

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado.

16
24

ANSIEDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA
AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
IGNACIO CHAVEZ.

T E S I S
que para obtener el titulo de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P r e s e n t a

DR SERGIO JESUS MADINABEITIA MARTINEZ

TUTOR: DRA MARTHA ONTIVEROS.

ASESOR: DR DAVID SILVA.

MEXICO D.F. 1990

[Handwritten signatures and initials]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	PAGINA
1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS	2
3. SUJETOS Y METODOS	3
4. RESULTADOS.....	4
5. DISCUSION	7
6. CONCLUSIONES	9
7. BIBLIOGRAFIA	10

INTRODUCCION

En 1968 Hackett y Cassem estudiaron a 55 pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio en la unidad coronaria de un hospital general, encontrando que 40(72.7%) fueron juzgados como ansiosos, considerando que no es sorprendente que muchos de sus pacientes estudiados estuviesen ansiosos. Lo sorprendente fué mas que todo, el hallazgo de no encontrar reacciones graves de angustia, considerandose que el uso del mecanismo de defensa de la negación fue empleado activamente y esto pudiera explicar la respuesta ligera a moderada de ansiedad observada en los pacientes. (1).

Posteriormente a 24 de los 55 pacientes iniciales, los estudiaron en su domicilio entre un periodo de uno y nueve meses posterior a haber sufrido el infarto agudo al miocardio, encontrando que lagran mayoría tenía ansiedad, depresión o ambas durante el primer mes de estancia en sus casas, y que 11(45.8%) no regresaron a sus trabajos habituales, siendo la ansiedad, expresada en el temor a tener angina o infarto agudo al miocardio, el principal motivo para ello. (2).

En 1971 los mismos autores reportaron un estudio de los motivos de interconsulta psiquiatrica a la unidad de cuidados coronarios, estudiando a 441 pacientes admitidos a la unidad y encontrando que 145(33%) recibieron consulta psiquiatrica, siendo la razón mas frecuente para ello el que tuvieran ansiedad 47(32.4%) (3).

Klein en 1968 efectuó una medición de metabolitos de catecolaminas en orina de 14 pacientes con infarto agudo al miocardio en el momento de ser trasladados fuera de la unidad coronaria encontrando que dichos metabolitos se encuentran aumentados el dia del alta de la unidad, situación que la explica en relación a el papel que juega el proceso de separación del paciente de la unidad coronaria como factor productor de estress psicologico ya que se considera a dicho sitio como fuente de seguridad. (4).

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer la frecuencia de ansiedad y el grado de intensidad de la misma en pacientes que padecen de cardiopatía isquémica aguda ya sea del tipo de la angina de pecho o del infarto agudo al miocardio, durante su estancia en la unidad de cuidados coronarios del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez, así como valorar la evolución clínica de la misma, si se modifica o no fuera de la unidad.

SUJETOS Y METODOS

Se estudiaron a pacientes con cardiopatía isquémica aguda con diagnóstico de angina de pecho o de infarto agudo al miocardio evaluándose si presentaron o no síndrome de ansiedad. Se emplearon como instrumentos de medición la Escala de Ansiedad de Hamilton (5) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). (6).

Se entrevistaron a los pacientes en dos ocasiones :la primera de las 48 a 72 horas posterior a su ingreso a la unidad coronaria, y la segunda, a las 48 horas de estancia en piso de cardiología adultos.

Se efectuó una revisión del expediente clínico, tomándose como datos base la hoja de trabajo social, la historia clínica y reportes de exámenes de laboratorio y gabinete.

El diagnóstico de infarto agudo al miocardio o de angina de pecho se obtuvo de la historia clínica el cuál fue establecido en base a un triple criterio de tipo clínico, electrocardiográfico y enzimático.

Se incluirán a pacientes que acepten voluntariamente participar en el estudio, de edad mayor de 18 años, de ambos sexos, que sepan leer y escribir, excluyéndose del estudio a aquellos pacientes que se encontraban impedidos para dialogar verbalmente, debido a que su misma gravedad se los impedía, tales como pacientes intubados orotraquealmente, o en estado de coma: así mismo aquellos que eran analfabetas o con problemas del idioma español.

El estudio se llevó a cabo del 15 de diciembre de 1989 al 15 de febrero de 1990.

El análisis estadístico se realizó mediante el uso de métodos descriptivos gráficos y numéricos. Entre éstos últimos se tiene a la media y desviación estandar principalmente. Con el objeto de realizar inferencia estadística, se utilizó el estadístico "t" de Student. Para detectar la existencia de una relación de asociación entre las escalas para medir ansiedad, se realizó un análisis de correlación lineal simple. Por ultimo, para evaluar el cambio en disminución de ansiedad del paciente cuando se reubica de la unidad coronaria a la de cardiología adultos, se utilizó la prueba "t" de Student para medias de diferencias.

