



CLÍNICA

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA.

*Iniesta Sánchez, J.; Martín Lozano, R.; Carrión Tortosa, F.; Ruíz Morales, M.T.; Parra Dormal, F.; López Amorós, A.

*U.C.I. Hospital General Universitario de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

INTRODUCCIÓN

Los problemas psicológicos han sido documentados frecuentemente en pacientes con enfermedades crónicas, pacientes en estado crítico que reciben tratamiento en UCI, crónicos sometidos a hemodiálisis, y aquellos a los que se les ha realizado una operación a corazón abierto. Pese a ello encontramos un déficit de estudios respecto a los problemas y alteraciones de la función psicológica en los pacientes que precisan ventilación mecánica, debido a que la recogida de datos en estos pacientes está muy limitada.

Al realizar la revisión bibliográfica nos encontramos con una serie de factores comunes a todos los pacientes que ingresan en UCI, siendo de especial relevancia por su papel en la aparición de desórdenes psicológicos la gravedad de la enfermedad que motiva el ingreso, y el entorno UCI (ambiente). En los pacientes con ventilación mecánica (VM) se suman un grupo de factores como son :

- Restricción de la movilidad.
- Limitación de la habilidad para realizar las actividades cotidianas de forma independiente.
- Imposibilidad de comunicación, así como de ingesta oral de alimentos.

Todo ello conlleva una situación estresante favorecedora de la aparición de alteraciones psicológicas, que complican la tolerancia a la VM e impiden el éxito del posterior destete.

OBJETIVOS

- Integrar la información existente sobre problemas psicológicos en pacientes con enfermedades crónicas, que amenazan la vida, y desórdenes pulmonares, con la limitada información que existe sobre los enfermos sometidos a VM.
- Desarrollar una estrategia de evaluación y tratamiento de los problemas psicológicos.
- Establecer líneas de investigación, encaminadas a conseguir un plan de cuidados para estos pacientes, así como ampliar el campo de conocimientos, ya que toda la bibliografía que se ocupa del tema es anglosajona, y sería interesante conocer evidenciar las diferencias ante la nuestra.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES DE UCI

La mayoría de los pacientes bajo VM reciben al menos una parte de sus cuidados en UCI, de este modo los problemas psicológicos que surgen en el resto de pacientes que precisan cuidados en UCI, pueden ayudarnos a comprender mejor los disturbios psicológicos que se desarrollan en aquellos que están sometidos a VM.

Las alteraciones psicológicas que se han documentado aparecen en un orden de un 14-72% de pacientes UCI en relación a una incidencia menor al 1% de los hospitalizados en el resto de unidades.

Las alteraciones observadas van desde agitación, ansiedad y apatía, a depresión, miedo y delirium. Este último es un síndrome orgánico cerebral agudo, caracterizado por una desorientación progresiva en tiempo, espacio, y persona, asociado con la variabilidad del grado de afectación cognitiva. Se trata de una manifestación de insuficiencia cerebral secundaria a tóxicos, metabolitos, anoxia, o agentes dañinos para el cerebro, y conlleva una mortalidad en torno al 20-30% si no es tratada la causa primaria. Los disturbios psicológicos mencionados anteriormente se presentan según unas bases regulares, cada uno o en combinación, en pacientes que reciben cuidados en UCI por periodos superiores a cinco o siete días.

La etiología de estos problemas es probablemente multifactorial, e incluye la línea de base de la función psicológica del paciente, la enfermedad subyacente, edad, medicación, los efectos de ambiente UCI sobre el sueño y la privación sensorial, y las interacciones con el personal sanitario que le proporciona los cuidados.

INCIDENCIA DE LOS DESÓRDENES PSICOLÓGICOS

Son diversos los estudios realizados sobre la incidencia y tipos de desórdenes psicológicos, el primero se remonta a 1965, fue llevado a cabo por Kornfeld et al, se trata de un trabajo sobre pacientes sometidos a cirugía a corazón abierto, posteriormente se realizaron otros estudios (Egerton and kay), aunque todos manejan unas cifras en torno a una incidencia del 40-50% de delirium, comenzando por una distorsión perceptual y siguiendo con distorsiones de la realidad sensitivas, tanto a nivel acústico como visual.

En la mayoría de los casos el cuadro ocurría tras un intervalo de lucidez durante los tres o cinco primeros días post-quirúrgicos, y se resolvía en uno o dos días tras el traslado a la planta.

ETIOLOGÍA DE LOS DESÓRDENES PSICOLÓGICOS

1- Severidad de la enfermedad, está estrechamente ligada con la aparición de desórdenes psicológicos. Aunque la causa(s) exacta de la alta incidencia de éstos en los pacientes con cuadros patológicos más graves no están dilucidadas, diversos autores apuntan que la anoxia, infección subclínica, y la mayor frecuencia de alteraciones del equilibrio ácido-base y electrolíticos pueden ser factores contribuyentes.

2- Deprivación del sueño, los datos comparados entre sueño y función psicológica están muy limitados a la hora de su registro, pero diversas investigaciones han mostrado que la aparición de trastornos del sueño precede a la aparición de alteraciones psicológicas.

Factores inherentes a los cuidados de pacientes críticos y especialmente el ambiente UCI, contribuyen a la deprivación del sueño. En el estudio llevado a cabo por Egerton and Kay⁴, la mayoría de los pacientes refería que el ruido generado por la conversación de los pacientes y el personal, así como las actividades que estos desarrollaban, contribuía altamente a la interrupción del sueño. Aunque los niveles de ruido por conversación han disminuido desde la implantación de habitaciones individuales, la actividad del personal fuera de estas durante los cuidados rutinarios o circunstancias extraordinarias son comúnmente escuchadas por todos los pacientes. Además de la actividad del personal, el múltiple equipo necesario para monitorizar y tratar a los pacientes críticos contribuye significativamente a elevar el nivel de ruidos en UCI.

La necesidad de medir signos vitales, administrar medicación, o los frecuentes controles analíticos, evitan la realización de un ciclo completo de sueño ininterrumpido por noche, que dependiendo de la gravedad del paciente se repetirá o no en noches sucesivas.

Aurell y Elmquist⁵ verifican que mientras el personal de enfermería refleja en la historia que el paciente duerme durante toda la noche, los registros de un polisomnógrafo demostraban que no dormían más de dos horas en total.

3- Deprivación sensorial, además de la inducción a los desórdenes del sueño, el ambiente UCI favorece la deprivación sensorial, lo que contribuye al desarrollo de problemas psicológicos.

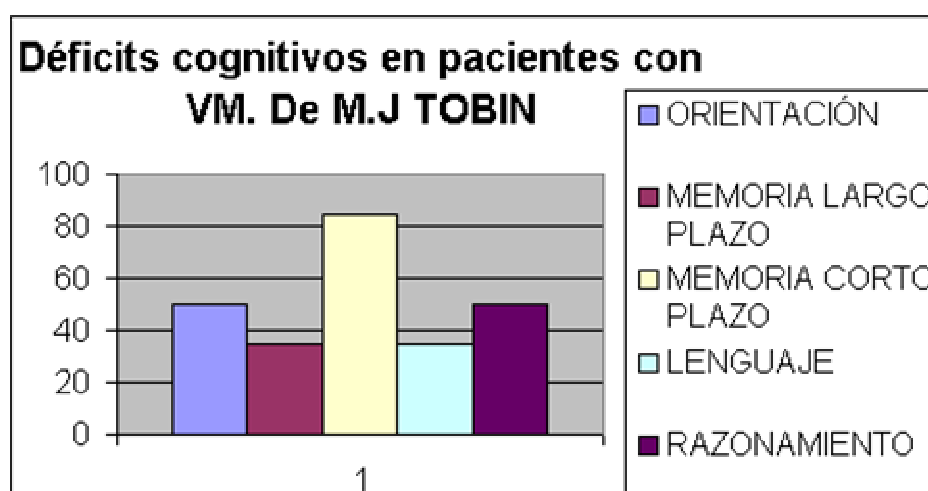
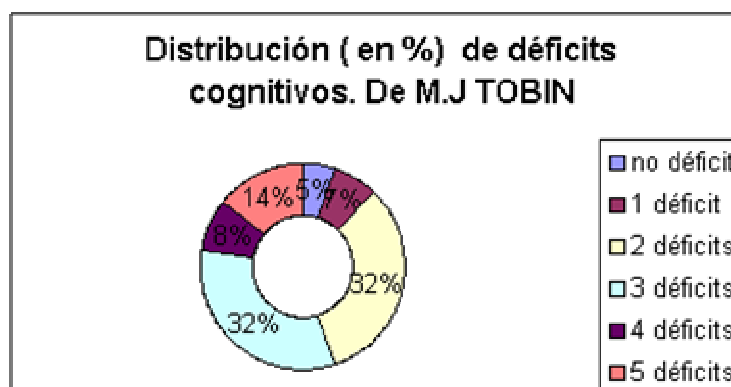
Varios estudios demuestran que la incidencia de alteraciones sensoriales y delirium, es dos o tres veces mayor en una UCI sin ventanas que con ellas. También sostienen que la uniformidad o inexistencia de estímulos pueden ser responsables de la aparición de las alucinaciones y desórdenes del pensamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN PACIENTES CON VM

1- Efectos de la enfermedad pulmonar sobre la función psicológica:

- Intercambio gaseoso, la hipoxemia e hipercapnia encontradas en algunos pacientes con EPOC, están asociadas con una sintomatología psicológica y detrimentos de la función cognitiva, entre los que se incluyen desajustes del juicio, fallos de la memoria a corto plazo, cambios perceptuales, e indiferencia o falta de atención entre otros.

- Déficit cognitivos, recientemente se ha evaluado la prevalencia y distribución de déficit neuropsicológicos en pacientes dependientes de VM, cuyos resultados quedan reflejados en las gráficas que se pueden observar a continuación:



- Efecto de la disnea crónica, además de déficit cognitivos, otros desórdenes encontrados comúnmente en pacientes con enfermedades pulmonares severas pueden contribuir al desarrollo de problemas psicológicos. Los pacientes sometidos durante un largo periodo a VM, sufre una atrofia y pérdida de funcionalidad de los músculos respiratorios, lo que dificulta el posterior destete.

La disnea es un síntoma que a menudo produce una sensación de ansiedad y tiende a incrementarla independientemente de los cambios psicológicos que se produzcan.

La aparición de emociones tanto positivas como negativas puede conllevar cambios en la demanda de oxígeno, incrementando la disnea.

- Medicación, puede producir efectos que se manifiestan con síntomas de problemas psicológicos, así por ejemplo:
 - Aminofilina ha sido relacionada con déficit neuropsicológicos.
 - ACTH tiene efectos adversos sobre el nivel de conciencia y la memoria.
 - La terapia con corticoides puede influir en la atención y la memoria.

- Patrones de personalidad, van a depender de la enfermedad crónica desarrollada por cada paciente.

2- Efectos de la VM sobre la función psicológica:

- Riggio and colleagues⁶ llevaron a cabo un estudio en el que pacientes sometidos a VM ponían de manifiesto como causas de stress psicológico la falta de habilidad para comunicarse, la desorientación, pérdida de memoria, dolor y disconfort.
- Bergbom-Engberg y Haljamae⁷ realizaron un estudio retrospectivo sobre las relaciones emocionales de pacientes sometidos a VM, de forma que un 47% de los mismos reportaron sentir ansiedad o temor, y el 90% describía la experiencia como estresante o incómoda cuatro años después de haber estado sometidos a VM.

El soporte ventilatorio conlleva una pérdida de independencia y control sobre la más vital de las actividades voluntarias para el mantenimiento de la vida " respirar". Los pacientes están usualmente muy afectados por temores sobre la muerte, abandono por la familia o el personal, que pueden ser cruciales, produciendo ansiedad, depresión, y/o sobre todo modificación de la conducta.

El respirador y el resto del aparataje son una importante fuente de stress, los tubos endotraqueales y la intubación nasal a menudo producen traumas traqueales y laríngeos, siendo numerosos los pacientes que refieren falta de habilidad para la comunicación, derivada de la intubación.

La aspiración endotraqueal supone una fuente adicional de stress, siendo percibida como una sensación incómoda, comparándola con náuseas o asfixia.

La respuesta psicológica a la VM conlleva la adaptación a tres fuentes de stress:

- La enfermedad pulmonar subyacente y las alteraciones del intercambio gaseoso.
- La situación crítica de la enfermedad.
- La adaptación al equipo de VM.

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

El enfoque afectivo y la pericia comunicativa del personal sanitario tiene una especial relevancia en el establecimiento de un entendimiento que permita la evaluación psicológica. La comunicación verbal es un elemento fundamental en el desarrollo del entendimiento, y enfermería debe estar alerta para mantener el contacto visual con el paciente.

El personal sanitario puede facilitar al paciente la expresión de sensaciones y preocupaciones usando cuestiones abiertas o cerradas, permitiendo silencios, o no interrumpiendo al paciente mientras forma una respuesta, y apoyando las palabras de éste para clarificar sensaciones.

Los componentes básicos del examen psicológico son fundamentalmente:

- Identificación de factores que pueden contribuir o exacerbar el presente estado psicológico.

- Valoración psicosocial y conductual.

ACTUACIÓN EN LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE DEPENDIENTE DE VM

1- El ambiente, como hemos mencionado con anterioridad es uno de los factores más estresantes con el que nos vamos a encontrar. Para combatirlo debemos llevar a cabo las siguientes medidas:

- Colocar a los pacientes en habitaciones individuales.
- Minimizar las intervenciones nocturnas para maximizar el periodo de sueño ininterrumpido.
- Reducir el acúmulo de sensaciones monótonas, p.e. sacando los equipos de monitorización fuera de la habitación, o sustituyéndolos por equipos silenciosos.
- Incrementar la movilidad del paciente lo máximo posible.
- Dotar la habitación del paciente con objetos que le faciliten su orientación, como reloj, calendario y objetos familiares.
- Que cada habitación tenga una ventana al exterior.

2- Comunicación, su mejora entre los pacientes dependientes de VM y sus familiares o personal sanitario desciende el stress, facilita la toma de decisiones y disminuye la probabilidad de aislamiento. Recurriremos a técnicas de lenguaje no verbal, uso de imágenes y símbolos, y lenguaje aumentativo.

3- Planes de tratamiento comprensivos y multidisciplinarios, en pacientes con EPOC, o sometidos a VM de forma crónica, se ha demostrado que la participación activa del paciente y la familia en un programa de rehabilitación, puede mejorar el status físico, sintomático y psicológico del paciente. Estos programas son llevados a cabo por un equipo multidisciplinario (médico, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo, etc.,)

Existen programas para proveer de cuidados estables a pacientes con soporte de VM fuera de UCI, que muestran una reducción significativa del coste de los cuidados.

4- Técnicas que facilitan el destete de la VM.

- Entrenamiento bio-feedback, su aplicación en técnicas de relajación que inciden en la reducción de la ansiedad y la disnea han demostrado una importante implicación en el destete efectivo de la VM. Anima al paciente a controlar una respuesta psicológica mediante dichas técnicas que incluyen monitorización visual o auditiva para alcanzar un objetivo. Son diversos los estudios en los que los pacientes ponen de manifiesto una disminución de la disnea y la ansiedad con el uso de este método.
- Estimulación mediante frío facial, la sensación de ahogo extrema debido a distintas afecciones pulmonares a menudo refieren un alivio sintomático cuando reciben aire fría dirigido a la cara. Esta terapia aún no ha sido lo suficientemente estudiada, aunque arroja resultados positivos, ya que los pacientes argumentan una disminución de la disnea al aplicar flujos de aire frío en la cara.

- Efecto de la medicación psicotrópica sobre la disnea, la administración de diversos fármacos, como la codeína, benzodiacepinas y la morfina, persiguen la reducción de la disnea y optimizar la capacidad ejercitatoria muscular. A pesar de que el uso de opiáceos puede tener un efecto beneficioso, los efectos de sedación e hipercapnia desaconsejan su utilización en el destete, aunque algunos estudios demuestran que usando bajas dosis nebulizadas de morfina se reduce la disnea por su efecto estimulante sobre las ramas aferentes de los nervios pulmonares, y se evitan sus efectos sistémicos.

CONCLUSIONES

- Se observa la necesidad de establecer líneas de investigación para establecer sistemas de comunicación con estos pacientes.
- Es aconsejable protocolarizar la actuación en el destete del paciente.
- Fomentar la participación del enfermo en sus cuidados.
- Es preciso crear un ambiente en el que el paciente se sienta integrado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gerard J. Criner. Chapter 51, pág. 1163-73 Psychological problems in the ventilator-dependent patient. En : Tobin M.J. principles and practice of mechanical ventilation. McGraw Hill U.S.A. 1994.
- 2- R.D. Bradley. Vol. III, sección 14. Terapia intensiva: ventilación a presión positiva. Apartado 14.13. Weatherall D. J. Oxford textbook of medicine. Traducción de editorial médica Panamericana. Ed. Médicas folium. Barcelona 1992.
- 3- Latarjet-Ruiz Liard. Vol II. Cap. XIX. Aparato respiratorio. Latarjet-Ruiz Liard. Anatomía humana. Editorial Panamericana, 2ª ed. México 1990.
- 4- Egerton and kay. Psychological disturbances associated with open heart surgery. Brj psiquiatric 1964; 110:433-9
- 5- Aurell, J and Elmquist, D. Sleep in surgical intensive care unit: continues poligraphic recording of sleep in nine patients receiving post-operated care. Br med. J 1985; 290:1029-32.
- 6- Riggio and colleagues. Psychological issues in the care of critically ill respirator patients: diferencial percptions of patien´s relatives and staff. Psychol.rep. 1982; 51: 363-9.
- 7- Bergbon-Engberg and Haljamae. Assessment of patient´s experience of discomforts during respirator therapy. Crit. Care med. 1989; 17:1068-72

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia