

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. SU IMPORTANCIA EN EL RECHAZO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA.

Autores:

****Lic. Vivian M. Álvarez Pérez.***

*****Lic. Ilaine Cruz Reyes.***

******Lic. Héctor Roche Molina.***

**** Licenciada en Enfermería. Enfermera Asistencial Sala de Cuidados Intensivos del Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.***

***** Licenciada en Enfermería. Enfermera Asistencial Sala de Cuidados Intensivos del Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Miembro Numerario de la Sociedad Cubana de Enfermería.***

****** Licenciado en Enfermería. Supervisor de Enfermería Cardiocentro "Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Miembro numerario de la Sociedad Cubana de Enfermería***

**Hospital Cardiocentro " Ernesto Che Guevara"
Villa Clara.**

RESUMEN.

En cualquier momento de la vida el hombre esta sometido por diferentes mecanismos a trastornos psicológicos los cuales se manifiestan a través del temor, la ansiedad y el miedo. Por la importancia que tiene la esfera psicológica ante cualquier proceder desconocido por el paciente se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en la Unidad de Cuidados intensivos del Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara en el periodo correspondido Junio 2004- Junio 2005 con el propósito de precisar los trastornos psicológicos de la ventilación no invasiva. El mismo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca (743), la muestra la constituyo 337 pacientes a los cuales se les aplico la modalidad por el método intencional. Las variables estudiadas fueron nivel de aceptación, nivel de tolerancia y tiempo de estadía. Los datos fueron obtenidos de la guía de observación y libro registro, el procesamiento estadístico por el método control de forma manual, aplicando valores de por cientos. Se obtuvo que los trastornos psicológicos predominante fueron el temor, sensación de ahogo en 100 pacientes par un 29,7% y la ansiedad en un 36.2% y 29.7%, resultó que aceptaron con dificultad un 72.4%, toleraron con dificultad en el 82.8% y la lesión de la piel 3.2%, la distensión gástrica en un 2% fueron las complicaciones mas frecuentes y que con esta modalidad disminuyó el tiempo de estadía en sala en un 85.5%. Concluyéndose que la ventilación no invasiva provocan trastornos psicológicos que pueden elevar el fracaso de la técnica pero mejora el bienestar del paciente y disminuye las complicaciones.

Palabras Claves: Trastornos Psicológicos, Ventilación No Invasiva.

INTRODUCCIÓN

En cualquier momento de la vida el hombre esta sometido por diferentes mecanismos a trastornos psicológicos los cuales se manifiestan a través del temor, la ansiedad y el miedo, el temor difiere de la ansiedad en que la persona puede identificar la amenaza, mientras que en la ansiedad la amenaza puede estar bien identificada.(1)

El individuo tiene el derecho de conocer de lo que se le va a hacer, así como recibir una adecuada preparación psicológica para lograr con éxito lo que se le va a realizar y mucho es así en los pacientes con trastornos respiratorios que por ende provocan un desequilibrio psicológico por las sensaciones que estos provocan como el temor sensación de ahogo o muerte inminente que llevaran a situaciones de preintubación. (2,3)

Pero la Ventilación a Presión Positiva No Invasiva esta siendo una opción de tratamiento a ciertos pacientes que de otra forma serian intubados o incluso en aquellos que esta contraindicado o no desean ser intubados (4). Los estudios mas recientes sugieren que la ventilación No Invasiva administrada por mascara facial evita la necesidad de ventilación y en un gran numero de casos mejora los signos vitales y el intercambio gaseoso e incluso reduce las complicaciones y la estadía. (5,6)

En los últimos años se ha venido aumentando el uso de la ventilación no invasiva a través de la mascara facial y se ha desarrollado extensivamente hacia todo los

cuidados de terapia intensiva con el fin de disminuir la complicación, pero esto ha traído que el uso y la selección inadecuada de la máscara provoquen trastornos psicológicos en el paciente y complicaciones que influyen en gran medida en el éxito de la técnica como son el temor, sensación de ahogo y las lesiones de la piel de la nariz pero que a pesar de esto los pacientes cooperan, pues instalada la modalidad hace que la disnea y el confort se alivie y logre aunque con algunas dificultades la tolerancia.(7,8)

En aras de lograr un menor número de fracasos terapéuticos el comienzo de la ventilación no invasiva nos proponemos precisar los trastornos psicológicos que provoca la ventilación no invasiva, determinar el nivel de aceptación a pesar de los trastornos psicológicos y el nivel de tolerancia al método, valorar el tiempo de estadía en el servicio e identificar las complicaciones más frecuentes que elevan el rechazo de la técnica.

MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en los servicios de cuidados intensivos del Cardiocentro "Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Dicho estudio abarcó el período comprendido entre Junio 2004 - Junio 2005.

El universo estuvo constituido por 743 pacientes sometidos a cirugía cardíaca y la muestra 337 pacientes y se les aplicó la Ventilación no Invasiva una vez operado el paciente recuperado de la anestesia y se separó del ventilador, por el método intencional se seleccionaron según resultados gasométricos a todos aquellos que tenían criterios para aplicarle la Ventilación No Invasiva.

Luego de aplicada la técnica para determinar el nivel de tolerancia al método y el nivel de aceptación e identificar las causas que llevaron al rechazo de la técnica se aplicó una guía de observación, la realizaron personas previamente entrenadas en la realización de la guía elaborada (anexo 2) en los servicios estudiados.

Para valorar el tiempo de estadía hospitalaria se tuvo en cuenta los días de estadía en la sala después de la aplicación de la modalidad ayudada por los datos del libro de registro.

Para el estudio se tuvo en cuenta la voluntariedad de los pacientes y enfermeros respetando la autonomía y la justicia. Los restantes fueron valorados por el equipo de investigadores en individuos con semejantes características.

Las variables más utilizadas fueron nivel de tolerancia, nivel de aceptación, tiempo de estadía en sala y trastornos psicológicos.

Estas se operacionalizaron de la siguiente manera:

Nivel de tolerancia:

Toleran: Tolera sin dificultad.

Toleran con dificultad: Tolera con alguna dificultad.

No toleran: No tolera.

Nivel de aceptación:

Aceptan: Acepta sin dificultad.

Aceptan con dificultad: Acepta con alguna dificultad.

No aceptan: No acepta.

Tiempo de estadía:

Disminuye: Si el tiempo de estadía es de 2-5 días.

No disminuye: Si el tiempo de estadía es mayor de 5 días.

Los datos fueron obtenidos de la guía de observación y libro registro.

Los resultados fueron llevados a tablas, tabulados de forma manual auxiliados por calculadora el procesamiento estadístico fue el método porcentual y valor de frecuencia absoluta por el sistema de componentes Microsoft Access para Windows Word como medida de resumen para su presentación.

RESULTADOS

De acuerdo a los trastornos psicológicos de la ventilación mecánica en pacientes hipoxémicos podemos observar que los 337 pacientes a los cuales se le aplicó la ventilación no invasiva en 122 se manifestó el temor por un 36.2%, 100 que representa el 29.7% presentaron sensación de ahogo y 98 ansiedad para un 29.1 % no siendo así para 17 pacientes que manifestaron ideas fóbicas para un 5 %. (tabla1)

Según el nivel de aceptación durante la aplicación de la ventilación no invasiva (tabla2) del total de pacientes 337, 254 para un 75.4% aceptaron con dificultad, 81 que representan el 24% aceptaron y solo 2 pacientes para un 0.6% no aceptaron la modalidad.

Sobre el nivel de tolerancia de la ventilación no invasiva se aprecia que de los 337 pacientes a los cuales se le aplicó el método, 279 para un 82.8% toleraron con dificultad y para 51 que representa el 15.1% toleraron, no siendo así para 7 pacientes que no lo toleraron para el 2.1% como se observa en la tabla 3.

Relacionado con el tiempo de estadía en el servicio podemos ver que en 295 pacientes para un 85.5% disminuyó su estadía y para solo 42 que representa un 12.5% no disminuyó su estadía. (Tabla 4).

En relación con las complicaciones más frecuentes que influyeron en el fracaso (tabla5) podemos apreciar que las que predominaron fue lesión o necrosis del puente nasal en 12 pacientes para un 3.6% y la distensión gástrica en 7 pacientes para un 2 % no siendo así para las neumonías que solo se manifestó en 2 pacientes para un 0.5%.

DISCUSIÓN

Una adecuada preparación del personal encargado de aplicar la ventilación no invasiva contribuiría a evitar rechazo de la modalidad y un adecuado equilibrio psicológico en el paciente. (3)

Cuando analizamos los trastornos psicológicos que provocan la Ventilación Mecánica No Invasiva podemos decir que todo esto estuvo relacionado con el desconocimiento parcial o total del enfermo acerca de lo que se le va a realizar, de la falta de conocimiento de la técnica del enfermero y en ocasiones del poco apoyo psicológico en una técnica un poco molesta y desagradable que resulta para el enfermo, resultados similares fueron encontrados en otras bibliografías donde se plantea que todo esto está relacionado con la inadecuada preparación del paciente y la falta de conocimiento del mismo sobre el proceder que se le va a realizar. (8,9)

Es evidente que la aceptación de un proceder médico como de enfermería poco conocido y el desconocimiento de su manejo y beneficio hace que en ciertas ocasiones el paciente no sea suficiente cooperador para realizar el mismo por lo que la enfermera juega un papel importante y necesita tiempo, dedicación para poder lograrlo las primeras horas del tratamiento y la cooperación del paciente son fundamental para el éxito de la técnica. (10,11). Los resultados coinciden con otros estudios, donde los autores plantean que habitualmente la disnea y el disconfort se alivian relativamente en poco tiempo de instaurada una correcta ventilación no invasiva, pero a esto se une la capacidad de entendimiento del paciente para mejorar su estado de salud y ayudar con su ayuda a pesar del estrés, el temor y la necesidad que le pueda provocar a que la técnica sea efectiva. (12,13)

La poca tolerancia de los pacientes con relación a la técnica está dado por la desagradable sensación de ahogo que provoca la máscara facial dado que hay pacientes que al tener niveles de PO_2 más bajo que otros requiere que se realice el proceder con más frecuencia por lo que los constantes ajustes y desajustes de la máscara va provocando lesiones de la piel en el puente de la nariz que es lo que hace que en ocasiones el paciente no pueda tolerar correctamente el proceder por el ardor y dolor que esto provoca. Otros estudios coinciden con el nuestro donde se plantea que debe ser cuidadoso a la hora de la selección de la máscara ya que cuando esta no tiene la medida adecuada al paciente puede provocar lesiones de la piel en el puente de la nariz que puede llegar a la necrosis y esto sea la causa de la no tolerancia de la técnica y por ende el fracaso de la misma. (14-16)

Habitualmente mientras menos tiempo se someta el paciente a procedimientos que puedan tentar a otras complicaciones así será menor la estadía hospitalaria visto así en los pacientes que necesitan ventilación mecánica, entre menos prolongada sea menos es el riesgo de infecciones por lo que esta técnica ha sido muy efectiva para lograr que el paciente mejore rápidamente y por tanto permanezca menos tiempo en el servicio mejorando así su calidad de vida y evitando o pos poniendo la posibilidad de complicaciones. Estudios publicados por Abor- Shala y V Medecri (17,18) coinciden con

el estudio ya que ellos observaron éxito en el 78% de un estudio de 633 pacientes estudiados donde tuvieron menos complicaciones asociadas a la ventilación, Brochord por otro lado en estudios randomizados encontró una disminución en la estancia hospitalaria y la mortalidad. (12-16)

Como todo tratamiento, esta también presenta complicaciones que guardan relación e influyen en el fracaso de la técnica, las complicaciones más frecuentes estaban dada por el tipo de máscara a utilizar y la selección de su tamaño y todo esto unido al continuo colocación y descolocación de la máscara y la presión que se ejerce hace que a medida que se incrementa el uso de la máscara provoca lesiones que son incómodas e irritables para el paciente y la sensación de ahogo que impresiona sostener esta máscara presionada contra la nariz por un determinado tiempo lo que también traería consigo la distensión gástrica dado en ocasiones por la mala realización de la técnica y la retención del contenido gástrico.(15). Resultados de otros trabajos coinciden con el nuestro donde entre el 10-15% de los pacientes presentaron lesiones del puente nasal, unido a la sensación de ahogo y la distensión gástrica. Por que los trastornos psicológicos predominantes fueron el temor, la sensación de ahogo y la ansiedad, resultado que aceptaron con dificultad y toleraron con dificultad la modalidad, la lesión de la piel, la distensión gástrica fueron las complicaciones más frecuentes, con este tipo de modalidad disminuyó la estancia en sala. Concluyéndose que la ventilación no invasiva provocan trastornos psicológicos que pueden elevar el fracaso de la técnica pero mejora el bienestar del paciente y disminuye las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA.

1. Vergara P, Polo MC, Iranzo MM, Arnal A, Gómez C. Fisioterapia respiratoria, una responsabilidad compartida. Protocolos de fisioterapia respiratoria en la fibrosis quística. Ventilación Mecánica no Invasiva. SEPAR (revista electrónica) 2003;3. Disponible en URL: <http://www.separ.es/cgi-bin>
2. Álvarez F, Cascante JA, Boldú J, Eguía M, Cebollero P, Aranguren MS. Situación, cumplimiento y tolerancia de la ventilación mecánica no invasiva en Navarra. SEPAR (revista electrónica) 2002;2. Disponible en URL: <http://www.separ.es>
3. Cascante JA, Álvarez F, Boldú J, Eguía M, Hueto J. Pruebas diagnósticas previas y situación actual de la ventilación mecánica no invasiva domiciliaria (VMNID) en nuestra comunidad. REMI Editorial 2; Vol. 4, Mayo 2002
4. Barranco Ruiz F, Blasco Morilla J, Mérida Morales A, Muñoz Sánchez MA. Métodos alternativos de Ventilación no invasiva. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos (revista electrónica) 2004; 2.5.4. Disponible en: URL <http://www.uninet.edu>
5. Godoy JF, Peñas L, Barranco M, Rojas MI, Navarro MC, Hidalgo NA et al. Aspectos psicológicos de la Ventilación Mecánica Domiciliaria: Una propuesta de

- actuación. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos (revista electrónica) 2003;2.3.4. Disponible en: URL <http://www.uninet.edu>
6. Calvo Herranz E, Gordo Vidal F. Ventilación Mecánica no Invasiva en las Unidades de Cuidados Intensivos: Situación actual. REMI. Editorial 3; Vol 5, Mayo 2001.
 7. Montaña Egred D, Rosero Herrera C, Andrade Jaña A. Ventilación Mecánica no Invasiva. Artículo Especial. Rev Ecuatoriana de Medicina Critica (revista electrónica) 2002;2(1). Disponible en: URL <http://www.medicosecuador.com>
 8. Rodríguez Sánchez O. Principales alteraciones psicológicas en el paciente con VMNI [Trabajo para optar por el título de Diplomada en VMNI]. Hospital Provincial "Saturnino Lora", Santiago de Cuba; 2003.
 9. Hallstrand TS, Fahy JV. Practical management of acute asthma in adults. Respir Care 2002;47(2):171-82.
 10. Marik PE, Varon J, Fromm R. The management of acute severe asthma. J Emerg Med 2002;23(3):257-68.
 11. Rivero MH, Arocha HR, Gutiérrez NC. Asma bronquial. Enfoque intensivo. Rev Cub Med Int Emerg 2000;2(2).
 12. Smyth RJ. Ventilatory care in status asthmaticus. Can Respir J 1998;5(6):485-90.
 13. Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2003;326:185.
 14. Márquez CE. Estado de mal asmático: enfoque terapéutico. MEDISAN 2001; 5(4):60-75.
 15. Camacho VA, Barredo CG, Pardo RM. Ventilación mecánica en la insuficiencia respiratoria aguda por obstrucción bronquial. MEDISAN 2001; 5(4):88-97.
 16. Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. BMJ 2002;325:938.
 17. Babu, SK, Chauhan AJ. Non-invasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease, BMJ 2003;326:177-8.
 18. Leson S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients requiring intubation's. III observations in young adults. J Asthma 1996;33:27-35.

19. Meduri GU, Cook TR, Turner RE, Cohen M, Leeper KV. Noninvasive positive pressure ventilation in status asthmaticus. Chest 1996;110(3):767-74.
20. Liu XQ, Chen SB, He GQ, Li YM, He WQ, Chen RC, et al. Management of Critical severe acute respiratory syndrome and risk factors for death. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi 2003;26(6):329-33.

ANEXOS

TABLA 1 Distribución porcentual de trastornos psicológicos según Ventilación No Invasiva. Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Junio 2004- Junio 2005

Trastornos Psicológicos	Pacientes	%
Temor	122	36.2
Ansiedad	98	29.1
Ideas fóbicas	17	5.0
Sensación de ahogo	100	29.7
Total	337	100

Fuente: Guía de observación.

TABLA 2 Distribución porcentual del nivel de aceptación según la aplicación de la Ventilación No Invasiva. Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Junio 2004- Junio 2005

Nivel de aceptación	Pacientes	%
Aceptan	81	24.0
Acepta con dificultad	254	75.4
No aceptan	2	0.6
Total	337	100

Fuente Guía de observación.

TABLA 3 Distribución porcentual del nivel de tolerancia según aplicación de la Ventilación No Invasiva. Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Junio 2004- Junio 2005

Nivel de tolerancia	Pacientes	%
Toleran	51	15.1
Toleran con dificultad	279	82.8
No toleran	7	27.0
Total	337	100

Fuente Guía de observación.

TABLA 4 Tiempo de estadía en sala. Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Junio 2004- Junio 2005

Tiempo de estadía en sala	Pacientes	%
Disminuye	295	87.5
No disminuye	42	12.5
Total	337	100

Fuente: Libro de Registro.

TABLA 5 Complicaciones más frecuentes que llevaron al fracaso de la técnica. Cardiocentro " Ernesto Che Guevara" Villa Clara. Junio 2004- Junio 2005

Complicaciones mas frecuentes	Pacientes	%
Lesión o necrosis puente nasal	12	3.6
Distensión gástrica	7	2
Neumonía	2	0.54
Conjuntivitis	0	0
Neumotórax	0	0
Total	21	6.23

Fuente: Guía de observación

Guía de observación para el nivel de tolerancia y de aceptación de la Ventilación No Invasiva.

Unidad: Sala de Cuidados Intensivos.

Nivel e tolerancia

- Tolerable.
 Poco tolerable.
 No tolerable.

Nivel de aceptación.

- Aceptable.
 Poco aceptable.
 No aceptable.

Causas que llevaron al rechazo.

- Lesión puente nasal.
 Distensión gástrica.
 Medida inadecuada de la mascara

Observador: -----