RESULTADOS

La muestra (tabla 1) fue de 30 pacientes 25 (83.3%) de sexo masculino y 5 (16.3%) de sexo femenino, de edades comprendidas entre 30 y 76 años con promedio de 59.8 ± 10.47 .

En cuanto al estado civil, 8 (26.6%) fueron solteros y 22 (73.3%) fueron casados.

Su grado de educación escolar fue: primaria: 13 (43.3%) pacientes, secundaria: 4 (13.3%), preparatoria: 1 (3.3%), profesional: 9 (30.0%) y Técnica: 3 (10.0%).

En cuanto a su vida laboral actual 26 (86.6%) se encontraban trabajando y 4 (13.3%) estaban desempleados.

Se presentó que 15 (50.0%) pacientes de la muestra tuvieron diagnóstico de infarto agudo al miocardio y otros 15 (50.0%) diagnóstico de angina de pecho, que distribuidos por sexo, de los 25 pacientes masculinos de la muestra

15 tuvieron infarto agudo al miocardio y 10 angina de pecho. Las cinco mujeres de la muestra tuvieron diagnóstico de angina de pecho.

Adicionalmente cuatro de los 15 pacientes con infarto agudo al miocardio tenían antecedente de un infarto previo, así mismo 12 de los 15 pacientes con angina de pecho tenían antecedente de infarto previo, de los cuales nueve tenían un único evento previo y tres tenían dos infartos anteriores (Tabla 2).

Ningún paciente tuvo antecedentes de enfermedad mental.

En cuanto al tratamiento instituido, todos los pacientes recibieron tratamiento habitual para evento isquémico coronario agudo o de sus complicaciones, como son el uso de vasodilatadores, beta bloqueadores, diuréticos, analgésicos, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes y antiaritmicos, siempre que el caso lo ameritara.

Todos los pacientes recibieron tranquilizantes tanto en la unidad coronaria como en piso de cardiología adultos. 24 (80.0%) de ellos recibieron bromacepam 3 mg al día de los cuales 12 (80%) tenían diagnóstico de infarto agudo al miocardio y 12 (80%) diagnóstico de angina de pecho.

3(20.0%) recibieron levomepromacina 2 mg al día siendo todos ellos pacientes con infarto agudo al miocardio.

Dos (13.3%) recibieron flunitrazepam 2 mg al día y tenían diagnóstico de angina de pecho y 1(3.3%) con diagnóstico de angina de pecho recibió varios sedantes como son:bromacepam 3 mg y levomepromacina 2 mg juntos y en 24 horas durante los 4 primeros días de estancia hospitalaria y posteriormente mianserina 10 mg y alprazolam 0.25 mg juntos los días siguientes de su hospitalización.

La autoevaluación mediante el IDARE del rasgo de ansiedad de los pacientes dentro de las 48 a 72 horas de estancia en unidad coronaria reveló un total de 48.00 ± 1.42 , que distribuidos por diagnóstico resultaron: infarto agudo al miocardio: 51.00 ± 2.52 y angina de pecho 45.00 ± 1.32 existiendo diferencia estadística significativa entre el grupo de pacientes con infarto y los de angina de pecho ($p < 0.04$) (Tabla 4). La valoración del estado de ansiedad por el IDARE en la unidad coronaria reveló un total de 44.00 ± 73.075 , que distribuidos por diagnóstico dió: pacientes con infarto: 43.86 ± 1.29 y en pacientes con angina de pecho: 44.13 ± 0.99 , no existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos ($p > 0.05$) (Tabla 5).

La valoración del estado de ansiedad mediante el IDARE en piso de cardiología adultos reportó un total de 46.20 ± 0.645 . que agrupados por diagnóstico dió: pacientes con infarto: 46.06 ± 1.04 y pacientes con angina de pecho: 46.33 ± 0.760 en la cual igualmente no hubo diferencia significativa ($p > 0.05$) (Tabla 5). La valoración del estado de ansiedad estado mediante el IDARE

efectuado por grupos, reveló: pacientes con infarto en la unidad coronaria: 44.86 ± 1.129 y en piso de cardiología adultos: 44.06 ± 1.04 . y los pacientes con angina de pecho en la unidad coronaria: 44.13 ± 0.999 y en piso de cardiología adultos: 46.33 ± 0.760 , bno existiendo diferencia estadísticamente significativa entre las valoraciones en la unidad coronaria y piso de cardiología adultos para los dos grupos de diagnósticos ($p > 0.05$) (Tabla 6).

La medición de la ansiedad mediante la escala de Hamilton tanto en la unidad de cuidados coronarios como en piso de cardiología adultos reveló que 29 de los 30 pacientes entrevistados alcanzaron calificaciones menores de 18 que es considerado como punto de corte y que solo un paciente alcanzó cifras mayores a 18 que fue precisamente

el paciente que ameritó tratamiento con varios tranquilizantes de manera secuencial.

Los pacientes con infarto agudo al miocardio reportaron en su primera valoración: 5.80 ± 0.971 y en la segunda valoración: 2.73 ± 0.706 no encontrándose diferencia estadística significativa entre las dos evaluaciones. Así mismo los pacientes con angina de pecho reportaron en su primera evaluación: 4.53 ± 2.079 y en la segunda: 2.46 ± 1.421 lo cual tampoco reveló una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$). A nivel de totales se obtuvo en la primera evaluación 5.16 ± 1.147 , y en la segunda 2.60 ± 0.793 (Tabla 7).

La comparación entre grupos de angina de pecho e infarto agudo al miocardio tanto en la unidad coronaria como fuera de ella tampoco reveló diferencia estadística significativa ($p > 0.05$). (Tabla B).

Al evaluar la existencia de correlación entre la calificación del IDARE rasgo con el IDARE estado en dos valoraciones no se encontró correlación alguna, misma situación en relación con el resultado del Hamilton aplicado tanto en la unidad coronaria como fuera de ella.

	n=15 INFARTO	n=15 ANGINA	n=30 TOTAL
EDAD	55.93 ± 2.11	62.66 ± 3.08	59.8 ± 10.47
SEXO	15 (100%) Hombres 0 (0%) Mujeres	10 (66.7%) Hombres 5 (33.3%) Mujeres	25 Hombres 5 Mujeres
ESTADO CIVIL	13 (86.7%) Casados 2 (13.3%) Solteros	9 (60%) Casados 6 (30%) Solteros	22 Casados 8 Solteros
ESCOLARIDAD	7 (46.7%) Primaria 3 (20%) Secundaria 1 (6.7%) Preparatoria 4 (26.7%) Profesional 0 (0%) Técnica	6 (40%) Primaria 1 (6.7%) Secundaria 0 (0%) Preparatoria 5 (33.3%) Profesional 3 (20%) Técnica	13 Primaria 4 Secundaria 1 Preparatoria 9 Profesional. 3 Técnica
OCCUPACION	13 (86.7%) Trabaja 2 (13.3%) No trabajan	13 (86.7%) Trabaja 2 (13.3%) No trabajan	26 Trabajan 4 No trabajan.

DATOS DEMOGRAFICOS

TABLA 1

n = 15 INFARTO

n = 15 ANGINA

n=30 TOTAL

n	%	#Infarto previo	n	%	# Infarto previo	
11	73.7	0	3	20	0	14
4	26.3	1	9	60	1	13
0	0	2	3	20	2	3

ANTECEDENTE DE INFARTOS PREVIOS

TABLA 2

n=15 INFARTO

n=15 ANGINA

n=30 TOTAL

TRANQUILIZANTES	n=15 INFARTO		n=15 ANGINA		n=30 TOTAL
	n	%	n	%	
BROMACEPAM	12	80	12	80	24
LEVOMEPRMACINA	3	20	0	0	3
FLUNITRACEPAM	0	0	2	13	2
ALPRAZOLAM	0	0	1*	3.3	1
MIANSERINA	0	0	1*		

* El mismo paciente

DATOS CLINICOS

TABLA 3

	INFARTO	ANGINA	TOTAL
RASGO EN UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS	51.00 ± 2.52	45.00 ± 1.32	48.00 ± 1.42

IOARE

* Hubo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.04$)

TABLA 4

SITIO	INFARTO	ANGINA	TOTAL
En UCC **	43.86 \pm 1.29	44.13 \pm 0.99	44.00 \pm 73.07
En piso cardiol. adultos.	45.05 \pm 1.04	45.33 \pm 0.76	46.20 \pm 0.64

** Unidad de Cuidados Coronarios.
IOARE- ESTADO

* No hay diferencia estadísticamente
significativa ($p > 0.05$)

TABLA 5

	EN UCC **	EN PISO CARPIO.
INFARTO	43.86 \pm 1.12	45.06 \pm 1.04
ANGINA	44.13 \pm 0.99	46.33 \pm 0.76

IDARE - ESTADO

** Unidad de Cuidados Coronarios.

* No hubo diferencia significativa estadísticamente. ($p > 0.05$)

TABLA 6

	EN UCC **	EN PISO CARDIO
INFARTO	5.80 \pm 0.97	2.73 \pm 0.70
ANGINA	4.53 \pm 2.07	2.46 \pm 1.42

** Unidad de Cuidados Coronarios

ESCALA DE ANSIEDAD DE
HAMILTON.

* No hubo diferencia estadística
significativa ($p > 0.05$)

TABLA 7

	INFARTO	ANGINA	TOTAL
EN UCC **	5.80 ± 0.97	4.53 ± 2.07	5.16 ± 1.14
EN PISO CARDIOLOGIA	2.73 ± 0.70	2.45 ± 1.42	2.60 ± 0.79

** Unidad de Cuidados Coronarios.
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

* No hubo diferencia estadística significativa
($p > 0.05$)

TABLA 8

DISCUSION

Los pacientes que padecen de cardiopatía isquémica aguda del tipo del infarto agudo al miocardio tienen frecuentemente ansiedad que ha sido demostrada hasta en un 72.7% (1). Así mismo el mayor número de interconsultas a psiquiatría provenientes de la unidad coronaria de un Hospital General ha sido por la existencia de ansiedad como problema clínico según reporte de Cassem N. y Hackett T.P. (3).

En este trabajo se encontró que los pacientes con cardiopatía isquémica aguda tanto del tipo del infarto agudo al miocardio como el de angina de pecho no tuvieron ansiedad, o de existir fue mínima con la excepción de un solo paciente que si la tuvo y ameritó tratamiento por el servicio de psiquiatría quien lo medicó a base de varios tranquilizantes. No hay reportes en la literatura de valoración de ansiedad en pacientes con angina de pecho, solo en pacientes con infarto agudo al miocardio y el presente trabajo revela que no hay influencia del tipo del diagnóstico sobre la presencia o sobre la intensidad de la ansiedad que experimentan estos pacientes. Así mismo el que los pacientes tuvieran o no antecedentes de infartos previos no influyó sobre el grado de ansiedad.

En relación con el supuesto de que las personas que tengan una calificación de ansiedad rasgo elevada deberían reaccionar ante una situación considerada razonablemente como estresante con mayor grado de ansiedad esto no se demostró en el presente trabajo.

También el presente trabajo muestra que el paciente con cardiopatía isquémica aguda no varía en su expresión clínica de respuesta de ansiedad dentro o fuera de la unidad coronaria situación que no es reportada en la literatura ya que según el estudio de Klein (4) se esperaría que hubiese cambio, situación no observada en la muestra de pacientes de este estudio.

El no encontrar ansiedad en nuestros pacientes va de acuerdo con lo reportado por Hackett T.P. y Cassem N. de que los pacientes con cardiopatía isquémica aguda ejercen fuertemente la negación como, mecanismo de defensa además de que los pacientes del estudio

estuvieron todos ellos bajo tratamiento con tranquilizantes hecho que por si solo pudiera explicar los resultados de la no existencia de ansiedad o de ansiedad de intensidad baja.

CONCLUSIONES

1- Los pacientes con angina de pecho o infarto agudo al miocardio que se encuentran en la unidad de cuidados coronarios y que reciben tranquilizantes como parte de su tratamiento cardiológico integral no tienen ansiedad

2- No existió diferencia de respuesta de ansiedad en pacientes con infarto agudo al miocardio de los de angina de pecho.

3- No existe diferencia de respuesta de tipo ansiedad en pacientes con cardiopatía isquémica aguda internados en la unidad de cuidados coronarios en relación con su internamiento fuerade ella en cardiología adultos.

El uso por los pacientes del mecanismo de defensa de la negación al igual que el hecho de que todos estuviesen medicados con tranquilizantes pudiera explicar que en nuestra muestra de pacientes no se encontrara ansiedad como respuesta psicológica a la enfermedad tanto en la unidad de cuidados coronarios como fuera de ella.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- (1) Hackett T.P., Cassem N.: The Coronary Care Unit, an appraisal of its psychological hazards. N Engl J Med. 279:1365-1370, 1968.
- (2) Wishie H.A., Cassem N., Hackett T.P.: Psychological hazard of convalescence following myocardial infarction. JAMA 22:1292-1297, 1971.
- (3) Cassem N., Hackett T.P.: Psychiatric Consultation in a Coronary Care Intensive. Ann of Intern Medicine 75:9-15, 1971.
- (4) Klein R.F. et al.: Transfer from a Coronary Care Unit: some adverse responses. Arch Intern Med. 122:104-108, 1968.
- (5) Hamilton Max. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 32:50-55, 1959.
- (6) Spielberg C.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto Cal. Consulting Psychologist Press 1970.