



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL BREVE

Accidentes por quemadura y enfermedad mental

I. Vera*, E. Ferrando, I. Vidal, D. Gómez-Olmeda y J.C. González

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Recibido el 26 de mayo de 2009; aceptado el 28 de diciembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Quemaduras;
Antecedentes
psiquiátricos;
Trastorno adaptativo;
Trastorno por estrés
postraumático

Resumen

Introducción: En España se producen unos 12.000 accidentes por quemaduras cada año. La Unidad de Grandes Quemados y el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Getafe son de referencia nacional en el tratamiento de las quemaduras. En los últimos años, diversos autores han apuntado la estrecha relación entre enfermedades psiquiátricas y accidentes por quemadura. El objetivo del presente estudio es estimar la prevalencia de antecedentes psiquiátricos y la incidencia de trastorno adaptativo (TA) y trastorno por estrés postraumático (TEPT) en pacientes ingresados por quemaduras en el HUG entre el 1-1-2008 y el 31-6-2008.

Métodos: Se evaluó a los pacientes al ingreso mediante entrevista clínica semiestructurada, para determinar presencia y tipo de antecedentes psiquiátricos y a los 6 meses para determinar si tenían o no TEPT y/o TA mediante la entrevista clínica estructurada SCID.

Resultados: Sesenta pacientes estuvieron ingresados por quemaduras en el periodo de estudio. El 17,9% de las quemaduras se produjeron de manera intencional (9 autoagresiones y 2 heteroagresiones). El 33,5% de los pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos. El 52,3% de los pacientes cumplían criterios de TA y el 18% de TEPT a los 6 meses del accidente.

Conclusiones: Los resultados señalan la importancia de promover el cribado de los síntomas psicológicos de todo paciente que ingrese por quemaduras. Es necesario poner en marcha programas de apoyo psicoterapéutico y medidas de apoyo farmacológico adecuadas para cada paciente para poder mejorar la evolución médica y psiquiátrica y favorecer una adecuada integración familiar, laboral y social.

© 2009 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignacioveraloopez@yahoo.es (I. Vera López).

KEYWORDS

Burns;
Mental disorders;
Posttraumatic stress
disorder;
Adjustment disorder

Burns and mental disorder**Abstract**

Introduction: The study aimed to explore the prevalence of previous mental disorder and the incidence of adjustment and posttraumatic stress disorder in 60 patients with burn injuries admitted to a major burn unit in the greater Madrid area.

Methods: A total of 57 patients were assessed for serious past and present mental illness by using a semi-structured clinical interview. Current DSM-IV adjustment and posttraumatic stress disorder were assessed 6 months post burn with the structured clinical interview SCID.

Results: 60 patients were hospitalized for severe burns during the study period. 11 (17,9%) burns took place intentionally. 9 patients had tried to commit suicide. 33.5% of the participants had suffered any kind of mental disorder previously. 23 (52.3%) patients met criteria for adjustment disorder and 8 (18%) for posttraumatic stress disorder 6 months post burn.

Conclusions: The results demonstrate the importance of routine screenings of psychological symptoms in burned patients. It is also necessary to promote specific psychopharmacological measures and specific psychotherapeutic interventions in this population in order to improve their medical and psychiatric prognosis and their quality of life a long-term basis.

© 2009 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En España, se producen aproximadamente 12.000 accidentes y 5.800 ingresos hospitalarios por quemaduras cada año¹.

Las quemaduras son una experiencia vital traumática y destructiva para la biografía personal con secuelas funcionales y estéticas evidentes y con una enorme repercusión en la vida familiar, social y laboral del paciente. En las últimas décadas, el énfasis terapéutico puesto en la supervivencia ha llevado al personal sanitario a subestimar los aspectos emocionales y psiquiátricos en los pacientes quemados.

En los últimos años, algunos estudios epidemiológicos han resaltado la estrecha relación entre las quemaduras y las enfermedades psiquiátricas. Por un lado, los factores psicológicos podrían estar implicados en las quemaduras hasta en el 68% de los casos². Hasta el 35% de los quemados podrían tener antecedentes psiquiátricos y en el 15% los antecedentes psiquiátricos estarían relacionados causalmente con la quemadura³. Los antecedentes psiquiátricos predispondrían, además, a la aparición de síntomas de trastornos adaptativos (TA) y/o por estrés postraumático (TEPT) en los accidentados e implicaría una peor evolución médica de este subtipo de pacientes⁴.

Por otro lado, las quemaduras constituirían un factor de riesgo para desarrollar ciertos trastornos mentales. Entre el 46,6 y el 59,4% de los quemados desarrollarán algún tipo de enfermedad psiquiátrica en los primeros 6 meses que siguen al accidente^{5,6}; el TA (13-61,5%) y el TEPT (17,8-45%)⁶⁻¹⁴ son los diagnósticos más frecuentes en esta población. El trastorno por estrés agudo, el trastorno de pánico y por abuso o dependencia de sustancias también son frecuentes⁴.

