

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN CONDICIONES CRÍTICAS

*Carmen Lilia Rodríguez Medina**

Fecha de recepción: Octubre 05 de 2009

Fecha de aceptación: Octubre 30 de 2009

RESUMEN

El presente artículo analiza los factores que alteran la calidad de vida del paciente en condiciones críticas de salud. Los pacientes Críticos, pueden presentar síntomas que interfieren con su capacidad física, tales como la pérdida de la movilidad y la flexibilidad pero también se afecta su vida personal y profesional ya que los síntomas y la fisiopatología de la enfermedad interfiere con las funciones sociales y personales, incluyendo conflicto matrimonial, disfunción sexual, y estrés psicológico. Todos éstos, alteran la calidad de vida y el bienestar general del paciente “la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional acompañada de un componente psicológico que conlleva sufrimiento y dolor y un elemento social porque supone una deficiencia y/o discapacidad”. Entender los cambios que se producen en la calidad de vida de las personas hospitalizadas en una unidad de cuidado intensivo permite comprender mejor las necesidades y expectativas de estos pacientes a la vez puede promover un mayor sentido humano en los profesionales de la salud para afrontar estas situaciones.

Palabras clave: calidad de vida, paciente crítico, autoimagen, integración social.

* Fisioterapeuta, Departamento del Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Grupo de investigación profundización en kinesioterapia, Línea de investigación el Movimiento Corporal Humano en condiciones críticas de salud. E mail: clrodriguez@unal.edu.co

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN CRITICAL CONDITION

ABSTRACT

This article analyzes the factors that affect the quality of life for patients in critical health conditions. These patients may present symptoms that interfere with their physical ability such as the loss of movement and flexibility. It also affects their personal and professional life because the symptoms and pathophysiology of the disease interferes with the social and personal functions, including marital conflict, sexual dysfunction, and psychological stress. All these alter the quality of life and general welfare of the patient “the disease must be understood as a biological process that involves structural and functional impairment accompanied by a psychological component that brings suffering and pain and a social element because it represents a deficiency and a disability”. To understand the changes occurring in the quality of life of people hospitalized in an intensive care unit aloud a better understanding of the needs and expectations of these patients while promoting a greater human sense on health professionals to address these situations.

Key words: quality of life, critical patient, self concept, social integration.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes que ingresan a una Unidad de cuidado intensivo (UCI) son muchos los aspectos que se alteran ya sea por la enfermedad, el tratamiento o la inmovilización dada por la hospitalización; estas acciones de forma directa o indirecta alteran la calidad de vida de las personas.

En Medicina y específicamente en Salud Pública, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental. A menudo los médicos han utilizado la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL, por sus siglas en inglés) para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Asimismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto buscando establecer los efectos de numerosos trastornos, discapacidades permanentes o temporales y enfermedades en diferentes poblaciones.

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste, cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad del individuo y el en-

torno en el que vive y se desarrolla. Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está interrelacionado de modo complejo con la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”, Grupo WHOQOL (1996).

Los pacientes Críticos, pueden presentar síntomas que interfieren con su capacidad física, tales como la pérdida de la movilidad y la flexibilidad pero también se afecta su vida personal y profesional ya que los síntomas y la fisiopatología de la enfermedad interfiere con las funciones sociales y personales, incluyendo conflicto matrimonial, disfunción sexual, y estrés psicológico. Todos éstos, alteran la calidad de vida y el bienestar general del paciente, temen a la idea de muerte y al mismo proceso de la enfermedad. Manifiestan, por ejemplo, inseguridad respecto de su propia capacidad para enfrentar síntomas como el dolor. Además, suelen expresar el temor a dependencia de terceros, como familiares, por la discapacidad que la enfermedad genera la cual le impide ejecutar normalmente actividades cotidianas. Estos miedos pueden precipitar la depresión, con la consecuente disminución de la calidad de vida.

En este contexto, “la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional acompañada de un componente psicológico que conlleva sufrimiento y dolor y un elemento social porque supone una deficiencia y/o discapacidad”, Nery y Cruz (2007). Entender los cambios que se producen en la calidad de vida de las personas hospitalizadas en una unidad de cuidado intensivo permite comprender mejor las necesidades y expectativas de estos pacientes a la vez puede promover un mayor sentido humano en los profesionales de la salud para afrontar estas situaciones.

