



X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería

10th International Nursing Research Conference

Investén-isciii
Unidad de Coordinación y Desarrollo de la
Investigación en Enfermería

**Del 22 al 25 de Noviembre de 2006
November 22nd to 25th, 2006**

Albacete

**Con la colaboración de:
With the collaboration of:**

csai 
Fundación para la
Cooperación y Salud
Internacional CarlosIII

**LIBRO DE PONENCIAS
CONFERENCE`S BOOK**

Colaboran



Ayuntamiento de Albacete



ISBN: 84-690-2248-2

Edita: Instituto de Salud Carlos III - Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2006.

AUTOR/ES:

Juana Perpiñá Galvañ1, Sonia Balboa Esteve2, Miguel Richart Martínez3

1. Licenciada en Enfermería. 2. Diplomada en Enfermería. Hospital Gral. Universitario de Alicante.

3. Doctor en Psicología. Departamento Enfermería. Universidad de Alicante.

TÍTULO:

Revisión bibliográfica sobre la medida de la ansiedad en pacientes críticos, sometidos a ventilación no invasiva.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Actualmente, el tratamiento de elección en la agudización de la enfermedad respiratoria es la Ventilación No Invasiva (VNI)(1). Las principales causas del fracaso de la terapia son los problemas con la interfase (2), pero también se han señalado efectos secundarios como angustia por claustrofobia, o ansiedad (3). Dado que la ansiedad, entre otros factores psicológicos, puede influir negativamente en los resultados de los pacientes, nos hemos planteado, en este trabajo, realizar una revisión bibliográfica con el objeto de identificar los artículos publicados que valoren la ansiedad de los pacientes sometidos a VNI, ingresados en UCI, para conocer el grado de ansiedad de estos pacientes y determinar qué instrumentos de medida de la ansiedad son los más utilizados y específicos para esa muestra de población.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda.

Llevamos a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CUIDEN, IME, ISOC, MEDLINE, CINAHL y PSYCINFO desde 1995 a 2005. Utilizamos los mismos descriptores pero los ajustamos según el thesaurus de cada base de datos, para que fueran lo más adecuados al concepto de búsqueda. Las palabras clave utilizadas fueron: ansiedad, estrés, hospitalización, pacientes, cuidados intensivos, enfermos críticos, ventilación no invasiva. Se unieron con el conector "OR" los descriptores referidos a ansiedad y estrés por un lado, y por otro lado los referidos a pacientes, cuidados intensivos y ventilación no invasiva. Ambos grupos se relacionaron después con el conector "AND".

Criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyó cualquier artículo original o de revisión que analizara la ansiedad en nuestro grupo de población, ya fuera utilizando instrumentos concretos de medida de la ansiedad, o desde una perspectiva cualitativa, aunque no utilizaran ningún instrumento estandarizado de medida. Fueron excluidos artículos desarrollados en niños, personal sanitario o familiares del paciente, y en pacientes pre y/o postoperatorios aunque estuvieran ingresados en UCI.

Extracción de datos.

La información extraída de los artículos incluyó en todos los casos el objeto de estudio de los mismos, el marco en el que éstos se desarrollaron y las características de las personas que formaron las muestras poblacionales (edad, sexo, y diagnóstico médico), y en los casos en que fue posible, las características de los instrumentos de medida en términos de fiabilidad y validez, las normas de aplicabilidad del instrumento (forma y tiempo de administración) y el grado de ansiedad de los pacientes obtenido tras la medición.

RESULTADOS

Estrategia de búsqueda.

La búsqueda electrónica no arrojó ningún artículo. Este resultado nos obligó a ampliar la búsqueda a poblaciones similares a la de interés para esta revisión; esto es: primero, en cualquier paciente ingresado en UCI (exceptuando a pacientes quirúrgicos), y segundo, en pacientes que sufren enfermedad respiratoria crónica, aunque no estuvieran ingresados en UCI. El total de artículos seleccionados, tras la segunda y tercera estrategia de búsqueda, fue de 32.

Objetivo de los estudios. En 24 de ellos, se mide el nivel de ansiedad del paciente (4-27), y en los 8 restantes (28-35), se analiza la ansiedad pero no se mide su grado, sino que se ahonda en conocer los factores que la desencadenan o los indicadores con los que ésta se manifiesta.

Características del ámbito y las personas.

Más de dos tercios de los estudios se desarrollaron en unidades de cuidados intensivos. Destaca la patología coronaria (IAM) y respiratoria (asma y EPOC). Respecto a la edad, la mayor parte de los estudios se dirigen a personas mayores de 50 años. En cuanto al sexo, hubo paridad entre el número de trabajos con mayor proporción de hombres, y mayor proporción de mujeres.

Descripción y propiedades psicométricas de los instrumentos de medida.

En cuanto a los instrumentos de medida, se encontraron cuestionarios multiítem, así como escalas de un solo ítem. Todas ellas son autoadministradas. Sólo tres estudios analizan la tasa de respuesta. Se obtienen mayores tasas de respuesta con cuestionarios cortos y menos complejos intelectualmente (FACES (6), VAS (8) que con instrumentos más largos (STAI-e, BSI), o cuando estos últimos (subescala de ansiedad de la HAD (23), son contestados por enfermos no críticos. Ningún estudio midió el tiempo de administración de la escala o cuestionario.

Respecto a las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de los instrumentos utilizados, más de la mitad de estudios no valoraron la fiabilidad de los mismos. Del 50 por ciento de estudios restantes, la consistencia interna fue una característica medida con resultados satisfactorios en casi todos los cuestionarios ($\alpha > 0.80$). El resto de instrumentos (de un único ítem), evaluaron la fiabilidad mediante el coeficiente test-retest, obteniendo valores de Pearson mayores de 0.60, considerándose como una moderada-alta estabilidad. En cuanto a la validez, sólo en cuatro estudios se analizó la validez de contenido a través de la revisión de la bibliografía y del juicio de expertos (FACES (6), ETIC-7 (17), VAR (25) o el juicio de pacientes (STAI-forma corta (9).

Únicamente se determina la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio para uno de los cuestionarios (forma corta del STAI-e (9). La validez de constructo se midió en la mayoría de instrumentos por convergencia con otras medidas (formas cortas del STAI-estado (9,27), LASS (7), Termómetro (26), VAR (25), ETIC-7 (17), FACES (6), ASI y SPRASS (10).

Niveles de ansiedad.

Los resultados son muy heterogéneos pero, en general, se obtienen niveles moderados de ansiedad y porcentajes bajos de sujetos con ansiedad extrema.

DISCUSIÓN.

Muy revelador es el principal resultado del estudio: no se ha encontrado ningún artículo que se proponga medir el nivel de ansiedad en pacientes críticos sometidos a VNI. Pensamos que este hecho podría ser resultado de al menos 3 circunstancias: 1) Que la medida de la ansiedad no sea un aspecto relevante en la valoración y tratamiento de los pacientes críticos y, de ahí, la falta de interés de los investigadores por el tema. 2) Que la medida de la ansiedad sea irrelevante en la valoración y tratamiento de los pacientes sometidos a VNI, y 3) Que no existan instrumentos de medida de la ansiedad adecuados para este tipo de población. A continuación intentaremos argumentar si esas hipótesis son ciertas.

La primera posibilidad no parece tener mucho sentido ya que son diversos los estudios (14,15,17) que obtienen al medir los niveles de ansiedad de pacientes de UCI, puntuaciones de ansiedad superiores a la norma. Además, la mayoría de las enfermeras entrevistadas (33) considera que la valoración y tratamiento de la ansiedad es importante y beneficioso para el paciente, aunque se encuentren diferencias entre los indicadores que consideran como los más importantes. Los indicadores psicológicos y cognitivos son utilizados en un porcentaje muchísimo menor (33) que los fisiológicos. Sin embargo, en la literatura, se ha documentado cómo cambios en la TA y FC no reflejan de forma precisa el nivel de ansiedad en pacientes con patología cardíaca (6,14,34-37). Así pues, la primera hipótesis planteada se podría rechazar y afirmar que la medida de la ansiedad sí es relevante para los investigadores clínicos, pero dicha medición no se realiza de forma precisa.

Respecto a la segunda posibilidad, si nos preguntamos si la valoración de la ansiedad es relevante en pacientes sometidos a VNI, encontramos una alta prevalencia de ansiedad en pacientes de UCI conectados a ventilación mecánica invasiva (12,13). La similitud entre los pacientes con VM y los sometidos a VNI, hace pensar que algún grado de ansiedad también debe ser percibido por estos últimos. Además, también hemos encontrado asociación entre ansiedad moderada-alta y deterioro en pacientes respiratorios crónicos (18,20,22,23). Por todo ello, la segunda hipótesis tampoco parece razonable.

Quizás la clave estaría en considerar la tercera posibilidad: es cierto que no se ha encontrado ningún instrumento probado en esta población, y posiblemente, esta puede ser una de las razones por las que los profesionales sanitarios no miden el nivel de ansiedad de forma adecuada. El análisis efectuado sobre las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas, nos puede servir para elegir aquella-as que, a priori, pudieran ser más adecuadas para las características de nuestra población. Así, de los instrumentos analizados destacamos la forma corta del STAI-e que mantiene las mismas buenas propiedades del STAI-e pero, al contener sólo 6 ítems, es más rápida y fácil de contestar por sujetos debilitados física y cognitivamente. De las dos versiones encontradas, pensamos que la de Chlan (9) tiene mejor validez de contenido ya que selecciona, para la elaboración de la escala, aquellos ítems relevantes para pacientes de UCI ventilados mecánicamente, además de ser la única que establece la validez estructural mediante un análisis factorial exploratorio.

Conocer los instrumentos de medida de la ansiedad disponibles y validados en este grupo de pacientes, facilitará la labor a los potenciales usuarios, y en su defecto, justificará la necesidad de realizar estudios de validación de instrumentos en esa población.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lightowler J, Wedzicha J, Elliott M, Ram F. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Br Med J.* 2003; 326:185.
2. American Thoracic Society. Internacional consensus conferences in intensive care medicine: noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:283-291.
3. Marrades R, Rodríguez R. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y ventilación no invasiva: una evidencia creciente. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:88-95.
4. O'Brien J, Moser D, Riegel B, Frazier S, Garvin B, An K. Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units. *Am J Crit Care.* 2001; 10:97-103.
5. McKinley S, Coote K, Stein-Parbury J. Development and testing of a faces scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *J Adv Nurs* 2003; 41: 73-79.
6. McKinley S, Stein-Parbury J, Chehelnabi A. Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale-psychological aspects of critical care. *Am J Crit Care* 2004; 2004:146-152.
7. Elliott D. Comparison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1993; 9: 195-200.
8. Chlan L. Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. *J Adv Nurs* 2004; 48:493-9.
9. Chlan L, Savik K, Weinert C. Development of a shortened state anxiety scale from the Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) for patients receiving mechanical ventilatory support. *J Nurs Meas* 2003; 11:283-93.
10. Davis T, Ross C, MacDonald F. screening and assessing adult asthmatics for anxiety disorders. *Clin Nurs Res* 2002; 11:173-89.
11. Acosta B, Delgado P, Mirabete I, Sola A. El despertar en intensivos tras sedación continua prolongada. *Enferm Intensiva* 1998; 9:94-101.
12. Kres