Pia Dreyer</b>	2021 Dinamarca	Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit	Semi-structured telephone interviews were conducted with eight nurse communication guides. Data were analysed using a Ricoeur-inspired interpretation method.	Findings showed that as communication is inherent to all human beings, it can be difficult to change the communication behaviour of nurses. Therefore, a communication intervention in the intensive care unit must be sensitive to the nurse communication guides' individual communication style.
<b>Diana Gil Castillejos</b>	2021 España	Trastornos Psicoemocionales al alta en pacientes que desarrollan Sedación Dificil en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Seguimiento prospectivo de pacientes críticos con ventilación mecánica y sedación más de 24 horas hasta la muerte o seis meses después del alta. Comparamos la presencia de complicaciones durante su estancia en UCI y secuelas psicoemocionales (depresión, ansiedad y estrés postraumático) tras su alta del grupo de pacientes que presentaron SD con los que no lo hicieron. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística multivariante.	Los supervivientes que desarrollaron SD durante su ingreso en la UCI tienen más probabilidades de presentar secuelas psicoemocionales tras su alta. La identificación temprana de los pacientes de riesgo es necesaria para implementar estrategias preventivas adecuadas para minimizar su impacto.

Tabla 4: Documentos que aportan evidencia científica

## 5. Resultados y discusión

La revisión bibliográfica aporta una amplia variedad de artículos relacionados con los trastornos psicológicos que sufren los pacientes tras una estancia en una unidad como las ya mencionadas. Acorde con lo revisado, una hospitalización en un servicio de cuidados críticos viene dado por unas circunstancias donde existe una amenaza potencial para la vida y se requiere una atención y unos cuidados de enfermería continuos y especializados como consecuencia de una enfermedad grave, un accidente o cualquier circunstancia que ponga en riesgo la vida de la persona.<sup>1</sup>

Estas Unidades de Cuidados Intensivos cuentan con una tecnología cada vez más avanzada que salva vidas, sin embargo, paradójicamente existe un ambiente constituido por rutinas poco familiares, sobrecargado sensorialmente y con procedimientos invasivos desagradables y doloroso para los pacientes. Además, en numerosas ocasiones es preciso el uso de medicación para sedar, analgesiar, relajar o un conjunto de todos los anteriores, los fármacos empleados para ello son muchos de ellos responsables de las experiencias paranormales, alucinaciones, y deliriums como efectos colaterales de los tratamientos.

Es por lo anterior por lo que son áreas generadoras de estrés desde el momento en el que el paciente ingresa con un problema que amenaza potencialmente su vida y, un sentimiento cercano a la muerte dada la complejidad del proceso salud-enfermedad. Al mismo tiempo en estas unidades existe un alto grado de instrumentalización del cuidado, abundancia de elementos tecnológicos, que se suma a la complejidad del propio ambiente y el uso de la medicación que puede afectar a la claridad y enfoque mental. Por otro lado, la carencia de actividades de ocio, la monotonía del entorno, la repetición de las rutinas, la interrupción de los ritmos diarios y circadianos, así como el establecimiento de nuevos horarios, la separación de los objetos personales y de las personas queridas, la familia y las interacciones comunes de la vida diaria en el hogar, en el ámbito laboral, etc.<sup>9</sup>

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría han reconocido que el estrés puede actuar como un mecanismo que mantiene la mente alerta, centrada y energética, proceso también conocido como alostasis. Sin embargo, es una demanda tan intensa que produce respuestas que superan las resistencias del organismo, perjudicando la salud y propiciando el desarrollo de trastornos como la hiperglucemia, hipertensión, arritmias, mayor vulnerabilidad ante infecciones, úlceras gástricas, incremento de la percepción del dolor, irritabilidad, depresión, ansiedad, fatiga, entre otros.<sup>13</sup>

