



IMPACTO DE LA MUERTE INFANTIL EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA

IMPACT OF CHILD DEATH ON PEDIATRIC TRAINEES

Dra. Daniela Y. Montaña Arrieta ⁽¹⁾, Dr. Héctor Mejía Salas ⁽²⁾

RECIBIOD: 09/09/2018

ACEPTADO: 10/04/2019

RESUMEN

Objetivo. - Establecer la prevalencia de Reacción de estrés agudo y Trastorno de estrés Postraumático (ASR/ TEPT) en residentes de Pediatría expuestos a muerte Infantil.

Diseño. - Corte transversal.

Lugar. - La Paz: Hospital del Niño Ovidio Aliaga Uría, Hospital Materno Infantil CNS, Hospital del Norte de El Alto, Hospital de la Banca Privada, y Hospital Boliviano Holandés. Santa Cruz: Hospital Mario Ortiz y Hospital Japonés. Cochabamba: Hospital Albina Patiño y Hospital Viedma.

Participantes. - Residentes de Pediatría de Primer, Segundo y Tercer año de hospitales de la Paz, Santa Cruz y Cochabamba

Medición. - Mediante una encuesta diseñada en base a la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10^a Revisión) y DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 5^a edición).

Resultados. -De 181 residentes encuestados, sexo femenino 67% y masculino 33%, 85/181 (46.9%) residentes habían estado expuestos con la muerte de un niño, ninguno había recibido capacitación sobre la muerte infantil. Prevalencia global de ASR fue n=58/181 (32%) y de TEPT n=27/181 (14,9%). La prevalencia fue mayor en residentes de segundo año ASR (39,66 %), TEPT (12.90%) y en mujeres ASR (43.68%) y TEPT (20.69%). Las alteraciones observadas fueron: Problemas de la Concentración 20,44%, Trastornos del Sueño 19,89%, Irritabilidad y Accesos de Ira 14,92 % y la Hipervigilia 9,39%.

Conclusión. - La presencia de ASR y TEPT es alta en la Residencia de Pediatría de Hospitales del eje troncal de Bolivia. Por lo que existe mayor riesgo de desarrollar ASR y TEPT después de la muerte de un niño. Alteraciones de Vigilia y Comportamiento debe identificarse y reconocerse para permitir una pronta señalización para un mayor apoyo, incluida la evaluación psicológica o la intervención si es necesario.

Palabras claves. - Reacción de estrés agudo, Trastorno de estrés Postraumático, Muerte infantil

(1) Médico Residente de Pediatría III. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U."

(2) Pediatra. Magister en Epidemiología Clínica. Jefe de Enseñanza e Investigación Hospital del Niño «Dr. Ovidio Aliaga U.»

Correspondencia:

Dra. Daniela Y. Montaña Arrieta, San Antonio Bajo #515, dani.montano84@gmail.com

ABSTRACT

Objective.- Establish the prevalence of Acute Stress Reaction and Post Traumatic Stress Disorder (ASR / PTSD) in pediatric residents exposed to infant death.

Design.- Cross-section.

Place.- La Paz: Ovidio Aliaga Uría Children's Hospital, CNS Maternal and Child Hospital, North El Alto Hospital, Hospital de la Banca Privada, and Bolivian Dutch Hospital. Santa Cruz: Hospital Mario Ortiz and Japanese Hospital. Cochabamba: Albina Patiño Hospital and Viedma Hospital.

Participants.- Residents of Pediatrics of First, Second and Third year of hospitals of La Paz, Santa Cruz and Cochabamba

Measurement.- Through a survey designed based on the ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Revision) and DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition).

Results.- Of 181 residents surveyed, 67% female and 33% male, 85/181 (46.9%) residents had been exposed with the death of a child, none had received training on infant death. Overall prevalence of ASR was $n = 58/181$ (32%) and of PTSD $n = 27/181$ (14.9%). The prevalence was higher in second-year residents ASR (39.66%), PTSD (12.90%) and in women ASR (43.68%) and PTSD (20.69%). The observed alterations were: Problems of Concentration 20.44%, Sleep Disorders 19.89%, Irritability and Access of Anger 14.92% and Hypervigilia 9.39%.

