



PUNTO DE VISTA

Dolor y miedo en la UCI[☆]



C. Chamorro* y M.A. Romera

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Analgésia;
Sedación;
Miedo;
Movilización precoz;
UCI

KEYWORDS

Pain;
Analgesia;
Sedation;
Fear;
Early mobilization;
ICU

Resumen Dolor y miedo siguen siendo de los recuerdos más frecuentes que refieren los pacientes tras su ingreso en UCI. Recientemente una importante política calificó la UCI como la sucursal del infierno. Es necesario llevar a cabo cambios profundos en cuanto a la relación directa con los pacientes y sus familias, así como cambios en el diseño ambiental y en la organización del trabajo y de las visitas, para desterrar la visión que tiene nuestra sociedad acerca de la UCI. En una etapa donde se aboga sobre la movilización precoz del paciente crítico se hace necesario mejorar las estrategias de analgesia y sedación. La UCI es el lugar más adecuado para administrar y monitorizar el efecto de cualquier analgésico. La correcta analgesia no debe ser una asignatura pendiente del intensivista sino una asignatura de obligado cumplimiento.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Pain and fear in the ICU

Abstract Pain and fear are still the most common memories that refer patients after ICU admission. Recently an important politician named the ICU as the branch of the hell. It is necessary to carry out profound changes in terms of direct relationships with patients and their relatives, as well as changes in environmental design and work and visit organization, to banish the vision that our society about the ICU. In a step which advocates for early mobilization of critical patients is necessary to improve analgesia and sedation strategies. The ICU is the best place for administering and monitoring analgesic drugs. The correct analgesia should not be a pending matter of the intensivist but a mandatory course.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and SEMICYUC. All rights reserved.

Recientemente, una importante política de nuestro país comentaba en un programa de alta audiencia televisiva su experiencia como paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Además de expresar su profundo agradecimiento y la profesionalidad de todo el personal implicado en la curación de su grave proceso, calificó su estancia y recuerdos en la UCI con los «sentimientos de dolor y miedo», añadiendo el comentario: «la UCI es la sucursal del infierno y la gente que allí ha estado lo sabe». Aunque estos comentarios parecen

[☆] A la memoria de Manolo Borrillo Pérez, fallecido en marzo del 2015. Coordinador del Grupo de Trabajo de «Analgésia y Sedación» de la SEMICYUC durante los años (2004-2006). Gracias por haber compartido parte de tu vida con nosotros.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.chamorroj@salud.madrid.org
(C. Chamorro).

duros, a los intensivistas no nos deberían sorprender ni molestar. Al contrario, una vez más nos deberían hacer reflexionar sobre nuestro trabajo diario y la visión que de él tiene nuestra sociedad. No es infrecuente que, cuando se comenta a un paciente la necesidad de su ingreso en UCI, nos encontremos con su reticencia, aun cuando su médico responsable en planta y sus familiares lo estén deseando.

En una reciente y excelente publicación en la revista *Medicina Intensiva*, titulada «Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio», Escudero et al.¹, recogían la necesaria e ineludible obligación de los profesionales para hacer una UCI más humana y muchas de las medidas necesarias para conseguirlo. Unas hacen referencia a la atención afectiva y comunicación de los profesionales hacia los pacientes y sus familiares. Otras son de diseño y bienestar ambiental, como por ejemplo modificaciones de la luz artificial, que a veces parecen focos de interrogatorio, de los flujos de aire acondicionado que a veces recaen directamente sobre el paciente o la necesidad de habitáculos individuales. Por último, otras son organizativas como la necesidad de disminuir el ruido, alarmas innecesarias o las pruebas diagnósticas no urgentes en horas del descanso nocturno así como la necesidad de ampliar el horario de visitas de los familiares².

Otro aspecto importante es el relacionado con la adecuada analgesia y sedación del paciente. En este contexto, en los últimos años se ha producido un cambio muy importante en el manejo de los pacientes críticos. En 1998, Petty³ publicaba en la revista *Chest* un editorial en el que hacía referencia a sus sensaciones cada vez que acudía a la UCI para la valoración de un paciente. Calificaba el escenario que encontraba como grotesco, inhumano, con los pacientes inmóviles, «como muertos», con su vida «suspendida» debido al uso de sedantes y bloqueantes neuromusculares, siendo el monitor, al que estaba unido, el único que con sus números y sonidos indicaba que el sujeto estaba vivo. Así mismo, el autor mostraba su preocupación ante las posibles consecuencias indeseables de estas prácticas por la posible producción de neuropatías, atrofia muscular, alteraciones gastrointestinales, mayor riesgo de trombosis venosa profunda e incluso de desarrollo de delirio. En los últimos 15 años numerosas publicaciones han confirmado una a una todas las consecuencias indeseables que, como sugería Petty, el exceso de profundidad de sedación y el inadecuado uso de bloqueantes neuromusculares podrían producir⁴. El empleo de estrategias de sedoanalgesia inadecuadas tiene consecuencias adversas como la prolongación del tiempo de ventilación con su asociada comorbilidad, el aumento de la incidencia de delirio, una estancia más prolongada en UCI y en el hospital e incluso una mayor mortalidad⁵. Pero la repercusión va más allá del alta hospitalaria asociándose a secuelas neuromusculares y psicológicas que influyen negativamente en la calidad de vida del paciente^{6,7}.

Con base en esta evidencia, las últimas guías publicadas de sedoanalgesia en el paciente crítico^{8,9} remarcan la necesidad de monitorizar y tratar debidamente el dolor junto al mantenimiento del paciente despierto durante la ventilación mecánica, salvo contraindicaciones, asociando también pruebas diarias de ventilación espontánea y una movilización más precoz del enfermo. De tal forma, muchas UCI ya han incorporado a su rutina estas recomendaciones,

mínima sedación y movilización precoz, a veces malentendida como movilización precoz al sillón. Incluso hay autores como Strom et al.¹⁰ que recomiendan y muestran, aunque en un contexto no disponible en la mayoría de los hospitales y con resultados muy matizables y discutibles, cómo muchos pacientes críticos, en ventilación mecánica y con grave insuficiencia respiratoria, pueden mantenerse despiertos solo con analgesia y sin administración de sedantes.

Sin embargo, con estas estrategias llevadas al límite y usando el mismo recurso literario de Petty, la hipérbole, el escenario que a veces nos encontramos también puede parecer grotesco, con pacientes «suspendidos», pero esta vez en el aire a bordo de grúas que los transportan de la cama al sillón, conectados a numerosas bombas de infusión e incluso con tubo orotraqueal, con miedo a moverse para que no se le salgan «sus tubos» y buscando con mirada implorante a alguien que lo devuelva a su cama. O algunos videos disponibles en la web, «ejemplo» de movilización precoz, que parecen auténticas pruebas de esfuerzo con monitores mostrando frecuencias cardiacas de 150 latidos/minuto o sanitarios corriendo por el pasillo para llevar una silla antes de que se caiga el paciente. ¿Es necesario y seguro sentar en el sillón a pacientes intubados con FiO₂ de 0,85 y PEEP de 26 cmH₂O, tal y como describe Strom en su artículo¹¹? Muchas actuaciones en medicina son cambiantes y, a veces, opuestas a las que se hacían años atrás pero solo una profunda reflexión de cada caso y no su generalización debe conducirnos a una buena práctica.

Si queremos humanizar nuestras UCI, el «sentar al sillón» no debe ser un objetivo prioritario en el tratamiento. La movilización precoz es útil pero debe aplicarse de forma gradual, en función de la situación del enfermo y no simplemente cuando el médico lo considere oportuno. En este contexto, de minimizar la sedación y realizar una movilización precoz, adquiere todavía más relevancia el desarrollo de protocolos rigurosos de analgesia y sedación para su aplicación ante dichas movilizaciones o durante la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas que puedan producir dolor, ansiedad o miedo al paciente. Se deberían emplear protocolos de analgesia y sedación, entre otras actuaciones, para la canalización de vías, aspiraciones traqueales, colocación y retirada de tubos de tórax, sondas nasogástricas o vesicales. Por ejemplo, la retirada de un tubo torácico, un drenaje quirúrgico o la colocación de un catéter arterial están entre los procedimientos más dolorosos en UCI¹². Estos protocolos deben basarse en una correcta monitorización de la analgesia, sedación y en la selección del fármaco más adecuado a cada situación. En la actualidad, disponemos de escalas validadas para la medición del dolor y de la sedación, así como de excelentes fármacos^{13,14}. Se deben evitar pautas, habituales y claramente insuficientes, de paracetamol por vía intravenosa o de morfina subcutánea cuando un paciente refiere un dolor agudo > 7 en la escala VAS o antes de proceder a la movilización de un paciente. La UCI es el lugar más adecuado para administrar y monitorizar el efecto de cualquier analgésico. Solo su buen uso puede evitar las innegables complicaciones que puede producir el dolor no tratado y que este no sea el recuerdo más frecuente de los pacientes que han estado ingresados en la UCI. La correcta analgesia no debe ser una asignatura pendiente del intensivista sino una asignatura de obligado cumplimiento.

Es necesario concienciarse de la necesidad de aplicar un abordaje de cuidado integral, multidisciplinar, del paciente crítico que incluya, entre otras medidas, una correcta analgesia, la valoración, prevención y manejo adecuado del delirio, incluyendo medidas para facilitar el bienestar en la UCI y el descanso nocturno, la valoración de la retirada precoz de la ventilación mecánica o el inicio precoz de la rehabilitación, incluyendo una movilización progresiva ajustada a la situación del paciente, sin olvidar la imprescindible atención más humana del enfermo y familiares, como ya se ha mencionado anteriormente. En esta estrategia deberían participar, no solo los profesionales sanitarios, también los gestores con algunas medidas, con frecuencia relegadas por motivos diversos, como pueden ser facilitar una adecuada relación enfermería-paciente, fisioterapeutas a tiempo completo en UCI o corrigiendo algunos defectos estructurales por poner algunos ejemplos. Solo de esta forma se podrá eliminar la percepción de la UCI como «sucursal del infierno», se podrá disminuir la sensación de miedo que tienen los pacientes, antes y durante su ingreso, y contribuiremos a mejorar su evolución e incorporación, nuevamente, a la sociedad tras la enfermedad crítica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38:371-5.
- Kleinpell RM. Visiting hours in the intensive care unit: More evidence that open visitation is beneficial. *Crit Care Med*. 2008;36:334-5.
- Petty TL. Suspended life or extending death? *Chest*. 1998;114:360-1.
- Schweickert WD, Gehlbach BK, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 2004;32:1272-6.
- Chamorro C, Romera MA, Pardo C. Analgesia y sedación del paciente crítico. Presente y futuro. *Med Intensiva*. 2004; Supl 2:1-4.
- Wilcox ME1, Brummel NE, Archer K, Ely EW, Jackson JC, Hopkins RO. Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. *Crit Care Med*. 2013;41 9 Suppl 1:581-98.
- Patel MB, Morandi A, Pandharipande PP. What's new in post-ICU cognitive impairment? *Intensive Care Med*. 2015;41:708-11.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41:263-306.
- Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal MA, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2013;37:519-74.
- Strøm T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*. 2010;375:475-80.
- Strøm T. Sedation in the ICU. *Dan Med J*. 2012;59:B4458.
- Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain® study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;189:39-47.
- Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:38-44.
- Chamorro C, Martínez-Melgar JI, Barrientos R, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización de la sedación. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:45-52.