La experiencia psicótica que sufre un paciente durante su estancia en estas unidades es difícilmente reconocida por parte de las enfermeras hasta que el paciente manifiesta abiertamente su estado de agitación y desorientación. Esto puede ocurrir en cierto modo por la incapacidad de los pacientes de comunicarse verbalmente, así como de la inexperiencia por parte de los profesionales de enfermería en detectar los signos no verbales del inicio de una psicosis.<sup>5</sup> Es por ello que la comunicación la mayoría de las veces se ve afectada por múltiples factores: las características comunicativas del paciente así como sus condiciones generales, que varían de un día a otro; el enfoque de la comunicación y de la atención enfermera; la relación paciente-enfermera y los factores externos como la carga de trabajo, el ambiente de la UCI y las estrategias empleadas para promover la comunicación.<sup>14</sup>

Según la experiencia clínica de Jeanette Hewitt, muchas enfermeras en el ámbito clínico son capaces de reconocer y detectar este síndrome y sus características principales, pero muy pocas son capaces de indagar en lo vivido por el paciente y su familia. Mientras el daño emocional que sufren los pacientes tras el trauma continua tiempo después tras el alta, el manejo del estado psicológico del paciente es importante para todos los involucrados en su cuidado, y no solo para el equipo de cuidados intensivos. Es por ello por lo que el estrés postraumático es un aspecto muy relevante en el que se debe indagar.<sup>5</sup>

La comunicación en las áreas de críticos es un proceso continuo compuesto por información verbal y no verbal bidireccional, por necesidades y sentimientos que transmiten los enfermos, que, en muchas ocasiones se ve afectada por la ventilación mecánica que impide a aquellos con este tipo de soporte expresarse durante un período de tiempo. Como consecuencia, la enfermera es la única capaz de comunicarse verbalmente durante el encuentro. Es por ello que los pacientes quedan atrapados en un mundo de silencio, donde la expresión de sus pensamientos, deseos y necesidades depende exclusivamente de la habilidad de la enfermera para interpretar esta comunicación no verbal entre ambos.

El estilo comunicativo de cada persona se construye con el paso de los años y la vida de cada uno, es una habilidad inherente a la existencia humana, y como enfermeros desarrollamos un enfoque profesional de esta habilidad durante nuestra carrera para desenvolvernos acorde a las circunstancias del mundo laboral. Este enfoque esta ajustado a las experiencias de cada uno, y se va modificando a lo largo de la carrera profesional por factores como las experiencias personales y la formación que se haya adquirido en este transcurso. Es por lo anterior por lo que se requiere flexibilidad a la hora de establecer la comunicación como una intervención enfermera,

no solo por sentirse cómodo a la hora de adaptar el método comunicativo de cada profesional, sino por adecuarlo a la circunstancia en la que se lleva a cabo.<sup>15</sup>

Numerosos estudios internacionales muestran que la prevalencia del TEPT es alta, y que esta puede variar en función de los instrumentos empleados para su estudio. A pesar de estas diferencias los autores coinciden en la existencia de factores de riesgo para el desarrollo de síntomas de este trastorno como ser mujer, sufrir agitación psicológica durante la estancia en UCI, tener sujeciones mecánicas, detener el tratamiento con benzodiazepinas durante su hospitalización, el uso de opioides para la sedación, shock séptico, delirium, hipoxia, ventilación mecánica y una psicopatología previa.<sup>16</sup>

El TEPT es un trastorno englobado dentro de los trastornos por ansiedad, se trata de una consecuencia psicológica que surge con manifestaciones físicas cuando una persona vive un evento traumático a lo largo de su vida. Es evidente que la forma de enfrentar y tolerar el estrés difiere en cada persona, no obstante, existe un punto a partir del cual se supera la capacidad de adaptación al mismo tras una exposición suficiente en el tiempo a un determinado estrés.

Es interesante destacar como el patrón clínico es muy homogéneo una vez que se presenta el TEPT, ya que variará en función de la historia psicológica previa y del marco cultural.

