

GENERALIDADES SOBRE EL PACIENTE CRÓNICO.

Contenido:

1. Concepto de cronicidad.
2. Características de las enfermedades crónicas.
3. Epidemiología de las enfermedades crónicas.
4. Clasificación de las enfermedades crónicas.

1. CONCEPTO DE CRONICIDAD.

A lo largo de la historia, y hasta los años 70 de este siglo las enfermedades infectocontagiosas han sido las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso.

En este cambio se marcan diferencia entre los países desarrollados y los países subdesarrollados.

En los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, pasando las enfermedades infecciosas a un nivel menor. En los países subdesarrollados las enfermedades infecciosas siguen manteniendo su importancia (25% de su mortalidad). Las enfermedades circulatorias y los tumores son 3 veces menos frecuentes que en los países industrializados.

En España se sigue la tendencia de los países desarrollados, comprobando que las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios.

La enfermedad crónica se define como un "proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible".

Otra definición de enfermedad crónica sería "trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo".

La enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación.

Sin embargo en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen autocuidado se puede tener una autonomía cotidiana plena. Estas personas pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les

considere, como enfermos.

Se propone la utilización del término "salud diferenciada". La salud diferenciada es un reto que supone un cambio de actitud para que el paciente crónico llegue a lograr una vida normal. Hay que considerar que más que un enfermo, es una persona que tiene una salud diferente. Después de incorporar algunos cambios en su vida cotidiana solo 2 cosas le diferencian de los no enfermos:

1. La auto-observación de sus síntomas.
2. Los controles médicos periódicos.

El paciente tiene que realizar un proceso de adaptación a su enfermedad crónica de modo que haya logrado el máximo de su autonomía posible para su nueva situación. El proceso de adaptación se puede realizar con intervención profesional o sin ella; con amplio apoyo familiar o sin él. Lo deseable es que sea un proceso planificado y con apoyo técnico.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Hay unas características comunes en las enfermedades crónicas:

1. Padecimiento Incurable: permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.
2. Multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etc.
3. Multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular.
4. No Contagiosas: no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
5. Incapacidad Residual: dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.
6. Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.
7. Importancia Social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.
8. Prevenibles: tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.
9. Sentimientos de pérdida: se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

Hay marcadas diferencias entre las enfermedades agudas y las crónicas (TABLA I).

TABLA 1: Diferencias entre las enfermedades agudas y crónicas (Piedrola, Medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson-Salvat).

ENFERMEDADES AGUDAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

PERÍODO INCUBACIÓN CORTO LARGO
PREDOMINIO ENFERMED. INFECCIOSAS NO TRANSMISIBLES
CAUSAS UNICAUSAL MULTIFACTORIAL
FÍSICO-QUÍMICOS PSICO-SOCIALES
AGENTES CAUSALES MICROBIOLÓGICOS SOCIALES, CULTURALES,
DEFINICIÓN DEL CASO FÁCIL DIFÍCIL
INVALIDEZ NO INVALIDANTES

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Al inicio del tema se comenta el cambio ocurrido durante nuestro siglo en la incidencia y prevalencia de las enfermedades. Esto se refleja en la variación que han sufrido las causas de muerte a lo largo del siglo.

Investigar Causas de mortalidad en México

5. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Las enfermedades crónicas pueden clasificarse de forma muy diversa. Teniendo en cuenta que estas enfermedades presentan unos problemas predominantes que pueden servir como referencia para su clasificación:

- 1.- Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de perdida o amenaza física: las más significativas son:
 - 1.1.- Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas, SIDA, etc.
 - 1.2.- Enfermedades que provocan gran dependencia: renales.
- 2.- Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación: las más significativas son:
 - 2.1.- Enfermedades que en su evolución causan dolor crónico: artritis reumatoide.
 - 2.2.- Enfermedades que conllevan perdida de la imagen corporal: amputaciones, colostomías.
- 3.- Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida: las más significativas son:
 - 3.1.- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión, cardiopatías.
 - 3.2.- Enfermedades metabólicas: diabetes, obesidad.
 - 3.3.- Enfermedades respiratorias: EPOC.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.

Contenidos:

- I. Vivencia de la enfermedad.
- II. Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica.
- III. Valoración del paciente crónico.

- IV. Sistemas de apoyo social.
- V. El equipo interdisciplinar en la atención al paciente crónico.
- VI. El síndrome de burn-out en el cuidador.
- VII. Bibliografía.

I. VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD.

La relación que se establece entre el profesional de la salud y el enfermo tiene una gran importancia. El encuentro entre sanitario y paciente está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos. El paciente en este encuentro deposita en el personal sanitario una serie de "productos" (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación) y espera del personal sanitario el reconocimiento de "su" enfermedad y de "él mismo" como persona enferma.

Es importante conocer las posibles reacciones del paciente ante su enfermedad y también cómo puede reaccionar el profesional sanitario.

A) Reacciones del paciente frente a la enfermedad.

1. Reacciones de huida o negación: el paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico, aunque el cuadro no reviste el dramatismo anterior. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo. El sanitario puede detectarla por las consultas típicamente en "rachas", con largos períodos en los que el paciente "desaparece".
2. Reacciones de agresión o rechazo activo: el enfermo crónico raramente expresa sin ambages su agresividad. Fuera de la consulta, en cambio, puede ser más franco ("¿qué se habrán creído?, =decirme que tengo que comer sin sal!; "es un médico muy malo porque solo sabe tratar el azúcar con insulina"). Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo". La agresividad se vehiculiza a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones de= profesional de la salud (pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar la posología).
3. Reacciones de racionalización: el paciente apoya su conducta en argumentos o razones. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta. Ej.: creen que si se inyectan insulina cada vez serán más diabéticos.

B) El paciente disfuncional.

Estas reacciones del paciente ante su enfermedad hacen que el paciente desarrolle una actitud disfuncional. Las de mayor interés son:

1. Paciente desconfiado: está tenso, ansioso e inseguro. Sospecha de todo y a todo busca significados. Puede mostrarse pasivo, reservado, contestando con monosílabos. Ej.: "¿No sería mejor que me enviara al especialista?". "otras veces me han dado pinchazos".
2. Paciente agresivo: se muestra cortante, maleducado, reivindicativo. Es una actitud que genera irritación y enfado. El paciente parece que intenta provocar una espiral de mutuas agresiones, y, por desgracia, muchas veces lo consigue. Ej.: "¿Qué le trae a la consulta?", "Usted tiene que saberlo, para eso es el médico".
3. Paciente manipulador: exige actuaciones precisas seduciendo al profesional mediante halagos y utilizando una educación exquisita. Intenta conseguir un determinado fármaco, la baja laboral, etc.
(Fotocopia: "El paciente manipulador").
4. Paciente regresivo: es un paciente que se pone totalmente en nuestras manos y se des-responsabiliza de su proceso curativo.

C) Reacciones del profesional sanitario frente a la enfermedad de sus pacientes.

Hay un modelo de paciente que los profesionales de la salud consideramos "buen paciente". Debe ser obediente, agradecido, confiado y tener un padecimiento "interesante". En el medio hospitalario las enfermedades interesantes son las que se salen de la rutina diagnóstica. En Atención Primaria son aquellas que se pueden solucionar de forma definitiva.

En la mayoría de los casos los pacientes no reúnen estas características y el profesional puede experimentar las siguientes reacciones frente a las enfermedades de sus pacientes:

1. Reacciones de huída: el profesional de la salud no puede "huir" literalmente, pero puede desarrollar estrategias que alejen a sus pacientes. Por ejemplo, a los pacientes que caen mal se les dedica menos tiempo.
2. Reacciones de rechazo: este rechazo se manifiesta a veces como una conducta culpabilizadora, reprimiendo al paciente incluso por tener la enfermedad.
(Fotocopia: "Ya se lo dije").
3. Reacciones de racionalización: el profesional toma el papel de "técnico", centrándose en la patología del paciente y evitando el contacto personal con él mismo. Justifica su actitud en la falta de tiempo, en que su función no es la de psicólogo o asistente social, la mayoría de pacientes no presentan nada importante.

D) Abordaje de la vivencia de la enfermedad.

Cuando se interviene sobre la vivencia de la enfermedad que tienen los pacientes, se pueden desarrollar varias estrategias:

1. Utilización del miedo: se pueden utilizar frases intimidatorias. Hay que acompañarlo de refuerzos positivos para evitar que sea tomado como un castigo,

o puede pensar que la enfermedad no tiene solución. Ej.: "su hígado está destrozado, como siga bebiendo no respondo de usted". "Si no se toma estas pastillas cualquier día se estos tendrá que ir a Urgencias, y vaya a saber si con las piernas por delante".

2. Antagonización o impugnación de la conducta del paciente: actuar impugnando una conducta errónea puede estimular un mejor cumplimiento de una terapéutica si tenemos en cuenta que:

- Sea realizada con empatía.
- Dar oportunidad al paciente para justificar su conducta.
- No humillar al paciente.
- Respetar las opciones del paciente cuando respondan a una opción ideológica o religiosa.

Ej.: "Se lo he dicho muchas veces, su problema principal es el tabaco; mientras no deje

de fumar no hay jarabe que valga". "No creo que haya seguido la dieta, de ser así habría perdido más de dos kilos".

3. Confrontación y análisis de las emociones del paciente: el profesional de la salud da la oportunidad al paciente para que verbalice emociones o creencias relativas a su padecimiento. Hay que tener en cuenta unas condiciones:

- No aturdir al paciente con preguntas, darle tiempo suficiente.
- Crear un clima de confianza.
- Trabajar las emociones del paciente hacia actitudes o conductas positivas.

No emitir juicios de valor, ya que los sentimientos de un individuo no deben ser enjuiciados por el profesional de la salud.