Por último, hasta el 63% de los quemados llegan a requerir ayuda psicológica durante el ingreso y hasta el 78% ma-

nifiesta haberse encontrado con dificultades en el ámbito familiar y/o sociolaboral al alta. De hecho, el National Burn Care Review Committee recomendó un cribado psicosocial y el acceso a diferentes apoyos y tratamientos psicológicos para todos los pacientes quemados que requiriesen ingreso hospitalario³.

La Unidad de Grandes Quemados (UGQ) y el Servicio de Cirugía Plástica (SCP) del Hospital Universitario de Getafe (HUG) son de referencia nacional en el tratamiento de las quemaduras. El trabajo desde salud mental, en la actualidad, se limita a las intervenciones puntuales que se realizan mediante los partes de interconsulta hospitalaria a solicitud de los servicios implicados. La puesta en marcha de programas de apoyo y tratamiento psicológico en quemados requiere llegar a conocer la carga de enfermedad mental en relación con los accidentes por quemadura. Los estudios epidemiológicos sobre enfermedades psiquiátricas en quemados son escasos, y prácticamente inexistentes en nuestro país. Por todo ello, consideramos necesaria la puesta en marcha de este estudio de investigación.

Los objetivos del presente trabajo son: *a)* describir las variables sociodemográficas y las relacionadas con las quemaduras; *b)* estimar la prevalencia de antecedentes psiquiátricos, y *c)* calcular la incidencia de TEPT y TA en los primeros 6 meses tras la quemadura.

Métodos

La población de estudio fueron los pacientes ingresados por quemaduras en la UGQ o en el SCP del HUG entre el 1-11-2007 y el 30-4-2008. Las quemaduras debían figurar como diagnóstico principal o secundario en los ficheros del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD). Los pacientes (o sus tutores legales) debían, además, apor-

tar su consentimiento informado por escrito. No podían participar en el estudio los pacientes en que no fuera posible llevar a cabo la entrevista clínica ni los menores de 15 años.

Los pacientes fueron evaluados en el momento del ingreso mediante entrevista clínica semiestructurada para determinar tanto la presencia como el tipo de antecedentes psiquiátricos. A los 6 meses, fueron reevaluados para determinar la presencia o ausencia de TEPT y/o TA en dicho período. Para ello nos servimos de la Structured Clinical Interview (SCID) for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Se estudiaron variables epidemiológicas relacionadas con la quemadura y con las enfermedades psiquiátricas, se calcularon medias (junto con sus desviaciones estándar) y porcentajes. Los resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 11.0.

Resultados

Características epidemiológicas. En el período de estudio, hubo 60 pacientes quemados ingresados. Se excluyó a 3 por ser menores de 15 años. El 70,2% ($n = 40$) eran varones. La media \pm desviación estándar de edad fue $47,3 \pm 22,1$ años. El 43,1% (22) estaban casados; el 35,3% (18), solteros; el 11,8% (6), viudos, y el 9,8% (5), separados o divorciados; 25 (50%) estaban empleados; 14 (28%), jubilados; 9 (18%), desempleados, y 2 (4%) estudiaban en el momento del accidente; 7 (13,8%) vivían solos. El 75,4% tenían España como país de origen.

Características relacionadas con la quemadura. En cuanto al mecanismo de la quemadura, 38 fueron por llama, 13 por escaldadura, 5 eléctricas, 4 por líquido inflamable, 3 por contacto y 1 química. En el 50% (28) había algún tipo de antecedente medicoquirúrgico. El porcentaje de superficie corporal quemada osciló entre el 1 y el 85%, con una media del $20,1\% \pm 20,7\%$. El 59,6% (34) requirió ingresar en grandes quemados. El 38,6% (22) presentó síndrome de inhalación concomitante; 8 (14%) presentaban afectación de los genitales; 31 (54,4%), facial, y 34 (59,6%), de las manos. En el 77,2% (44) fue necesaria alguna intervención quirúrgica y en el 89,5% (51) alguna amputación. Durante el ingreso fallecieron 6 (10,5%) pacientes debido a la gravedad de las quemaduras.

Antecedentes psiquiátricos. El 33,5% (19) de los pacientes presentaba antecedentes psiquiátricos: 6 trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo, 6 trastornos relacionados con sustancias, 3 trastornos de personalidad, 3 esquizofrenias y/o otros trastornos psicóticos, 2 trastornos por déficit de atención con hiperactividad y 1 retraso mental. El 26,4% (15) había necesitado en algún momento de su vida medidas psicoterapéuticas y/o psicofarmacológicas. Las quemaduras se produjeron accidentalmente en 46 casos (83,9%) e intencionalmente en 7 (12,5%). Entre los producidos de manera intencional, 6 fueron autoagresiones y 1, heteroagresión. En el 15,8% de los casos fue posible establecer una relación causal entre los antecedentes psiquiátricos y la quemadura (en las 7 intencionales y las 2 accidentales).

