

**Acta Médica**  
Grupo Ángeles

Volumen **1**  
Volume

Número **2**  
Number

Abril-Junio **2003**  
April-June

*Artículo:*




Medición del nivel de detección de  
trastornos afectivos como ansiedad,  
depresión y delirium en las unidades de  
terapia intensiva y cuidados intensivos

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



# Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las unidades de terapia intensiva y cuidados intensivos

Francisca Patricia Alvarado Mentado,\* Lizette Paulet Ormeño Claudet,\*  
Leandra Elizabeth Martínez Hernández,\* Luis Enrique Martínez Andrade,\*\*  
Héctor Dueñas Téntori,\*\* Ignacio Morales Camporredondo\*

## Resumen

**Objetivo:** Cuantificación de frecuencia y severidad de trastornos afectivos en enfermos graves y su detección por el personal de UTI (Unidad de Terapia Intensiva) y UCI (Unidad de Cuidados Intermedios).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, de dirección transversal, homodémico, con recolección prolectiva de la información. A todos los enfermos que ingresaron en 3 meses se les aplicaron diversos instrumentos de diagnóstico psiquiátrico y se evaluó la respuesta de los médicos tratantes a los trastornos detectados.

**Resultados:** Fueron 46 enfermos: el puntaje promedio de ansiedad fue de  $9 \times -3.7$ , de depresión fue de  $6.9 \times -3.6$  y de delirium fue de  $3.2 \times -3.9$ . Sólo en 2 pacientes se diagnosticó ansiedad y en uno delirium.

**Discusión:** Se analizó el tratamiento empleado en los trastornos psiquiátricos y se concluyó que no fue el más adecuado. No se encontró documentación de los diagnósticos psiquiátricos. Se concluyó que los especialistas en medicina crítica deben mejorar su capacitación en el diagnóstico y tratamiento de alteraciones psiquiátricas.

**Palabras clave:** Unidad de terapia intensiva, evaluación, ansiedad, depresión, delirium, enfermedad mental, estadística.

## Summary

**Objective:** Our objective was quantification of frequency and severity of affective disorders in severely ill patients and detection by Intensive Care Unit (ICU) and Intermediate Care Unit (IMCU) personnel.

**Material and methods:** We conducted a prospective, observational, transversal, homodemic study with prolective data-gathering. Patients admitted within 3 months were subjected to different instruments of psychiatric diagnosis and the response of treating physicians to the ailments detected was evaluated.

**Results:** We included 46 ill patients in the study. Average anxiety score was  $9 \times 3.7$ , for depression,  $6.9 \times 3.6$ , and for delirium,  $3.2 \times 3.9$ . Only two patients were diagnosed with anxiety and one with delirium.

**Discussion:** We analyzed treatment used in psychiatric disorders and concluded that treatment was not the most adequate. Documentation concerning psychiatric disorders was not found. We concluded that Critical Care Medicine specialists should improve their training in diagnosis and treatment of psychiatric alterations.

**Key words:** Intensive care unit, evaluation, anxiety, depression, delirium, mental illness, statistics.

\* División de Medicina Crítica. Hospital Mocel.

\*\* Departamento de Psiquiatría. Hospital Ángeles del Pedregal.

### Correspondencia:

Dr. Ignacio Morales Camporredondo  
Gelati No. 33-404, Col. San Miguel Chapultepec,  
C.P. 11850.  
Correo electrónico: morcami@yahoo.com  
Fax: 5515 0582

Aceptado: 26-03-2003.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la Medicina Crítica y la proliferación de las áreas de Terapia Intensiva (UTI) y de Unidades de Cuidados Intermedios (UCI) han mejorado el pronóstico y la evolución del enfermo grave. Sin embargo, existen algunos aspectos que no han sido suficientemente analizados y por tanto reciben manejo inapropiado. Entre ellos se encuentran los que conciernen a problemas Psiquiátricos.<sup>1</sup> Los pacientes críticamente enfermos tienen una percepción distorsionada de la realidad, las alteraciones

en su estado mental y de alerta obedecen a la combinación de los trastornos fisiopatológicos de su enfermedad, a la utilización de diversos fármacos, entre ellos los sedantes, a las maniobras diagnósticas a las que se les someten y al ambiente que los rodea.<sup>2,3</sup> Frecuentemente el personal médico de estas unidades tienen dificultad para determinar la presencia y la severidad de problemas psiquiátricos debido a la dificultad en la comunicación con muchos de estos pacientes por la utilización de cánulas endotraqueales y otros dispositivos de apoyo respiratorio, así como por la presencia de desórdenes neurológicos y el efecto de diversos fármacos.

