



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

Cuidados psicológicos del paciente crítico

Psychological care of critically ill patients

Sr. Director:

En la atención integral del paciente crítico, se debe cuidar los problemas físicos u orgánicos, pero no se debe descuidar otros, que pueden pasar inadvertidos, como sus necesidades psicológicas, espirituales o sociales. Estos otros aspectos del cuidado del paciente crítico no son menos importantes que el primero, ya que incluso pueden influir en el pronóstico del paciente grave ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

La enfermedad crítica y el uso de gran cantidad de tecnología que conllevarán una serie de problemas psicológicos y emocionales derivados de su ingreso, así como trastornos de sueño que tendrán consecuencias, no sólo durante su ingreso, sino incluso a largo plazo.

La gran cantidad de dispositivos técnicos de los que puede llegar a disponer un enfermo ingresado en una UCI produce importantes barreras para el contacto físico del paciente con el personal y con la familia¹. Esto puede hacer que el personal desempeñe más un trabajo técnico que el propio de su profesión, que incluye cinco aspectos²: el compromiso moral en la acción de cuidar; el conocimiento del significado vital que tiene para la persona el proceso de enfermar; la aplicación de cada acción teniendo en cuenta los aspectos biológico, psicológico, emocional y espiritual de la persona enferma; aplicar las técnicas y protocolos desde una base lógica y reflexiva, y por último, ser consciente de que hay una interacción sujeto-sujeto y que no es sólo la aplicación de un procedimiento.

En el paciente crítico, tanto por la propia enfermedad como por el uso de tratamientos, se puede llegar a causar una serie de alteraciones psicológicas y, por lo tanto, del comportamiento que el profesional debe reconocer y valorar adecuadamente, con especial cuidado en el uso de sedantes innecesarios para tratar este problema; así disminuirá el sufrimiento del paciente y mejorará su morbimortalidad^{3,4}. Así, hemos de tener en cuenta que el delirio, especialmente en el anciano ingresado en la UCI, es muy frecuente, por lo que el despertar no va a estar exento de trastornos cerebrales, acompañados en muchas ocasiones de ideas delirantes, reales o imaginarias.

Podemos proporcionar una serie de consejos para evitar, en la medida de lo posible, estas alteraciones psicológicas,

como orientar al paciente en tiempo y espacio, decirle con frecuencia dónde se encuentra, por qué está allí y quién es, colocar un reloj y un calendario donde pueda verlos, hablarle con calma y en tono tranquilizador, tocarlo suavemente para que se dé cuenta de que estamos allí. Cuando estemos con un paciente que tiene alucinaciones no debemos negarlas ni discutir las, tampoco debemos irnos de su lado. Otros consejos serían limitar alarmas innecesarias, evitar las conversaciones junto a su cama o habitación, ya que, aunque no se esté hablando de él, el enfermo puede pensar que así es y desconcertarse. Si la política del hospital lo permite, ser flexible en los horarios de visitas. Colocar objetos familiares donde el paciente pueda verlos puede ayudarles también a orientarlos. Por último, procurar que se sienta lo más cómodo posible y minimizar cualquier estímulo doloroso.

En relación con la alteración del sueño que sufre el paciente ingresado en la UCI, cabe decir que éste se ve interrumpido debido no sólo a la propia enfermedad, sino también por el estrés psicológico que está atravesando y el efecto de algunas medicaciones, por lo que estamos obligados a conocerlos y poner remedio en la medida de lo posible⁵. Así, es conocido que el sueño es un proceso activo y complejo que se divide en fases REM, de rápido movimiento de los ojos, y de fases NREM, sin movimiento rápido. Las investigaciones indican que el sueño profundo y la actividad onírica del sueño REM son esenciales para la estabilidad mental. La falta de conocimiento de estas fases del sueño hace que se pueda llevar a cabo valoraciones o intervenciones que pueden alterar la capacidad de dormir del paciente⁶. La importancia de la interrupción del sueño en el paciente crítico, aunque no está bien estudiada, sí se conocen los efectos de la sepsis y las medicaciones de uso común en el sueño, la relación entre sueño y sedación y, por último, las consecuencias físicas y psicológicas que produce su privación⁷.

Se han estudiado, asimismo, protocolos de interrupción diaria de la sedación en los pacientes críticos que parece que no producen efectos psicológicos adversos y, además, parece que disminuyen la incidencia del estrés postraumático⁸.

Como conclusiones, en primer lugar, no hay que olvidar que el personal de la UCI, que maneja gran cantidad de tecnología, no debe descuidar los cuidados propios de su profesión. Hay que recordar constantemente que la recuperación del paciente con enfermedad crítica no debe ser sólo física sino también psicológica, y que ambos aspectos influirán igualmente en el pronóstico. Se debería tener en cuenta las necesidades de sueño dentro del cuidado integral del

paciente crítico, y vigilar de forma individualizada las medicaciones utilizadas para inducir el sueño, así como de todas aquellas que puedan alterarlo. Se podría programar los cuidados de enfermería de forma que permitan no interrumpir los períodos de sueño: minimizar el ruido, reducir las luces durante los períodos de sueño y proporcionar tranquilidad y apoyo.

Sería importante que en el equipo multidisciplinario que cuida del paciente crítico hubiese un encargado/a de cuidar estos aspectos no físicos, pero que, sin duda alguna, repercutirán en una más pronta recuperación del paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos. Nosotros proponemos implementar protocolos de actuación conjunta entre intensivistas y psiquiatras cuando el paciente crítico presente problemas de alteración del comportamiento, y que seguramente la visión del psiquiatra o el enfermero/a psiquiátrico/a sería de indudable ayuda. Asimismo, se debería vigilar la incidencia del estrés postraumático en los pacientes que han permanecido ingresados en la UCI tras su alta a planta de hospitalización.

Luciano Santana Cabrera^{a,*}, Juliana Martín Alonso^b
y Manuel Sánchez-Palacios^a

^a*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

^b*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana Cabrera).

Bibliografía

1. Mann RE. Preserving humanity in an age of technology. *Intensive Crit Care Nurs.* 1992;8:54-9.
2. Palacios-Ceña D. Management of technology and its influence on nursing care. *Enferm Clin.* 2007;17:146-51.
3. Griffiths RD, Jones C. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2007;20:124-9.
4. Eisendrath SJ, Shim JJ. Management of psychiatric problems in critically ill patients. *Am J Med.* 2006;119:22-9.
5. Talwar A, Liman B, Greenberg H, Feinsilver SH, Vijayan VK. Sleep in the intensive care unit. *Indian J Chest Dis Allied Sci.* 2008;50:151-62.
6. Honkus VL. Sleep deprivation in critical care units. *Crit Care Nurs Q.* 2003;26:179-89; quiz 190-1.
7. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. *Sleep.* 2006;29:707-16.
8. Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;168:1457-61.