Incidencia de TEPT y/o TA (en los primeros 6 meses tras el accidente). De los 57 incluidos en el análisis, 6 (10,5%) murieron durante el ingreso debido a la gravedad de las quemaduras y 7 (12,3%) se perdieron en el seguimiento. De los 44 restantes, 23 (52,3%) desarrollaron TA a los 6 meses del estudio y 8 (18%) cumplían criterios de TEPT; 8 (18%) cumplían criterios tanto para TA como para TEPT y sólo 21 (47,7%) sujetos no presentaban TA ni TEPT a los 6 meses.

Conclusiones

La prevalencia de antecedentes psiquiátricos fue del 33,5%, lo que es compatible con la de otros estudios epidemiológicos (35%)³ y mucho mayor que la estimada por el NIMH para la población general (15,4%), lo que nos indica que nos hallamos ante una población con una alta carga de enfermedad mental.

En un 15,8% de los casos fue posible establecer una relación de causalidad entre los antecedentes psiquiátricos y los accidentes por quemadura, lo que es compatible con los datos apuntados por Wisely et al³. Esta cifra nos indica el enorme peso que tiene la enfermedad mental como factor de riesgo para sufrir una quemadura. No obstante, el porcentaje de intentos de suicidio (10%) es notablemente superior que el hallado por Wolf (3%)¹⁵, lo que podría explicarse por la gravedad de las quemaduras en nuestra muestra, al tratarse de un centro de referencia nacional, ya que las quemaduras en los intentos de suicidio tienden a ser más graves que las producidas en otras condiciones³.

La incidencia de TA (52,3%) y de TEPT (18%) también es compatible con la estimada por otros autores, que hallan incidencias de TA de entre el 13 y el 66,7% y de TEPT de entre el 7,7 y el 45%⁶⁻¹⁴, lo que nos indica la alta probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos, en una población ya de por sí vulnerable, tras sufrir una quemadura. De hecho, el 61,4% de los pacientes tenían enfermedades psiquiátricas antes del accidente o las desarrollaron tras éste.

Es necesario realizar, en un futuro próximo, estudios epidemiológicos con mayores tamaños muestrales que permitan analizar los potenciales predictores del desarrollo de TA y TPET para poder así identificar a las poblaciones de mayor riesgo.

A la luz de los datos obtenidos, parece fundamental promover el cribado de los síntomas psicológicos de todos los pacientes que ingresen por quemaduras. Es necesario, además, poner en marcha, de manera precoz, programas de apoyo psicoterapéutico y medidas de apoyo farmacológico adecuadas a cada paciente e integrar personal especializado en estos tratamientos en las unidades de quemados.

Bibliografía

1. Sanz Jiménez-Rico JR. Quemaduras y congelaciones. 2004 [actualizado 22 Mar 2004; citado 10 Abr 2009]. Disponible en : <http://www.unican.es>
2. Rockwell E, Dimsdale JE, Carrol W, Hansbrough J. Preexisting psychiatric disorders in burn patients. J Burn Care Rehabil. 1998;9:83-6.

3. Wisely JA, Hoyle E, Tarrier N, Edwards J. Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*. 2007;33:736-46.
4. Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, Ekselius L. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *J Trauma*. 2008;64:1349-56.
5. Meyer WJ, Blakeney P, Thomas CR, Russell W, Robert RS, Holzer CE. Prevalence of major psychiatric illness in young adults who were burned as children. *Psychosom Med*. 2007;69:377-82.
6. Madianos MG, Papaghelis M, Ioannovich J, Dafini R. Psychiatric disorders in burn patients: a follow-up study. *Psychoter Psychosom*. 2001;70:30-7.
7. Pérez Jiménez JP, Salvador Robert M, Santo-Domingo Carrasco J. [The psychiatric consultation-liaison program and posttraumatic stress disorder due to burns]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1995;23:256-61.
8. Van Loey NE, Faber AW, Taal LA. Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. *Burns*. 2001;27:103-10.
9. Van Loey NE, Maas CJ, Faber AW, Taal LA. Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2003;16:361-9.
10. Roca RP, Spence RJ, Munster AM. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1276-7.
11. Wiechman SA, Ptacek JT, Patterson DR, Gibran NS, Engrav LE, Heimbach DM. Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *J Burn Care Rehabil*. 2001;22:417-24.
12. Yu BH, Dimsdale JE. Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *J Burn Care Rehabil*. 1999;20:426-33.
13. Ehde DM, Patterson DR, Wiechman SA. Post-traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury. *J Burn Care Rehabil*. 2000;21:105-11.
14. Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G. Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:494-502.
15. Wolf SE. The year in burns in 2007. *Burns*. 2008. Disponible en: <http://10.1016/j.burns.2008.05.029>