



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Dantas Cavalcanti, Ana Carla; Vellozo Pereira, Juliana de Melo; Maciel dos Santos, Renata Oliveira;  
Andrade Vieira, Gláucia Cristina; Ferreira Santana, Rosimere; da Silva Correia, Dayse Mary; de  
Carvalho Queluci, Gisella

Estudio de observación de validación clínica del diagnóstico de enfermería ansiedad en pacientes con  
insuficiencia cardíaca crónica

Enfermería Global, vol. 12, núm. 2, abril, 2013, pp. 28-40

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834849003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## CLÍNICA

### Estudio de observación de validación clínica del diagnóstico de enfermería ansiedad en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica

Estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de enfermagem ansiedade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica

Observational study of validation of nursing diagnosis anxiety in patients with chronic heart failure

**\*Dantas Cavalcanti, Ana Carla \*\*Vellozo Pereira, Juliana de Melo \*\*Maciel dos Santos, Renata Oliveira \*\*Andrade Vieira, Gláucia Cristina \*\*\*Ferreira Santana, Rosimere \*\*\*\*da Silva Correia, Dayse Mary \*Queluci, Gisella de Carvalho**

\*Doctora en Enfermería. E-mail: [ana\\_carlade@yahoo.com.br](mailto:ana_carlade@yahoo.com.br) \*\*Enfermera. \*\*\*Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica \*\*\*\* Enfermera. Doctoranda en Ciencias Cardiovasculares. Profesora Asistente del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Administración. Universidad Federal Fluminense. Brasil.

Palabras clave: ansiedad; insuficiencia cardiaca; diagnóstico de enfermería

Palavras-chave: ansiedade; Insuficiência cardíaca; Diagnóstico de Enfermagem.

.Keywords: anxiety; cardiac failure; nursing diagnosis.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar y validar clínicamente las características definitorias del diagnóstico de enfermería ansiedad descritas en la NANDA-I en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.

**Método:** Estudio observacional, transversal de 50 pacientes con insuficiencia cardiaca crónica atendidos en la Clínica de Insuficiencia Cardiaca de un hospital universitario en Niterói / RJ (Brasil). La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas, de enero a mayo de 2010. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con enfermedad cardiaca crónica, insertados en la asistencia clínica, mayores de 18 años o más, independientemente del sexo, lúcidos y orientados en el tiempo, lugar y persona, capaces de mantener una comunicación verbal, mostrando el diagnóstico de ansiedad durante la consulta de enfermería y su consentimiento informado para participar en el estudio.

**Resultados:** De las 74 características que definen, 36 fueron considerados válidas. De estas, 08 (20,51%) se definen las características principales: la ansiedad (0,85), agitación (0,82), irritabilidad

(0,82), agitación (0,82), nerviosismo (0,82), insomnio (0,80), afligido (0,80) y movimientos muy poco comunes (0,80), mientras que 28 se consideraron secundarias y 38 características definitorias no se consideraron válidas para este grupo de pacientes.

**Conclusión:** Se requiere la observación cuidadosa de la evaluación de la ansiedad, ya que un gran número de características que la definen no han sido validadas. Se necesitan más estudios en otras poblaciones y con muestras más grandes para basar una investigación de enfermería en la evidencia de la ansiedad, y así la ampliación de evaluación de los aspectos subjetivos y objetivos en la lucha y tolerancia al estrés.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar e validar clinicamente as características definidoras do diagnóstico de enfermagem ansiedade descritas pela NANDA-I em pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

**Método:** Estudo observacional, transversal com 50 pacientes com insuficiência cardíaca crônica acompanhados na Clínica de Insuficiência Cardíaca de um hospital universitário no município de Niterói/RJ (Brasil). A coleta de dados foi realizada através de entrevistas no período de janeiro a maio de 2010. Os critérios de inclusão foram: ser portador de insuficiência cardíaca crônica e estar em acompanhamento na clínica; ter idade igual ou superior a 18 anos independente do sexo; estar lúcido e orientado no tempo, espaço e pessoa; manter comunicação verbal; apresentar durante a consulta de enfermagem o diagnóstico de enfermagem ansiedade e consentir formalmente em participar do estudo.