PARÁMETROS QUE DEFINEN LA CALIDAD DE VIDA

Los parámetros más importantes para definir la calidad de vida del paciente son:

- Bienestar psicológico
 - Integración social
 - Bienestar físico y capacidad funcional.
- A. El bienestar psicológico se ve afectado por: la ansiedad, la depresión, la calidad del sueño, el miedo a la muerte, la posibilidad de no recuperación, la no efectividad del tratamiento. Con el paciente viene una historia personal que será puesta en juego en todo momento del proceso clínico; desconocerla o no tomarla en cuenta, altera aún más su bienestar psicológico. Hewitt (2002) destaca la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desórdenes afectivos manifestados por los pacientes críticos ingresados en una UCI, siendo su necesidad primaria la sensación de seguridad. Además, afirma que las drogas sedantes desempeñan un rol importante en la aparición de los estados confusionales (desorientación y alteraciones perceptivas como ilusiones, delirios, alucinaciones visuales y táctiles, etc.).

Cada persona tiene su propia “auto imagen”, es decir, la percepción de cómo aparentamos, quiénes somos ante nosotros y frente a los demás. Aquellas personas que están felices con su “auto imagen”, tienen mayor probabilidad de estar seguros de sí mis-

mo, por lo general son más productivos en el trabajo y en las actividades sociales. Se sienten más confortables y confiados en las relaciones con los demás. Sin embargo aún, pequeñas alteraciones exteriores que se pueden producir por cualquier patología aguda que lleva a una condición crítica, pueden producir transformaciones en el interior de las personas, acarreando grandes cambios en la autoimagen desestabilizando y restando seguridad a la persona.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo desconocido, llevando a experimentar una serie de reacciones emocionales. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones; se destacan el tipo de enfermedad, la personalidad del paciente, su edad, el tipo de acompañamiento y apoyo de la familia y los amigos, la personalidad y la presencia o ausencia de calidez humana de los profesionales que lo atienden. Las enfermedades agudas que ponen en riesgo la vida de una persona, producen mayor ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad para respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación se revierte. El diagnóstico de la enfermedad genera miedo y muchas veces hasta, sentimientos de culpa, así como diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

Se han descrito los siguientes componentes que se pueden presentar en forma individual o combinada, Vinaccia y Fernández (2005):

- Disminución de la energía física. Limita su actividad y le obliga a adoptar una posición auto defensiva; se encorva o se postra en cama deseando que este estado sea lo más pasajero posible. Esta disminución se debe a el desbalance entre el aporte calórico que recibe el paciente y el gasto energético producido por su enfermedad, llevándolo a pérdida de peso, debilidad muscular, en muchos casos catabolismo de las proteínas con la consecuente desnutrición proteico-calórica
- Sufrimiento físico localizado. La molestia principal se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad. Entre ma-

por sea el dolor mayor será la preocupación por su enfermedad. así como la limitación de su movimiento corporal, uno de los mecanismos de defensa del cuerpo ante el dolor es la inmovilidad de un miembro o del cuerpo, aumentando aun más la pérdida de fuerza muscular y la mala alineación postural.

- **Angustia.** La angustia que origina la enfermedad depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias que experimente, así como de las peculiaridades de su personalidad mostrando intranquilidad, desesperación que repercute en la disminución del apetito, del sueño, y la formulación de quejas frecuentemente.
- **Ansiedad.** Es la emoción más común; está presente de manera diferente desde la infancia hasta la vejez. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a la amenaza aún indefinida. Cuando la amenaza se ha definido en algo concreto, la ansiedad da paso al miedo (miedo a algo concreto). La ansiedad se puede expresar de manera diferente, como por ejemplo, inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad y temor. Muchas veces los síntomas son tan intensos como para provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres y hasta una serie de quejas gastrointestinales, cardiológicas o genitourinarias.
- **Depresión.** Surge ante vivencias de pérdida, incluyendo la salud. De ahí que la asociación entre depresión y enfermedad médica sea común, haciendo que la calidad de vida del individuo disminuya, se retrasa la curación y aumenta el riesgo de suicidio.
- **Temor a la soledad e Invalidez.** La evolución de la enfermedad, las molestias somáticas, el estado de ánimo deprimido determinan que en algún momento el paciente sienta amenazada su existencia, sienta temor a la soledad cuando él se encuentre solo, en un estado crítico de su enfermedad, pues para él, es el único que sufre esa enfermedad y entonces experimenta inseguridad respecto a sus resistencia orgánica y al hecho de que no pueda recuperarse o quede con alguna discapacidad.
- **Significación de la enfermedad.** Cada Individuo cuando pierde el estado de bienestar que le pro-

porciona su salud trata de encontrar un significado a su enfermedad. Según las vivencias que haya tenido anteriormente, las sensaciones que experimente durante el proceso de su enfermedad estarán influidas por sus conceptos sociales, morales, religiosos, según su edad, el sexo, la raza, así como su constitución y su personalidad López, Ibar Ortiz, y López (1996).

- Algunos pacientes consideran su enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y para soportar el sufrimiento. Otros pacientes la consideran como un castigo a su actitud y comportamiento no muy adecuado que les permitirá reflexionar y adoptar una nueva actitud frente a su familia y la sociedad.
- B. En cuanto a la integración social: Esta es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas a participar en todos los ámbitos de la sociedad que se inician desde la misma capacidad de decisiones en cuanto a comunicación, vestido, alimentación y otras tales como educación, trabajo, ocio, cultura; todas sustentan los vínculos o redes sociales que impulsan el desarrollo humano.

Una enfermedad aguda que ponga en riesgo la vida de la persona lo lleva a perder la comunicación o tener que modificarla ya que en muchas ocasiones se encuentra entubado, con ventilación mecánica o en estado de sedación, colocándolo en situación de dependencia, alterando los roles familiares como los laborales.

De la persona que toma decisiones y actúa, pasa a convertirse en el individuo sobre el que deciden sin tener en cuenta su opinión, sus intereses, Martín y Perez, (2005). De ser el señor tal pasa a ser el paciente número tal; adopta un rol pasivo y dependiente del equipo médico del hospital, de las máquinas y del equipamiento que lo rodea. Como consecuencia, puede ser difícil mantener la identidad y la integración social de estas personas que se encuentran en un ambiente extraño en donde a menudo, escuchan conversaciones sobre ellos pero que no les incluyen, Novaes, Aronovich, Ferraz, y Knobel (1997).

El grado de discapacidad que una enfermedad crítica pueda llegar a dejar afectará en forma directa la calidad de vida y por ende el desarrollo humano.

C. El bienestar físico y la capacidad funcional. Cada vez que se habla de bienestar físico se relaciona directamente con el estado de salud de la persona. Definir bienestar físico implica la relación de conceptos como la capacidad de movimiento corporal, la capacidad física, la postura, la actividad motora; donde se manifiesta el “cuerpo- ser como expresión de las relaciones que el hombre establece con el mundo interior, el mundo de los objetos y el mundo social”⁸⁷. Es así como un paciente en condiciones críticas encuentra alterado su bienestar físico, su capacidad funcional, necesariamente siente afectado su relación con su interior, con los objetos y con su mundo social.

“El paciente que se encuentra críticamente enfermo, frecuentemente está sometido a un importante grado de inmovilización, el cual conlleva a El Síndrome de Descondicionamiento Físico. Este se caracteriza por atrofia muscular de las fibras tipo I, fatiga muscular por menor capacidad oxidativa de las mitocondrias, baja tolerancia al déficit de oxígeno y mayor dependencia del metabolismo anaeróbico. Si permanece inmovilizado por tres semanas pierde el 50% de la fuerza muscular; se acompaña de cambios metabólicos importantes consistentes en pérdida aumentada de nitrógeno uréico de 2 a 12 gr/día, pérdida de calcio de hasta 4gr/día y balance negativo de sodio, potasio y fósforo. Luego de 8 semanas de inmovilidad se desarrolla intolerancia a carbohidratos y pérdida del 16% de masa ósea; mayor riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática, úlceras de presión y anquilosis articular por pérdida de agua, glucosaminoglicanos y aumento en la degradación y síntesis de colágeno periarticular”, Pardo (2001).

El deterioro físico de estos pacientes afecta aspectos importantes como: pérdida de la capacidad respiratoria, aumento de la fatiga, la disnea, el dolor; puede desencadenar anorexia o producir un deterioro

en la capacidad cognitiva y como consecuencia de todo ello provoca una disminución en la capacidad de ejecución de actividades diarias.

Entre las pérdidas o disminuciones físicas, se encuentra la alteración de las cualidades físicas del movimiento tales como:

- a) la alteración en la capacidad cardiopulmonar, que lo lleva a una disminución del funcionamiento en general.
- b) la alteración en la flexibilidad.
- c) la alteración de la capacidad sensorial, el balance y el equilibrio.
- d) la alteración en la velocidad Del movimiento

Todas las anteriores afecciones se pueden agudizar aun más cuando el paciente ingresa ya sea con una enfermedad neuromuscular primaria como el Síndrome de Guillain-Barré y la Miastenia Gravis o cuando durante su hospitalización llega a desarrollar la Polineuropatía o la Miopatía del paciente crítico. En las cuales, el patrón clínico común más frecuente consiste en el desarrollo de un cuadro de acusada debilidad y cuadriparesia cuya manifestación más típica es la necesidad de respiración asistida o la dificultad/imposibilidad para el retiro de ésta. Se consideran factores desencadenantes el fracaso multiorgánico y la sepsis en la polineuropatía y los esteroides y bloqueantes neuromusculares en la miopatía, actuando como coadyuvantes en ambos casos, la malnutrición, particularmente la hipoalbuminemia y la hiperglucemia.

