

## CARTA AL EDITOR

### Integración de la Psicología Clínica en la Unidad de Cuidados Críticos: Prevención y tratamiento del síndrome post-UCI

*Collaboration of Clinical Psychology in the Critical Care Unit: Prevention and treatment of post-ICU syndrome*

Luisa María Charco Roca <sup>1\*</sup>, Germán Martínez Granero <sup>1</sup>, María Dolores Gómez Castillo <sup>1</sup>, y José María Jiménez Vizuete <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Cuidados Intensivos de Anestesiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

\* Correspondencia: [luisacharco@gmail.com](mailto:luisacharco@gmail.com).

Recibido: 07 de julio de 2021 | Revisado: 09 de julio de 2021 | Aceptado: 17 de julio de 2021 | Publicado Online: 22 de julio de 2021.

#### CITARLO COMO:

Charco Roca, L., Martínez Granero, G., Gómez Castillo, M., & Jiménez Vizuete, J. (2021). Integración de la Psicología Clínica en la Unidad de Cuidados Críticos: Prevención y tratamiento del síndrome post-UCI. *Interacciones*, 7, e234. <http://dx.doi.org/10.24016/2021.v7.234>

Sr. Editor:

En las Unidades de cuidados Intensivos (UCI) el dolor, la incertidumbre y el miedo conviven en los pacientes, sus familiares y el equipo de profesionales sanitarios. Actualmente es amplio el conocimiento respecto a los problemas emocionales ligados a la enfermedad crítica, los tratamientos requeridos por la misma, las vivencias asociadas y las dificultades post-UCI en pacientes, familias y profesionales. Los avances en las terapias disponibles en UCI permiten la supervivencia de muchas personas. Si bien este ingreso no está exento de algunas dificultades como las agrupadas bajo el denominado síndrome post cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés Post Intensive Care Syndrome), descrito por primera vez en 2012 (Needham et al., 2012). Se ha observado que a lo largo del primer año tras el ingreso en UCI los pacientes que sufren PICS presentan dificultades físicas (dolor, debilidad, etc.), alteraciones cognitivas (dificultades de atención, memoria y lentitud en el procesamiento de información) y problemas emocionales (como la ansiedad, bajo estado de ánimo, posible aparición de estrés postraumático) (Ohtake et al., 2018). El impacto de estas alteraciones descritas dentro del PICS puede ser muy elevado y generar unas secuelas incompatibles con una vida social, familiar y laboral adecuadas.

Durante la enfermedad crítica aguda deben ponerse en marcha una serie de medidas preventivas que se encuentran enfocadas a minimizar el impacto del PICS. Las medidas del paquete ABCDEF constituyen una guía basada en la evidencia para que los médicos coordinen la atención multidisciplinaria del paciente crítico, y tiene como objetivo optimizar el cuidado y mejorar la recuperación y pronóstico de estos pacientes (Pun et al., 2019). Esta forma de trabajar supone un cambio filosófico y de la práctica asistencial en la manera de tratar a los pacientes de UCI, donde históricamente se han restringido las visitas y la participación familiar. Asimismo, las intervenciones tradicionales apuestan por sedaciones profundas y se impone la inmovilización de los pacientes considerándolos fisiológicamente inestables. Entre las medidas propuestas por el paquete ABCDEF se incluyen protocolos de manejo de la agitación, el delirio y la necesidad de abordar de manera biopsicosocial al paciente (Tabla 1). Por lo tanto, el manejo y empoderamiento de la familia es fundamental, ya que su presencia ayuda al manejo del delirium, colaboran con la fisioterapia y contribuyen a más tiempo de movilizaciones y una más rápida recuperación del paciente. En definitiva, es un cambio de paradigma que propone que los familiares son fundamentales en la recuperación de su familiar

y tienen que participar en la misma. No obstante, no se debe olvidar que los familiares sufren el hecho de tener a uno de sus miembros en UCI. Este evento supone una tremenda carga emocional e incertidumbre, con el añadido de que son quienes asumen de forma implícita la información médica y son los que tienen la responsabilidad de tomar las decisiones acerca de los tratamientos.

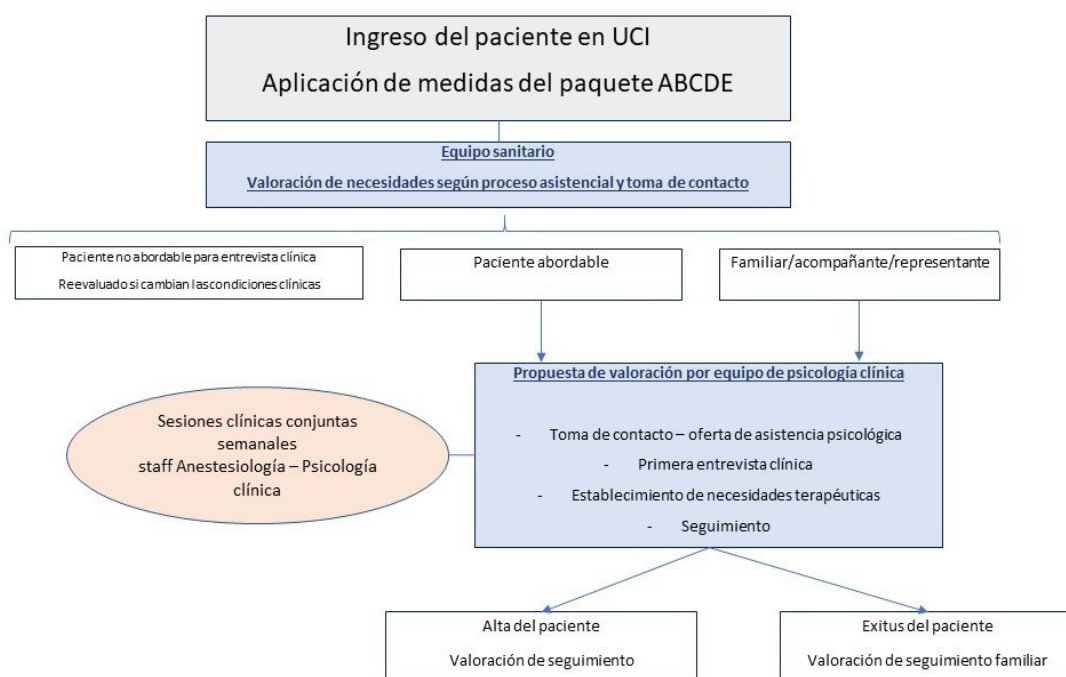
En base a esta necesidad es que se desarrolla el proyecto de intervención psicológica en la Unidad de Cuidados Intensivos de Anestesiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (España) comenzó en 2019. Lo que implicó el ingreso de los familiares del paciente dentro del área de UCI, viendo necesario una aproximación biopsicosocial que abordara las necesidades que trascienden la dimensión física. Con la hipótesis de que el trabajo de la psicología clínica podría disminuir los problemas psicológicos y emocionales durante la estancia en UCI, y la posterior progresión al PICS se puso en marcha el proyecto con la elaboración de un protocolo multidisciplinar.

Para implementar este proyecto de intervención se siguieron tres pasos. Primero, se realizaron reuniones conjuntas con los

integrantes de ambas unidades (UCI de Anestesiología y Psicología Clínica) y se establecieron unos objetivos específicos centrados en proporcionar atención psicológica al paciente y familiares, garantizar la continuidad asistencial al alta de UCI, y valorar la evolución del PICS y su recuperación. Segundo, se estableció que los pacientes y/o familiares candidatos a valoración psicológica fueran propuestos a los residentes de psicología clínica por los facultativos de la UCI en base a la detección de posibles alteraciones emocionales o psicológicas según el contexto asistencial o las reacciones emocionales tras la toma de contacto con la familia. Tercero, el psicólogo clínico intensivista, tras conocer los datos asistenciales del paciente y entorno familiar decidía el abordaje más apropiado, contactando por vía telefónica y concertando una visita presencial cuando lo vio indicado. Mediante acciones de evaluación, diagnóstico, prevención, intervención y promoción de la salud, se persiguió como objetivo general mantener el equilibrio psicológico del paciente, familia y profesionales (ver Figura 1). Se observó desde el inicio del proyecto que la incorporación de esta figura profesional cumplía con el objetivo de aliviar el estrés y el sufrimiento

**Tabla 1.** Paquete de medidas ABCDEF.

- A:** Evaluación, prevenir y controlar el dolor.
- B:** Pruebas de despertar espontaneo y pruebas de respiración espontánea.
- C:** Elección de analgesia y sedación.
- D:** Evaluación, prevención y gestión del delirio.
- E:** Movilización temprana
- F:** Compromiso familiar



**Figura 1.** Esquema de trabajo del proyecto de integración de psicología clínica en la UCI de Anestesiología del Hospital General Universitario de Albacete (España).

psicológico dentro de la línea de trabajo de humanización de la calidad asistencial desarrollada en la UCI de Anestesiología. Tras 18 meses de implementación de este proyecto se ha encontrado que la sintomatología depresiva se muestra como una de las alteraciones emocionales más frecuentes en el paciente crítico. Aunque en muchas ocasiones coexisten con otras alteraciones afectivas y psicológicas como la ansiedad, el estrés agudo, el delirium, e incluso el estrés postraumático. También se presentan necesidades emocionales relacionadas con recibir información acerca de su progreso y su pronóstico, con su seguridad y con la pérdida de autocontrol. Los pacientes fueron seguidos por psicología clínica al alta de nuestra unidad o en caso de fallecimiento se ofertó la continuación de asistencia a los familiares. Asimismo, se ha observado que los familiares del paciente crítico corren el mismo riesgo de presentar alteraciones emocionales y psicológicas; suelen ser la ansiedad y la sintomatología depresiva las alteraciones más frecuentes, que pueden llegar a derivar en psicopatología. El estrés agudo también es muy frecuente, pudiéndose desarrollar estrés postraumático en los familiares.

El balance de esta experiencia durante lo que consideramos una etapa inicial, ha resultado ser muy positivo desde el punto de vista de ambas especialidades implicadas y por la valoración recibida de los pacientes y familiares. El trabajo realizado en UCI es por naturaleza interdisciplinario: el paciente es atendido en equipo; no existe individualismo. Consideramos que es indispensable reportar iniciativas que mejoren la calidad asistencial para proporcionar evidencia científica que demuestre que la humanización no sólo es posible, sino que además impacta favorablemente en los desenlaces clínicos, es costo-efectiva y sobre todo agrega valor al trabajo realizado dignificando al paciente, familia y equipo sanitario.

#### ORCID

Luisa María Charco Roca: <https://orcid.org/0000-0002-8440-8516>  
Germán Martínez Granero: <https://orcid.org/0000-0001-8286-4838>  
María Dolores Gómez Castillo: <https://orcid.org/0000-0002-6091-8951>  
José María Jiménez Vizuete: <https://orcid.org/0000-0003-4482-029X>

#### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Luisa María Charco Roca: Contribución a la concepción, diseño y redacción del artículo.

Germán Martínez Granero: Contribución a la revisión crítica del contenido intelectual y aprobación del manuscrito final.

María Dolores Gómez Castillo: Contribución a la revisión crítica del contenido intelectual y aprobación del manuscrito final.

José María Jiménez Vizuete: Contribución a la revisión crítica del contenido intelectual y aprobación del manuscrito final.

#### FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Investigación autofinanciada. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

#### AGRADECIMIENTOS

No aplica

#### PROCESO DE REVISIÓN

Este estudio ha sido revisado por pares externos en modalidad de doble ciego. El editor encargado fue [David Villarreal-Zegarra](#). Se adjunta los comentarios de los pares y respuesta de los autores como material suplementario 1.

#### DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

No aplica.

#### DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Los autores son responsables de todas las afirmaciones realizadas en este artículo.

#### REFERENCIAS

- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Ohtake, P. J., Lee, A. C., Scott, J. C., Hinman, R. S., Ali, N. A., Hinkson, C. R., Needham, D. M., Shutter, L., Smith-Gabai, H., Spires, M. C., Thiele, A., Wiencek, C., & Smith, J. M. (2018). Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome: Systematic Review Based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. *Physical Therapy*, 98(8), 631-645. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy059>
- Pun, B. T., Balas, M. C., Barnes-Daly, M. A., Thompson, J. L., Aldrich, J. M., Barr, J., Byrum, D., Carson, S. S., Devlin, J. W., Engel, H. J., Esbrook, C. L., Hargett, K. D., Harmon, L., Hielsberg, C., Jackson, J. C., Kelly, T. L., Kumar, V., Millner, L., Morse, A., ... Ely, E. W. (2019). Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Critical Care Medicine*, 47(1), 3-14. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003482>