

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE TERAPIA INTENSIVA Y
MEDICINA CRÍTICA MENCIÓN ADULTOS

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL IAHULA,
DE ENERO A JUNIO 2014.**

AUTOR: MARY SYLVIA MARTÍNEZ TORREALBA

TUTOR: ELIA FIGUEIRA

MÉRIDA, 2014

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL IAHULA,
DE ENERO A JUNIO 2014.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO Y
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA **MARY SYLVIA MARTÍNEZ TORREALBA,**
C.I. V – 11.958.908, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA
OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA Y
MEDICINA CRÍTICA MENCIÓN ADULTO

AUTOR RESPONSABLE

Dra. Mary Sylvia Martínez Torrealba

Médico Anestesiólogo

**Residente de postgrado de Terapia Intensiva mención:
Medicina Crítica Adultos**

Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes

TUTOR

Dra. Elia Figueira

Médico Psiquiatra

Médico Adjunto de la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Akbar Fuenmayor

Médico Pediatra

Médico Intensivista

Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad De Los Andes

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por obsequiarme el honor de ser su servidora en la salud.

A mi madre ejemplo incomparable de nobleza, fortaleza y amor por su excelente guía y formación como persona y profesional, sin ti no habría sido posible llegar hasta aquí.

A mi padre que desde el cielo siempre estuviste cuidándome, ayudándome y apoyándome.

A mi hermosa hija porque eres el motor que me mueve a superarme, el amor más grande reflejado en mis logros para cuidarte y proporcionarte bienestar, Dios te bendiga.

A Rodolfo compañero de vida, gracias por tu amor, paciencia y ayuda eres parte de esta meta.

A mi hermano por alentarme y apoyarme.

A mis tías por su cariño, amor y fe en mí.

A toda mi familia, por creer en mí y paciencia en los momentos familiares que sacrifiqué.

A la Dra. Elia Figueira de Gabaldón, excelente profesora gracias por su ayuda quien además imparte enseñanza de vida.

A mis compañeros Frank, Roque, Cristina de cada uno me llevo recuerdos gratos

A los adjuntos de la UCI Dr. Gabaldón, Dr. Briceño, Dr. Santos, Dr. Becerra, Dr. Macchia, Dr. Fuenmayor, Dra. Elia, Dra. Acacio, Dra. Nilce por su empeño en mi formación.

Al personal de enfermería y demás personal de la UCI ejemplo viviente de trabajo en equipo, de ustedes también me llevo un importante aprendizaje.

A los pacientes quienes dejan que nosotros aprendamos con sus cuerpos y salud.

Y a mí tan apreciada casa de enseñanza IAHULA quien me ha proporcionado dos postgrados y a través de ellos el sostén de vida y bienestar de mi futuro, un recuerdo inolvidable junto con gran variedad de experiencias buenas y no tan buenas pero fabulosas para forjarme como especialista.

DEDICATORIA

A mi hija que vea un ejemplo a seguir para que la impulse a crecer como persona y llegue a ser una buena profesional.

A mi madre por su paciencia y sacrificio para que esto se hiciera realidad.

A mi papi para que te sientas orgulloso desde el cielo, cumplí con mi meta propuesta.

A Rodolfo por ser gran fuente de ayuda ilimitada siempre dando sin esperar nada a cambio.

A mis hermanos Osmar y Oscar ambos siempre en mi corazón.

Mary S. Martínez

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
ÍNDICE DE CONTENIDO	6
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURA Y GRÁFICOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	16
OBJETIVOS	17
Objetivo General.	17
Objetivos Específicos.	17
MARCO TEÓRICO	18
Antecedentes.	24
METODOLOGÍA	28
Diseño del Estudio y Tipo de Investigación.	28
Población	28
Muestra.	28
Cálculo de la muestra.	28
Criterios de Inclusión.	28
Criterios de Exclusión.	29
Procedimiento.	29

Operacionalización de las Variables.....	30
Recursos, equipos, suministros.....	31
Análisis Estadístico.....	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	49
SUGERENCIAS.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	54
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	55
Anexo 2 Ficha de Recolección de Datos.....	56
Anexo 3 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.....	57

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No.1 Medidas de Ansiedad y Depresión según HADS	34
Tabla No.2 Asociación entre variables demográficas y morbilidad psiquiátrica	36
Tabla No.3 Asociación entre hábitos psicobiológicos, condiciones clínicas, comorbilidades y morbilidad psiquiátrica	37
Tabla No.4 Asociación entre el uso de procedimientos invasivos y morbilidad psiquiátrica	39
Tabla No.5 Asociación entre estancia en UCI y morbilidad psiquiátrica	40
Tabla No.6 Asociación entre síntomas, condición de egreso, medicación y morbilidad psiquiátrica	41
Tabla No.7 Variables de riesgo (Odds Ratio)	42

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura No.1 Diagrama de flujo de los pacientes incluidos en el estudio.....	35
Grafico No. 1 Frecuencia de morbilidad psiquiátrica	36

www.bdigital.ula.ve

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL IAHULA,
DE ENERO A JUNIO 2014.**

Autor: Dra. Mary S. Martínez

Tutora: Dra. Elia Figueira

RESUMEN

Introducción: El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye una experiencia estresante y disruptiva para los pacientes y origina trastornos emocionales durante su estancia e incluso meses después del alta de la UCI.

Objetivo: Determinar la frecuencia de Ansiedad y Depresión en los pacientes adultos de la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA, en el periodo enero a junio 2014.

Método: Estudio de campo, transversal, descriptivo, observacional. Instrumento: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (HADS).

Resultados: De 45 pacientes, 33.33% manifestaron morbilidad psiquiátrica (grupo1): 13,33% ansiedad, 6.67% depresión y 13.33% trastorno mixto depresivo-ansioso. El 66,67% restante no refirió morbilidad psiquiátrica (grupo2). El promedio de días de ventilación mecánica invasiva y no invasiva y de hospitalización en UCI fue mayor en el grupo 1 que en el grupo 2 (5.93 días vs 1.07 días - 3.13 días vs 0.87 días - 7.80 días vs 3.97 días respectivamente), con relación estadísticamente significativamente pero sin riesgo para trastorno psiquiátrico. El síntoma de ansiedad más frecuente fue: tensión-inquietud-angustia (grupo 1 28.89% vs grupo 2 2.22%), el síntomas depresivo más referido fue: sentir menos alegría e ilusión y reír menos que antes (grupo 1 24.44% vs grupo 2 11.11%), con relación y riesgo estadísticamente significativamente para trastorno psiquiátrico.

Conclusión: La manifestación de síntomas de ansiedad y depresión en la UCI representa factor de riesgo para desarrollo de trastorno psiquiátrico posterior.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, morbilidad psiquiátrica, UCI.

**FREQUENCY OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS
THE INTENSIVE CARE UNIT OF IAHULA,
JANUARY TO JUNE 2014.**

Author: Dr. Mary S. Martínez

Tutor: Dra. Elia Figueira.

ABSTRACT

Introduction: Admission to the Intensive Care Unit (ICU) is a disruptive and stressful experience for patients, and . causes emotional disturbances during your stay and even months after discharge from the ICU.

Objective: To determine the frequency of anxiety and depression in adult patients in the Intensive Care Unit of IAHULA, in the period January to June 2014.

Method: Field survey, transversal, descriptive, observational study. Instrument: Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond and Snaith (HADS).

Results: Of 45 patients, 33.33% reported psychiatric morbidity (group1): 13.33% anxiety, 6.67% depression and 13.33% mixed anxious-depressive disorder. The remaining 66.67% reported no psychiatric morbidity (group2). The average days of invasive and noninvasive mechanical ventilation and hospitalization in ICU was higher in group 1 than in Group 2 (5.93 days vs. 1.07 days - 3.13 days vs., 0.87 days - 7.80 days vs. 3.97 days, respectively), with statistically significant relationship without risk for psychiatric disorder. The most common symptom of anxiety was: tension-concern-distress (28.89% group1 vs. 2.22% group2) and the most reported depressive symptoms were: feeling less joy and enthusiasm and laugh less than before (24.44% group1 vs. 11.11% group2), relative risk for psychiatric disorder statistically significantly.

Conclusion: The manifestation of symptoms of anxiety and depression in the ICU represents a risk factor for development of subsequent psychiatric disorder.

Keywords: Anxiety, depression, Hospital Anxiety and Depression Scale.

INTRODUCCIÓN

El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede constituir una experiencia realmente estresante y disruptiva tanto para el paciente como para los familiares, dando lugar a un grado variable de afectación emocional durante la estancia en UCI e incluso varios meses después del alta de la unidad. Existen factores de riesgo: estresantes, clínicos, psicológicos agudos, intervinientes, socio-económicos, demográficos y de salud crónica que pueden afectar el estado mental del enfermo crítico¹. Entre los estresores presentes en este tipo de ambiente, Hewitt destaca la deprivación sensorial, el dolor y cinco tipos de factores ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal: reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico social y restricciones de movimiento, además Hewitt afirma que el dolor es lo que más preocupa a los pacientes².

Evaluar el estado mental del enfermo grave es difícil, ya que el diagnóstico de trastornos como la psicosis aguda sólo puede establecerse después de descartar la existencia de hipoxia, hipercapnia, anormalidades electrolíticas, del equilibrio ácido base, reacciones medicamentosas, distensión gástrica o urinaria, exacerbación de alteraciones psiquiátricas previas, sepsis, disfunción renal o hepática, encefalopatías de distintas causas, y síndromes de abstinencia.

Los avances en la medicina de cuidados intensivos han contribuido al aumento de la supervivencia, por lo que la salud y el bienestar a largo plazo de los pacientes después de una enfermedad crítica han recibido mayor atención. Amplia es la morbilidad posterior a UCI, con implicaciones importantes en la salud emocional, social, ocupacional y económica³.

Estudios realizados en diferentes partes del mundo como Brasil, Israel, Inglaterra, Suecia, España e inclusive un estudio multicéntrico que abarcó varios países europeos, hacen ver que

la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes egresados de la UCI se aproxima al 51%³. Dentro de la morbilidad psiquiátrica se pueden conseguir trastornos como ansiedad, depresión, delirium y estrés postraumático (TEPT) que pueden tener efectos importantes en la recuperación de la calidad de vida después de la enfermedad crítica.

En términos cuantitativos, un estudio conducido por Wade *et al* en Londres, Inglaterra en el año 2012, mostró que 46% de los pacientes de UCI presentaron depresión y 44% ansiedad. Otro estudio de Alvarado *et al*, en Chapultepec, México, reveló que 52,2% de los pacientes de UCI presentaron ansiedad (moderada 14,2%, severa 38%), y 48% depresión (moderada 19%, severa 29%)⁴. Todo esto pone de relieve la importancia de entender al paciente en estado crítico y a su familia como seres biopsicosociales vulnerables a factores estresores relacionados con su enfermedad y con el entorno asistencial, por lo que es necesario ofrecer atención integral, en la que además de la resolución de las dolencias físicas, es de vital importancia, se atiendan las necesidades psicológicas, sociales y espirituales, con la finalidad de disminuir el impacto del ingreso en UCI y facilitar en la medida de lo posible, un afrontamiento adaptativo a esta situación⁵.

En cuanto a los mecanismos fisiológicos, según Moix, la morbilidad psiquiátrica corre paralela a la activación fisiológica de los sistemas autonómico, neuroendocrino e inmune, por lo que la prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos puede coadyuvar en la resolución de las alteraciones en las funciones orgánicas de los pacientes².

La ansiedad, es un mecanismo de defensa adaptativo ante amenazas, aunque en ocasiones puede tornarse patológico. Clínicamente los principales síntomas se deben a procesos neurovegetativos, manifestados como palpitaciones, dolor precordial, disnea e hiperventilación, sudoración, náuseas y escalofríos, como síntomas psicológicos destacan:

La sensación de muerte, pérdida de autocontrol y síntomas de despersonalización y desrealización. Por otra parte, la depresión se caracteriza por tristeza, anhedonia, disforia, síntomas somáticos, alteración de sueño, apetito, cambios de peso, modificaciones del comportamiento y pensamientos depresivos, factores todos que repercuten en los procesos de recuperación del enfermo crítico⁶. Se han descrito también cambios en el control de la temperatura corporal (hipertermia nocturna), aplanamiento de la elevación nocturna normal de las concentraciones plasmáticas de TSH e hipersecreción de cortisol⁷.

La ansiedad y depresión experimentadas por estos pacientes pueden causar problemas fisiológicos que lleven a curación más lenta de las heridas, disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones, pudiendo exacerbar el dolor experimentado, alterar significativamente el bienestar mental, la cooperación con actividades protocolizadas y propiciar una recuperación lenta y difícil. Los pacientes ansiosos, depresivos manifiestan más quejas y reciben por ello más medicación y más atención, expresan de forma más acusada las preocupaciones sobre su estado y retrasan de este modo, la decisión de los médicos respecto al alta, siguen peor las instrucciones de los médicos y tardan más en recuperarse. Por otra parte, Moix también 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, táctiles y otros)².

Al considerar que la morbilidad psiquiátrica en el paciente crítico afecta alrededor del 50%⁸ de estos enfermos y conociendo la repercusión negativa de estas entidades en la recuperación de los mismos, el incremento en costos de atención sanitaria y la prolongación de la estancia en UCI y en el hospital, se planteó la necesidad de realizar el presente trabajo para determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos

del Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (HADS), (anexo 3).

www.bdigital.ula.ve

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en las UCI, estos trastornos tienen repercusiones importantes a mediano y largo plazo, sin embargo, suelen ser pasados por alto en la mayoría de los casos, porque el personal encargado no está capacitado para diagnosticar estas alteraciones⁴. Al ser un problema subdiagnosticado no se cuenta con los planes de apoyo para su prevención⁹.

Los problemas psiquiátricos aumentan la estancia y los costos hospitalarios, generan mayor intervención medicamentosa y más atención psicológica, retardan la incorporación a las actividades habituales, labores productivas del paciente, haciéndose más dependiente de la familia, añadiendo así una carga más a los problemas del núcleo familiar¹⁰.

En la literatura revisada, no se identificaron publicaciones sobre este problema a nivel regional y local, salvo dos trabajos de grado realizados en la UCI del IAHULA, uno en el año 2000 y otro en el año 2008, los cuales no estaban disponibles.

En vista de la carencia de estudios en la UCI de esta institución, se realizó este proyecto de investigación con la finalidad de conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en el paciente crítico, información que puede ser empleada para diseñar estrategias de prevención y tratamiento de tales trastornos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia de Ansiedad y Depresión en los pacientes adultos de la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA, en el periodo enero a junio 2014, mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (HADS)

Objetivos Específicos

1. Identificar las variables demográficas, hábitos psicobiológicos (uso habitual de sedantes y drogas) condición clínica (diagnóstico, gravedad) y estancia en UCI (días de estancia y aplicación de procedimientos invasivos) de los pacientes incluidos en el estudio.
2. Describir los factores de riesgo para el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA.
3. Identificar los pacientes que ameritaron tratamiento con psicofármacos durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA.
4. Correlacionar la ocurrencia de morbilidad psiquiátrica con variables demográficas, condiciones clínicas e indicadores hospitalarios.

MARCO TEÓRICO

La ansiedad es una emoción normal en circunstancias amenazadoras y se considera que forma parte de la reacción evolutiva de supervivencia de “lucha o huida”, sin embargo, hay circunstancias en las cuales la presencia de ansiedad es desadaptativa y constituye un trastorno psiquiátrico. El concepto original de trastorno de ansiedad generalizada que agrupaba a diversos tipos de ansiedad se ha ido separando en diversos subgrupos conocidos como trastorno de pánico, obsesivo-compulsivo, fobias social, trastorno fóbico, ansiedad-depresión mixta y trastorno post-traumático, estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica e inducido por sustancias¹¹.

Dado que las crisis de angustia y la agorafobia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, su descripción y criterios diagnósticos se exponen por separado, aunque no poseen o cuentan con código propio ni pueden diagnosticarse como entidades separadas¹².

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*).

Aparición “Temporal o Aislada” de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min¹².

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico

7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones.

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como

los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia)¹².

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se refiere a la situación en la que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma normal, no logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta forma de ansiedad puede, al final, producir problemas fisiológicos. Las personas que padecen del trastorno de ansiedad generalizada pueden comenzar a sufrir dolores de cabeza, mareos, palpitaciones cardíacas o insomnio.

El síntoma principal es la presencia casi constante de preocupación o tensión, incluso cuando no existen causas objetivas que lo motiven. Las preocupaciones parecen flotar de un problema a otro, como problemas familiares o de relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, dinero, salud y otros problemas. Incluso siendo consciente de que sus preocupaciones o miedos son más intensos de lo necesario, una persona con trastorno de ansiedad generalizada aún tiene dificultad para controlarlos. Los síntomas psicológicos son: preocupación crónica y exagerada, agitación, inquietud, tensión e irritabilidad sin causa, aparente, o éstas son más intensas de lo que sería razonable en esa situación particular. La gente que la padece también puede tener problemas de concentración y dificultades para conciliar el sueño (siendo el primero que se afecta en cualquier trastorno) y tener un sueño no reparador ni satisfactorio. Con frecuencia suelen aparecer signos físicos, como temblores, dolor de cabeza, mareos,

agitación, tensión y dolor muscular, ojeras, pérdida de peso, molestias abdominales y sudoración¹².

Depresión.

La depresión es una emoción universalmente experimentada por todas las personas en algún momento de su vida, es necesario distinguir entre la emoción normal y la depresión de una enfermedad que requiere tratamiento médico¹¹.

El DSM-IV describe los episodios afectivos por separado de los trastornos del estado de ánimo; no tienen código diagnóstico y no pueden diagnosticarse como entidades independientes, pero sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos, ya que los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos¹².

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas casi a diario, durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito. Nota: En niños

hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables para el periodo de observación.

4. Insomnio o hipersomnia.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.¹²

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único.

A. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

B. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica¹²

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.¹²

ANTECEDENTES

Desarrollo de un instrumento de detección temprana para predecir la morbilidad psicológica después de la enfermedad crítica.

Autor / Año Lugar	Población	Resultado /Conclusiones
Schandl. A, Bottai. M, Hellgen. E, Sundin. O, Sackey. P, 2013 Solna, Suecia ¹³	Estudio Prospectivo, 150 pacientes de UCI mixta adulta. Se registraron datos de 21 factores de riesgo potenciales para problemas psicológicos A dos meses del egreso se efectuaron <i>test</i> de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y cuestionarios de síntomas TEPT (PTSS-10)	31 % de los pacientes presentaron resultados psicológicos adversos. Fueron incluidos 6 predictores importantes (problemas psicológicos previos, padres con hijos menores de 18 años, agitación en UCI, desempleo o desempleado post enfermedad en UCI, deprimidos en la UCI), que obtuvieron el mayor porcentaje.

Investigando Factores de riesgo de morbilidad psicológica a los 3 meses post UCI

Autor / Año Lugar	Población	Resultado / Conclusiones
Wade. D, Howell. D, Weinman. J, 2012 Londres Inglaterra ¹	Prospectivo, 100 pacientes, 4 grupos de factores de riesgo (clínicos, psicológicos agudos, socio-demográficos, y de salud crónica) obtenidos al momento del ingreso a UCI.	El 55% de los pacientes presentaron morbilidad psicológica, 27,1% probable TEPT, 46,3% probable depresión y 44,4% probable ansiedad. El uso de inotrópicos o vasopresores se asoció a la presencia de ansiedad. En tanto que la administración de corticoesteroides se relacionó con mejor calidad de vida. La aparición de reacciones psicológicas en UCI, se relacionó con desarrollo de TEPT post UCI.

¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la situación cognitiva.

Autor / Año / Lugar	Población	Resultado / Conclusiones
Bernat. M, Ballester, R, Abizanda. R, 2012 Castellón España ¹⁴	Observacional, descriptivo. Se entrevistaron 29 pacientes críticos con estancia > 24h. Se midió: Capacidad funcional y reacción psicológica en UCI. Utilizaron: parámetros biológicos, Escala de Coma de Glasgow, Índice de Barthel, Minimental <i>test</i> , Escala de Factores Estresantes, Escalas de Ansiedad y Depresión de Hamilton, Cuestionario de valoración subjetiva de información y decisión.	14,8% respondió Minimental <i>test</i> , 85,2% presentó deterioro de la capacidad cognitiva. 61,5% presentó ansiedad y 7,7% depresión. 62% mostró acuerdo en que el paciente participe de las decisiones. A mayor nivel de depresión menor capacidad cognitiva. Las variables ansiedad y depresión se relacionaron significativamente con la menor capacidad para tomar decisiones.

Intervención Psicológica temprana intra UCI promueve la recuperación de los síntomas de TEPT, Ansiedad y Depresión en pacientes críticamente enfermos

Autor / Año / Lugar	Población	Resultado /Conclusiones
Peris.A, Bonizzdl. M Lozzelli. D, Zogli. D Bacehereti. A 2011 Florencia Italia ¹⁵	Observacional, Dos periodos: Enero 2005 a Marzo 2007 y Abril 2007 agosto 2009 P1: 86 pacientes en grupo control P2: 123 pacientes en grupo Intervención	El grupo de Intervención Vs Grupo Control mostró índices más bajos de ansiedad (8,9% Vs 17,4%) y depresión (6,5% Vs 12,8%). La incidencia de TEPT fue menor en los pacientes que recibieron apoyo psicológico clínico precoz que en el grupo control (21% Vs 51%). Los pacientes que necesitaron medicación psiquiátrica a los 12 meses fueron más numerosos en el grupo control que en el grupo de Intervención (41,7% Vs 8,1%). La intervención psicológica temprana intra UCI, puede ayudar a los enfermos a recuperarse de la experiencia estresante.

Aspectos vivenciales del paciente durante su estancia en UCI

Autor / Año / Lugar	Población	Resultado / Conclusiones
Leiva. M, Nasabun. V, 2010 Santiago de Chile Chile ¹⁶	Cualitativo, fenomenológico. 17 pacientes fueron entrevistados en el periodo crítico de su enfermedad. Se usó entrevista guiada a través de instrumento llamado Pauta de Entrevista: Sus vivencias en la hospitalización.	Se identificaron alteraciones emocionales (mencionadas mas no cuantificadas) ansiedad, miedo, inquietud, rabia desesperación, soledad, nostalgia, estrés, baja autoestima por la preocupación sobre la enfermedad, dolor y falta de información. La ventilación mecánica (VM) fue la sensación más incómoda mientras VMNI: VM no invasiva fue percibida como un alivio. Las punciones y otros elementos invasivos fueron percibidos como los mayores generadores de dolor.

Depresión en general en sobrevivientes de la UCI. Una revisión sistemática

Autor / Año / Lugar	Población	Resultado / Conclusiones
Davydow. D, Gifford. J, Desai. S, Bienvenu. O, Needham. D, 2009 Washington USA ¹⁷	Cualitativo, retrospectivo, revisión de 40 estudios. Se condujo una revisión sistemática usando Medline, EMBASE, Cochrane Library, CINAHL, PsycInfon .	La prevalencia de síntomas de depresión fue de 28%. El sexo y edad no fueron factores de riesgo. La depresión en fase temprana fue un factor de riesgo fuerte para el desarrollo de depresión durante y post UCI y se asoció con baja calidad de vida.

Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de UCI

Autor / Año / Lugar	Población	Resultado / Conclusiones
Ayllon. N, Álvarez. M, González. M, 2009 País Vasco, España ¹⁸	Descriptivo, transversal. 91 pacientes con estancia mayor de 3 días, usaron: escala de estresores de Ballart, Entrevista abierta con psicólogo, los casos se clasificaron en dos grupos: los que presentaron delirium y los que no.	Factores percibidos como más estresantes: sed, dificultad/ imposibilidad para dormir 42,9%, tubo en nariz/ boca 55%, no saber la hora 34,1%. Necesidades físicas generaron más ansiedad en los enfermos críticos que no habían padecido delirium. Los factores estresores para los casos con ansiedad fueron: dolor, sed, no poder hablar y privación del sueño.

Síntomas de Ansiedad y Depresión tras la Hospitalización en UCI

Autor / Año / Lugar	Población	Resultado / Conclusiones
Gil. B, Ruiz. E, Ballester, R, Gómez. S Giménez. C, 2008 Castellón España ⁵	Prospectivo, 40 sujetos y 40 familiares. Se usaron: Escala ansiedad y depresión (HADS-216 Mond-Snalthe 1983 Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Stai-Spielberger, Gorsuch, Lushene 1970) e Inventario de depresión de Beck (Bdi-Beck, Ward, Mendelson, Mocky, Erbaugh, 1961). Realizado en 4 fases: Evaluación inicial (pre <i>test</i>), Fase intervención, Post <i>Test</i> y Seguimiento.	Los resultados solo son de la fase inicial. Hay diferencias significativas entre familiares y enfermos al comparar ansiedad y depresión en los tres <i>test</i> . Ansiedad y depresión obtuvieron valores superiores en familiares que en pacientes. Los familiares obtuvieron mayor puntuación en ansiedad que en depresión. Probable problema clínico con mayor puntaje para la ansiedad.

METODOLOGÍA

Diseño del Estudio y Tipo de Investigación

Estudio de campo, transversal, descriptivo, observacional.

Población.

Todos los pacientes mayores de 16 años, que ingresaron en la UCI del IAHULA, de enero a junio 2014.

Muestra.

Todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión

Cálculo de la Muestra

Basados en una población de 70 pacientes por cada 6 meses, usando la constante de desviación estándar de 0,5; un nivel de confianza del 95% (valor de 1,96) y un margen de error del 0,9%, (valor de 0,09) la muestra es:

$$n = \frac{70 \times 0,52 \times 1,962}{((70 - 1) \times 0,092) + (0,52 \times 1,962)} = 45,25 \text{ pacientes} = 45 \text{ pacientes}$$

Criterios de Inclusión

Edad comprendida entre 16 y 80 años.

Todos los pacientes que ingresaron a la UCI y aceptaron participar en el estudio

Pacientes con estancia en UCI mayor de 48 horas.

Pacientes conscientes, alertas y capaces de responder preguntas.

Criterios de Exclusión

Pacientes menores de 16 años

Pacientes mayores de 80 años

Rechazo a participar en el estudio

Paciente con trauma cerebral

Pacientes con traqueostomo

Pacientes que hayan sufrido enfermedades mentales y/o tratamientos psiquiátricos previos o intento de suicidio.

Procedimiento

Después del ingreso de un paciente adulto a la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, se le solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio, explicándole en qué consistía el mismo (anexo 1) se procedió entonces a recolectar los datos pertinentes en una ficha diseñada para tal fin (anexo 2). Posteriormente a las 48 horas de su ingreso, si el paciente estaba consciente y era capaz de responder preguntas, fue entrevistado para responder la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (HADS), (anexo 3). Esta escala es utilizada para el cribado de enfermedad mental, específicamente de ansiedad y depresión, separa los síntomas físicos y fue especialmente diseñada para pacientes hospitalizados y es muy aplicada en UCI, contiene dos grupos de preguntas, 14 ítems, 7 para cada patología y cada una se evaluó por separado en 3 rangos:

0 - 8 puntos: Sin ansiedad >8 puntos: Posible ansiedad \geq 11 puntos: Probable ansiedad

0-8 puntos: Sin depresión > 8 puntos: Posible depresión \geq 11 puntos: Probable depresión

Esta escala posee una sensibilidad de 69,6% y una especificidad de 90,9%^{13,16,19}.

Posteriormente los datos obtenidos fueron incorporados al programa estadístico para el análisis de los resultados.

Operacionalización de las Variables

Variables	Dimensión	Indicador	Ítem
Frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes adultos críticamente enfermos	Demográficas	Sexo Edad Ocupación Hijos menores de 18 años	1
	Hábitos Psicobiológicos	Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas	2
	Condiciones clínicas	Tipo de paciente Dx etiológico Gravedad: APACHE II Comorbilidades	3
	Estancia en UCI	Uso de Procedimientos invasivos Días de VM Días de VMNI Días de hospitalización en UCI Días de hospitalización en IAHULA	4
	Medicación con psicofármacos	Tranquilizantes Sedoanalgesia	5
	Evaluación de ansiedad y depresión	Condiciones de egreso Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).	6 A3

Recursos, Equipos y Suministros

Recursos Humanos	Institucionales	Equipos Y Suministros
Investigador Principal	Instituto Autónomo	Computador
Psiquiatra Asesor	Hospital	Papel
Metodólogo Asesor	Universitario De Los Andes	Formularios de:
Enfermeras	Unidad de Cuidados	Escala Hospitalaria
Personal Residentes de	Intensivos	de Ansiedad y
Cuidados Intensivos		Depresión de
Pacientes		(HADS).

Análisis Estadístico

Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS v20.

La distribución de pacientes según sus características clínicas y demográficas, de acuerdo a la presencia de ansiedad y depresión, se presentaron en valores absolutos y porcentuales en tablas o gráficos, según el caso. Las variables numéricas (edad, días de estancia en la UCI, días de ventilación mecánica, entre otras) se expresaron con medidas de tendencia central (medias) y de dispersión (desviación estándar).

Para el análisis bi-variado se compararon los grupos (grupo 1, pacientes con ansiedad y/o depresión y grupo 2, pacientes sin ansiedad ni depresión), se utilizaron las pruebas: χ^2 , y se calculó Odds Ratio para aquellas variables con significancia estadística. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año 2014

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Investigación de la literatura	X	X	X	X	X	X	
Entrega de Protocolo				X			
Aprobación				X			
Recolección de muestra	X	X	X	X	X	X	
Ingreso de datos				X	X	X	
Análisis Estadístico						X	
Presentación avance de Tesis						X	
Entrega de TEG							X

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio (enero – junio 2014) fueron admitidos 108 pacientes en la UCI, 21 de los cuales fallecieron y 42 no cumplieron con los criterios de inclusión porque presentaron trauma craneoencefálico, secuelas neurológicas que impidió responder el interrogatorio y a otros se les realizó traqueostomía, finalmente 45 (41.6%) pacientes fueron incluidos en el estudio. (fig. 1).

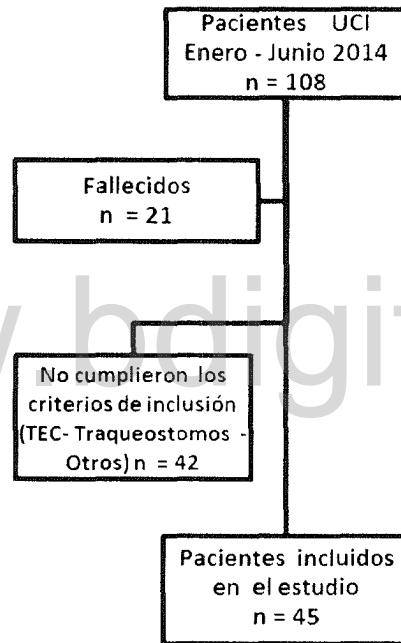
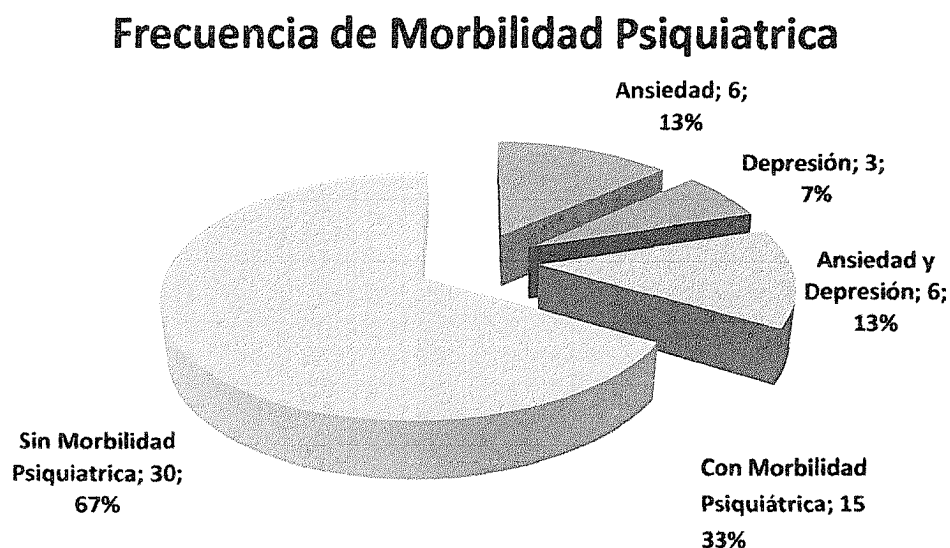


Figura No.1 Diagrama de flujo de los pacientes participantes del estudio.

Gráfico No. 1. Frecuencia de morbilidad psiquiátrica



Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla No.1 Medias de ansiedad y depresión según HADS

		Grupo 1 Con Morbilidad Psiquiátrica				Grupo 2 Sin Morbilidad Psiquiátrica			
		n	\bar{X}	Mediana	DS	n	\bar{X}	Mediana	DS
Ansiedad	HADS-A	6	9,66	9,5	0,816	2,82	2,50	1,846	
Depresión	HADS-D	3	9,67	10	0,567	30	2,31	2,00	2,080
Ansiedad y Depresión	Ansiedad y Depresión	6	12,3	12,5	2,994				
			13,3	13	3,615				

Fuente: ficha de recolección de datos

Al aplicar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (HADS), 66.67% de los pacientes no manifestaron síntomas ansiosos ni depresivos, mientras que el 33.33% restante si lo hizo, de ellos 13.33% refirió ansiedad con puntaje promedio de HADS-A de 9.66, DS 0.81 y mediana 9.5, el 6.67% refirió depresión con puntaje promedio de HADS-D 9.67, DS 0.56, mediana 10.

El 13.33% manifestó síntomas de trastorno mixto depresivo-ansioso con puntaje promedio de HADS para ansiedad 12.33, DS 2.99, mediana 12.5 y para depresión 13.33, DS 3.61 y mediana 13. (Ver tabla 1).

De acuerdo al puntaje obtenido en la Escala de HADS la población estudiada se dividió en dos grupos: grupo 1, con morbilidad psiquiátrica (33.33%) y grupo 2, Sin morbilidad psiquiátrica (66.67%).

www.bdigital.ula.ve

Tabla No.2 Asociación entre variables demográficas y morbilidad psiquiátrica

Variables Demográficas		Grupo 1 Con Morbilidad Psiquiátrica				Grupo 2 Sin Morbilidad Psiquiátrica				p		
		n	%	\bar{X}	Mediana	DS	n	%	\bar{X}		Mediana	DS
Sexo	Masculino	3	(6,67)								0,123	
	Femenino	12	(26,67)	--	--	--	13	(28,89)				
Edad	≤ 45	13	(28,89)	32,8 *	32,5	10,77	24	(53,33)	32,47 *	26,00	14,75	0,581
	> 45	2	(4,44)				6	(13,33)				
Ocupación	Profesional	2	(4,44)				4	(8,89)				0,169
	Obrero	2	(4,44)				10	(22,22)				
	Estudiante	1	(2,22)	--	--	--	5	(11,11)	--	--	--	
Hijos Menores de 18 años	Ama de casa	9	(20,00)				7	(15,56)				0,670
	Comerciante	1	(2,22)				4	(8,89)				
	Si	8	(17,78)	--	--	--	14	(31,11)	--	--	--	
	No	7	(15,56)				16	(35,56)				

Fuente: ficha de recolección de datos

* años

El sexo femenino predominó en ambos grupos 26.67% vs 6.67% para el grupo 1 y 37.78% vs 28.89% para el grupo 2. La edad promedio para el grupo 1 fue de 32.8 años, DS 10.77 años y la mediana de 32.5 años, para el grupo 2 fue de 32.47 años, DS 14.75 años y la mediana de 26.0 años, la ocupación más frecuente para el grupo 1 fue ama de casa 20% y para el grupo 2 obrero 22.22%, en el grupo 1 predominaron los pacientes con hijos menores de 18 años de edad (17.8%), mientras que en el grupo 2 predominaron los que no tenían hijos menores de 18 años (35.56%). Al aplicar X^2 no se observó significancia estadística para ninguna de estas variables.

Tabla No.3 Asociación entre hábitos psicobiológicos, condiciones clínicas y morbilidad psiquiátrica

Hábitos-Comorbilidades-Procedencia-Tipo Paciente- Destino		Grupo 1 Con Morbilidad Psiquiátrica					Grupo 2 Sin Morbilidad Psiquiátrica					p
		n	%	\bar{X}	Mediana	DS	n	%	\bar{X}	Mediana	DS	
Habito Psicobiológicos												
Habito Psicobiológicos	Con Hábitos	6	(13,33)				13	(28,89)				0,670
	Sin Hábitos	9	(20,00)				17	(37,78)				
Condiciones Clínicas												
Tipo de Paciente	Quirúrgico	10	(22,22)				26	(57,78)				0,114
	Medico	5	(11,11)				4	(8,89)				
Diagnostico Etiológico	Infeccioso causas externas	10	(22,22)				20	(44,44)				0,765
	Enf. crónicas degenerativas, Autoimmune, congénito, Neoplasias,	2	(4,44)				6	(13,33)				
	Post Operatorios, Trauma, Otros	3	(6,67)				4	(8,89)				
APACHE II	< 10	7	(15,56)	10,53	10,00	6,14	20	(44,44)	7,83	6,00	5,02	0,197
	≥ 10	8	(17,78)				10	(22,22)				
Comorbilidad	Con comorbilidad	7	(15,56)				10	(22,22)				0,128
	Sin comorbilidad	8	(17,78)				20	(44,44)				

Fuente: ficha de recolección de datos

En ambos grupos predominaron los pacientes sin consumo de alcohol, tabaco y drogas 20% y 37.78% respectivamente, de tipo quirúrgico (22.22% y 57.78%), así como cuyo motivo más frecuente de admisión fueron las infecciones de causas externas 22.22% y 44.44% respectivamente. En el grupo 1 el promedio de APACHE II fue de 10.53pts, DS 6.14pts y mediana 10pts y en el grupo 2 fue de 7.83pts, DS 5,02pts y mediana 6pts, en ambos grupos predominaron los pacientes sin comorbilidad (17.78% y 44.44%) respectivamente. Al aplicar X^2 a este grupo de variables no se encontró significancia estadística.

Tabla No.4 Asociación entre uso de procedimientos invasivos y morbilidad psiquiátrica

Procedimientos Invasivos		Grupo 1 Con Morbilidad Psiquiátrica		Grupo 2 Sin Morbilidad Psiquiátrica		p
		n	%	n	%	
Tubo Orotraqueal	No	3	(6,67)	13	(28,89)	0,123
	Si	12	(26,67)	17	(37,78)	
Drenaje	No	12	(26,67)	27	(60)	0,352
	Si	3	(6,67)	3	(6,67)	
Sondas	Vesical	1	(2,22)	4	(8,89)	0,472
	Orogástrica-Vesical	7	(15,56)	18	(40)	
	Nasogástrica-Vesical	4	(8,89)	6	(13,33)	
	Orogástrica-Nasogástrica-Vesical	3	(6,67)	2	(4,44)	
Tubo de Tórax	No	12	(26,67)	26	(57,78)	0,561
	Si	3	(6,67)	4	(8,89)	
Acceso Venoso	Central	10	(22,22)	18	(40)	0,889
	Periférico	1	(2,22)	3	(6,67)	
	Central-Periférico	4	(8,89)	9	(20)	
Fijaciones Esqueléticas	No	13	(28,89)	29	(64,44)	0,205
	Si	2	(4,44)	1	(2,22)	

Fuente: ficha de recolección de datos

A todos los pacientes se les realizó algún tipo de procedimientos invasivos (Tubo orotraqueal, drenajes, sondas, tubo de tórax, accesos venosos y fijaciones esqueléticas), sin embargo, al aplicar X^2 no se encontró significancia estadística para esta variable.

Tabla No.5 Asociación entre estancia en UCI y morbilidad psiquiátrica

Estancia en UCI	Grupo 1					Grupo 2					p	
	Con Morbilidad Psiquiátrica					Sin Morbilidad Psiquiátrica						
	n	%	X	Mediana	DS	n	%	X	Mediana	DS		
Días de Vent. Mecánica	1-3	3	(6,67)			16	(35,56)					
	4-5	4	(8,89)			0	(0,00)					
	6-8	3	(6,67)	5,93	5,00	7,13	1	(2,22)	1,07	1,00	1,49	0,028
	13-18	1	(2,22)			0	(0,00)					
	19-30	1	(2,22)			0	(0,00)					
	No VM	3	(6,67)			13	(28,89)					
	Días de Vent. Mecánica No Invasiva	1-3	4	(8,89)			10	(22,22)				
4-5		3	(6,67)			1	(2,22)					
6-8		1	(2,22)	3,13	3,00	3,46	0	(0,00)	0,87	0,00	1,24	0,027
9-12		2	(4,44)			0	(0,00)					
No VMNI		5	(11,11)			19	(42,22)					
Días de Hospitalización en UCI	<= 12	12	(26,67)			30	(66,67)					
	> 12	3	(6,67)	7,80	9,50	13,79	0	(0,00)	3,97	4,00	1,48	0,011
Días Hospitalización	< 30	8	(17,78)			17	(37,78)					
	>= 30	7	(15,56)	36,93	33,00	30,12	13	(28,89)	26,03	23,00	18,51	0,396

Fuente: ficha de recolección de datos

El promedio de días de ventilación mecánica para el grupo 1 fue 5.93 días, DS 7.13 días y mediana 5.00 días vs 1.07 días, DS 1.49 días y mediana 1.00 día, para el grupo 2, $p = 0,028$. El promedio de días de ventilación mecánica no invasiva para el grupo 1 fue 3.13 días, DS 3.46 días y mediana 3.00 días vs promedio 0.87 días, DS 1.24 días para el grupo 2, $p = 0,027$. En cuanto a días de hospitalización en UCI el grupo 1 mostró un promedio de 7.80 días, DS 13.79 días y mediana 9.50 días vs promedio 3.97 días, DS 1.48 días y mediana 4.00 días para el grupo 2, $p = 0,011$. Al aplicar X^2 se observó significancia estadística en estas variables. El promedio de estancia hospitalaria en el IAHULA para el grupo 1 fue 36.93 días, DS 30.12 días y mediana 33 días vs promedio 26.03 días, DS 18.51 días y mediana 23 días para el grupo 2, $p = 0,39$.

Tabla No.6 Asociación entre síntomas, condición de egreso, medicación y morbilidad psiquiátrica

Evaluación y Medicación	Grupo 1 Con Morbilidad Psiquiátrica		Grupo 2 Sin Morbilidad Psiquiátrica		P
	n	%	n	%	
Síntomas de Ansiedad y Depresión					
Síntomas de Ansiedad	Inquietud	0 (0,00)	7 (15,56)		0,000
	Angustia/Temor	1 (2,22)	1 (2,22)		
	Tensión-Inquietud-Angustia	13 (28,89)	1 (2,22)		
	No refirió	1 (2,22)	21 (46,67)		
Síntomas de Depresión	Soy capaz de reír actualmente algo menos	0 (0,00)	1 (2,22)		0,001
	Me siento alegre muy pocas veces	2 (4,44)	11 (24,44)		
	Espero las cosas con ilusión algo menos que antes	1 (2,22)	0 (0,00)		
	Todas las anteriores	11 (24,44)	5 (11,11)		
Condición de Egreso	No refirió	1 (2,22)	13 (28,89)		0,459
	Fallecido	2 (4,44)	2 (4,44)		
	Mejoría	13 (28,89)	28 (62,22)		
	Medicación				
Psicofármacos	Tranquilizantes Mayores	2 (4,44)	0 (0,00)		0,000
	Tranquilizantes Menores	4 (8,89)	2 (4,44)		
	Tranquilizantes Mayores-Menores	6 (13,33)	0 (0,00)		
	No se usaron Tranquilizantes	3 (6,67)	28 (62,22)		
Sedoanalgesia	Opioides	1 (2,22)	2 (4,44)		0,957
	Analgésicos	1 (2,22)	2 (4,44)		
	Opioides-Analgésicos	2 (4,44)	6 (13,33)		
	Sedantes-Opioides-Analgésicos	11 (24,44)	20 (44,44)		
	Opioides	1 (2,22)	2 (4,44)		

Fuente: ficha de recolección de datos

Respecto al síntoma de ansiedad más referido fue la tensión-inquietud-angustia en el grupo 1, 28.89% vs 2.22% grupo 2, $p = 0.00$, mientras que los síntomas de depresión más referidos fueron el sentirse alegre muy pocas veces-esperar las cosas con ilusión algo menos que antes-ser capaz de reír de las cosas algo menos que antes en el grupo 1, 24.44% vs 11.11% en el grupo 2, $p = 0.001$. En ambos grupos predominó la condición de mejoría al egreso grupo 1 28.89% y grupo 2 62.22%, $p = 0.45$. Con respecto a los psicofármacos el uso de tranquilizantes mayores y menores después de las manifestaciones de morbilidad

psiquiátrica predominó en el grupo 1, 13.33% vs 0% en el grupo 2, $p = 0.000$. El uso de sedoanalgesia, sedantes-opioides-analgésicos predominó en ambos grupos: 1 y 2 24.44% y 44.44% respectivamente, $p = 0.95$ (Ver Tabla No 6).

Tabla No.7 Variables de riesgo (Odds Ratio)

Variable	\bar{X}	OR	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Estancia en UCI < =12 días	7,80	0,286	0,177	0,461
Días de Vent. Mecánica	5.93	3,586	0,922	13,942
Días de Vent. Mecánica No Invasiva	3.13	3,455	0,936	12,743
Uso de Psicofármacos post síntomas	–	0,018	0,003	0,121
Tensión-inquietud-angustia	–	32,667	3,715	287,206
Sentirse alegre muy pocas veces-esperar las cosas con ilusión algo menos que antes-ser capaz de reír de las cosas algo menos que antes	–	10,706	1,243	92,125

Fuente: ficha de recolección de datos

Al realizar pruebas de riesgo para tablas de contingencia de variables dicotómicas con un intervalo de confianza del 95% solo para variables con significancia estadística, se puede observar que los pacientes que manifestaron síntomas de ansiedad relacionados con tensión – inquietud - angustia tienen 32.66 veces más riesgo a desarrollar morbilidad psiquiátrica que aquellos que no los refirieron y en cuanto a la depresión los pacientes que refirieron sentirse alegre muy pocas veces - tener menor ilusión – menor capacidad de reírse que antes tienen 10.70 veces más riesgo a desarrollar morbilidad psiquiátrica que aquellos que no los refirieron. La estancia en UCI menor o igual de 12 días y el uso de psicofármacos post síntomas psicológicos, se comportaron como factores protectores. El resto de las variables tienen incluida la unidad en su intervalo de confianza por lo que su OR no es significativo.

DISCUSIÓN

El estudio reunió 45 pacientes en un periodo de 6 meses siendo esta una muestra pequeña al cotejar con la mayoría de las investigaciones previas. Los pacientes después de aplicada la escala HADS fueron divididos en 2 grupos según presencia o no de síntomas de morbilidad psiquiátrica.

La frecuencia de morbilidad psiquiátrica encontrada fue de 33.33% de la muestra, resultado semejante al 31% en un estudio llevado a cabo en Suecia¹³, pero menor que el 55% referido en otro realizado en Londres, Inglaterra, quienes hicieron seguimiento por 1 año y relacionaron la aparición de reacciones psicológicas en UCI con el desarrollo tardío de estrés postraumático post UCI (PTSD)¹, entidad que no se estudió en la investigación, lo cual podría explicar la diferencia señalada.

De los datos arrojados por aplicación de escala HADS se pudo observar que 13.33% de los pacientes con ansiedad obtuvieron un puntaje promedio de 9.66 pts. En la subescala HADS-A cifra mayor que la informada en Castellón, España, quienes encontraron un promedio de HADS-A 7.22 pts⁵, el puntaje promedio de subescala HADS-D referida por el 6.67% de los pacientes con síntomas depresivos también fue similar que el 7.07pts señalado por los investigadores ya citados⁵. Los pacientes que manifestaron síntomas mixtos depresivo-ansioso obtuvieron una subescala HADS-A con promedio de 12.33 pts y subescala HADS-D con promedio de 13.33 pts; estas cifras ubican a los pacientes estudiados en la UCI del IAHULA con resultado positivo para morbilidad psiquiátrica ya que los valores referidos son mayores a 9 pts,¹³ mientras que la muestra estudiada por Gil y col.⁵, obtuvo un rango normal (0 – 7 pts) para escala HADS, por lo tanto, estos pacientes no tenían síntomas ni de ansiedad ni de depresión, motivo por el cual el puntaje fue menor que el del estudio.

En relación a las variables demográficas en los pacientes críticos con síntomas de ansiedad y/o depresión aunque predominó el sexo femenino 26.67% vs 6.67%, esta variable no tuvo significancia estadística; resultado similar al referido en otras investigaciones las cuales consideraron que el género femenino no fue un factor predictor importante para el desarrollo de morbilidad psicológica, sino la presencia de factores psicológicos previos los cuales son más comunes en mujeres¹³. En solo uno de 3 estudios revisados se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo femenino y síntomas depresivos post UCI¹⁷. En contraste, en otras investigaciones se encontró predominio del sexo masculino también sin significación estadística^{1, 13}. El resultado obtenido pudiera explicarse porque durante el periodo de estudio ingresaron a la UCI del IAHULA mayor porcentaje de pacientes de sexo femenino 64.45%, debido al incremento del ingreso de pacientes obstétricas con enfermedades críticas.

La edad promedio fue 32.8 años, DS 10.77 años, cifra menor a la publicada por los estudios ya citados, donde refieren edad promedio 54, 55 y 57 años, lo cual pudiera explicarse porque en países desarrollados como Suecia, Inglaterra y Estados Unidos, al tener mayor capacidad arquitectónica pueden admitir pacientes de mayor edad; por el contrario, en la UCI del IAHULA el déficit de camas hospitalarias en ocasiones obliga a dar prioridad a pacientes más jóvenes, además el hecho ya mencionado del ingreso de pacientes obstétricas puede contribuir al predominio de pacientes jóvenes en edad reproductiva. La variable edad no representó significación estadística.

La ocupación más frecuente fue ama de casa (20%), hallazgo similar a otros resultados con 21.30% de población socio-económica no clasificada, donde se incluyen ocupaciones no profesionales ni técnicas como los oficios del hogar¹. Esta variable no obtuvo significación estadística.

El 17.8% de los pacientes con morbilidad psiquiátrica tenían hijos menores de 18 años, en el estudio no hay significancia estadística para esta variable, la misma representa un factor predictor de riesgo para el desarrollo de síntomas psicológicos adversos en pacientes críticos (OR 3.51), pero específicamente para el desarrollo de PTSD post UCI probablemente porque los hijos de esta edad normalmente son más dependientes del cuidado de los padres¹³. El hecho de no encontrar un valor estadísticamente significativo, pudiera explicarse porque la encuesta aplicada solo evalúa síntomas de ansiedad y/o depresión pero no incluye PTSD post UCI.

Predominaron los pacientes sin antecedentes de consumo de alcohol, tabaco y drogas (20%), esta variable no obtuvo significancia estadística. En otras investigaciones el abuso de drogas y alcohol documentado en la historia clínica fue considerado un factor predictor de riesgo para el desarrollo de morbilidad psiquiátrica¹³.

En relación a la patología que motivó el ingreso a la UCI las infecciones de causas externas fueron las más frecuentes (22.22%) con predominio de pacientes de tipo quirúrgico, sin comorbilidades (17.78%) estas variables no obtuvieron significancia estadística, resultado similar al mencionado por otros autores quienes no encontraron asociación evidente entre el diagnóstico de admisión y el riesgo de depresión post UCI^{1, 22}. Otro estudio relaciona depresión y ansiedad con la presencia de enfermedades médicas crónicas las cuales pueden generar problemas psicológicos previos a la estadía en UCI y podría empeorar el bienestar psicológico¹³.

El promedio de APACHE II fue de 10.53 pts, no se encontró significancia estadística para esta variable, otros investigadores tampoco encontraron significación estadística entre el puntaje de APACHE II y depresión y/o ansiedad en pacientes críticos^{1, 17}.

El uso de procedimientos invasivos (drenajes, sondas, accesos venosos y fijaciones esqueléticas) no se relacionó con síntomas de ansiedad y/o depresión, resultado similar al encontrado en Chile donde clasificaron los elementos invasivos como estresores físicos ya que los pacientes referían que coartaban sus necesidades fisiológicas de alimentación, eliminación y comunicación. Procedimientos como las punciones o la permanencia de elementos invasivos en el cuerpo producen sensaciones de incertidumbre, incomodidad y dolor¹⁶. De igual forma la presencia de tubos en la nariz o en la boca (35.2%), no poder hablar (30.8%), tener limitada la movilidad por la presencia de tubos (28.6%) y usar mascarilla de oxígeno (26.4%) fueron identificados por los pacientes críticos como factores estresantes¹⁸.

El promedio de días de VMI fue de 5.93 días, DS 7.13 días, mediana 5 días en los pacientes que manifestaron síntomas de ansiedad y/o depresión, con correlación estadísticamente significativa al aplicar X^2 , sin embargo, no se consideró un factor de riesgo ya que el intervalo de confianza del 95% incluía la unidad. Otros trabajos señalan una mediana de 11.5 días de ventilación mecánica sin correlación estadísticamente significativa entre esta variable y la manifestación de síntomas depresivos y/o ansiosos^{17, 18}. Los pacientes perciben la ventilación mecánica invasiva como desesperante, considerándola un estresor físico¹⁶.

El promedio de días de VMNI fue de 3.13 días, DS 3.46 días y mediana de 3 días con significación estadística entre esta variable y síntomas de ansiedad y/o depresión mediante la aplicación de X^2 , pero sin considerarse un factor de riesgo al aplicar Odds Ratio, debido que incluye a la unidad en el intervalo de confianza. Por otra parte, los pacientes perciben la VMNI como una sensación de alivio cuando la comparan con la VMI, pero de igual forma la consideran un estresor físico¹⁶.

En relación a los días de hospitalización en UCI se encontró un promedio de 7.80 días, DS 13.79 días y mediana 3.97 días, con asociación estadísticamente significativa entre esta

variable y la manifestación de síntomas ansiosos y/o depresivos, en contraste al resultado de un metanálisis que incluyó 14 estudios con medianas de estancia en UCI entre 5 a 17 días, sin significación estadística para morbilidad psiquiátrica¹⁷. Sin embargo, al aplicar Odds Ratio para esta variable se encontró que la estancia en UCI menor de 12 días puede convertirse en un factor protector los pacientes al ingreso perciben la hospitalización como complicada, pero posteriormente es mejor tolerada y desarrollan confianza especialmente con el personal paramédico y por el contrario, se sienten afectados por el traslado a otras unidades, hecho que en algunas ocasiones se percibe como abandono, solo se afectan de manera negativa si se extiende mucho la hospitalización pero no se precisan días¹⁶. Por otra parte, la estancia prolongada en la UCI puede tener valor predictivo para problemas tales como deterioro o empeoramiento físico, más que psicológico¹³.

El promedio de estancia hospitalaria en el IAHULA fue mayor en el grupo que manifestó síntomas de ansiedad y/o depresión que en el grupo sin morbilidad psiquiátrica (\bar{X} 36.93 días, DS 30.12 días y mediana 33 días vs. \bar{X} 26.03 días, DS 18.51 días y mediana 23 días), a pesar de no encontrar significación estadística se observa prolongación de los días de hospitalización en los pacientes con morbilidad psiquiátrica; de hecho, la ansiedad y depresión experimentada por estos pacientes puede disminuir la respuesta inmune, aumentar el riesgo de infecciones, exacerbar el dolor, disminuir la cooperación con actividades protocolizadas, propiciar una recuperación más lenta, difícil y retrasar la decisión del alta médica².

El síntoma de ansiedad referido con mayor frecuencia fue la tensión-inquietud-angustia (28.89%) el cual tuvo significancia estadística cuando se aplicó X^2 y obtuvo un OR 32.66 lo cual indica que los pacientes que manifestaron este síntoma tienen mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad²⁰. Las alteraciones emocionales experimentadas por los pacientes hospitalizados en la UCI son ansiedad, miedo, inquietud, preocupación, incertidumbre,

depresión, desesperación, soledad, nostalgia, rabia, estrés y baja autoestima. Dichas alteraciones se relacionan directamente con las preocupaciones que tienen respecto a su enfermedad, falta de información, sensaciones dolorosas y temas que involucran a su familia^{13, 20}.

Los síntomas de depresión más referidos por los pacientes fueron sentirse alegre muy pocas veces, esperar las cosas con menos ilusión que antes, reír menos que antes (24.44%) al aplicar X^2 esta variable obtuvo significación estadística y un OR 10.70 lo cual indica mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo en los pacientes que refirieron este síntoma²¹. La literatura documenta que los pacientes críticos pueden manifestar diversas alteraciones psicológicas entre las que destacan ansiedad, estrés, desesperación y depresión como los principales desórdenes afectivos. Manifestar síntomas depresivos durante la hospitalización en UCI es un fuerte predictor de síntomas depresivos 2 meses después del egreso de UCI y a su vez esto puede ser un fuerte predictor de síntomas depresivos hasta 6 a 12 meses después del alta hospitalaria. Los síntomas depresivos se relacionan con deterioro cognoscitivo y pobre calidad de vida^{14, 17, 22}.

El uso de psicofármacos ya fueran tranquilizantes mayores o menores, después de la manifestación de síntomas ansiosos y/o depresivos se comportó como un factor protector, esta variable tuvo significación estadística al aplicar X^2 . Cada vez son más frecuentes las intervenciones psicológicas diseñadas para el manejo farmacológico o no, de ansiedad, depresión, miedo, desesperanza y para reducir el disconfort producido por las condiciones de salud y los procedimientos médicos a los que están expuestos los pacientes críticos^{1, 15}.

Todos los pacientes estudiados recibieron sedoanalgesia como parte del protocolo para mantener la ventilación mecánica invasiva, sin embargo, no se encontró significación estadística al aplicar X^2 . La sedación y la duración de la ventilación mecánica se han

considerado factores de riesgo clínico para algunas alteraciones psicológicas tal como el PTSD¹, no para ansiedad y depresión.

En la población estudiada la mejoría fue el motivo más frecuente de egreso de la UCI, solo fallecieron 4 pacientes, 2 de cada grupo. Esta variable no representó significación estadística y puede relacionarse con una puntuación baja de APACHE II que se corresponde con mortalidad esperada baja.

www.bdigital.ula.ve

SUGERENCIAS

Continuar esta línea de investigación e incluir una fase de seguimiento posterior al alta de UCI para detectar la persistencia o no de síntomas que se consideran factores predictores de trastornos psiquiátricos.

Promover la aplicación de la escala HADS desde los primeros días de ingreso de los pacientes en la UCI, concientizar al personal médico y de enfermería sobre la importancia del aspecto emocional en la recuperación integral de los pacientes admitidos.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wade D, Howell D, Weinman J, Hady R, Mythen M, Brewin C, et al. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care a prospective cohort study. *Crit Care*. 2012; 16:R192.
2. Gómez P, Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Emotional disorder and psychological need of patients in intensive care unit. *Med Intensiva*. 2007; 31(6):318-325.
3. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Flaatten H, Raylander C, Griffiths R.D. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med*. 2007; 33:978-985.
4. Alvarado F, Ormeño L, Martínez A. L, Martínez H. L, Dueñas H, Morales I. Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las unidades de terapia intensiva y cuidados intensivos. *Acta Méd*. 2003; 93-96.
5. Gil B, Ruiz E, Ballester R, Gómez S, Giménez C. Síntomas de Ansiedad y Depresión tras Hospitalización en UCI. *Universitat Jaume*. 2008;1-12
6. Castro F, Prado M, Zurita J. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes ASA I-II sometidos a cirugía en Hospital General 1[tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. 2012.
7. Soria V, Urretavizcaya M. Ritmos circadianos y depresión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009; 37(4):222-232.
8. Alvarado J, Da Silva L, Piccinini L, Guaratini A, Suzuki F, Cunha L. Hospital anxiety and depression scale: a study on the validation of the criteria a reliability on preoperative patients. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007; vol 57 No.1

9. Gutiérrez B, Alvariño B, Pérez L. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Global*. 2008; 7(12):1-8
10. Gómez P, Monsalve V. Intervención psicológica de la salud en el ámbito hospitalario. *Col Legi oficial de Psicologes de la Comutat Valenciana*. 2009; 105-106
11. Stahl S. *Principios de Farmacología Esencial*. 2º edición. Barcelona: Ariel Neurociencia; 2010:189-193
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 49 Ed. Text Revisions (DSM-IV-RT). Washington; 2000.
13. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin O, Sackey P. Developing an early screening instrument for predicting psychological morbidity after critical illness. *Crit Care*. 2013; 17:R210.
14. Bernat A, Ballester R, Abizanda R. ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Med Intensive*. 2012; 36(6):416-422.
15. Peris A, Bonizzoli M, Lozzelli D, Zogli D, Bacehereti A. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post-traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms in critical ill patients. *Crit Care*. 2011; 15: R41.
16. Leiva V, Nasabun V. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Med Chile*. 2010; VOL 25(4):199-203
17. Davydow D, Gifford J, Desai S, Bienvenu O, Needham D. Depression in general. *Intensive Care. Unit survivors: A Systematic review*. *Intens Care Med*. 2009; 35 (5):756-809.
18. Ayllón N, Álvarez M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm intensiva*. 2007; 18 (4):159-67

19. Snaith R, Simond A. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr.* 1983; 67:361-370
20. Balaguer G. *Ansiedad el porqué de los síntomas.* Clínica de la Ansiedad de Barcelona y Madrid. 2006.
21. Abizanda R, Ballester R, Bernat A, Ibáñez P, Bisbal E. et al. Psychological disturbances in patients admitted to ICU and their relatives. *Intensive Care Med.* 19th Annual Congress. Barcelona. 2006.
22. Anderson W, Arnold R, Angus D, Bryce C. Passive decision making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care.* 2009; 24:249-254.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve



(Anexo 1)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
_ cedula de identidad No. _____, Historia Clínica No.

Declaro por medio de la presente, estar en pleno conocimiento de lo tratado en el trabajo especial de grado titulado **“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL IAHULA**, realizado por la Dra. Mary Sylvia Martínez Torrealba, residente de segundo año del post grado de Terapia Intensiva Mención: Medicina Crítica Adultos de la Universidad de los Andes. Teniendo en cuenta que mi participación está avalada por mi firma, sin ánimo de lucro, entendiéndose que se realizaran encuestas durante mi estancia en la UCI, donde parte de la información provendrá de mi historia clínica y la cual se podrá utilizar para su publicación del estudio, siempre bajo el principio de confidencialidad.

Firma

Fecha



(Anexo 2)

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Identificación del paciente:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Ocupación: _____ Hijos menores de 18 años: _____

2. Hábitos Psicobiológicos:

Alcohol: _____ Drogas: _____ Tabaco: _____

3. Condiciones Clínicas:

Tipo de paciente: Qx: _____ Médico: _____ APACHE II: _____

Diagnostico Etiológico: _____

Comorbilidades: _____

4. Estancia en UCI:

Días de estancia en UCI: _____ Días Hospitalización: _____

Días VMI: _____ Días VMNI: _____

Sondas:

Orogástrica _____ Nasogástrica: _____ Vesical: _____

Procedimientos Invasivos:

Drenajes: _____ Tubo de Tórax: _____ Fijaciones: _____

Acceso venoso: Central:- _____ Periférico: _____

5. Medicación:

Tranquilizantes:

Mayores: _____ Menores: _____

Sedoanalgesia:

Sedantes: _____ Opioides: _____ Analgésicos: _____

Otros: _____

6. Condición de Egreso: _____



(Anexo 3)

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (HADS).

Nombre del

Paciente: _____

Sexo: F M

Edad: _____

Historia No. _____

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso	D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	D.3. Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca	D.4. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago: 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo	D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca	D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca	D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca