

## Estudio piloto detección precoz de estrés postraumático y sintomatología ansioso-depresiva durante el ingreso en una unidad de cuidados intensivos

Oliván-Torres, S., Del Álamo, C., Manteinga, E

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (HUICP). Madrid

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (HUICP). Madrid

Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP)

*Pilot study of precocious posthumatic stress detection and ansioso-depressive symptom during income in an intensive care unit*

**Abstract:** Anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (TEP) are common complications following admission to an intensive care unit. Objective: to evaluate in our environment the prevalence of these pathologies and the possible need for a systematic evaluation of them for their immediate intervention.

Subjects and method: cross-sectional study through the application of psychological tests to consecutive patients who entered the Intensive Care Unit (ICU) of our center between March and October 2016. The DTS scale for the detection of posttraumatic stress symptoms was administered Hamilton scale of anxiety and depression (HADS). Results: thirty-three patients were included. 52% were men and 48% women. 70% exceeded the cut-off point on the DTS scale for detecting post-traumatic stress symptoms, 54,5% were probable cases of anxiety and 33,3% were depressed. Discussion: during ICU admission, a large majority of patients present with symptoms of posttraumatic stress, anxiety and depression.

Keywords: posttraumatic stress, anxiety, depression, ICU, prevalence

### Resumen:

La ansiedad, depresión y el trastorno por estrés postraumático (TEP) son complicaciones comunes tras el ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

Objetivo: medir en nuestro entorno la prevalencia de estas patologías para saber si es necesaria su evaluación para su intervención inmediata.

Sujetos y método: estudio trasversal mediante la aplicación de pruebas psicológicas a pacientes consecutivos que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro centro entre marzo y octubre de 2016. Se administró la escala DTS de detección de síntomas de estrés postraumático y la escala de Hamilton de ansiedad y depresión (HADS).

Resultados: se incluyeron 33 pacientes. El 52% eran hombres y el 48% mujeres. El 70% superó el punto de corte en la escala DTS de detección de síntomas de estrés postraumático, el 54,5% fueron casos probables de ansiedad y el 33,3% de depresión.

Discusión: durante el ingreso en UCI una gran mayoría de pacientes presenta ya síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Palabras clave: estrés postraumático, ansiedad, depresión, UCI, prevalencia

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto la necesidad de mejorar la humanización de la asistencia sanitaria. En esa línea se ha aprobado recientemente el llamado Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad, 2016). Dentro de este plan están incluidas las UCI, cuyo desarrollo tecnológico y científico ha sido espectacular en los últimos 30 años, lo que ha contribuido a que hayan sido ignoradas las necesidades humanas y emocionales de los pacientes como de sus familias. Estudios recientes han revisado las alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de los pacientes ingresados en este tipo de unidades siendo la ansiedad, depresión y TEPT entre los más citados (Michael, Nicholas & Pérez Parada, 2016). Concretamente la estimación de la prevalencia del TEPT en la población UCI varía entre el 5-63%, no estando claro aún cuáles son los factores predisponentes (Morrissey & Collier, 2016). Basándonos en dichos estudios y siguiendo las actuales reformas del plan de humanización, parece importante evaluar en nuestro entorno dichos aspectos, ya que la información disponible es escasa.

El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de TEPT, así como otras alteraciones como son la ansiedad y depresión, durante el ingreso en UCI.

## PACIENTES Y MÉTODO

### Sujetos de investigación

Se realizó un estudio observacional y transversal mediante la aplicación de pruebas psicológicas por un psicólogo clínico, para la detección del TEPT y del malestar emocional (ansiedad y depresión) a pacientes que estaban ingresados en la UCI del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla entre marzo y octubre de 2016. Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico psiquiátrico establecido con su medicación, barrera idiomática u otras barreras comunicativas y no aceptar la participación voluntaria en el estudio.

### Medidas e Instrumentos

Las variables registradas fueron las siguientes: sexo, edad, agrupándose en mayores y menores

de 65 años, motivo de ingreso, screening de TEPT y de sintomatología ansioso-depresiva. Las dos últimas se obtuvieron mediante la aplicación de una escala breve para la detección de síntomas de TEPT (DTS) y la escala de Hamilton para detectar síntomas de ansiedad y/o depresión (HADS). El resto de variables fueron recogidas de la historia clínica electrónica del hospital.

La Escala DTS (traducida por Bobes et al. 2000), fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16). Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento, aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior. Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.

La evaluación del malestar emocional (ansiedad y depresión), se obtendrá a través de la escala HADS Esta escala fue diseñada para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Adaptada y validada al español por Tejero, Guimera, Farré & Peri (1986) presenta adecuados índices de fiabilidad y validez para la población española. Concretamente presenta un alfa de Cronbach que oscila entre 0,81 y 0,86 para la ansiedad y entre 0,82 y 0,86 para la depresión. Está compuesta por dos subescalas de 7 ítems cada una, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad/frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de cuatro puntos. Para cada subescala, el rango de puntuación es de 0 a 21 considerándose los siguientes puntos de corte: 0-7 Normal; 8-10

Dudoso/posible problema clínico;  $\geq 11$  Probable problema clínico que se aplicará durante el tiempo de hospitalización.

Se solicitó consentimiento informado de forma escrita a todos los pacientes antes de la aplicación de las pruebas psicológicas. El estudio fue aprobado por el comité de investigación del centro.

La comparación de las variables se hizo empleando el test de la Chi<sup>2</sup> o el test exacto de Fisher utilizando el programa SPSS V14 (SPSS Inc, Chicago. IL).

## RESULTADOS

Un total de 34 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, de los que uno rechazó participar en el estudio, siendo incluidos finalmente 33 pacientes en el estudio. El 70% superó el punto de corte en la escala DTS de detección de síntomas de estrés postraumático, el 54,5% fueron casos probables de ansiedad y el 33,3% de depresión. No se obtuvieron diferencias entre hombres y mujeres ni en TEP ni en malestar emocional (ansiedad y depresión). Respecto a la edad, no hubo diferencias en ansiedad y depresión. Sin embargo, sí las hubo en TEP, siendo mayores las puntuaciones en los mayores de 65 años. En relación al motivo de ingreso tampoco hubo diferencias ni en TEP ni en malestar emocional.

Las características demográficas y clínicas, aparecen en las siguientes tablas.

## DISCUSIÓN

La relación entre TEPT y estancia en UCI ha sido ampliamente estudiada, sin embargo, los resultados dependen de muchos factores modificables, como son, la población de estudio, el método utilizado y la presencia de comorbilidades (Vergara, 2013). Así las estimaciones de prevalencia del TEPT en la población de UCI varían de 5-63% (Morrissey & Collier, 2016). Además, una gran parte de los estudios reportan síntomas moderados de ansiedad y depresión en los pacientes ingresados en UCI, siendo éstas complicaciones comunes de la enfermedad

crítica (Gil Juliá, Ballester, Gómez & Abizanda, 2013; Michael et al. 2016).

Nuestro estudio ha obtenido puntuaciones superiores a las citadas en la literatura, tanto en TEPT como en malestar emocional, lo cual resulta significativo teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra. A su vez, una muestra tan pequeña, supone una limitación que no nos permite obtener conclusiones definitivas, pero al ser un estudio piloto nos ha permitido disponer de unos resultados preliminares, sobre los cuales profundizaremos en un futuro, aumentando el tamaño de la muestra y comprobando de este modo, si obtenemos diferencias significativas.

En la línea de algunos estudios anteriores, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas, motivo de ingreso (Gil Juliá et al. 2013), sexo (Davydow, 2015; Ratzler, Romano & Elklit, 2014; Sadat, Abdi & Aghajani, 2015) y edad, esta última respecto al malestar emocional, sí en cambio respecto al TEPT, siendo los mayores de 65 años los más afectados respecto a los síntomas de estrés postraumático como en el estudio reciente realizado por Sadat et al. (2015); sin embargo otros estudios informaron que la edad no tiene un efecto significativo sobre la prevalencia de TEPT (Boer et al. 2001; Myhren, Ekeberg, Toien, Karlsson & Stokland, 2010; Scragg, Jones & Fauvel, 2001).

Las discrepancias entre los estudios, como indicábamos anteriormente, pueden atribuirse a diferentes muestras estudiadas, así como a los diferentes instrumentos utilizados. Por otra parte, las diferencias en sintomatología TEPT respecto a la edad, podrían explicarse por los limitados recursos que pueden tener las personas de una cierta edad para enfrentarse a este tipo de acontecimiento. En investigaciones posteriores podremos esclarecer en qué medida la edad puede ser un factor influyente. Así según los datos obtenidos, parece necesario la detección precoz de estas patologías para una posible intervención psicológica en los casos necesarios. Peris et al. (2011) demostraron reducción de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en

pacientes que recibieron intervenciones psicológicas durante su hospitalización. Estos autores y otros sugieren que intervenciones tempranas durante la estancia en UCI son más efectivas (Parker, Sricharoenchai & Needham, 2013).

Por tanto, la sistematización de un protocolo que detecte estas patologías para su intervención inmediata podría reducir o evitar que se instauren cuadros clínicos de estrés agudo o postraumático tras el alta de UCI (Merbitz, Westie, Dammeyer, Butt & Schneider, 2016), que han demostrado repercuten ampliamente en la calidad de vida del paciente (Davydow, 2015).

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr Juan José Granizo, perteneciente al Servicio de Prevención del HUICP, por su colaboración y amabilidad en todo momento.

A todo el personal médico y de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HUICP. Por su cercanía y colaboración, a pesar de la carga de trabajo diaria a la que tenían que enfrentarse.

Por último, al Dr José Luis Marín, presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Sus consejos fueron para mí muy valiosos y me sirvieron para aclarar la dirección de mis objetivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P... & Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-18.
- Boer, K.R., Van Ruler, O., Van Emmerik, A.A., Sprangers, M.A., de Rooij, S.E., Vroom, M.B... & Dutch. (2008). Peritonitis Study Group. Factors associated with posttraumatic stress symptoms in a prospective cohort of patients after abdominal sepsis: a nomogram. *Intensive Care Medicine*, 34(4), 664-74.
- Consejería de Sanidad. (2016). Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de humanización de la asistencia sanitaria (2016-2019). Madrid.
- Davydow, D. S. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: Too many questions remain. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1151-1152.
- Gil Juliá, B., Ballester, R., Gómez, S. & Abizanda, R. (2013). Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (2), 129-138.
- Merbitz, N. H., Westie, K., Dammeyer, J. A., Butt, L. & Schneider, J. (2016). After critical care: Challenges in the transition to inpatient rehabilitation. *Rehabilitation psychology*, 61(2), 186.
- Michael, J. J., Nicholas, M. & Pérez Parada, J. (2016). Incidence and prevalence of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder among critical care patients, families, and practitioners. *Journal of Anesthesia & Intensive Care Medicine*, 1(1), 555555.
- Morrissey, M. & Collier, E. (2016). Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1501-1514.
- Myhren, H., Ekeberg, O., Toien, K., Karlsson, S. & Stokland, O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*, 14(1).
- Parker, A., Sricharoenchai, T. & Needham, D. M. (2013). Early rehabilitation in the intensive care unit: Preventing physical and mental health impairments. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 307-314.
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., ... & Bendoni, E. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from posttraumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care*, 15(1), 1.
- Ratzer, M., Romano, E. & Elklit, A. (2014). Posttraumatic stress disorder in patients following intensive care unit treatment: A review of studies regarding prevalence and risk factors. *Journal of Trauma & Treatment*, 3, 190.
- Sadat, Z., Abdi, M. & Aghajani, M. (2015). Prevalence of posttraumatic stress disorder and related factors among patients discharged from critical care units in Kashan, Iran. *Archives of Trauma Research*, 4(4).
- Scragg, P., Jones, A. & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 56, 9-14.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M. & Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 233-238.
- Vergara, Y.L. (2013). Estrés postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en unidad de cuidados intensivos: revisión de la literatura. *Psimonart*, 5(1-2), 53-68.

ANEXO

SEXO		EDAD		MOTIVO DE INGRESO		
HOMBRES 17 (52%)	MUJERES 16 (48%)	<=65 18 (54.5%)	>=65 15 (45.5%)	MÉDICO 14 (43%)	POSTQG 11(33%)	CORONARIO 8 (24%)

VARIABLES	Total N=33	Hombres N=17	Mujeres N=16	p
<b>DTS &gt;=40</b>	70%	70.6%	68.8 %	1.000
<b>HADS Ansiedad&gt;=11</b>	54.5 %	47.1%	62.5%	0.373
<b>HADS Depresión&gt;=11</b>	33.3 %	29.4%	37.5%	0.622

VARIABLES	Total N=33	<=65años N=18	>=65años N=15	p
<b>DTS &gt;=40</b>	70%	50.0%	93.3 %	<b>0.009</b>
<b>HADS Ansiedad&gt;=11</b>	54.5 %	50.0%	60.0%	0.565
<b>HADS Depresión&gt;=11</b>	33.3 %	22.2%	46.7%	0.138

VARIABLES	Total N=33	Coronario N=8	Medico N=14	Quirúrgico N=11	p
<b>DTS &gt;=40</b>	70%	50.0%	85.7 %	63.6 %	Coronario=0.205 Medico=0.089 Quirúrgico=0.695
<b>HADS Ansiedad&gt;=11</b>	54,5%	62.5%	57.1%	45.5%	Coronario=0.699 Medico=0.797 Quirúrgico=0.458
<b>HADS Depresión&gt;=11</b>	33,3%	37.5%	28.6%	36.4%	Coronario=1.000 Medico=0.719 Quirúrgico=1.000