Conclusion.- The presence of ASR and PTSD is high in the Hospital Pediatrics Residency of the trunk axis of Bolivia. Therefore, there is a greater risk of developing ASR and PTSD after the death of a child. Alterations of Vigil and Behavior should be identified and recognized to allow early signaling for further support, including psychological evaluation or intervention if necessary.

Keywords.- Acute stress reaction, Post-traumatic stress disorder, Child death

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio no existen estudios que describan el impacto emocional o psicológico que la muerte de un niño pueda ocasionar en un pediatra en formación y entrenamiento. Revisadas citas bibliográficas consultadas aparentemente no existen a nivel nacional datos de estudios similares.

Es importante realizar una evaluación del estado mental de los alumnos que estudian y se preparan para ejercer la especialidad de pediatría cuando se enfrentan a este evento adverso ya que están propensos, al estar expuestos a estas situaciones, a presentar alteraciones emocionales o psicológicas ante la muerte de un niño.

Por otro lado, no se encontraron el plan de estudios de residencias de pediatría un plan o procedimientos para afrontar esta problemática a la que están expuesto los residentes de pediatría.

No existe una orientación clara o marco de referencia para las mejores prácticas con respecto a la consejería después de la muerte de un niño y tampoco hay una orientación respecto al manejo adecuado de estudiantes expuestos para garantizar resultados psicológicos favorables.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se desarrolla después de la exposición a un acontecimiento extremadamente traumático o catastrófico y se caracteriza por síntomas que incluyen la reexperimentación del acontecimiento, la evitación de recordatorios del evento, hiperexcitación y embotamiento emocional, el TEPT una vez reconocido puede ser tratado adecuadamente. La Reacción de Estrés Agudo (ASR) es el diagnóstico que se da al mismo conjunto de síntomas que persisten durante menos de un mes y por lo tanto puede preceder a un diagnóstico de trastorno

de estrés postraumático. Actualmente no existe evidencia para demostrar la frecuencia de ASR y TEPT en residentes de pediatría después de la muerte de un niño.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la prevalencia de los síntomas psicológicos que podrían formar un posible diagnóstico de estas dos patologías en residentes de pediatría después de su experiencia frente a la muerte de un niño.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la prevalencia de Reacción de estrés agudo y Trastorno de estrés Postraumático (ASR/ TEPT) en residentes de Pediatría expuestos a muerte Infantil.

Objetivos Específicos

- Identificar los principales síntomas y signos de la presentación de ARS/ TEPT como factores de riesgo.
- Evaluar el impacto de muerte infantil en residentes expuestos, en relación a la evolución de la enfermedad o evento adverso que causó la muerte del paciente pediátrico.
- Establecer el impacto psicológico en relación comparativa por género y grado de formación.
- Elaborar una guía de manejo o detección intrahospitalario de sospecha de ARS/TEPT

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de investigación prospectivo, de corte transversal, donde a través de una encuesta estandarizada (DCM V) se midió ASR/TEPT en residentes que habían experimentado la muerte de un niño en su práctica diaria. El estudio fue realizado entre enero y diciembre de 2018 en Hospitales Pediátricos del eje Troncal del país que contaban con residencia de Pediatría (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz). Las encuestas fueron aplicadas de forma estandarizada en un día fijado en cada hospital. Una vez completadas

se revisaron para verificar su llenado, habiendo cumplido este requisito 181 participantes.

