VIVIR CON UN DAI (DISPOSITIVO AUTOMÁTICO IMPLANTABLE)

Nascimento MT[1], Zschaeck I[2], Salvador A[1], Vilar A[1], Marron Cordon M[1], Baeza E[1], Lopez J[1], Ezquiaga I[1], Navarro H[1], Batlle Vila S[1]

[1]Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Sant Martí-La Mina, INAD, Parc de Salut Mar, Barcelona.
[2]Institut Pediàtric Sant Joan de Déu, Unidad de Enfermedades Neuromusculares - Servicio de Neurología.
Programa de apoyo psicológico al paciente y su familia.

Introducción

Los síndromes arrítmicos con riesgo de muerte súbita (SAMS) son enfermedades cardiovasculares de origen genético que pueden ocasionar muerte súbita en personas jóvenes aparentemente sanas.

Existen pocos estudios sobre el impacto psicológico en la población infantil y adolescente con SAMS. En casos de muerte súbita recuperada, se valora la necesidad de implantación quirúrgica de un DAI, adicional al tratamiento farmacológico.

Método

Caso clínico: Adolescente de 13 años que tras un episodio de muerte súbita recuperada (MSR), se realiza el diagnóstico de taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) por la Unidad de Arritmias del Hospital Sant Joan de Déu. Como medida terapéutica lleva implantado un DAI, además del tratamiento farmacológico.

La paciente es hija única, convive con ambos padres. Es derivada por crisis de ansiedad y asistencia irregular al IES después de 3 meses de la implantación del DAI. Es atendida por la psicóloga vinculada a la Unidad de Arritmias especialista en Terapia Familiar quien aplica el enfoque sistémico en el área médica.

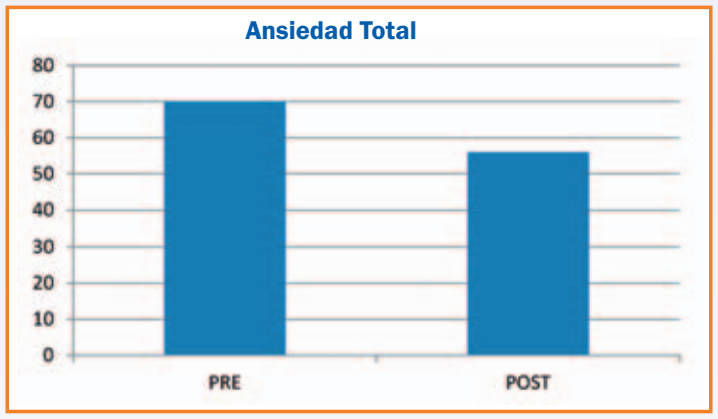
No destacan antecedentes personales significativos y, a nivel familiar, el padre realiza seguimiento psicológico por Trastorno de Ansiedad desde los 18 años y la madre está diagnosticada de Esclerosis múltiple. La sintomatología descrita por la paciente se orienta como un Trastorno adaptativo que cursa con somatizaciones que interfieren en el funcionamiento social y escolar, ansiedad anticipatoria, insomnio de conciliación, inquietud psicomotriz, actitud fóbica en todo lo relacionado con el DAI (no se deja tocar la cicatriz ni limpiarla). Hipotimia subjetiva sin ideas de muerte. Dificultades de atención y concentración que han repercutido en el rendimiento académico.

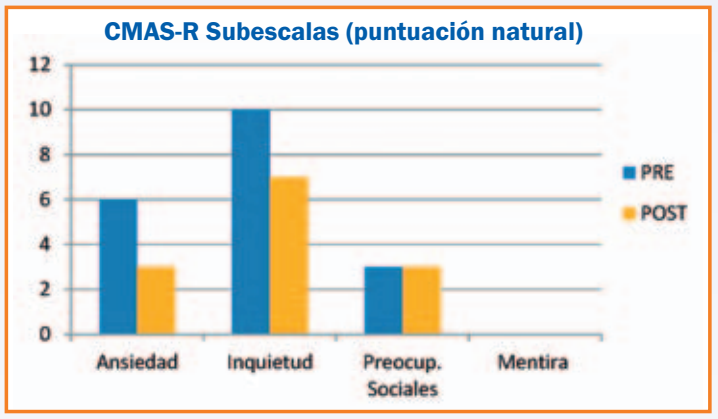
Escala CMAS-R (pre-intervención): Puntuación T de 70, que corresponde al percentil 98. En las 3 subescalas, puntuaciones naturales de 6, 10 y 3 en ansiedad fisiológica, inquietud/hiperactividad y preocupaciones sociales/concentración respectivamente. Este patrón sugiere un grado elevado de ansiedad. Escala de mentira, 0.

Resultados

La intervención psicológica se realiza a nivel individual y familiar con frecuencia quincenal. A los 3 meses del inicio del seguimiento la asistencia escolar se normaliza y a los 4 meses la clínica ansiosa disminuye significativamente.

Escala CMAS-R (4 meses post-intervención): Puntuación T de 56 que corresponde al percentil 73. En las 3 subescalas, puntuaciones de 3, 7 y 3 en ansiedad fisiológica, inquietud/hiperactividad y preocupaciones sociales/concentración respectivamente. Escala de mentira, 0.





Discusión

Diversos estudios han reportado cifras entre 15-30% asociadas a trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés post-traumático y trastorno depresivo en pacientes diagnosticados de SAMS. En casos de muerte súbita recuperada, debido a la hipoxia transitoria, es probable que se comprometa el óptimo funcionamiento de procesos cognitivos, por lo que es recomendable realizar una valoración neuropsicológica.

En estas patologías, la valoración psicológica debería formar parte del protocolo de abordaje multidisciplinar por el impacto psicológico y emocional en el paciente y la familia, repercutiendo considerablemente en su calidad de vida. La intervención farmacológica por parte de psiquiatría debe consultarse previamente con cardiología por el riesgo de prolongación del intervalo QT que pueden provocar los antidepresivos.

Bibliografía

1. Hamang et al. General anxiety, depression, and physical health in relation to symptoms of heart-focused anxiety cross sectional study among patients living with the risk of serious arrhythmias and sudden cardiac death. *Health and Quality of Life Outcomes 2011, 9:100.*
2. Longmuir PE, Sampson M, Ham J, Weekes M, Patel BJ, Gow RM. The mental health of adolescents and pre-adolescents living with inherited arrhythmia syndromes: a systematic review of the literature. *Cardiology in the Young 2018, 28: 621–631.*

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addicions
Parc de Salut MAR Barcelona