**Resultados:** Das 74 características definidoras 36 foram consideradas válidas. Destas, 08 (20,51%) características definidoras foram primárias: ansioso (0.85), agitação (0.82), irritabilidade (0.82), irrequieto (0.82), nervosismo (0.82), insônia (0.80), aflito (0.80) e movimentos poucos comuns (0.80), enquanto 28 foram consideradas secundárias e 38 características definidoras não foram consideradas válidas para este grupo de pacientes.

**Conclusão:** São necessárias observações cautelosas quanto à avaliação da ansiedade, visto que um grande número de características definidoras não foi validado. Novos estudos em outras populações e com amostras maiores são necessários para pautar uma enfermagem baseada em evidências sobre a ansiedade, ampliando a avaliação aspectos subjetivos e objetivos envolvidos no enfrentamento e tolerância ao estresse.

**Conclusiones:** Se han observado tendencias en las variables analizadas que permiten plantear el estudio más específico de factores biológicos y sociolaborales influyentes en la presencia de PGM, para establecer estrategias fisioterápicas eficientes antes de la incorporación al ámbito profesional.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify and clinically validate the defining characteristics of the nursing diagnosis anxiety described by NANDA-I in patients with chronic heart failure.

**Method:** An observational, cross-sectional study of 50 patients with chronic heart failure conducted at the Heart Failure Clinic of a university hospital in Niterói / RJ (Brazil). Data collection was carried out through interviews from January to May 2010. Inclusion criteria were: patients with chronic heart disease under clinic assistance; patients aged 18 years or more regardless of sex, lucid and oriented in time, place and person, maintaining verbal communication; showing anxiety diagnosis during the nursing consultation and having informed consent to participate in the study.

**Results:** 36 out of the 74 defining characteristics were considered valid. Out of these, 08 (20.51%) were primary defining characteristics: anxiety (0.85), agitation (0.82), irritability (0.82), restlessness (0.82), nervousness (0.82), insomnia (0.80), distress (0.80) and few common movements (0.80), while 28 were considered secondary and 38 defining characteristics were not considered valid for this group of patients.

**Conclusion:** It takes careful observations on the assessment of anxiety, since a large number of defining characteristics have not been validated. Further studies are needed in other populations and

with larger samples on which to base an evidence nursing investigation on anxiety, expanding the evaluation of subjective and objective aspects in fighting and tolerating stress.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca crónica es la vía final de muchas enfermedades cardiovasculares que afectan cada vez más a la población brasileña, como la hipertensión arterial sistémica y el infarto agudo de miocardio. Ante el aumento de la expectativa de vida, debido a influencias socioeconómicas, culturales y ambientales, esta enfermedad se considera un grave problema de salud pública por tener altos índices de hospitalización y muerte, responsables del alto costo de su tratamiento<sup>(1-3)</sup>.

Pacientes con insuficiencia cardiaca crónica frecuentemente se ven afectados por una compleja sintomatología que influye más que los aspectos fisiopatológicos. Los gastos en medicamentos, las limitaciones impuestas por el cambio en el estilo de vida, la incapacidad de ejercer actividades cotidianas, las hospitalizaciones frecuentes, la interrupción de las actividades ocupacionales y la consecuente disminución de la renta son factores que ocasionan sentimientos negativos<sup>(3)</sup>.

Se observó que pacientes con insuficiencia cardiaca presentan mayor incidencia de ansiedad (62,5%) cuando comparados con pacientes con infarto agudo de miocardio (38,8%). Además, estudios apuntan la ansiedad como una alteración psicobiológica que está relacionada con las reiteradas hospitalizaciones, complicaciones intra-hospitalarias y mortalidad<sup>(4-7)</sup>.

La ansiedad y el estrés están asociados al aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, ocasionando la elevación de la presión arterial y del esfuerzo cardiaco, que desembocan en el aumento de la demanda sanguínea del miocardio enfermo. Por tanto, la asociación de la ansiedad con la insuficiencia cardiaca afecta negativamente al cuadro clínico del paciente, intensificando los síntomas<sup>(4-8)</sup>.

Así, estudios ratifican la necesidad de realizar la evaluación de la ansiedad en este grupo de pacientes, visto que las características presentadas son específicas y pueden dirigir intervenciones que alcancen resultados en la adhesión al tratamiento y en la calidad de vida<sup>(8, 9)</sup>.