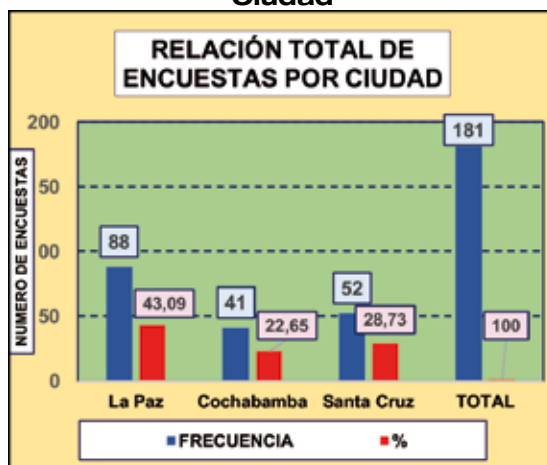
Los datos fueron ingresados a una base electrónica en el programa Epi Info 7, donde fueron analizadas.

ÉTICA. Todas las encuestas realizadas fueron autorizadas mediante un consentimiento por los sujetos de estudio.

RESULTADOS

Fueron encuestados 181 (100%), Residentes de Pediatría, de los Hospitales del eje troncal del país, La Paz n= 78 (43,09 %), Santa Cruz n=52 (28,73%) y Cochabamba n=41 (22,65%). Evaluados por género correspondiendo al sexo femenino n=120 (67%) y sexo masculino n=61 (33%). (Figura N° 1)

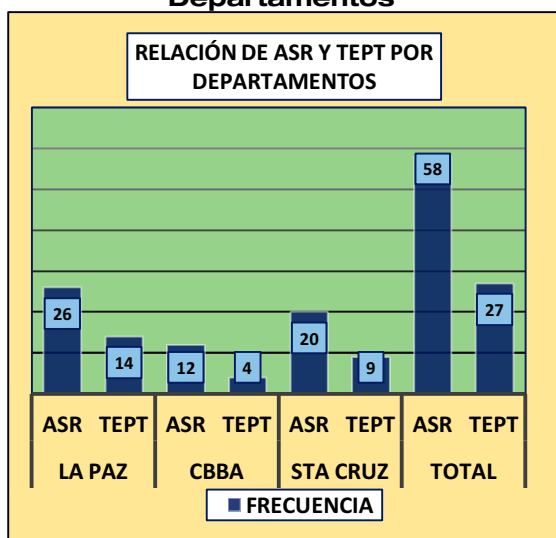
Figura N°1
Relación Total de Encuestas por Ciudad



Del total de 181 residentes encuestados, 85 residentes habían tenido experiencia enfrentando la muerte infantil durante su práctica, correspondiendo al 46.9%.

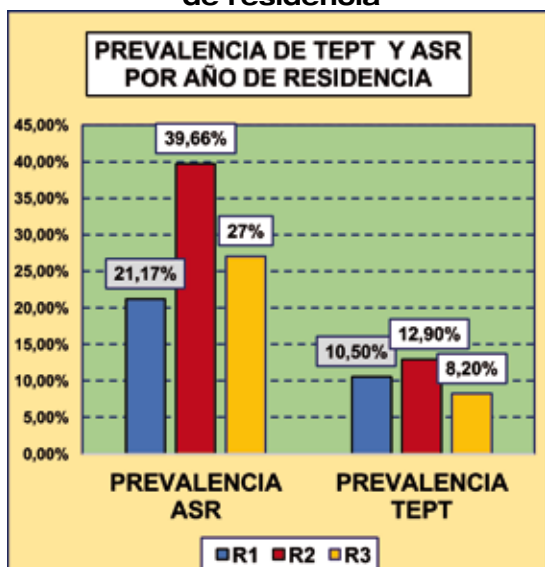
Realizando los cálculos estadísticos de prevalencia dentro de este grupo de Residentes expuestos a Mortalidad Infantil, la prevalencia global (las 3 ciudades) de ASR fue n=58/181 (32%) y de TEPT n=27/181 (14,9%). La prevalencia por departamentos La Paz: ASR n=26/85 (30,58%) y de TEPT n=14/85 (16,47%). En Cochabamba ASR 12/85 (14,1%) y de TEPT 4/85 (4,7%). En Santa Cruz ASR 20/85 (23,5%) y de TEPT 9/85 (10,58%). (Grafico 2)

Figura N° 2
Relación de ASR y TEPT por Departamentos



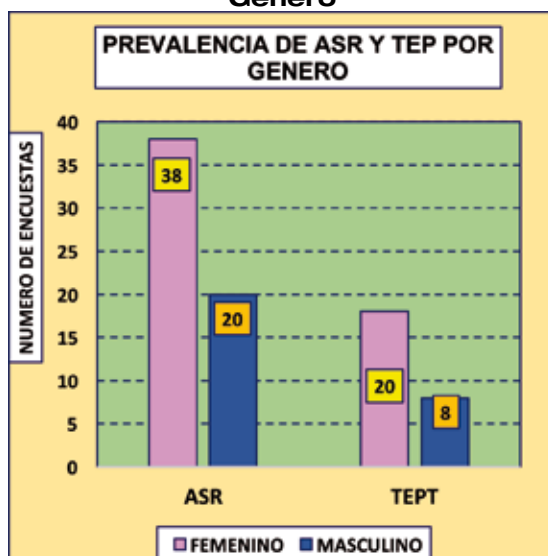
Cuando correlacionamos la prevalencia de ASR y TEPT por año de residencia cursado, encontramos que ASR es para R1: 21.17% R2: 39,66 % y R3: 27 % y la presencia de TEPT fue para R1: 10.50%, R2: 12.90% y R3 8.20%, como se ve en el GRAFICO 3.

Figura N° 3
Prevalencia de ASR y TEPT por año de residencia



El análisis por género encontró ASR en mujeres n=38 (43.68%) y para TEPT n=18 (20.69%) y ASR en varones n=20 (38.46%) y TEPT n=8 (15.48%), observados en el siguiente gráfico:

Figura N°4
Prevalencia de ASR Y TEPT por Género



Respecto a la sintomatología presentada encontramos y describimos alteraciones negativas en Ideas y Ánimos, corresponde al Sentimiento de Culpa Persistente n=36 (19,89%), las Ideas y Expectativas Negativas n=29 (16,02%), Estados Emocionales Negativos n=27 (4,92%) y el Sentimiento de Lejanía n=22 (12,5%). (Figura N° 5)

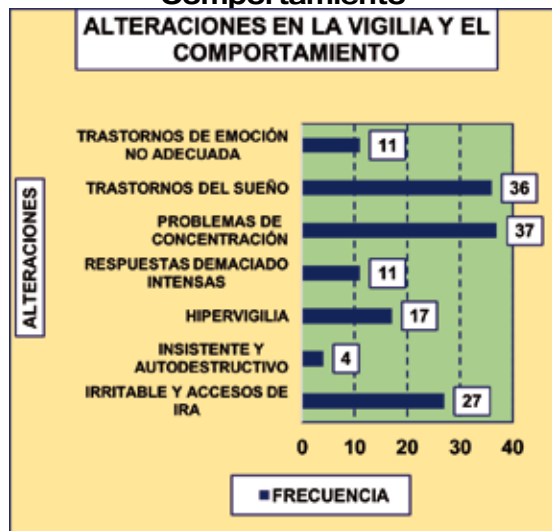
Figura N° 5
Sintomatología más frecuente en ASR y TEPT



Cuatro son las alteraciones de Vigilia

y Comportamiento más importantes: Problemas de la Concentración 20,44% (n=37), Trastornos del Sueño 19,89% (n=36), Irritabilidad y Accesos de Ira 14,92 % (n=27) y la Hipervigilia 9,39% (n=17) (Figura N° 6)

Figura N° 6
Alteraciones de Vigilia y Comportamiento



DISCUSIÓN

El presente estudio es el primero realizado en nuestro medio, haciendo una búsqueda bibliográfica de trabajos similares no se encontró ningún estudio publicado en este género en publicaciones Nacionales, por lo tanto, los datos obtenidos son importantes.

La investigación realizada en los principales hospitales pediátricos nacionales (La Paz, Santa Cruz y Cochabamba) demuestran que la frecuencia y prevalencia de las Reacciones de Estrés Agudo (ASR) y de los Trastornos de Estrés Post Traumático (TEPT) son dos entidades importantes y presentes en nuestro medio y deben ser tomadas como un problema existente y su manejo debería ser considerado en todos los hospitales que realizan la enseñanza y forman especialistas en Pediatría.