La determinación o el diagnóstico del TEPT es un tema muy polémico partícipe de numerosas investigaciones y revisiones. Los trabajos difieren en el límite existente entre la presencia de este trastorno o la de un trastorno adaptativo, propuesto por la DSM-IV-TR, en aquellas reacciones que sean clínicamente significativas como respuesta a un estresor psicosocial con un nivel de psicopatología inferior a los umbrales de criterio requeridos para otros trastornos. Es decir, aquellos pacientes con alteraciones psicopatológicas que surgen como respuesta a estos factores estresantes, pero sin llegar a cumplir los criterios de un síndrome mayor.<sup>16</sup>

La presencia de estresores durante la experiencia en estas unidades genera altos niveles de depresión y ansiedad no solo en los pacientes sino en sus familiares. Sin embargo, estos últimos pueden contribuir a una evolución favorable en el proceso de la enfermedad prestando asistencia durante la recuperación de quien tengan ingresado, que, de manera indirecta, les generará beneficio por la integración e implicación en el proceso del cuidado. Es por lo anterior que surge la necesidad de dar la importancia necesaria a un abordaje integral y a un cuidado holístico tanto a los pacientes críticamente enfermos como a los familiares, que permita detectar y abordar

las necesidades tanto físicas como psicológicas, así como conocer e identificar las principales alteraciones y necesidades detectadas en las diferentes fases del ingreso de todos los integrantes para proporcionar un apoyo adecuado.<sup>17</sup>

La alta prevalencia de trastornos relacionados con el estrés postraumático ha centrado la atención de los estudios en el tipo y la duración de la sedación de un paciente ingresado en una UCI y su relación con el TEPT post-UCI; sin embargo, los datos obtenidos han sido contradictorios y sin llegar a confirmar nada. Particularmente, el interés ha sido enfocado en el papel de las benzodiazepinas. Se ha descubierto que existe relación entre el Midazolam, el Lorazepam y otros opioides administrados en las UCI, por el contrario, y según un gran estudio de lo más completo y actual existe controversia ya que no existe relación entre el TEPT, la duración del delirium y las dosis de las benzodiazepinas y los opioides administradas, centrando así las líneas de investigación en los factores de riesgo y estresores mencionados con anterioridad.<sup>18</sup>

Según una revisión sistemática llevada a cabo por la Universidad de Washington, una cuarta parte de los pacientes tras el ingreso en un servicio crítico padecen síntomas depresivos y/o TEPT. El alto porcentaje que representa la existencia de estos trastornos psiquiátricos entre los pacientes que han sobrevivido a enfermedades críticas constituye un importante problema de salud pública, ya que se ha demostrado que el TEPT y la depresión mayor están asociados de forma independiente con el riesgo de resultados médicos adversos y mayores costos de atención médica.<sup>19</sup>

Por otro lado, la morbilidad psiquiátrica en sobrevivientes de enfermedades críticas se ha vuelto cada vez más reconocida, no obstante, se sabe relativamente poco sobre la etiología de estos resultados adversos posteriores a la UCI. Conocer en mayor profundidad los mecanismos por los cuales los trastornos psiquiátricos pueden desarrollarse tras las enfermedades críticas, beneficiará al desarrollo de biomarcadores que puedan facilitar la identificación de aquellos pacientes con mayor riesgo estos resultados.

Una posible vía común entre las enfermedades críticas y los trastornos psiquiátricos como el de estrés postraumático y la depresión mayor es el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA). Está demostrado que las enfermedades críticas inducen numerosos cambios en la homeostasis del cortisol en todos los aspectos del eje HPA. Según la teoría, la hiperactividad del eje, en particular la de la hormona liberadora de la corticotropina, desempeña un papel clave en la etiología del estado de ánimo y la ansiedad<sup>20</sup>. La hormona corticotropina (CRH) es un péptido de

origen hipofisario cuya acción se ejerce en la corteza suprarrenal estimulando la estroïdogénesis. Su liberación es pulsátil con un mayor pico durante la mañana<sup>21</sup>. Se trata de una hormona que controla las reacciones de estrés en sus componentes emocionales, conductuales y fisiológicos. En el animal, existen diferencias en la actividad basal de las hormonas que intervienen en los procesos de estrés entre hembras y machos, sin embargo, a nivel hipofisario no existen diferencias de género en cuanto a la respuesta de la CRH, pero sí en la adrenocorticotropina (ACTH), cuya actividad depende de la estimulación que reciba por parte de la anterior.<sup>22</sup>

Mientras que algunos estudios afirman la existencia de diferencias a nivel fisiológico del mecanismo del estrés entre ambos géneros, se menciona por otro lado que la incidencia de este tipo de trastornos es mayor en las mujeres pudiendo estar relacionada con la exposición a diferentes tipos de traumatismos, así como experiencias de abuso y violencia como víctima, más que con la diferencia de sexo.<sup>23</sup>

Además, se demostró que los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) del gen del receptor de la hormona liberadora de corticotropina tipo 1 (CRHR1) están asociados con el riesgo de TEPT y depresión mayor en el contexto de estrés extremo.