Tanto el Síndrome de Guillain-Barré como la polineuropatía del paciente crítico se localizan a nivel del nervio periférico, por lo que debe efectuarse un diagnóstico diferencial entre ambos. La forma de presentación es diferente ya que el primero es una patología aguda que motiva su ingreso en UCI, mientras que la polineuropatía se adquiere durante la hospitalización. En el primero es frecuente la afectación del sistema nervioso autónomo y la disociación albúmino-citológica en el LCR, lo que no se da en la polineuropatía. Los estudios electrofisiológicos muestran signos de desmielinización con disminu-

ción de la velocidad de conducción y normalidad en la amplitud de potenciales motores en el Síndrome de Guillain- Barré frente a velocidad de conducción normal y amplitud reducida de potenciales motores en la polineuropatía axonal, Mesejo, Pérez-Sancho y Moreno (2006).

Todo lo anterior no solo altera el bienestar físico del paciente sino que lo hace cada día más dependiente para la realización de sus actividades diarias llevando a producir mayor alteración de su calidad de vida.

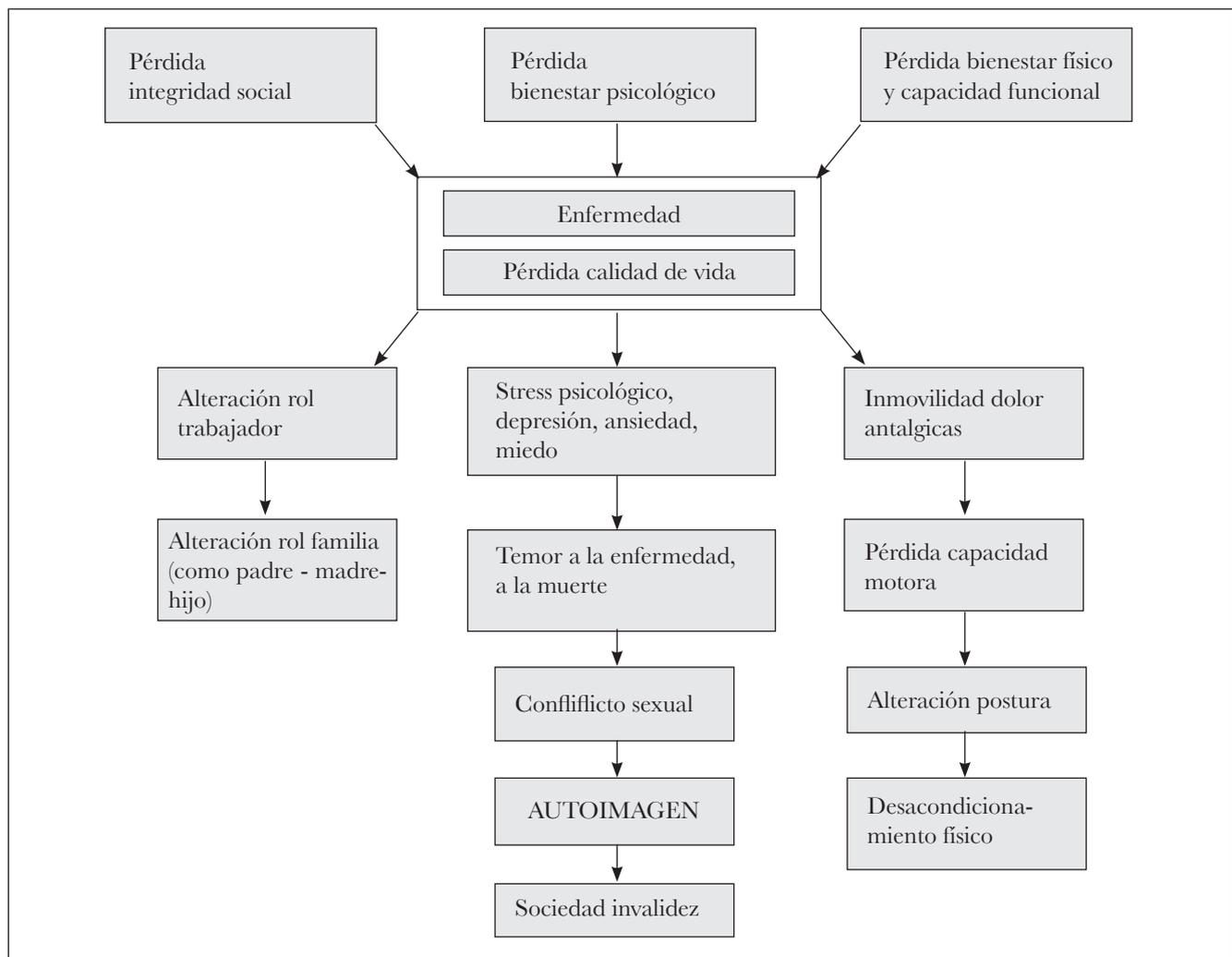
Para una mayor comprensión de estas alteraciones y sus relaciones se presentan en la siguiente grafica.

CONCLUSIÓN

Todo personal de la salud debería tener en cuenta los cambios psicológicos, sociales, familiares y biológicos que acompañan a una enfermedad aguda, que pone en riesgo una vida, y como cada factor de estos altera la calidad de vida de esa persona.

Si se tomara conciencia de esto se debería impulsar el trato humano, el respeto por esa persona y ofertar servicios con calidez Humana.

Gráfica 1. Factores que llevan Pérdida Calidad de vida en el Paciente crítico.



Fuente: elaboración propia.

REFERENCIAS

1. Grupo WHOQOL (1996.). *Evaluación de la Calidad de Vida*, En : Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra,
2. Nery E.; Cruz, J. (2007). *Implicaciones filosóficas de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica*. Rev Nefrología, Publicado: 05/10.
3. Hewitt J. (2002). 11:575-84. "Psycho-affective disorder in intensive care units:" a review. *J Clin Nurs*.
4. Vinaccia, Stefano; Fernández, Hamilton (2005). /23(2):65-74, Dic. *Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable*
5. López J.J.; Ibar, T.; Ortiz A.; López, M.I. (1996.). *Lecciones de Psicología Médica*, Ibar Alcocer.
6. Novaes MAFP, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. (1997). 23:1282-5, *Stressors in ICU: patients' evaluation*. Intensive Care Med.
7. Martín A, Pérez MA. (2005). 8:36-44 *Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit*. Span J Psychol.
8. Comunidad Académica Cuerpo y Movimiento. (2000). Vol. 45 Año 2000. *LA cultura de la Salud desde la Lectura de Cuerpo Movimiento*, Revista AS-COFI.
9. Pardo, R.J. (2001). Vol. 23 número 1 (55) abril, *Síndrome de descondicionamiento físico el paciente en estado crítico y su manejo*. Academia nacional de medicina de Colombia.
10. Mesejo, Pérez-Sancho, E. y Moreno E. (2006). *Consecuencias clínicas de las alteraciones neuromusculares en el paciente crítico*. Nutr. Hosp. v.21 supl.3 Madrid maio ISSN 0212-1611 versão impressa.
11. García-Molina, A. / Picó-Azanza, N. / Enseñat-Cantallops, A. / Sánchez-Carrión Abascal, R. / Bernabéu, M. / Tormos, J. M. / Roig-Rovira (2007). 23(5)), *Funciones ejecutivas e integración social en pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado y grave*. Fuente: anales de psiquiatría.
12. (2006) IX Congreso de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud II, pags. 97-104 Trabajo social y salud, ISSN 1130-2976, N°. 55.
13. Presedo, C. L. (1993). *Psicología médica y psicósomática*: Revista de psiquiatría, ISSN 0210-8348, Psiquis, Vol. 14, N° 9, pags. 23-26.
14. Marcos, C., M del P. (2003). *La enfermedad, maestra de virtudes* <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpypAApAyukWMoifWN.php> Publicado Friday 15 de August.
15. Meseja A, Pérez E, (2006). *Consecuencias clínicas de las alteraciones neuromusculares del paciente crítico*. Revista nutrición hospitalaria, suplemento 104-13, iss 02121611.
16. Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J.F., De Andrés, J. (2007). Ago.-set. *Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Med. Intensiva v.31 n.6 Madrid iSSN 0210-5691 versão impressa.
17. Rubio S., J.L. (1996). *Psicología Médica*: Rিদrurejo – A. Medicina.