La prevalencia de Reacciones de Estrés Agudo (ASR) encontrada en este estudio es llamativamente más alta (32%) que la encontrada en otros estudios (9%)

(1). El hallazgo anterior podría deberse a que la exposición a muertes infantiles en hospitales de Bolivia es mayor considerando las tasas de Mortalidad Neonatal (15/1000), Infantil (24/1000) y de la Niñez, (29/1000) (8), se encuentran entre las más altas de Latinoamérica, comparada por ejemplo residentes del Reino Unido donde la tasa de mortalidad es 3/1000, EEUU 4/1000 y Japón 1/1000. (11,12)

Respecto al TEPT también encontramos una prevalencia mayor a otros lugares donde se realizó este tipo de estudio considerando que el TEPT es un trastorno que tiene una persistencia de síntomas más allá del mes de duración. Esto podría relacionarse con una menor capacidad de desempeño del residente de Pediatría, por esto sería importante abordar este tema dentro de las residencias médicas en Pediatría.

Las 2 entidades se diferencian entre sí por el tiempo de duración de síntomas que presentan las personas afectadas. Las Reacciones de Estrés Agudo (ASR) con duración de síntomas menores de 1 mes y los Trastornos de Estrés Post Traumático (TEPT) con duración mayor de un mes. (1,3,5).

La prevalencia alcanzada por departamentos demuestra que las Reacciones de Estrés Agudo (ASR) son mayores que los Trastornos de Estrés Post Traumático (TEPT), debido a que los mismos son trastornos clínicamente transitorios de corta duración y en los que no ameritan intervenciones inmediatas, pero sí informativas. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los Trastornos de Estrés Post Traumático (TEPT), es una entidad que debe ser informada y amerita intervención terapéutica y de apoyo, la prevalencia de los mismos es alta en nuestro medio por lo que se debe considerar la intervención oportuna.

El estudio demuestra que el grupo de mayor riesgo son los residentes del segundo año en relación a los de primer y tercer año, esto se explica probablemente por la inexperiencia (R1) y las experiencias repetidas (R3) en

este último una reacción inversamente proporcional, es decir a mayor contacto o experiencias de muerte, menor las reacciones inmediatas psicológicas y fisiológicas. (3;4;5;6;7)

Por lo señalado, es importante pensar en la probabilidad de presentación de estas entidades en el desarrollo en el tiempo de la formación de especialidad e incluir una valoración psicológica e información a los residentes y sobre todo a los del segundo año que son la población de mayor riesgo de presentar ASR/TEPT, dos entidades que se desarrollan en forma silenciosa en los estudiantes que sobre todo trabajando bajo presión no responden de la forma adecuada y en algún momento se ven afectados tanto psicológicamente y fisiológicamente. Se evidencia que existe mayor prevalencia de presentación en el sexo femenino (67%) que en el sexo masculino (33%), debido a que las mujeres son probablemente más vulnerables para afrontar una experiencia traumática.

Cuatro son las alteraciones de Vigilia y Comportamiento más importantes: Problemas de la Concentración 20,44% (37), Trastornos del Sueño 19,89% (36), Irritabilidad y Accesos de Ira 14,92 % (27) y la Hipervigilia 9,39% (17), estas alteraciones consignadas en las encuestas y su presentación son suficientes para considerar este resultado positivo.

La Negación y Evasión y las alteraciones fisiológicas y conductas psicológicas (3), son dos alteraciones que deben ser tomadas en cuenta cuando se presentan (1) se pudo ver que algunos residentes preferían anotar o solo firmar la encuesta y no llenarla como se solicitó, esta conducta se vio sobre todo en algunos R3, por lo que basados en artículo principal para este estudio (1) son signos de conducta y comportamiento que deberíamos tener en cuenta ante la muerte de un paciente pediátrico, al igual que los síntomas de intrusión y alteraciones de vigilia y alteraciones negativas en ideas y ánimos. Si un residente entra en un ostracismo o

mutismo o tiene reacciones de no importismo y aislamiento o respuestas irritables o de incomodidad con las personas que le rodean o manifiesta alteraciones del sueño o ideas negativas o falta de participación, entre otros, deberían ser signos de alarma para conductas inmediatas para su tratamiento y orientación oportunas.

CONCLUSIÓN

La presencia de ASR y TEPT es alta en la Residencia de Pediatría de Hospitales del eje troncal de Bolivia.

EL ASR y TEP es más frecuente en mujeres.

La presencia de ASR Y TEP se presenta más en el grupo de R2, esto puede deberse a que es el grupo que está en mayor contacto con el paciente Pediátrico con diagnóstico más reservado.

Los síntomas más frecuentes experimentados son 4: problemas de la Concentración 20,44%, Trastornos del Sueño 19,89%, Irritabilidad y Accesos de Ira 14,92 % e Hipervigilia 9,39%.

Es importante abordar la presencia de estas dos entidades en Residentes expuestos a muertes infantiles para garantizar un mejor desempeño de los mismos.

Debería existir un programa de inducción respecto a la muerte infantil en todas las escuelas de Pediatría, como ocurre en otros países. Implementando un sistema de formación de forma continua y periódica sobre afrontamiento y asertividad en la conducta ante eventos adversos que sucedan en la residencia. Los residentes que presentan estas entidades deberían recibir un soporte por profesionales del campo de la Psicología o Psiquiatría, y deben ser comunicadas en forma urgente para la intervención oportuna, debido a que son procesos silenciosos y nocivos

Las conductas de ostracismo o de relacionamiento alterado, sobre todo las negativas y de aislamiento son factores que deben ser detectados y denunciados para su solución oportuna.

REFERENCIAS

1. Hollingsworth CE, et al. *Arco Dis Child* 2018; 103: 14-18.
2. HernandezSampieri R, Fernandez Collado C . *Metodología de la Investigación. Diseños Experimentales de la Investigación: Preexperimentos, Experimentos Verdaderos y Cuasi experimentos. Definición del Tipo de Investigación. Las Variables.* México. 1998: 57- 120; Edit. Mac Graw Hill.
3. Cassem N, Stern T, Rosenbaum J y Jellinek M. *Manual de Psiquiatría de Hospitales Generales. Massachusetts General Hospital. Como afrontar la enfermedad, Ansiedad en Ambito Médico, Ansiedad debida a intervenciones Médico Traumáticas (TEPT)* Madrid – España 1998: 25,185-187. Edit. HarcourtBrase.
4. Rosenberg D y Chiriboga J. Nelson. *Tratado de Pediatría. Trastornos de Ansiedad. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del TEPT.* España 2016: 157. Edit. ELSEVIER. 20 edición.
5. Reus V. Harrison. *Principios de Medicina Interna. Trastornos por Estrés, Criterios Diagnósticos de Trastorno de Estrés Post Traumático.* México 2015: 2712 -2713; Edit. Mac Graw Hill. 19 edición.
6. Vanio L, Sorge R, Chen A y Lakoff D. *Trastorno por Estrés Post Traumático en Residentes Médicos de Emergencias.* *Ann EmergMed.* 2017; 70:898-903.
7. Kannan L, wheeler D, Blumhof S, Gotfries J, Ferris A, Mathur A et.al. *Trabajo de Relato de Trastorno por Estrés Post Traumático en Residentes Médicos.* *AcademicPsychiatry* 2018.
8. Fuente: Instituto Nacional de Estadística - EDSA 2016
9. <https://es.scribd.com/document/24194055/Manual-de-Epi-Info-v3-para-Windows>
10. <https://knoema.es> › Atlas mundial de datos › Salud
11. <https://datos.bancomundial.org/indicador>
12. <https://www.ine.gob.bo/mortalidad-infantil>
13. <https://knoema.es/atlas/Reino-Unido>