Este mismo estudio, (es el segundo en realizarse) ha encontrado una asociación entre las variantes genéticas y las morbilidades psiquiátricas en aquellos sobrevivientes de la UCI, afirmando que el empleo y la administración de corticosteroides en el tratamiento de los pacientes podría reducir el riesgo de padecer este trastorno<sup>19</sup>. Por otro lado, y siguiendo otras líneas de estudio, según una investigación longitudinal realizada por la Universidad de Washington en la que se incluyeron 150 pacientes, se evaluó el estrés agudo y los síntomas del TEPT posteriores a la UCI. Además, hasta donde sabemos, este estudio es la primera investigación de supervivientes no lesionados en la UCI que incluye la evaluación de la exposición a eventos traumáticos previos, que representa un potente factor de riesgo para el TEPT tras un estresor agudo, y un posible moderador de los polimorfismos del gen de respuesta al estrés asociados con el riesgo de depresión mayor.<sup>19</sup>

Por su importancia e incidencia a nivel mundial, el TEPT ha generado numerosos estudios con diferentes metodologías cuyos objetivos difieren, entre conocer la duración de los síntomas, la importancia del acompañamiento familiar, conocer al detalle el efecto de los diferentes estresores, los recuerdos que permanecen en la memoria de los afectados con el tiempo, así como conocer con exactitud las alteraciones emocionales y psicológicas de los pacientes; sin embargo en

los dos últimos años se comienza a indagar y a examinar las herramientas e intervenciones enfermeras que se podrían llevar a cabo en estas unidades con el fin de disminuir las consecuencias y secuelas que generan estos ingresos en las áreas de críticos en los pacientes.

Entre las diferentes intervenciones que se plantean, los diarios en las UCI conforman una práctica enfermera de gran importancia y protagonismo en Europa, pero escasa en España. Estos escritos conforman un registro de frecuencia diaria, llevado a cabo por el personal de estas unidades, concretamente las enfermeras y los familiares utilizando un estilo empático, reflexivo y terapéutico, donde se redacta con un lenguaje informal, coloquial y entendible el estado y evolución del paciente, acontecimientos importantes, el desarrollo de los días y de las visitas, así como posibles complicaciones, cambios en los procedimientos realizados y mensajes de ánimos que se quieran transmitir. Sin embargo, a pesar de que su uso se incrementa cada vez más a nivel nacional, el número de estudios relacionados con este tema es muy bajo y con deficiencias metodológicas. No obstante, existen coincidencias en que conforman una herramienta que reduce las complicaciones psicológicas post ingreso, mejora la comunicación con las familias, facilitando la comprensión del proceso asistencial. Disminuye la ansiedad y la depresión y mejora por tanto la calidad de vida tras la experiencia hospitalaria.<sup>18</sup>

En la bibliografía se utilizan diferentes escalas para el diagnóstico del TEPT, la escala de Trauma de Davidson (DTS), la Post-Traumatic Symptom Scale (PSS-SR), la Post-Traumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory (PTSS-10), la Post-Traumatic Stress Disorder Check List-Civilian (PCL-C), la Impact of Event Scale (IES). Para el estudio utilizamos la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS).<sup>24</sup>

## 6. Referencias bibliográficas

1. Aguilar García César Raúl, Martínez Torres Claudia. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado el 29 de Abril de 2022]; 31(3): 171-173. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es).
2. Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. [citado el 18 de abril de 2022] 2017;17(4):258–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2017.08.006>
3. Santana MLC, Perea LG. Cuidados al paciente crítico adulto Tomo I [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/723/445/>
4. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2007 [citado el 25 de abril de 2022];31(6):318–25. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-alteraciones-emocionales-necesidades-psicologicas-pacientes-articulo-13108551>
5. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. J Clin Nurs [Internet]. 2002;11(5):575–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00638.x>
6. PROSPECTO MIDAZOLAM ANESFARMA 1 mg/ml SOLUCION INYECTABLE [Internet]. Aemps.es. [citado el 3 de abril de 2022]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/64092/P\\_64092.htm](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/64092/P_64092.htm)
7. Wu KK, Cho VW, Chow FL, Tsang AP, Tse DM. Posttraumatic stress after treatment in an intensive care unit. East Asian Arch Psychiatry [Internet]. 2018 [citado el 25 de abril de 2022]; 28(2):39–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12809/eaap181704>
8. Bencomo Juan, Paz Cristina, Liebster Elena. Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. Invest.clín [Internet]. 2004 Jun [citado 2022 Abril 9]; 45( 2 ): 113-120. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S053551332004000200002&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332004000200002&lng=es).

9. Ruiz D, Consuegra R, Ruiz I. Stressors in patients admitted to adult intensive care units. Rev Enferm Ref [Internet]. 2018 [citado el 26 de abril de 2022]; IV Série(N 16):63-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12707/riv17060>
10. Castillejos DG. Trastornos Psicoemocionales al alta en pacientes que desarrollan Sedación Difícil en la Unidad de Cuidados Intensivos [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Rovira i Virgili; 2021. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=298173>
11. Lindeman Vergara Y. Estrés Postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en unidad de cuidados intensivos: Revisión de la literatura. Psimonart. [Internet]. 2013 [citado el 15 de abril de 2022]. 5(1-2) 53-68. Disponible en: academia.edu
12. Guze SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Am J Psychiatry [Internet]. 1995 [citado el 28 de abril de 2022];152(8):1228-1228. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
13. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. Crit Care Med [Internet]. 2014;42(12):2518-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000000525>
14. Holm A, Karlsson V, Dreyer P. Nurses' experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit. Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]. 2021;16(1):1971598. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2021.1971598>
15. Rovatti KB, Teodoro M, Castro EK de. Memories and prevalence of posttraumatic stress disorder in intensive care units. Psicologia [Internet]. 2012;25(3):499-505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722012000300009>
16. Baró MBM, García-Barquero MJ, Díaz-Cañabate JIG-A. Estrés Postraumático en Anestesia y Cuidados Intensivos. Rev Electrónica de AnestesiaR. 2012[citado el 29 de abril de 2022]; 4:4. Disponible en: <https://anestesiario.org/2012/estres-postraumatico-en-anestesia-y-cuidados-intensivos/>
17. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. EL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS LA REPERCUSIÓN EN EL FAMILIAR DEL PACIENTE [Internet]. Www.uv.es. [citado 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf>

18. Muñoz Rey M Pilar, Villanueva Fuentes Consuelo, Alonso Fernández Sergio, Cuzco Cabellos Cecilia, Romero-García Marta, Delgado-Hito M Pilar. Uso y efectos terapéuticos de los diarios en Unidades de Cuidados Intensivos. *Index Enferm* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Abril 30]; 29( 4 ): 230-234. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300009&lng=es). Epub 01-Nov-2021.
19. Davydow DS, Zatzick D, Hough CL, Katon WJ. A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical-surgical intensive care unit admission. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013;35(3):226-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.12.005>
20. Davydow DS, Kohen R, Hough CL, Tracy JH, Zatzick D, Katon WJ. A pilot investigation of the association of genetic polymorphisms regulating corticotrophin-releasing hormone with posttraumatic stress and depressive symptoms in medical-surgical intensive care unit survivors. *J Crit Care* [Internet]. 2014;29(1):101-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.08.016>
21. Potau Vilalta N, Carreño de Puig A. Gonadotropinas (LH y FSH) y corticotropina (ACTH). *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2007;54(2):109-17. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1575-0922\(07\)71415-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1575-0922(07)71415-8)
22. Duval Fabrice, González Félix, Rabia Hassen. Neurobiología del estrés. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Mayo 7]; 48( 4 ): 307-318. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>.
23. Lavin J. Superación del trastorno por estrés postraumático. *Nursing* [Internet]. 2012;30(1):14-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-5382\(12\)70004-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-5382(12)70004-3)
24. Echeburúa E, Amor PJ, Belen S, Irene Z, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (EGS-R) according to DSM-5 criteria: Psychometric Properties. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 3];34(2):111–28. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>