

Factores del ambiente psicológico en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. **Segunda y última parte**

Remigio A Véliz Pintos,* Cristina Caballero de Akaki**

Nunca olvide el dolor,

La analgesia debe ser administrada de acuerdo a sus indicaciones sin pasarla por alto,

La relajación en un paciente con asistencia a la ventilación, no le disminuye el grado de alerta, incrementa el sufrimiento.

Todo paciente con relajantes musculares debe estar sedado y todo paciente con sedación deberá recibir analgesia.

En el trato al niño debe haber:

- a) Cordialidad.
- b) Tono de voz que llame la atención del niño, no causar ansiedad.
- c) Se le debe escuchar siempre y hacerle comprender que se le escucha.
- d) Explicarle el procedimiento que se le va a realizar y qué tanto dolor se le va a aplicar en cada procedimiento.
- e) Debe explicársele todas las veces necesarias y en el lenguaje adecuado a su edad.
- f) Asegurarle que pase lo que pase no estará solo
- g) Disminuir en lo posible las alarmas de los monitores.
- h) Debe tratársele con respeto total no con sobreprotección.
- i) Siempre tratar de obtener su colaboración.
- j) No realizar la discusión en la entrega de guardia enfrente del paciente ya que las palabras pueden no tener significado pero los tonos de voz sí.
- k) No discutir el estado clínico enfrente de los pacientes con otros médicos ni aunque el paciente esté en coma.

l) Decirle siempre la verdad.

m) Permitir la entrada de los padres en las condiciones y horarios que la terapia lo permita.

n) Estimular a los padres a que platiquen y animen a su niño con palabras optimistas y cariñosas, aun aquellos que están en coma o sedación.

o) Tener luces indirectas para apagarlas en lo indispensable, permitir los periodos de sueño prolongados. Buscar horarios en la aplicación de medicamentos que lo permitan.

p) Respetar su dignidad, su autonomía, su intimidad, su pudor.

q) Aislar a los pacientes en procedimientos y exploraciones.

Del paciente

Avances en el entendimiento científico de las enfermedades críticas, han contribuido en mucho al cuidado del paciente crítico, sin embargo el énfasis en el lado humano de la medicina parece haber disminuido.

Diferentes estudios hechos a través de American Medical Association, enfocan principalmente a los padres de niños en UCIP, el paciente es considerado muy joven o muy enfermo para el proceso de comunicación. No se debe perder la oportunidad de hablar directamente con el paciente cuando sea posible, dado que el niño es el principal enfoque de tratamiento.

La UCIP para los niños es mucho más estresante de lo que es para los adultos.

Ellos sólo pueden percibir la separación de sus padres, sin lograr comprender la razón de su hospitalización, los niños son particularmente vulnerables a las demandas emocionales impuestas por su enfermedad crítica y por el tratamiento. Un estudio comprobó que los niños en la UCIP experimentan aprensión, ansiedad, tristeza y permanecen aislados del personal, lo que generalmente los muestra introvertidos, pasivos, ansiosos egocéntricos y demandantes.

* Intensivista Pediatra, Jefe de la División de Pediatría. Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS, México DF.

** Intensivista Pediatra, Jefe de Terapia Intensiva Pediátrica. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, México DF.

Los padres:

- a) Establecer comunicación desde el primer momento con los padres.
- b) Respetar, es decir no considerar que por humildes o por legos que sean no sean capaces de entender, participar y colaborar.
- c) Explicar perfectamente y en lenguaje adecuado a su nivel cultural las condiciones clínicas del niño.
- d) Explicar qué se le va a hacer y si es necesario su consentimiento.
- e) Dar pronóstico de preferencia numérico (porcentual) de vida, de muerte y de secuelas. Recuerde que el pronóstico varía muy rápido en el paciente críticamente enfermo. Ej. una insuficiencia respiratoria con hipoxemia al llegar el paciente tiene un pronóstico diferente al que pueda tener después de ser intubado, con ventilación mecánica, con gasometría normal e identificada la causa de la insuficiencia respiratoria.
- f) Por lo tanto la comunicación debe ser frecuente y el pronóstico deberá ir cambiando de acuerdo a la respuesta al tratamiento.
- g) No dar falsas esperanzas, ser objetivo en el pronóstico, un 10% de probabilidad de curar a un paciente justifica todo el manejo y monitoreo invasivo y los tratamientos agresivos que se le administren.
- h) Ser repetitivo, si los padres no entienden porque están en la primera fase del duelo, debe repetirse cuantas veces sea necesario.
- i) Tener intencionalidad en que se entienda la comunicación, no basta la información, debe haber comunicación.
- j) Hacerlos sentirse útiles y que están haciendo algo por su paciente. Al establecer comunicación frecuente los padres se sienten que participan en las decisiones terapéuticas y en los procedimientos, de hecho deben dar su consentimiento informado por escrito en los procedimientos médico-quirúrgicos.
- k) Respetar y dar apoyo bajo su fe.
- l) Minimizar el distanciamiento entre los padres.
- m) Escuchar, responder, aclarar, todas las dudas y preguntas.
- n) Comunicación entre médicos y enfermeras de los distintos turnos no sólo de los aspectos médicos de los pacientes, sino de la información y las inquietudes de los padres a fin de dar información homogénea y en el mismo nivel.
- o) Preguntar a los padres qué información se les ha dado.
- p) Ser honesto.
- q) Identificarse por nombre y a cada médico, establecer quién dará la información en cada turno.

- r) Recordar que la comunicación con los padres es siempre parte de la actividad del intensivista.
- s) Explicar los horarios de visita, las cuestiones administrativas y ayudarles con sus dudas en condiciones especiales, allanar los obstáculos administrativos.
- t) De acuerdo al pronóstico del niño, el médico debe organizar a la familia para las visitas diurnas, nocturnas y de fines de semana de tal manera que el padre no pierda el empleo o la falta de sueño haga perder la objetividad, o perder la comunicación incrementando el conflicto que se vive.

Hacer:

Hacerles sentirse útiles con su paciente y hacerles ver que tomaron la decisión correcta al llevarlo a esa terapia intensiva.

Escuchar y apoyar las preguntas.

Usar un lenguaje sencillo y claro.

Preguntar qué se les ha dicho a los padres.

Ser honesto.

Identificar cuál es la función de cada médico.

Repetir encuentros con los padres aunque sean breves.

Considerar cuáles son las necesidades de la familia y en qué grado de estrés se encuentran.

No hacer:

No correr

No asegurar pronósticos.

Admitir que no está tan seguro.

No sobrevalorar logros en la evolución.

No abandonar a la familia en esta condición de dificultad extrema.

Los padres tienen además de necesidades físicas básicas como:

El dormir y descansar, las siguientes necesidades psicológicas:

Soporte emocional

Protección de padres

Aceptación

Asegurarse

Aislamiento

Comunicación

Información general

Permanencia con el niño

Información del niño

Hermanidad

Sentirse necesitados por el niño

Independencia

Esconder verdaderos sentimientos.

La presencia de los familiares durante las maniobras de reanimación ha sido cada vez más aceptada. En un estudio reciente, el 89% del personal de una UCIP opinó

que los padres podían ser capaces de estar presentes en el momento de la reanimación. Una de las observaciones del estudio fue incremento en el estrés para el personal y para los padres, se concluye la necesidad de mayor educación al respecto.

Finalmente sabemos que muchas veces, es con la muerte del niño con lo que finaliza este proceso de estrés y angustia, para dar paso al proceso de duelo. La reacción humana inicial ante la pérdida inesperada es su negación y culmina con la aceptación y el restablecimiento del equilibrio. La fase siguiente es un estado de excitación, alarma, inquietud e hiperactividad, acompañado de alteraciones fisiológicas tales como insomnio, pérdida de peso. Al ponerse en juego defensas psicológicas, la cólera y el sentimiento de culpabilidad acompañan a esta etapa del duelo para finalizar en la depresión.

El personal:

- a) Mantener un nivel cognoscitivo uniforme en todo el personal médico y de enfermeras.
- b) Promover la asistencia a cursos y congresos.
- c) Establecer y llevar a cabo programas de sesiones y participar en la formación del residente.
- d) Mantener una competencia cognoscitiva compartida.
- e) Distribuir equitativamente los pacientes y las responsabilidades entre los médicos y las enfermeras.
- f) Evitar y resolver situaciones de fricción en el equipo de salud.
- g) Programar las vacaciones.
- h) Establecer semanas o meses sabatinos.
- i) Fomentar las relaciones sociales extrahospitalarias.
- j) Evitar el ausentismo no programado.
- k) Establecer una identificación de grupo.
- l) Establecer estándares de orgullo y de pertenencia.
- m) Promover la investigación clínica en forma equitativa.
- n) Establecer grupos de trabajo en líneas de investigación.
- o) Realizar cursos.
- p) Distribuir los descansos.
- q) Formar grupos de intercambio y de exteriorización de los problemas físicos o emocionales que se han vivido en la UCIP.

Es indispensable la revisión médica y distribuir descansos y tiempos de biblioteca incluso por días. La Terapia Intensiva Pediátrica no se trabaja, sólo es un trabajo de uno de los mejores equipos de salud que existen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noyes JA. Critique of studies exploring the experiences and needs of parents of children admitted to paediatric intensive care units. *J Adv Nurs* 1998; 28: 134-141.
2. Todres D. Communication between physician, patient, and family in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 1993; 21: S383-385.
3. Kasper JW, Nyamathi AM. Parents of children in the pediatric intensive care unit: What are their needs? *Heart Lung* 1988; 17: 574-581.
4. Jarvis AS. Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurse* 1998; 14: 3-7.
5. De la Fuente R. *El proceso del duelo. Psicología Médica*, Fondo de Cultura Económica, México 1996: 213-215.
6. Querques J, Ster TA. Overview of Psychiatric Epidemiologic Issues in Intensive Care Units. *New Horizons* 1998; 6: 314-320.
7. Jellinek MS, Todres D, Catlin EA, Cassem EH, Salzman A. Pediatric intensive care training: Confronting the dark side. *Crit Care Med* 1993; 21: 775-779.
8. Curley MA. Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit. *Heart Lung* 1990; 17: 682-688.
9. Diane C, Adler MA. Critical Care Nursing. In: Shoemaker WC, Thompson WE, Holbrook PR: *Textbook of critical care. The Society of critical care medicine*. WB Saunders Co. Philadelphia 1984; 1015-7.
10. Friedmann M, Rosenmann RH. *Conducta tipo A y su corazón*. En: Friedmann M, Rosenmann RH capítulo VII Ediciones Grijalbo Barcelona 1974; 68-98
11. Tavira NC. Estrés en médicos residentes de posgrado. *Tesis de maestría en modificación de conducta*. Universidad Autónoma de México 1998.
12. Franco BX. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Rev Mex Puericultura Pediatr* 1999; 6: 252-60.
13. Cassem NH. El paciente moribundo. En: Cassem NH: *Psiquiatría de enlace en el Hospital General*. Hospital General de Massachusetts. Ed Díaz de Santos SA Madrid 1987; 3ª ed: 419-53.
14. Caballero ML, Caballero MC, Díaz DL, Herrero GMJ, Iceta M, Sureda CB. Tanatología, muerte y duelo. En: *Sinopsis de psiquiatría*. Caballero ML, Caballero MC, Díaz DL, Herrero GMJ, Iceta M, Sureda CB Ed. Editorial Médica Panamericana SA 1996; 79-90
15. Kubler-Ross E. *On death and Dying*. MacMillan, New York 1985.

Correspondencia:

Dr. Remigio A Véliz Pintos
Sociedad Mexicana de Pediatría
Tehuantepec 86-503, Col. Roma
México, DF. CP 06760