

ARTÍCULO DE OPINIÓN



¿Dejan de ser los pacientes graves seres biopsicosociales?

Are not the critically ill patients biological, psychological and social being?

Alexei Rafael Pérez García¹

Recientemente en una asamblea del servicio donde labora el autor, uno de los temas más discutidos fue la visita de familiares a la unidad de cuidados intensivos polivalentes (UCIP). Pudimos apreciar una gran diversidad de opiniones y falta de justificación lógica en los argumentos a favor o en contra que los profesionales emitían sobre este tema, del cual ya habíamos comentado en actividades docentes haciendo referencia a algunos proyectos existentes en la actualidad como son el de UCI de puertas abiertas y humanizando las UCI.^{1,2}

Podemos recordar que desde los inicios de la carrera de medicina, en las asignaturas de Sociedad y Salud, Filosofía y Psicología;³ cuando apenas conocíamos lo que era un paciente, ya se nos enseñaba que los humanos somos seres biopsicosociales. La relación existente entre los componentes de esta tríada inseparable era necesaria para conocer la verdadera evolución del hombre des-

de el nacimiento hasta la muerte y el desarrollo del proceso salud y enfermedad. El modelo propuesto por Engel en 1977 apoya la concepción que en todos los estadios del proceso salud y enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales, no solo en lo que respecta a un estadio de salud, puesto que se extiende hasta los diferentes niveles de la enfermedad.⁴ Por tanto, es necesario comprender que los pacientes en estado grave o crítico, biológicamente muy enfermos y al borde de la muerte, cuyos males están muy relacionados con factores psicológicos y socioambientales que han determinado la aparición de enfermedades o la expresión fenotípica de otras genéticamente predeterminadas, los estamos mirando desde un punto de vista muy "biologisista", pero dejamos vacíos importantes determinantes en su evolución y que son de índole social y psicológica.

Para obtener mayor información sobre cómo vemos esta situación los profesionales de la salud, los propios pacientes y sus familiares, fue elaborada una encuesta (Anexo I), cuyo objetivo fundamental no fue establecer la entrada de familiares a la UCIP, puesto

Correspondencia: Alexei R. Pérez García. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Iván Portuondo. San Antonio de los Baños. Artemisa. Cuba. Email: alexeipg@infomed.sld.cu

que esta decisión debe ser tomada a nivel institucional. Tampoco fue conocer si se cuenta con las condiciones estructurales y físicas para el desarrollo de esta actividad, pero sí para evidenciar cuál es la concepción que tienen los encuestados en relación al tema, las cuales constituye actualmente las restricciones fundamentales según algunos estudios.⁵

A criterio del autor, las diversas respuestas pueden ser influenciadas por las ventajas o desventajas que le traería a cada quién la entrada de familiares a la UCIP, pues aún más importante serían las justificaciones.

-Relación existente entre la categoría de los encuestados, nivel de aceptación de las visitas a la UCIP y justificaciones

Fueron encuestados 195 personas. En relación a la categoría médicos, el 42,3 % de los encuestados, y que trabajaban en la UCIP, respondieron que sí a permitir visitas de familiares dentro de la unidad; contra el 60 % de los que laboraban fuera de la UCIP y apoyaban que deben existir visitas en este tipo de unidad. Los argumentos en cada grupo no varían, siendo los más significativos la posibilidad de reinfección de los pacientes por microorganismos transmitidos a través de los visitantes, la intromisión en la terapéutica y la posibilidad de entorpecer el trabajo médico y de enfermería para las respuestas negativas. Para las respuestas positivas mencionaron solo la posibilidad de apoyo psicológico a los pacientes.

En el grupo de los enfermeros, el 86,3 % de los que laboraban en terapia y el 62,5 % de los que no, emitieron respuestas positivas. Evidentemente

existe un número superior de enfermeros, en relación a la categoría médico, que está de acuerdo con las visitas. Los argumentos de las respuestas también coinciden en ambos grupos para las negativas. Sin embargo, plantearon que los familiares pueden mejorar la actitud de los pacientes a la ingestión de medicamentos y la alimentación, mejoran su estado psicológico al poder establecer algún tipo de contacto, favorecen una mejor higiene y resaltan la importancia de la posible disminución de la carga de trabajo.

Fueron entrevistados 50 familiares. El 98 % de ellos estaban de acuerdo con las visitas y emitían criterios más convincentes que los de los médicos, a pesar de tener la mayoría menor grado de escolaridad. Muchos de estos criterios fueron similares a los mencionados por los enfermeros, afirmando que era muy importante poder comunicarse verbal o extraverbalmente con los enfermos, alimentarlos, ayudar con el aseo y otros cuidados, vigilar el cumplimiento del horario de administración de los medicamentos y facilitar el traslado de los pacientes a la realización de estudios fuera del servicio.

El apoyo psicológico era el argumento principal aunque no lo lograban explicar detalladamente, y a pesar de la aceptación casi generalizada de este grupo, el 92,3 % temía por la posibilidad de transmisión de microorganismos de ellos hacia los pacientes.

Únicamente 15 pacientes fueron encuestados, de los cuáles dos eran trabajadores de la salud. Todos apoyaban la participación de los familiares en su cuidado, pero el argumento más importante era el apoyo psicológico y la seguridad que les brindaba su familiar. Solo los comentarios realizados por un médico y un técnico de laboratorio, los

cuales tuvieron el rol de pacientes en algún momento, profundizaban en la importancia de la vigilancia y la ayuda que sería para los enfermeros y el paciente la presencia de los familiares, la mayoría no mencionaban aspectos negativos de las visitas.

La mitad de los paramédicos apoyaron la entrada de familiares a la UCIP. Las respuestas negativas fueron similares a las de los otros grupos dentro de la categoría de profesionales de la salud y para las afirmativas fue el apoyo psicológico lo más coincidente.

-Interpretación de los resultados de la encuesta

A modo de opinión pensamos que en esta investigación la intención de las respuestas estaba determinada esencialmente por la necesidad de cada entrevistado para aceptar las visitas a la UCIP, lo cual, lógicamente era predominante en el grupo de los familiares y los pacientes, puesto que eran los más relacionados directa o indirectamente. Teóricamente el nivel científico, que no fue objetivo de la encuesta pero está implícito en cada categoría, debía influir en la justificación de la respuesta y no en la intención, pero inversamente a esto se encontró que en el grupo de los médicos existieron respuestas menos consistentes que el resto de los encuestados a pesar de ser el 100 % universitario, así por ejemplo: ¿Cómo podrían los familiares entorpecer el trabajo de médicos y enfermeros o afectar directamente la terapéutica y el manejo de los pacientes?

Es un derecho de todos los pacientes y familiares conocer y participar en las decisiones que se toman en relación a la realización de determinados procedimientos, así como velar por el cum-

plimiento de los tratamientos y el buen trato físico y psicológico. Esto sería simplemente cumplir con los principios de la ética médica. En todo caso es la comunicación el factor determinante del éxito en la relación médico-paciente.

-¿Acaso el personal médico o paramédico utiliza algún tipo de vestuario especial o módulo estéril para el tránsito diario y constante dentro de la mayoría de las UCIP, o estas medidas son utilizadas solo para la realización de procedimientos donde se exigen normas de antisepsia establecidas y normadas?

-¿No son los gérmenes nosocomiales la causa más frecuente de infección adquirida en la UCIP?

-¿Existe en estos servicios algún método de barrera a partir del cual no se pueda transitar porque delimita un área estéril en la cual se encuentran los pacientes?

-¿No sería más importante el correcto lavado de las manos por parte de los familiares o el personal de salud, que la presencia o no de ellos dentro de la unidad para evitar las infecciones dentro del ambiente de la UCIP?

-¿Qué diferencia al personal de limpieza, camilleros y pantristas por citar algunos ejemplos, de los familiares de los pacientes en el orden físico y biológico dentro de la UCIP?

Las respuestas derivadas de estas interrogantes, por solo mencionar algunas, muestran claramente que no existe en nuestro medio motivo real para decir que los familiares aumentan las infecciones, o el riesgo de contraerlas, en los pacientes.

¿Cómo puede influir el apoyo psicológico en la evolución de un paciente grave?

El cerebro como centro de control del pensamiento, la conducta, la psiquis y todas las funciones de órganos, constituye el motor generador de todas las reacciones orgánicas que se producen por la acción de factores psicológicos. Al mismo tiempo las alteraciones orgánicas resultantes de distintas enfermedades pueden tener gran influencia en las variaciones del pensamiento, la conducta y la psiquis. La psiquis es el reflejo subjetivo del mundo real y es distinta para cada individuo,^{6,7} puede causar o ser determinante en la evolución de muchas enfermedades por lo que citaremos algunos ejemplos:

Sobre el estado cardiovascular:

La ingestión excesiva de sodio y baja de potasio, el estrés y el patrón A de conducta coronaria son factores de riesgo de cardiopatía isquémica.

Es conocido que ante una situación de estrés se produce liberación de catecolaminas con el consiguiente aumento de la vasoconstricción sistémica y por tanto aumento del flujo sanguíneo a los órganos más necesitados en ese momento que son el cerebro y los músculos. Pero esta situación genera alta tensión vascular y daño endotelial. De esta manera explicamos cómo científicos de todo el mundo han reportado que las malas condiciones de vida y el estrés psicológico, son causantes o coadyuvantes de la enfermedad hipertensiva y mayor riesgo coronario.

Síndrome de hiperventilación:

La hiperventilación es un síndrome fisiológicamente asociado a situaciones de miedo, ira o angustia. En la UCIP se asocia además al dolor, la fiebre, la disincronía del ventilador al paciente, entre otras. Sin embargo, son las causas subjetivas las más olvidadas y

no menos importante. Este síndrome causa alcalosis respiratoria, alteraciones del potasio y el cloro, deshidratación hipertónica y otros desequilibrios que influyen negativamente en la evolución del paciente grave independientemente de la etiología de su enfermedad de base. Las emociones alteran de forma importante la respiración, modificando su frecuencia y su profundidad, el paciente siente que se ahoga y produce repetidos y grandes suspiros que agravan la falta de aire, intentando resolver la crisis se genera más hiperventilación que termina por empeorar la situación de salud y puede ser mal interpretada y confundida con otras causas de disnea.

Asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica:

El asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son procesos con un componente obstructivo bronquial originados por alergia, hábito de fumar u otras causas en las que los factores psicosociales modifican la respuesta fisiológica. Su evolución se relaciona con el síndrome de hiperventilación, suele afectar más a los niños que a los adultos pero en general se asocia con estado depresivo, ansiedad e inseguridad actuando como factor desencadenante de la crisis.

Existen hipótesis sobre patrón específico de personalidad del paciente asmático lo cual no se ha podido probar, pero hemos visto en la práctica médica un número importante de casos que presentan crisis de agitación o histeria y posteriormente presentan un episodio de broncoespasmo severo o viceversa.

Síndrome hiperglucémico:

El paciente con diabetes mellitus y otros que hacen una crisis hiperglucémica resultante de una enfermedad aguda y

grave, el estado emocional determina de diferentes formas la evolución de la enfermedad. Las situaciones estresantes a través de la liberación de catecolaminas y esteroides sistémicos agravan la hiperglicemia, la depresión o ansiedad puede llevar al paciente a la ingestión inadecuada de los fármacos hipoglucemiantes, y el síndrome de hiperventilación acompañante, genera pérdida excesiva de agua e inanición, desencadenando en ocasiones graves complicaciones como la cetoacidosis diabética o el síndrome hiperosmolar no cetótico. Además el médico debe lograr que el paciente con diabetes comprenda y valore su enfermedad, debe tener el apoyo familiar y de la sociedad, tiene que conocer todas las medidas para el control estricto de la dieta, aplicación del tratamiento vigente, y régimen de ejercicios físicos indicados, todos elementos del comportamiento humano y del estilo de vida.

Finalmente hemos analizado como la psiquis puede regular el estilo de vida e interferir significativamente de manera directa o indirectamente en el curso de una enfermedad grave mediante funciones que determinan la salud:

1. Sirve de eslabón en la toma de decisiones con respecto a la salud.
2. Participa en el proceso de establecimiento y detección de las necesidades y motivos que tienen que ver con la salud.
3. Constituye un eslabón en la cadena multicausal de la enfermedad.

4. Participa en el proceso de formación de la imagen del mundo y de sí mismo.

La presencia de un paciente en la UCI provoca aislamiento y separación de sus seres queridos que en muchos casos podría ser definitiva, no le permitimos al familiar, o lo hacemos al mínimo, la participación en la toma de decisiones y determinamos hasta el momento para la comunicación con su ser querido.⁸ El concepto de familia ha sufrido muchos cambios a lo largo del tiempo, familia es quién decida el individuo y no quién tenga lazos consanguíneos necesariamente, lo cual le da un énfasis más social al mismo concepto y que no se pierde ni en la enfermedad crítica.⁹

La tendencia al aislamiento de los pacientes en la UCI es universal, por ejemplo; en España han existido dificultades con la participación de familiares en los cuidados de los pacientes,¹⁰ pero al mismo tiempo se ha iniciado una revolución con resultados distintos en otros centros del mundo.¹¹

Los resultados de algunas encuestas realizadas en algunos centros del mundo, demuestran que existe mayor inclinación a la negación de la participación familiar en los cuidados de los pacientes por parte de los profesionales de la salud, por motivos poco justificados, dándole mayor significación a posibles intromisiones de la familia en el cuidado de los pacientes que a los beneficios que estos pueden aportar, no siendo así los criterios de pacientes y familiares.^{12,13}

Conclusiones

Los resultados de nuestra investigación demostraron que los motivos expuestos por todos los encuestados sobre la ne-

gación de las visitas de los familiares a la UCIP, carecían de fundamento científico, siendo más evidente en la

categoría de los médicos. Todos los participantes afirmaron que el apoyo psicológico era beneficioso para los pacientes y fueron los grupos, de pacientes y familiares, los que más aceptaron la entrada a la UCIP. Recomendamos la realización de actividades de promoción que ayuden a cambiar la caduca mentalidad existente en nuestro medio, que se opone a una mayor interacción entre la familia y el enfermo grave. Los gru-

pos de trabajo en los centros de atención a este tipo de pacientes deberían considerar esta idea como una acción de salud que aporta mayores contribuciones a los pacientes y familiares que daños. Solo debemos trabajar con la responsabilidad y el amor que le corresponde a esta profesión, extraordinariamente bien y hacernos una pregunta: ¿A que le tememos?

Referencias bibliográficas

- 1- Palencia Herrejón E. Proyecto "UCI de puertas abiertas". REMI [Internet]. Mayo 2015 [citado 5 de abril de 2016]; Artículo nº B101. Vol 15 nº 5. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/search?q=%22UCI+de+puertas+abiertas>
- 2- Proyecto "HU-CI". REMI [Internet]. Febrero 2014 [citado 5 de abril de 2016]; Artículo nº B78. Vol 14 nº 2. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/search?q=Proyecto+%22HU-CI>
- 3- Nuñez de Villavicencio y Cols. Psicología Médica, Tomo 1. Edit. Pueblo y Educ. 1991.
- 4- Laham M. Psicología de la salud. El Modelo Biopsicosocial. Disponible en: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad//el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1pp>
- 5- Velasco Bueno JM. ¿Es la hora de las visitas o el momento de los familiares? REMI [Internet]. Julio 2014 [citado 5 de abril de 2016]; Artículo nº A194. Vol 14 nº 7. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/search?q=%C2%BF%20E+la+hora+de+las+visitas+o+el+momento+de+los+familiares%3F>

- 6- Enciclopedia de la Psicología. Edit. Océano, Cap. 24, Medicina Psicosomática. Madrid, España, 1998.
- 7- Nuñez de Villavicencio y cols. Psicología y Salud, libro de Texto de la asignatura, Editorial Ciencias Médicas, 2001 (Parte II, La personalidad como sistema regulador de la conducta.
- 8- Institute for Patient- and Family-Centered Care. Changing hospital "visiting" and policies and practices: supporting family presence and participation. [Internet]. 2010 [citado 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ipfcc.org/advance/topics/better-together-partnering.html>
- 9- Registered Nurses Association of Ontario. RNAO. Guía de Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas. Ontario [Internet]. 2006 [citado 5 de abril de 2016]; Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ApoyoFamilia_022014.pdf
- 10- Martínez Ques A. Las visitas en la UCI: ¿Es hora de cambiar? REMI [Internet]. 2005 [citado 6 de abril de 2016]; Artículo nº 867. Vol 5 nº 6. Disponible en:

<http://remi.uninet.edu/2005/06/REMI0867.htm>

11- Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour JM. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? Intensive Care Med [Internet]. May2014 [citado 5 de abril de 2016]; 40(5):730-3.doi: 10.1007/s00134-014-3267-y.Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24687297>

12- Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. Crit Care

Med [Internet]. Feb 2007 [citado 5 de abril de 2016]; 35(2): 497-501.Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Visiting+hours+policies+in+New+England+intensive+care+units%3A>

13- McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. Intensive Care Med [Internet]. Jun 2008 [citado 5 de abril de 2016]; 34(6): 1097-101. Doi: 10.1007/s00134-008-1066-z.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18369593>

Anexo

Encuesta anónima. Unidad de cuidados intensivos polivalentes (UCIP). Hospital general docente Iván Portuondo. Artemisa 2015.

Con el objetivo de conocer su opinión sobre la presencia de familiares en las unidades de atención al grave necesitamos que usted responda con veracidad y de manera sencilla la siguiente pregunta. La información obtenida en este documento será utilizada con fines investigativos.

-Identifíquese marcando con una **X** la categoría a la cual pertenece.

Personal médico que trabaja en la UCIP

Personal médico que no trabaja en la UCIP

Personal de enfermería que trabaja en la UCIP

Personal de enfermería que no trabaja en la UCIP

Familiar de paciente ingresado en la UCIP

Paciente ingresado en la UCIP

Personal paramédico (incluye psicólogos, camilleros, pantristas, tecnólogos y ambulancieros)

1-¿Considera usted que deben existir visitas de familiares a los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI)? Marque con una **X**.

Sí No

Justifique su respuesta de forma concreta y haga uso de los conocimientos y la información que tenga sobre el tema.

Recibido: 10 de junio de 2016

Aprobado: 01 de septiembre de 2016

La presente investigación no llevó implícita la toma de decisiones o conductas sobre los pacientes (permitir o no la entrada a la UCIP), ya que el único objetivo fue conocer las diferentes opiniones que los encuestados tenían sobre el tema. Contamos además con la aprobación del jefe de servicio y el consejo científico de la institución.

¹Master en Ciencia en Urgencias Médicas. Especialista de primer grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor.

Correspondencia: alexeipg@infomed.sld.cu