Evaluar el estado mental del enfermo grave es difícil, ya que el diagnóstico de trastornos como la psicosis aguda de las áreas críticas sólo puede establecerse después de descartar la existencia de hipoxia, hipercapnia, anomalías electrolíticas, del equilibrio ácido base, reacciones medicamentosas, distensión gástrica o urinaria, exacerbación de alteraciones psiquiátricas previas, sepsis, disfunción renal o hepática y síndromes de abstinencia.<sup>4,5</sup> La evidencia sugiere que una parte importante de los enfermos que tienen una estancia en Unidades de Medicina Crítica por más de 3 días, es altamente probable que experimenten un cambio en su estado mental y emocional. Independientemente del sufrimiento que significan para un paciente la presencia de un estado de agitación y eventualmente con delirium, también pueden conducir al retiro de catéteres, cánulas endotraqueales, catéteres arteriales o venosos que les pueden producir trastornos graves e incluso daños físicos a otras personas.<sup>4-6</sup> Por otro lado, la presencia de estos trastornos dificulta la evolución integral del enfermo y genera angustia entre los familiares.

La ansiedad usualmente es definida como un estado de aprensión, incremento de la actividad motora e intensa actividad autonómica. Aunque es un fenómeno frecuentemente observado en las áreas críticas, raramente es diagnóstico como tal.<sup>3</sup> Habitualmente se le considera como síntoma de un desorden inespecífico como puede ser la depresión. En el delirium leve, el primer síntoma que suele aparecer es la desorientación temporal seguido por la desorientación autopsíquica. En ocasiones se presentan alteraciones de lenguaje que se hacen evidentes al nombrar objetos o la disgrafía que es la incapacidad para escribir. Finalmente, pueden ocurrir alteraciones perceptivas manifestadas por interpretaciones erróneas de la realidad, ilusiones o alucinaciones que se pueden desarrollar por un breve espacio de tiempo y que tienden a fluctuar a lo largo del día.<sup>3-7</sup>

El personal de estas áreas debe estar familiarizado con estos problemas para detectarlos oportunamente y disminuir sus efectos adversos, proporcionar información al paciente o familiares y demás personal de la unidad, así

como iniciar la terapia apropiada. Aunque debe buscarse un balance apropiado entre la estabilidad física y psicológica de los enfermos, ya que es conocido que ambos componentes se deterioran durante la enfermedad, la etiología precisa, la incidencia de los desórdenes mentales y sus efectos a largo plazo son desconocidos y frecuentemente minimizados por el personal que labora en estas áreas por lo que el enfoque terapéutico suele ser insuficiente o inapropiado.

## OBJETIVO

Evaluar la sensibilidad que tienen los médicos adscritos en la UTI y UCI para detectar e intervenir pacientes con depresión, ansiedad o delirium.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con propósito comparativo, de procedimiento observacional, de dirección transversal, hemodémico, con recolección prolectiva de la información, realizado en la UTI y UCI del Hospital Mocol en el periodo comprendido del 01 de junio al 31 de agosto de 1999 a todos los pacientes que ingresaron a estas unidades con edad mayor de 18 años. Se excluyeron los pacientes que no pudieran expresarse verbalmente, que no cooperaran para el estudio, con enfermedades psiquiátricas conocidas, con daño cerebral estructural, que no estuviesen bajo sedación y aquellos que no dieron consentimiento para el estudio. Se determinaron las variables demográficas y las calificaciones de APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) y SEIT (Sistema de evaluación de intervenciones terapéuticas) de las primeras 24 horas. Para detectar ansiedad, se aplicó el TEST de HADS (The Hospital Anxiety Depression Scale) y para detectar delirium el CAM (Confusion Assessment Method). Los resultados se calificaron por un psiquiatra de acuerdo a la siguiente escala: ansiedad: normal de 0-3 puntos, moderada de 4-7 puntos y severa de 8-24 puntos. Depresión: normal de 0-6 puntos, moderada de 7 a 17 puntos y severa de 18-54 puntos. El puntaje para diagnosticar delirium fue de 13 puntos.<sup>8,9</sup>

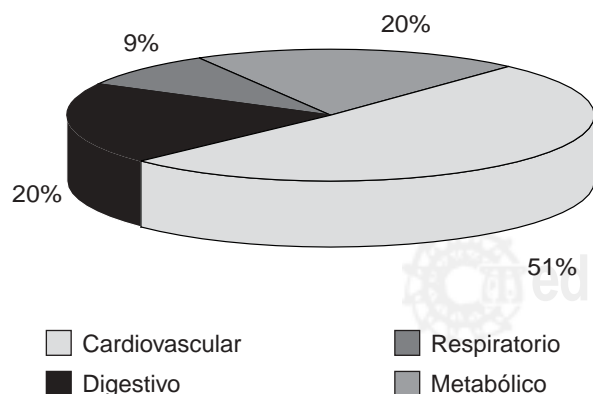
Estas evaluaciones fueron realizadas por un grupo de médicos independientes del grupo tratante. Se documentaron los casos de ansiedad, depresión y delirium que se detectaron y se trataron por parte del médico a su cargo. Se registró en forma ciega la sospecha de problemas psiquiátricos y su clasificación y el inicio de alguna intervención terapéutica a través de la lectura del expediente clínico. El análisis estadístico, consistió en la estadística descriptiva y la determinación de sensibilidad y especificidad nosológica y diagnóstica (valores predictivos positivos VPP y valores predictivos negativos VPN).

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 46 pacientes (21 pacientes de la UTI y 25 de UCI), 26 hombres y 20 mujeres. La edad promedio fue de  $53.2 \pm 19.2$  años (15 a 88). La estancia en la Unidad Crítica fue de  $5.6 \pm 4.4$  puntos (0-17). El APACHE promedio fue de 5. La calificación de SEIT promedio fue de  $17.0 \pm 4.9$  puntos (10-32) (*Cuadro 1*). Los principales motivos de ingreso fueron: cardiovascular, 24 casos (52.2%), digestivo, 9 (19.6%) y respiratorio, 4 (18.7%) (*Figura 1*). Sólo hubo una defunción. El puntaje promedio de ansiedad fue  $9 \pm 3.7$  puntos (0-18 puntos), de depresión,  $6.9 \pm 3.6$  puntos (0-14), y de delirium,  $3.2 \pm 3.9$  puntos (0-20). Se dividieron los grupos en pacientes de UTI y pacientes de UCI para observar la prevalencia de los trastornos reportados: pacientes de UTI 21, 3 (14.2%) presentaron ansiedad moderada, 8 (38%) ansiedad severa, 10 (47.8%) no presentaron ansiedad (*Figura 2*). En cuanto a la prevalencia de depresión en la UTI: 4 presentaron depresión moderada, 6 (29%) depresión severa y 11 (52%) no presentaron depresión. Sólo dos pacientes (un hombre y una mujer) presentaron delirium. De los pacientes hospitalizados en la UCI 25: 10 (40%) tuvieron ansiedad moderada, 7 (28%) ansiedad severa y 8 (32%) no presentaron ansiedad, 3 (12%) tuvieron depresión moderada, 4 (16%) depresión severa y 18 (72%) no presentaron depresión (*Figura 3*).

**Cuadro 1.** Valores promedio.

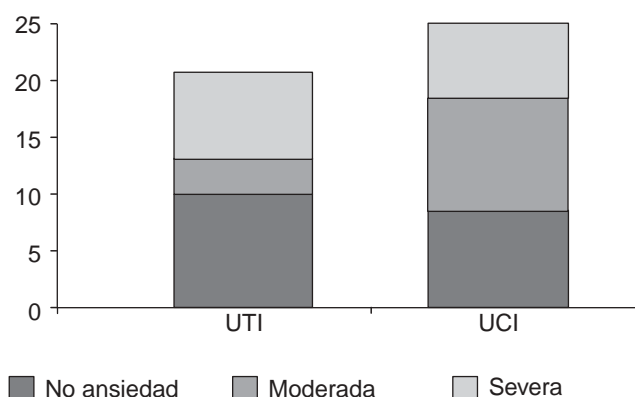
Edad promedio	56.2 años
Promedio de estancia	5.6 días
SEIT promedio	17.0
APACHE promedio	5



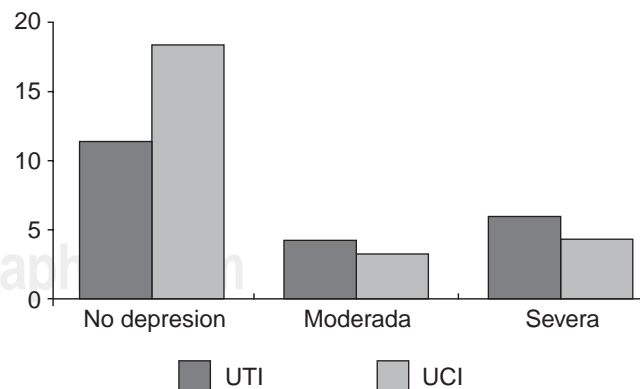
**Figura 1.** Motivo de ingreso.

Ningún paciente de la UCI presentó delirium. La tasa de incidencia acumulada de trastornos de alteraciones en el ciclo sueño vigilia fue del 63%, 14 (66.6%) pacientes de la UTI y 18 (72%) pacientes en UCI. No hubo correlación entre la calificación de APACHE II y la prevalencia de ansiedad, delirium o depresión, mientras que hubo correlación entre el SEIT y ansiedad ( $P = 0.006$ ), SEIT-depresión ( $P = 0.008$ ) y SEIT delirium ( $P = 0.007$ ). Sólo en dos pacientes se diagnosticó la presencia de ansiedad, y se les trató con benzodiacepinas (alprazolam a dosis de 0.25 mg/dL); 4 pacientes de la UCI fueron tratados con benzodiacepinas (alprazolam por trastornos en el ciclo vigilia-sueño y en 7 (33%) de pacientes en la UTI. Sólo en un paciente de la UTI se diagnosticó delirium, mismo que se manejó con haloperidol.

Los valores obtenidos para ansiedad fueron: sensibilidad 4.5%, especificidad 100%, VPP 100% y VPN de 4.5%. Los valores obtenidos para depresión fueron: sensibilidad 0%, especificidad 0%, VPP 0% y VPN 0%. Los valo-



**Figura 2.** Distribución de ansiedad por servicios.



**Figura 3.** Distribución de depresión por servicio.

res para delirium fueron: sensibilidad 0%, especificidad 100%, VPP 0% y VPN 95.6%.

Se determina el 100% de los enfermos que no tienen ansiedad ni delirium. El VPP (valor predictivo positivo) fue de 100% para ansiedad, lo que significa que cuando el clínico diagnostica ansiedad, es alta la probabilidad de presentarla. También el VPN (valor predictivo negativo) para delirium fue alto, 95.6%, que significa que cuando el clínico considera que no hay delirium, es alta la probabilidad de que así sea.

## DISCUSIÓN

En pacientes críticamente enfermos, todos los diagnósticos psiquiátricos deben ser considerados con cuidado, porque los cambios en el estado mental son casi siempre secundarios a problemas fisiológicos subyacentes. Se aprecia una pobre proporción de casos de ansiedad, depresión y delirium por parte de los médicos tratantes y del personal adscrito a estas unidades. Esto se relaciona con estudios previos.<sup>10</sup> En Fundación Clínica del Valle en Cali Colombia, al comparar la percepción de los médicos frente a las pruebas de tamizaje, encontraron muy poca concordancia entre los dos, y concluyeron que los médicos adscritos a unidades críticas no están suficientemente sensibilizados y capacitados para diagnosticar ansiedad, depresión y delirium.

El médico tratante y el adscrito de UTI y UCI deben estar sensibilizados y preparados para detectar y tratar oportunamente este tipo de trastornos psiquiátricos que repercuten importantemente en la evolución y el pronóstico. Se observó que 11 (25%) pacientes en quienes no se diagnosticó delirium (95%), presentaron alteraciones en el ciclo vigilia-sueño que no fueron tomadas en cuenta como primer síntoma de delirium, se les trató con benzodiacepinas que no es el tratamiento ideal en este caso ya que el de primera elección continúa siendo el haloperidol que es una droga neuroléptica con función similar al GABA, reduciendo la transmisión e incrementando la concentración de dopamina en el espacio intersináptico, lo que disminuye la sintomatología del paciente.<sup>11,12</sup> Las benzodiacepinas sólo deben utilizarse cuando el delirium es causado por la supresión de estos medicamentos, y son las drogas de primera elección en el tratamiento de la ansiedad.

Se observó que el estado de ánimo del grupo de pacientes postoperados de cirugía cardiovascular mejoró res-

pecto al previo de la cirugía, probablemente debido a que sentirse vivos después de este tipo de cirugía los motivó. Lo contrario sucedió en pacientes con cardiopatía isquémica (IAM o angina inestable) cuyo estado de ánimo se deterioró con respecto al previo o fue el motivo del inicio de su sintomatología.

Cabe señalar que, aunque la población estudiada es pequeña, los niveles de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN la hacen altamente significativa. Es de llamar la atención la poca correlación que existe entre el APACHE y la frecuencia y severidad de la angustia de la depresión. Hay una estrecha relación entre el SEIT y la angustia y la depresión. Da la impresión de que a los enfermos les afecta más el número de acciones de enfermería que se les realiza que el nivel de gravedad, tal vez porque no son conscientes de éste.

En términos generales, podemos concluir que las alteraciones psiquiátricas más comunes en la UTI y UCI son pasadas por alto en la mayoría de los casos, porque el personal encargado no está capacitado para el diagnóstico de este tipo de padecimientos.

## REFERENCIAS

1. Hall JB, Schmid GA et al. *Principles of critical care*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, USA: McGraw-Hill; 1998: 965-978.
2. Turnock CM. *Intensive care rounds*. Psychological Issues in the ICU. Zeneca Pharmaceuticals 1997: 5-17.
3. Mc Cartney JR, Boland RJ. *Anxiety and delirium in the intensive care unit*. Critical Care Clinics Improving patient tolerance of mechanical ventilation. WB Saunders Co.; 1994: 673-680.
4. Duke JM, Rosenberg SG. *Secretos de la anestesia*. McGraw-Hill Interamericana; 1998: 682-695.
5. Arief AI, Griggs RC. *Metabolic brain dysfunction in systemic disorders*. Boston, MA, USA: Little, Brown 1997: 21-35.
6. Riker RR, Picard JT et al. Prospective evaluation of the sedation-agitation scale for adult critically patients. *Crit Care Med* 1999; 27(7): 1325-1329.
7. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM*. IV. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. 1994: 130-135.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 67: 361-370.
9. Aylard PR, Gooding JH et al. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychosom Res* 1987; 31(2): 261-268.
10. Gómez M, Granados M et al. *Están los médicos sensibilizados al diagnóstico de trastornos psiquiátricos en UCI*. Unidad de Cuidados Intensivos. Fundación Clínica del Valle de Lili, Cali Colombia 1999.
11. White PF. *Textbook intravenous anesthesia*. Williams and Wilkins (U.S.A.) 1998: 394.
12. Collins VI. *Anestesiología general y regional*. 3<sup>rd</sup> ed. Vol. 1. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997: 745-720.