Ante esto, los enfermeros que actúan en Clínicas de Insuficiencia Cardiaca prestan una atención especial a la presencia de indicios que caractericen ansiedad durante la consulta. Si embargo, se hace necesario que la identificación de este diagnóstico utilice instrumentos previamente validados para garantizar su identificación con mayor exactitud y nivel de evidencia.

La *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I) considera la ansiedad como un diagnóstico de enfermería<sup>(9)</sup>. Aunque bastante identificada y utilizada en el lenguaje cotidiano técnico de salud, la ansiedad también es utilizada frecuentemente por el público lego con connotaciones y significados diferenciados. La subjetividad de esta respuesta y su uso indiscriminado, tanto profesionalmente, como por legos, aumenta la dificultad de establecer un juicio clínico en la elección de este diagnóstico en ambiente clínico real.

Este estudio tuvo como objetivo identificar y validar clínicamente las características definidoras del diagnóstico de enfermería ansiedad descritos por la NANDA-I en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en acompañamiento ambulatorial especializado a fin de facilitar evidencias sobre la utilización de esta clasificación en este grupo de pacientes.

El término validación se refiere a la evaluación de un instrumento de investigación con la intención de verificar si este es apropiado para obtener el verdadero valor de aquello que se propone para medir, posibilitando deducir cuándo los resultados que se obtuvieron a través de la utilización de este instrumento representan la verdad, o cuándo se apartan de ella.

Así, la validación permite refinar el conjunto de indicadores clínicos que describen los diagnósticos de enfermería<sup>(10-13)</sup>. La relevancia de este estudio está en apuntar evidencias clínicas de la utilización de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA-I sobre ansiedad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica atendidos en una clínica de insuficiencia cardíaca.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, transversal, con 50 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica atendidos en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca de un hospital universitario en el municipio de Niterói -RJ (Brasil).

Conforme a la Resolución 196/96, que reglamenta la investigación con seres humanos, el estudio fue sometido a la aprobación del comité de ética e investigación del Hospital Universitario Antônio Pedro/UFF (HUAP/UFF), con número de carta de aprobación (CEP HUAP nº210/09 – CAAE nº 0170.0.258.000-09). Los pacientes incluidos en el estudio autorizaron su participación a través de la firma del término de consentimiento libre y esclarecido.

Para la colecta de datos, que fue realizada por entrevistas, se utilizó un instrumento de evaluación de las características definidoras del diagnóstico de enfermería ansiedad, presentadas con sus respectivos significados, cuyo objetivo fue verificar la presencia o ausencia de cada una de las características.

Con la intención de facilitar el análisis estadístico, se elaboró un único cuestionario, con respuestas dicotómicas (sí o no), para cada característica del diagnóstico, en que la alternativa afirmativa se interpretó como presencia de la característica. Este cuestionario fue sometido a la evaluación de tres enfermeros peritos para verificar la viabilidad del mismo frente al presente estudio. Se consideraron para esta evaluación los criterios claridad y objetividad en relación a cada característica y significado. Tras su perfeccionamiento, el cuestionario fue considerado válido para la colecta de datos.

La colecta de datos se realizó de enero a mayo de 2010. Los criterios establecidos para la inclusión de los sujetos fueron: ser portador de insuficiencia cardíaca crónica y estar atendido en la clínica; tener edad igual o superior a 18 años, independiente del sexo, estar lúcido y orientado en el tiempo, espacio y personalidad, mantener comunicación verbal, presentar durante la consulta de enfermería el diagnóstico de enfermería ansiedad y consentir formalmente en participar del estudio por medio de la firma del término de consentimiento libre y esclarecido (TCLE).

Los pasos seguidos para la realización de este estudio, siguiendo la descripción del método<sup>(11-13)</sup> fueron los siguientes:

1) Fueron identificados durante la consulta de enfermería los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica que presentaron el diagnóstico de enfermería ansiedad. Se observó la presencia del diagnóstico de enfermería en los sujetos del estudio, utilizándose la pregunta directa al paciente: *¿Usted se considera una persona ansiosa?* La elección de preguntar directamente al paciente sobre la presencia de ansiedad se justifica por el aspecto subjetivo atribuido al diagnóstico, siendo considerada en este estudio criterio de referencia para la identificación del diagnóstico.

2) Tras la identificación del diagnóstico de enfermería ansiedad, el paciente fue sometido a una evaluación clínica simultánea, individualmente, por dos enfermeros peritos con un instrumento conteniendo las características definidoras de la ansiedad que están descritas en la NANDA-I con definición operacional en lenguaje técnico. La definición de cada característica definidora fue pautaada en revisión de literatura sobre la temática y tuvo como propuesta uniformizar la interpretación entre los peritos sobre cada una de ellas.

El juicio de cada enfermero se registró en impreso separado, para posterior observación de concordancia. Para definir quienes serían los enfermeros peritos, utilizamos como criterios, titulación de máster en enfermería y conocimiento especializado en diagnóstico de enfermería, demostrado a través de estudios publicados y especialización, de acuerdo con la propuesta metodológica en cuestión.

A pesar del aspecto subjetivo de la evaluación, suponiendo la capacidad del propio paciente de responder directamente a las preguntas sobre las características definidoras del diagnóstico de enfermería, el nivel de escolaridad de los mismos dificultó tal análisis. Considerando esta dificultad y la relación de este diagnóstico también con aspectos objetivos, los peritos evaluaron cada paciente a través de entrevista y examen físico. Cuando fue necesario, se realizaron preguntas directas a los pacientes sobre las características definidoras de manifestación exclusivamente subjetivas.

3) Los datos se guardaron en banco de datos en planilla de Excel y, para análisis de los datos, se utilizó el programa de estadística SPSS 17.0 como ayuda. Las tablas mostraron las variables edad, sexo, comorbidades, hábitos de vida, fuente de renta, escolaridad y características clínicas. Estas fueron presentadas conforme a su clasificación y a su presentación, o sea, numéricas y nominales, como forma de facilitar la lectura y análisis de las mismas.

Así, en el análisis descriptivo, estudiamos la variable numérica (edad) a través de los cálculos mínimo, máximo, media y desvío estándar. Para las variables nominales (sexo, comorbidades, y fuente de renta), se realizó cálculo de frecuencia simples y percentual.

4) Para obtención del score de validación de las características definidoras, se calculó la tasa de fiabilidad entre los peritos a través de la fórmula:

$$R = A/(A+D) \times (F1/N + F2/N)/2$$



Donde, A = número de concordancias; D= número de discordancias;  $F_1$  = Frecuencia de las características observadas por el primer evaluador;  $F_2$  = Frecuencia de características observadas por el segundo evaluador; N = número de sujetos observados (muestra); R = tasa de fiabilidad entre evaluadores.

5) Tras la obtención de los datos, cada característica fue clasificada de acuerdo con el score, siendo descartada aquella con media menor de 0.50. Las características definidoras con media mayor o igual a 0.80 fueron consideradas como primarias. Las características definidoras con medias menor 0.80 y mayor de 0.50 fueron clasificadas como secundarias.

## RESULTADOS

### *Caracterización de los sujetos*

De los 50 pacientes incluidos en el estudio, 50% (25) era de sexo masculino y tenía media de edad de 60,68 años con desvío estándar de  $\pm 13,4$  teniendo como mínimo y máximo de edad 38 y 82 años, respectivamente. Las 25 pacientes de sexo femenino (50%) tenían media de edad de 65,52 años con desvío estándar de  $\pm 11,3$ , siendo la menor edad de 45 y la mayor de 82 años.

En cuanto a la distribución por edad, los 25 pacientes con edad < 65 años tenían media de 52,28 con el desvío estándar de  $\pm 6,52$ , siendo la mayor y menor edad respectivamente de 38 y 63 años, y los 25 pacientes con edad  $\geq 65$  años tenían media de 73,92 con desvío estándar de  $\pm 12,5$  con el mínimo y máximo entre 38 y 82.

**Tabla 1.** Descripción estadística de la edad de acuerdo con distribución de edad y sexo de los pacientes con ansiedad e insuficiencia cardíaca crónica en tratamiento ambulatorial en el HUAP/UFF (n=50). Niterói, 2010.

	N	Media	Desvío estándar	Mínimo	Máximo
<b>Sexo</b>					
Masculino	25	60,68	$\pm 13,4$	38,0	82,0
Femenino	25	65,52	$\pm 11,3$	45,0	82,0
<b>Distribución por edad</b>					
< 65 años	25	52,28	$\pm 6,52$	38,0	63,0
$\geq 65$ años	25	73,92	$\pm 6,02$	65,0	82,0
<b>Total</b>	50	63,10	$\pm 12,5$	38,0	82,0

La tabla 2 presenta la distribución de las comorbidades, fuente de renta y hábitos de vida. En cuanto a las principales comorbidades, 100% de los pacientes (n=50) tenía hipertensión arterial sistémica (HAS), 58% (n=29) dislipidemia, 34% (n=17) diabetes mellitus, 26% (n=17) obesidad, 28,6% (n=14) infarto agudo de miocardio (IAM), 10,0% (n=05) enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 2% (n=01) insuficiencia renal crónica e 4%(n=02) accidente vascular cerebral.

En cuanto a la fuente de renta, 51,7% (n=15) eran jubilados, 24,1% (n=7) pensionistas, 24,1% (n=7) empleados y solo 01 paciente no tenía renta (6,9%). Al evaluar los hábitos de vida, 48,3 % (n=14) eran fumadores y 44,8% (n=13) bebedores.

Todos los 50 pacientes evaluados tenían nivel de escolaridad básica incompleta (100%).

**Tabla 2.** Distribución de la caracterización según comorbidades, fuente de renta y hábitos de vida de los pacientes con ansiedad e insuficiencia cardiaca crónica en tratamiento ambulatorial no HUAP/UFF (n=50). Niterói, 2010.

<b>Caracterización</b>	<b>N</b>	<b>N(%)</b>
<b>Comorbidad</b>		
Hipertensión Arterial	50	100
Dislipidemia	29	58
Diabetes Mellitus	17	30
Obesidad	13	26
Infarto Agudo de Miocardio	14	28
EPOC	05	10
Insuficiencia Renal Crónica	01	02
Accidente Vascular Encefálico	02	04
<b>Fuente de renta</b>		
Jubilado	28	56
Pensionista	11	22
Empleado	11	22
Sin renta	01	02
<b>Hábitos de vida</b>		
Tabaquismo	23	46
Etilismo	25	50

#### *Caracterización del diagnóstico de enfermería ansiedad en pacientes con insuficiencia cardiaca*

De las 74 características definidoras investigadas por los enfermeros peritos en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica en seguimiento ambulatorial, 36 fueron consideradas válidas. De estas, 08 (20,51%) características definidoras eran primarias (escore mayor que 0.80), tales como: ansiedad (0.85), agitación (0.82), irritabilidad (0.82), inquietud (0.82), nervosismo (0.82), insomnio (0.80), abatimiento (0.80) y movimientos pocos comunes (0.80).

De las 36 características, 28 (37,83%) presentaron escore mayor que 0.50 y menor que 0.80, considerándose secundarias: fatiga (0.75), preocupaciones expresadas en función de cambio en eventos de la vida (0.75), preocupado (0.75), aprensivo (0.75), productividad disminuida (0.73), aumento de la tensión (0.72), aumento de la presión



sanguínea (0.70), pulso aumentado (0.70), palpitación (0.70), respiración aumentada (0.67), dificultades respiratorias (0.67), asustado (0.66), receloso (0.66), vigilancia (0.66), observación atenta (0.66), olvido (0.60), excitación cardiovascular (0.60), dolor abdominal (0.60), confusión (0.57), incertidumbre (0.57), pesaroso (0.55), desamparo aumentado y persistente (0.55), consciencia de los síntomas fisiológicos (0.55), hormigueo de las extremidades (0.55), atención disminuida (0.53), dificultad para concentrarse (0.53), anorexia (0.53), contracción muscular (0.53).

**Tabla 3.** Distribución del escore de las características definidoras del diagnóstico de enfermería ansiedad de acuerdo con las áreas (afectiva, cognitiva, comportamental, fisiológica, parasimpática y simpática) en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en acompañamiento ambulatorial en el HUAP/UFF (n=50). Niterói, 2010.

<b>Características definidoras</b>	<b>Escore</b>
<b>Afectivas</b>	
Ansioso	1.0
Inquieto	0.82
Irritabilidad	0.82
Abatido	0.80
Aprensivo	0.75
Preocupado	0.75
Receloso	0.66
Asustado	0.66
Incertidumbre	0.57
Pesaroso	0.55
Desamparo aumentado y persistente	0.55
<b>Cognitivas</b>	
Olvido	0.60
Confusión	0.57
Consciencia de los síntomas fisiológicos	0.55
Atención prejudicada	0.53
Dificultad para concentrarse	0.53
<b>Comportamentales</b>	
Agitación	0.82
Insomnio	0.82
Nerviosismo	0.82
Movimientos poco comunes	0.80
Preocupaciones expresadas en razón de cambio en eventos de la vida	0.75
Productividad disminuida	0.73
Observación atenta	0.66
Vigilancia	0.66
<b>Fisiológicas</b>	
Aumento de la tensión	0.72

### **Parasimpáticas**

Fatiga	0.75
Dolor abdominal	0.60
Hormigueo de las extremidades	0.55

### **Simpáticas**

Aumento de la presión sanguínea	0.70
Palpitación	0.70
Pulso aumentado	0.70
Dificultades respiratorias	0.67
Respiración aumentada	0.67
Excitación cardiovascular	0.60
Anorexia	0.53
Contracción muscular	0.53

---

## **DISCUSIÓN**

Muchos estudios se han dedicado a medir y a describir la interferencia de la ansiedad en la vida de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica evaluando sus consecuencias biológicas, sociales, agravamiento de la enfermedad y empeoramiento de la calidad de vida<sup>(4-8)</sup>. El aspecto comprometedor del diagnóstico de enfermería ansiedad en estos pacientes se reafirma ante la complejidad de este síndrome y de la necesidad de alcanzar adhesión a la terapéutica farmacológica y no farmacológica para el mantenimiento de un cuadro clínico que minimice el número de hospitalizaciones y muerte precoz.

La NANDA-I define la ansiedad como “vago e incómodo sentimiento de incomodidad o temor, acompañado por respuesta autonómica (la fuente es frecuentemente no específica o desconocida para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de peligro. Es una señal de alerta que llama la atención de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para enfrentar la amenaza”<sup>(9)</sup>.

En la literatura las evidencias para la identificación de este diagnóstico de enfermería fueron subdivididas por áreas, tales como: afectivas, cognitivas, comportamentales, fisiológicas, parasimpáticas y simpáticas<sup>(9)</sup>.

Las manifestaciones afectivas señalaron en este estudio el relato de ansiedad, irritabilidad, estado inquieto y abatido como características primarias y aprensión, preocupación, recelo, incertidumbre, pesar, desamparo aumentado y estado asustado como indicios secundarios. De las 17 características definidoras apuntadas por la literatura<sup>(9)</sup>, 11 fueron identificadas en este estudio.

La característica que apuntó el mayor escore fue la descripción por el propio paciente de la ansiedad al ser cuestionado (1.0) por el enfermero. Ello puede explicarse por la necesidad de obtener un patrón de referencia para la inclusión en este estudio, o sea, solamente fueron incluidos en el estudio pacientes que tenían esta característica definidora. Por tanto, no obtuvimos datos de pacientes que no se consideraban ansiosos, lo que puede estar corroborado para este nivel de evidencia. Por tanto, la irritabilidad, el estado inquieto y abatido fueron identificados por los enfermeros

peritos como características afectivas principales para pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.

El componente afectivo de la ansiedad puede variar de leve inquietud a terror o pánico<sup>(14)</sup>. El estado inquieto y la irritabilidad son características definidoras semejantes y guardan relación directa con el abatimiento. Estas, en el paciente con insuficiencia cardíaca, pueden impactar en la condición del mismo al adherir al tratamiento, colaborando para la ocurrencia de otros diagnósticos de enfermería, descompensación y reingreso. Además de esto, pueden contribuir a la percepción de malestar subjetivo y menor limiar para tolerar otros síntomas<sup>(15)</sup>.

No fueron identificadas en este estudio manifestaciones cognitivas primarias. Sin embargo, de las 13 características señaladas en la literatura<sup>(9)</sup>, 5 se consideraron indicios secundarios para la identificación del diagnóstico, tales como, pérdida de memoria, confusión, consciencia de los síntomas fisiológicos, atención disminuida y dificultad para concentrarse.

Las características comportamentales de la ansiedad incluyen la negativa por el tratamiento y los aspectos cognitivos son preocupación, aprensión e ideas de daño emocional o corporal<sup>(14)</sup>. Los déficits cognitivos interfieren, de forma general, en el aprendizaje de otras actividades como el autocuidado, autocorrección y actividades diarias como leer, dirigir, y usar el teléfono. El paciente acometido por alteraciones de memoria puede presentar también dificultad para acordarse de informaciones verbales como conversaciones o lecturas<sup>(15)</sup>. En este estudio, la edad de los pacientes, posiblemente, influyó en estas manifestaciones, visto que la media de edad del sexo masculino fue 60,68 años y la media de edad de los pacientes del sexo femenino fue 65,52 años.

A pesar de no comprender características principales, las manifestaciones cognitivas se encontraron secundariamente en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Esta evidencia apunta una preocupación para el equipo multidisciplinar en cuanto a la adhesión terapéutica, tanto medicamentosa, como aquellas referentes a cambios de hábitos. Se sabe que, en tratamientos de larga duración, 43% de los pacientes no siguen el tratamiento y, cuando se trata de recomendaciones que incluyen cambios de hábitos, 75% no siguen lo que les es recomendado<sup>(15)</sup>.

La adhesión al tratamiento es la meta de enfermeros que trabajan en clínicas especializadas y ambulatorios de insuficiencia cardíaca. Así, la ansiedad puede ser considerada una “enemiga” para estos profesionales, pues incorpora manifestaciones cognitivas que, a su vez, comprometen aún más el seguimiento adecuado del tratamiento.

De las 10 manifestaciones comportamentales descritas en la literatura<sup>(9)</sup>, 8 estaban presentes en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica de este estudio, siendo características principales: agitación, insomnio, nerviosismo y movimientos poco comunes. Las características secundarias fueron preocupaciones expresadas en razón de cambio en eventos de la vida, observación atenta, vigilancia y productividad disminuida.

El insomnio ha sido considerado una de las características más sensibles para predecir la ansiedad relacionada con los síntomas de la insuficiencia cardíaca<sup>(16)</sup>. Fue definida en este estudio como el relato de sueño interrumpido durante la noche o no

sentirse satisfactoriamente descansado. Las preocupaciones expresadas en razón de cambios en eventos de vida fueron demostradas a través de relatos sobre acontecimientos ocurridos en la vida o con decisiones a ser tomadas sobre la enfermedad y tratamiento y los movimientos poco comunes fueron observados a través de examen físico.

La ansiedad se presentó en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica a través de una única manifestación fisiológica, el aumento de la tensión. A pesar de ser indicio primario del diagnóstico, fue identificada con dificultad en este estudio, por ser característica subjetiva, necesitando solamente de la interpretación de los pacientes. Destaca la escolaridad de 100% de los pacientes entrevistados que era de nivel básico incompleto.

Son 12 las manifestaciones parasimpáticas señaladas en la literatura<sup>(9)</sup>, para el diagnóstico de enfermería ansiedad. En este estudio, la fatiga se consideró indicio primario parasimpático para identificación de la ansiedad. Fueron indicios secundarios el dolor abdominal y el hormigueo de las extremidades.

El sufrimiento ha sido considerado fuerte predictor de los niveles de fatiga en pacientes con insuficiencia cardíaca<sup>(17)</sup>. La ansiedad, como sentimiento de malestar o temor y aprensión, produce fatiga<sup>(9)</sup> y de esta forma dificulta la realización de las actividades de vida diaria, perjudicando aún más el cuadro clínico del paciente.

Destaca que el estrés emocional y la fatiga en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica pueden tener un efecto devastador sobre la capacidad del paciente para afrontar las actividades diarias, incluyendo autocuidado y adhesión al tratamiento<sup>(18)</sup>.

De las 13 manifestaciones simpáticas descritas en la literatura como evidencias de ansiedad, ninguna se consideró característica primaria y 08 se consideraron secundarias en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, tales como aumento de la presión sanguínea, palpitación, dificultades respiratorias, pulso aumentado, respiración aumentada, excitación cardiovascular, anorexia y contracción muscular.

Las características simpáticas de la ansiedad están asociadas a la respuesta autonómica. Estas pueden causar un nivel de incomodidad al paciente, además de tener impacto negativo en la morbilidad, mortalidad y en la complacencia del tratamiento y por eso requieren adecuada evaluación y tratamiento<sup>(14)</sup>.

La literatura sugiere que características definidoras con score inferior o igual a 50 sean consideradas no validadas. Se destaca la preocupación con las evidencias encontradas en este estudio frente a la clasificación diagnóstica de la NANDA-I para el diagnóstico de enfermería ansiedad en pacientes con insuficiencia cardíaca, visto que menos de la mitad de las características definidoras fue observada en la muestra estudiada.

## CONCLUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca crónica traen consigo tentativas de controlar el estrés y sentimientos de estar incompleto y amenaza de la finitud. Asociado a estos factores, el paciente se ve en la necesidad de cambios de hábitos de vida relacionados con los aspectos fisiopatológicos y terapéuticos que se expresan a través de reacciones de enfrentamiento, como la ansiedad. La evaluación

de estas manifestaciones exige raciocinio clínico por parte de los enfermeros, que necesitan tomar decisiones basadas en evidencias para planificar intervenciones que alcancen mejores resultados de enfermería.

Este estudio validó treinta y seis características definidoras del diagnóstico de enfermería ansiedad de la NANDA-I en ambiente clínico real. Siendo que ocho se consideraron primarias y 28 secundarias. Treinta y ocho características definidoras no se consideraron válidas para este grupo de pacientes.

Estas evidencias indican la necesidad de considerar observaciones cautelosas en cuanto a la evaluación de la ansiedad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en tratamiento ambulatorial, visto que un gran número de características no fue validado. La inclusión de escalas de evaluación de ansiedad en las consultas de enfermería puede ofrecer un soporte al enfermero en la toma de decisión diagnóstica.

Son necesarios nuevos estudios sobre el diagnóstico de enfermería ansiedad en otras poblaciones y con muestras mayores para pautar una enfermería basada en evidencias sobre la ansiedad, ampliando las posibilidades de evaluación de los aspectos subjetivos y objetivos involucrados en el enfrentamiento y tolerancia del estrés.

## REFERENCIAS

1. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA-Niterói. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(2):121-4.
2. Araujo DV, Tavares LR, Veríssimo R, Ferraz MB, Mesquita ET. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(5):422-7.
3. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009 Junho; 92(6 supl.1):1-71.
4. Artinian NT. The psychosocial aspects of heart failure: Depression and anxiety can exacerbate the already devastating effects of the disease. *AJN The American Journal of Nursing.* 2003;103(12):32.
5. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *J Psychosom Res.* 2009;67(1):29-35.
6. De Jong MJ, Moser DK, An K, Chung ML. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2004;3(3):247-53.
7. De Jong M, Moser DK, Chung ML. Predictors of health status for heart failure patients. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2005;20(4):155-62.
8. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Januzzi JL, Fricchione GL. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of psychosomatic research.* 2008;65(6):557-63.
9. International N. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2009-2011. 456 p.
10. Garcia TR, editor. Diagnósticos de enfermagem e a prática de pesquisa. I encontro pernambucano de diagnósticos de enfermagem 1997; Recife, Pernambuco.

11. Terralí S, de Souza L. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica.
12. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Nursing Faculty Research and Publications. 1987:27.
13. Fehring R, editor. The Fehring model. Classification of nursing diagnosis: proceedings of a conference. 1994; Philadelphia: Lippincott.
14. Irwin RS, Rippe JM. Manual de Terapia Intensiva. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 895 p.
15. Knobel E, de Araujo Andreoli PB, Erlichman MR. Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves: Atheneu; 2008.
16. Redeker NS. Somatic symptoms explain differences in psychological distress in heart failure patients vs a comparison group. Progress in Cardiovascular Nursing. 2006;21(4):182-9.
17. Chen LH, Li CY, Shieh SM, Yin WH, Chiou AF. Predictors of fatigue in patients with heart failure. Journal of Clinical Nursing. 2010;19(11-12):1588-96.
18. Falk K, Patel H, Swedberg K, Ekman I. Fatigue in patients with chronic heart failure—a burden associated with emotional and symptom distress. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009;8(2):91-6.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia