

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA

DR. PEDRO NOE UBALDO PEREZ

RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRIA CON SEDE EN EL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA
"SAN FERNANDO"

SEDE: DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

"SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DEPRESIVOS
COMO PREDICTORES DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN
PACIENTES QUIRURGICOS"

TUTOR TEORICO

DR. LUIS G. RUIZ FLORES

TUTOR METODOLOGICO

DR. FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
DR. MIGUEL VILLAVICENCIO
CASILDO



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quiero agradecer a Dios por la oportunidad que me ha dado de continuar adelante en mi carrera y en mi vida.

Quiero agradecerte a ti mamá por que aparte de darme la vida por ti he llegado a hacer algo en ella, esto es solo una muestra de los muchos ejemplos que tú me has dado.

A ti papá que aunque ya no estas te llevo en mi memoria y sé que si viviera estaría satisfecho.

A ti Maricela que con tu amor, cariño y comprensión me ha tenido la paciencia necesaria.

A mi hija Paola quién por ti trato día a día de superarme.

Gracias Lourdes por tu apoyo.

A Katy, Rodrigo y Leobardo saben que los quiero como a mis hijos y espero que alguno de ustedes siga mi camino.

Al hospital de Psiquiatría San Fernando del instituto mexicano del seguro social por estos cuatro años de enseñanza y experiencia.

Agradecer a mis tutores por el apoyo y tiempo que me dieron así como a todos y cada unos de los médicos con quienes durante mi formación rote y tuve el placer de conocer, en especial al Dr. José Luis Vázquez por su confianza, a la Dra. Ríos por su comprensión y ayuda, al DR. Novoa por su paciencia, al Dr. Armando Anaya por aportarme cada día algo sus conocimientos.

Al excelente personal de enfermería, trabajo social especialmente a Tere Bernal, al personal del centro de documentación matutino y vespertino.

Al Dr. Jesús Almanza por sus comentarios, al Dr. Juan García por sus observaciones y al Dr. Montañés por su disponibilidad para la realización de este trabajo.

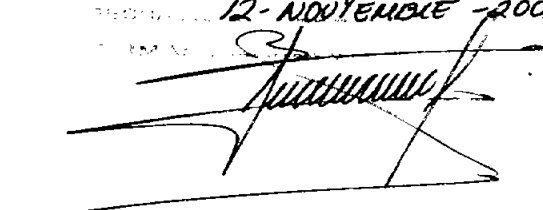
Al Dr. Vicente Cortés por su experiencia.

A todos Gracias.

INDICE

- I- ANTECEDENTES
- II- OBJETIVO GENERAL
- III- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- IV- HIPOTESIS
- V- MATERIAL Y METODOS
- VI- CONSIDERACIONES ETICAS
- VII- RECURSOS PARA EL ESTUDIO
- VIII- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- IX RESULTADOS
- X CONCLUSIONES
- XI BIBLIOGRAFÍA
- XII TABLAS Y ANEXOS.

UBALDO PÉREZ
PEDRO NOÉ
12-NOVIEMBRE-2003



ANTECEDENTES:

El trastorno de estrés post-traumático es un severo y complejo trastorno que se encuentra precipitado por la exposición a eventos estresantes ó traumáticos clasificados como "causados por el hombre" y " naturales" ó bien en acontecimientos de corta duración y traumas prolongados, sin embargo no toda la gente que sufre eventos traumáticos lo desarrolla. Pero siendo patogénico si los individuos no se encuentran adecuadamente preparados para encararlos. (1, 2)

Identificado como un notable problema de salud mental desde hace más de dos décadas por numerosos estudios epidemiológicos y Clasificado para 1980 bajo el DSM III de forma específica dentro de los trastornos de ansiedad, pero descrito con anterioridad desde los inicios de la guerra y a lo cual Jacob Méndez Da costa más adelante llamó " el corazón del soldado", "corazón irritable", y " síndrome del esfuerzo" debido a condiciones biológicas que presentaba. (2,3)

El trastorno de estrés postraumático ha permanecido como un fenómeno exclusivo de veteranos de guerra, sin embargo se ha encontrado que afecta de manera importante a varios segmentos de la población general, así como de manera específica en algunas especialidades médicas como en pacientes con trauma quirúrgico, sobrevivientes de síndrome de dificultad respiratoria en el adulto y en las víctimas de quemaduras. (3)

Se encuentra además asociado en pacientes con hipertensión arterial, asma bronquial, enfermedades a nivel cardiovascular, en el sistema digestivo, músculo-esquelético, endocrino, respiratorio y nervioso central, sin faltar los diversos tipos de cáncer y los pacientes con fracturas en salas de traumatología y ortopedia. (4)

Precipitado por un evento traumático y de esta manera generando una "tríada" fenomenológica caracterizada por: 1-Eventos intensivos de reexperimentación. Que incluyen (flashbacks, sueños recurrentes intrusivos) 2-Conductas equitativas ante la evidencia de un trauma. (Evitación de actividades y sentimientos relacionados con el evento traumático) y 3- La presencia de arousal ó nivel de alertamiento. (Ansiedad, dificultad para la conciliación ó mantenimiento del sueño, irritabilidad, exagerada respuesta de sobresalto e hipervigilancia.) (1,3,5,6)

El estrés Deriva del griego stringere, que significa provocar tensión. Claude Bernard hablaba sobre la relación del organismo y su medio ambiente. Cannon en 1935 fue el primero en utilizar el término en el contexto de la salud, el cual es conceptual izado en 1936 por el fisiólogo

Hans Selye. Posteriormente R. S. Lazarus lo define " como una reacción particular entre el individuo y su entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar." La cual es decidida por procesos psicológicos y cuya principal función es adaptar y preparar al organismo para la lucha ó huida, con el fin de la supervivencia ejerciendo acciones homeostáticas con restauración de los niveles básales de activación mediante los ejes psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoimmunológico y conductual. (7,8,9)

El estrés está directamente relacionado con las disfunciones que afectan a la salud mental que incluyen ansiedad, desorientación, sentimientos de inadecuación, apatía, pérdida de la autoestima y aumento en la irritabilidad.

La organización mundial de la salud define al estrés como " el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción". (10)

El trastorno por estrés postraumático es una entidad que parece estar incrementando su prevalencia Davidson (1992) reporta 1-9% en la práctica general con altos niveles de cronicidad y comorbilidad. (11)

Estudios han demostrado una prevalencia a lo largo de la vida entre 1.3% - 9% en la población general (12)

Breslau y cols. (1998) mostraron que las mujeres mostraban mayor riesgo de desarrollar Trastorno por estrés postraumático 13% vs. 6.2% en hombres. (13)

En Canadá se mostró en un estudio realizado una prevalencia al mes del 2.7% para mujeres y 1.2% para hombres. De los cuales solo un 2% reconocen encontrarse en tratamiento médico. (6,14)

Se ha estimado que 70% de los adultos americanos ha presentado un evento traumático por lo menos una vez en su vida, de los cuales 20% desarrollarán trastorno de estrés postraumático. (15)

Los factores que han sido asociados con un alto riesgo de desarrollar Trastorno por estrés postraumático crónico son debido a la severidad del trauma, el estado previo de salud mental, acontecimientos vitales, historia de estrés, historia de problemas conductuales y psicológicos, factores biológicos, genéticos e historia familiar de psicopatología principalmente los trastornos de ansiedad y del humor. Así como trastornos mentales preexistentes específicos en el paciente como la depresión mayor y el consumo de drogas como parte de una vulnerabilidad traumática y los cuales se encuentran relacionados en el curso de la vida de la persona. (16)

Por otro lado se menciona en una revisión de catorce factores de riesgo para su desarrollo en los adultos expuestos a trauma como los más importantes el abuso en la niñez, historia psiquiátrica familiar, pobre inteligencia, bajo soporte social y vida estresante. (17)

La intensidad del acontecimiento traumático determinada por esta y su duración en una lesión física también contribuyen a su desarrollo. Dos factores importantes se han determinado como respuesta individual a situaciones potencialmente estresantes, siendo una la manera en que una persona percibe la situación y la segunda el estado físico general de la persona los cuales no solamente están determinados por factores genéticos sino también por estilos de vida. (1,18,19)

Quizá los rasgos más sobresalientes del Trastorno por estrés postraumático son las experiencias traumáticas que permanecen indelebles por décadas y son fácilmente despertadas por toda clase de estímulos relacionadas en parte a ciertos sistemas neuromoduladores y activados por experiencias de esta índole. (20)

Los resultados de otro estudio revelaron que las situaciones de estrés agudo y crónico ocurrieron más en el grupo de pacientes con trastornos afectivos que en el grupo control sano en el mismo periodo de tiempo. (21)

Los síntomas de estrés postraumático más comunes en un estudio realizado en pacientes con preclampsia fueron memoria intrusivas 56 %, amnesia psicogénica 42%, dificultad para dormir 37 %, problemas para concentrarse 37%, sentimientos de lejanía 32 %, evitación de recuerdos 27 %, pesadillas 22 %. Con una comorbilidad con niveles de depresión del 33% en pacientes con producto pretermino y del 26% con productos de termino. (22)

En una muestra de pacientes jóvenes supervivientes a cáncer durante su niñez la prevalencia para trastorno por estrés postraumático fue del 20% con síntomas intrusivos en un 9% y de evitación en un 16.7% (23)

Un estudio de 113 pacientes con pérdida del producto, en un mes después del evento 77% reunieron criterios para re experimentación, 40% de evitación y 42% para hiperarousal. 25% al mes reunió criterios para trastorno por estrés postraumático, después de 4 meses solo el 7% reunieron dichos criterios. (6)

Otros estudios señalan un aumento en el riesgo de una estancia hospitalaria prolongada en aquellos pacientes con enfermedad física con psicopatología agregada que en los que presentan solamente la enfermedad física. (24)

Son varios los estudios que han demostrado memorias intrusivas con relación a eventos estresantes de la vida y a experiencias traumáticas sucedidas en la infancia que son casi invariablemente encontradas en pacientes con depresión mayor. (25)

La severidad de la enfermedad y su capacidad para afectar el funcionamiento del sistema nervioso central se relaciona con una prevalencia elevada de diversos trastornos mentales de los cuales se menciona a los trastornos afectivos con un 68.5% en comorbilidad con los cuadros de ansiedad en quienes sufren una enfermedad física. (26,27,28)

Kessler et al en 1995 encontraron en la comunidad muestras de pacientes con Trastorno por estrés postraumático acompañado por un alto riesgo principalmente para depresión y trastorno de ansiedad. (29)

En el hospital general se menciona una prevalencia del 12 al 40 % con algún tipo de trastorno depresivo, el cual puede incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad en una variedad de enfermedades físicas agudas y crónicas. (30)

Estudios en pacientes hospitalizados sugieren que más de un tercio reportan síntomas de depresión moderada y entre un 11 y 26 % sufren de un síndrome depresivo, mencionando una enfermedad médica seria como un potente estresor psicológico. (31)

Almanza y cols en un estudio realizado en el hospital central militar en nuestro país mencionan una muestra de 43 casos con una distribución general de psicopatología encabezada por los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad con un 39.5 % seguido del trastorno por estrés postraumático en el 16.2 %. (32)

ASPECTOS QUIRÚRGICOS ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.

La cirugía es una actividad la cual combina conocimientos con acción, que se fundamenta en destreza operatoria y cuyo instrumento terapéutico alteran la estructura y función de los órganos y sistemas con el fin de recuperar ó restablecer la salud, su propósito es curar determinadas enfermedades, corregir anomalías, reparar deformaciones, todo para lograr el bienestar y una mayor calidad de vida del paciente. (33)

Todo acto quirúrgico conlleva de entrada un compromiso para la unidad biopsicosocial que se manifestará de diversas formas, al margen del grado de desarrollo y maduración.

El resultado de una operación quirúrgica depende de muchos factores y es difícil determinar con precisión como puede influir cada uno de ellos, todos son importantes y deben ser tenidos en cuenta en el periodo post-operatorio que es donde mayor número de manifestaciones psicopatológicas se presentan y en el que con mayor frecuencia se consulta al psiquiatra.

En muchos de los casos son problemas iniciados con anterioridad pero no se detectan hasta llegar a esta etapa.

Los pacientes que presentan un alto grado de ansiedad anticipatoria suelen presentar en el post-operatorio temores intensos de daño corporal y los pacientes con baja ansiedad preoperatoria tienden a reaccionar con hostilidad y cólera en el post-operatorio. (34)

Beverly (1936) sostuvo que la preparación psicológica y el cuidado con apoyo pueden mitigar el estrés de la hospitalización.

Blanton y Kirk (1947) consideran que sin el Rapport con el médico (es decir la relación de confianza y de fe) el paciente tendrá más dolor antes y después de la operación, más dificultad con la anestesia y tendrán una convalecencia más larga. (35)

Las intervenciones quirúrgicas constituyen amenazas a la integridad somática y psicológica del organismo. Casi toda persona a la que se le informa que necesita una intervención quirúrgica presenta cierto grado de ansiedad. Es posible que tenga temor de perder la vida o bien alguna parte o función de su organismo, la existencia de factores psicosomáticos con relación a la adaptación psicológica cuando la operación impone algún defecto somático, como una ileostomía o bien una colostomía. (36)

Titchener y cols. Valoraron a 200 pacientes que ingresaron al servicio quirúrgico del hospital general de Cincinnati en Minnesota de los cuales el 86% de la muestra presentó síntomas

psicológicos molestos, patrones de comportamiento incapacitan tez ó ambos, en 11% se observaron reacciones psicofisiológicas, 9 % con síntomas depresivos. (37)

Andrew en 1970 estudió a 59 pacientes hospitalizados (50 de ellos quirúrgicos) con una edad media de 54 años proporcionando una grabación de 8 minutos que menciona el origen de las hernias, los peligros del retraso de la operación, el proceso quirúrgico su preparación y consecuencias indicando que de los preparados con la cinta, los neutrales tuvieron mejor respuesta a la hospitalización que los evitadores (quienes requirieron más medicamentos y más ansiedad post hospitalaria) (35)

Al respecto Johnston and Vogeles realizaron un metanálisis en 1992 de 57 estudios encontrando que la información del procedimiento a los pacientes e instrucciones sobre el comportamiento previo a la cirugía influyen en una mejoría en todas las áreas de recuperación. (38)

Cada vez es mayormente estudiada la población con la tendencia a evitar ó no aceptar tratamientos médicos altamente estresantes debido a la asociación previa con eventos médicos traumáticos. (39)

Altos niveles de ansiedad y el desarrollo de un trastorno por estrés postraumático están siendo reconocidos como un problema que ocurre después de permanecer en la unidad de cuidados intensivos y a los cuales se les relaciona con memorias y recuerdos de sus experiencias en estas salas. (40)

Tal es el caso de pacientes con hemorragia subaracnoidea en neurocirugía quienes refirieron ansiedad previa a la cirugía como síntoma principal en un 50%, inclusive reuniendo criterios para trastorno por estrés postraumático un 32%. (41)

En pacientes con infarto al miocardio y cirugía coronaria (bypass) se reportaron altos niveles de síntomas de Trastorno por estrés postraumático que incluyeron reexperiencias intrusivas del evento traumático, evitación de estímulos asociados con el evento, entumecimiento emocional como respuesta al mundo externo e incremento del nivel de alertamiento autonómico. (42)

Un hallazgo importante fue la prevalencia del 13.7% de Trastorno por estrés post-traumático en 154 pacientes a un año de haber sido sometidos a cirugía de trasplante de corazón. (43)

Pacientes quienes permanecieron conscientes durante la anestesia transoperatoria han descrito recuerdos de fragmentos de su cirugía en pesadillas y flash back, en los que experimentan parálisis, sofocación, dolor, ó incluso conversaciones entre el personal quirúrgico. Presentando además evitación a hospitales, al personal de salud, así como a programas de televisión con temas de índole hospitalaria. (44)

Se examinó la literatura del MEDLINE encontrando un total de 5110 artículos desde 1966 hasta Septiembre del 2002 relacionados con el trastorno de estrés postraumático, de los cuales 2772 se encuentran de 1996 y hasta Septiembre del 2002. 608 se refieren al diagnóstico, 105 a tratamientos farmacológicos, 413 están relacionados a diversos tipos de terapias, 91 a complicaciones, 130 a fisiopatología entre otros.

De 1997 hasta esta misma fecha encontramos 64 citas publicadas sobre estrés postraumático relacionadas con el cáncer, 31 en relación con la cirugía destacando respuestas a estrés agudo en cirugía de corazón, arterial coronaria (bypass), cirugía plástica, de mano, en traumatología, relacionadas con el trasplante de hígado y medula ósea, cesárea de urgencia (1 trabajo), neurotrauma, con la anestesia al momento de la cirugía, así como con la extirpación de tumores más en relación con el de mama, no encontrando reportes sobre pacientes con estrés postraumático que se relacionen con la cirugía de abdomen.

Por otra parte encontramos 43 tesis con relación a estrés en la facultad de Psicología de la UNAM destacando una con revisión de 200 artículos publicados en el ámbito internacional hasta 1992 sobre estrés y ansiedad en pacientes quirúrgicos pediátricos. (35) Por lo que este pudiera ser el inicio de un nuevo campo de investigación en relación con ambas especialidades.

JUSTIFICACION:

Trastorno de Estrés Post-Traumático es en nuestro país un problema extenso de salud pública con un nivel de frecuencia probablemente mas elevado de lo que se cree sin embargo existen pocos estudios de investigación en este rubro clínico en las salas de hospitalización de todas las especialidades en nuestro país y debido a la comorbilidad que presenta es más común detectar y diagnosticar otros trastornos psiquiátricos como son los afectivos, otros trastornos de ansiedad ó trastornos adaptativos. Sin embargo y sobre todo en los pacientes quirúrgicos que cursan una estancia por la unidad de cuidados intensivos y en las salas de oncología se presentan con un riesgo mayormente elevado y bien pudiera asociarse a otros eventos de estrés previos. Este trastorno ha sido mayormente estudiado en veteranos de guerra, niños y adolescentes sometidos a trauma físico, mujeres victimas de violación o abuso sexual, sobrevivientes a desastres naturales, accidentes graves, testigos de muertes violentas, tortura o terrorismo. Los cuales presentan rasgos clínicos típicos de esta entidad que tanto profesionales como no profesionales de la salud debieran reconocer y diagnosticar con relativa facilidad. Dentro de esta entidad se encuentran tres constelaciones de síntomas: 1- la intrusión de pensamientos y sentimientos, 2- evitación, y embotamiento afectivo 3- hiperexcitación. No existen en la actualidad publicaciones que reporten la presencia de está sintomatología en pacientes post-operados a nivel gastroquirúrgico. Al no existir estudios al respecto, así como las escasas investigaciones realizadas en otras áreas dentro del ámbito quirúrgico se abriría una nueva ruta de investigación en está clase de pacientes con una mayor relevancia a esta entidad. Se Refieren en la actualidad la posibilidad de trastornos mentales entre los que destacan la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada los cuales han ido presentando importancia en la atención general con una comorbilidad importante entre ellos con poco peso para el trastorno por estrés post-traumático y a situaciones generadoras de estrés que pudieran intervenir en la etapa convaleciente del enfermo en comorbilidad y dentro de las complicaciones posquirúrgicas, las cuales son importantes en la evolución, tratamiento y pronóstico así como las complicaciones presentes durante su estancia hospitalaria.

II. OBJETIVO GENERAL

Determinar cual es la frecuencia de la sintomatología relacionada al trastorno por estrés post-traumático y depresión en pacientes hospitalizados posterior a procedimiento quirúrgico de gastrocirugía.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Determinar la frecuencia de síntomas de Trastorno por estrés post-traumático en pacientes hospitalizados posterior a un evento quirúrgico.
- 2- Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados posterior a eventos traumáticos.
- 3- Determinar la influencia que desarrollan la hospitalización breve y prolongada con su sintomatología
- 4- Determinar si la influencia quirúrgica desencadena sintomatología de estrés post-traumático y depresivos.
- 5- Determinar la frecuencia del trastorno pos estrés post-traumático.
- 6- Determinar la influencia de sintomatología afectiva y de estrés postraumático en la estancia hospitalaria.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Conque frecuencia se presenta sintomatología relacionada al trastorno de estrés post-traumático y la depresión en pacientes post operados hospitalizados?

IV. HIPOTESIS:

1- Existen síntomas de estrés postraumático y depresión en pacientes posterior a un evento quirúrgico.

2- Es más común de lo que se piensa la frecuencia de síntomas de estrés post-traumático y depresivos en los pacientes quirúrgicos.

3- Cual es la influencia en la estancia hospitalaria en el desarrollo de síntomas del trastorno de estrés postraumático y depresión.

V. **MATERIAL Y METODOS:** Se enfoca hacia la detección de exposición a un acontecimiento traumático del paciente en relación con la situación quirúrgica presente ó si algún otro evento médico-quirúrgico en el pasado lo percibe como un acontecimiento traumático amenazante para su integridad física y a la cual responderá mediante una entrevista clínica y la escala para detección de síntomas de estrés postraumático como desesperanza ó un horror intenso y lo reexperimenta con recuerdos recurrentes e intrusos, imágenes, pensamientos ó percepciones, sueños de carácter recurrente, sensación de estar reviviendo la experiencia con malestar psicológico así como respuestas fisiológicas. La evitación persistente de estímulos asociados al evento anterior ó situación quirúrgica actual como esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso, el evitar recuerdos de situaciones médicas, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción del interés en participar en actividades significativas a partir de estos hechos, enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva, sensación de futuro desolador ó síntomas persistentes de arousal dentro de los cuales se cuentan: dificultad para conciliar ó mantener el sueño, irritabilidad ó ataques de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia ó respuestas exageradas de sobresalto. Así como identificar sintomatología de carácter depresivo mediante la aplicación de la escala de Beck posterior a la cirugía abdominal

1. **-DISEÑO DEL ESTUDIO:** Se trata de un estudio Observacional ya que se presencian fenómenos sin modificar intencionadamente las variables, descriptivo así como prospectivo debido a la captación de la información mediante cuestionarios diseñados ex profeso, transversal ya que no se realizó seguimiento y se realizó una sola medición de las variables en el tiempo, comparativo ya que existe más de un grupo en la investigación.

2. **-POBLACIÓN EN ESTUDIO:** estudio realizado en pacientes que se encontraron hospitalizados posterior a una cirugía de los meses de Septiembre a Diciembre del 2001, del 3º- y 4º piso del área del hospital de especialidades perteneciente al C.M.N. S. XXI. Del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual abarca a pacientes de los estados de México, Querétaro, Morelos, Guerrero y Chiapas. Además del área metropolitana del DF.

3. -DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención quirúrgica.-

El evento quirúrgico es todo procedimiento mediante el cual se altera la estructura y función de los órganos mediante instrumentos y procedimientos con la finalidad de restablecer la salud.

Estancia hospitalaria.-

El ingreso a un hospital general depende en cualquier caso de la indicación de un facultativo que a raíz de un problema clínico agudo, formula una propuesta de ingreso dirigida a diagnosticar y/o tratar el problema clínico mediante una organización de asistencia sanitaria (médicos, enfermeras, t. Sociales, asistentes médicas.)

Edad.-

Es el tiempo que ha vivido una persona, con cada uno de los periodos en que se considera dividida la cual dentro del contexto médico es importante como factor de riesgo para la presencia de un determinado número de enfermedades.

VARIABLE DEPENDIENTE:

En este estudio fue la presencia de positividad a síntomas de estrés postraumático caracterizados por reexperimentación, evitación y arousal Mediante la escala de síntomas de estrés postraumático la cual consta de 17 reactivos de los cuales corresponden a los criterios diagnósticos del DSM III-R la cual valora sintomatología en los últimos 15 días con una puntuación que va del 0-3 dependiendo de la intensidad de los mismos, auto aplicable con un coeficiente de sensibilidad de 0.73, en aquellos pacientes con una puntuación de 7 ó más se realiza el diagnóstico.

Para sintomatología relacionada a la depresión mediante unos de los instrumentos más empleados como la escala de Beck la cual incluye 21 reactivos y cada reactivo con un grupo de 4 afirmaciones en relación con la forma en que se ha sentido el paciente en la última semana, la puntuación de 0-9 refleja la ausencia de síntomas, de 10-16 nos indica una depresión media, de 17-29 nos habla de una depresión moderada y más de 30 nos dice una depresión severa con una sensibilidad y especificidad de 0.86 en la población de México.

VARIABLES DE CONFUSIÓN:

Diversos procedimientos quirúrgicos, otras enfermedades agregadas, la realización de más de un procedimiento quirúrgico, duración de la cirugía, antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica.

4 - MUESTRA-

A) -TAMAÑO DE LA MUESTRA.- el tamaño de la muestra deberá ser el suficiente para realizar generalizaciones confiables para que sean aplicadas y con la finalidad de una mayor detección y diagnóstico.

B) -SELECCIÓN DE LA MUESTRA.-

Se realizó un muestreo de la población hospitalizada con intervención a nivel gastroquirúrgico.

C) -CRITERIOS DE SELECCIÓN.-

I - CRITERIOS DE INCLUSION:

- * Pacientes mayores de 18 años.
- * Pacientes con el antecedente de una o más intervenciones quirúrgicas.
- * Pacientes con cirugía abdominal electiva.
- * Pacientes con más de 10 días de hospitalización

II - CRITERIOS DE EXCLUSION:

- * Pacientes menores de 18 años.
- * Pacientes con intervención quirúrgica de urgencia.
- * Pacientes con complicaciones médico-quirúrgicas
- * Pacientes con trastorno médico-psiquiátrico diagnosticados (demencia, psicosis, delirium)
- * Pacientes que rehúsen participar.

III - CRITERIOS DE ELIMINACION:

- * Pacientes derivados de otros hospitales de 2º nivel con cirugía previa reciente.
- * Aplicación incorrecta de las escalas.

5 . -PROCEDIMIENTOS.-

Apoyados por el equipo médico del servicio de psiquiatría y gastrocirugía, así como del área de hospitalización se buscaron y captaron candidatos post-operados de cirugía abdominal electiva para el estudio, verificándose que los pacientes cumplieran los criterios para nuestro estudio e invitándolo a la realización del mismo, después de una entrevista semiestructurada (abierta) con preguntas dirigidas a la detección de sintomatología además de utilizarse una escala para estrés post-traumático encaminada y dirigida a la búsqueda de síntomas de estrés postraumático con relación a un evento quirúrgico u otras situaciones médicas experimentadas en esos momentos ó con anterioridad, así como la escala de Beck para confirmar grado de sintomatología depresiva dentro de los primeros 10 días de hospitalización en un grupo y posterior a cumplir más de 10 días de hospitalización dentro de otro grupo, valoración clínica por el investigador Con la finalidad de detectar si procedimientos quirúrgicos u otros eventos médicos no quirúrgicos durante su hospitalización ó anteriores internamientos se califican como disparadores o detonadores para la presencia de psicopatología relacionada con ambos trastornos.

6. - ANÁLISIS DE DATOS

Se integraron dos grupos con un total de 76 pacientes programados para cirugía electiva un grupo con menos de 10 días de hospitalización y otro con mayor a 10 días para detectar la presencia de síntomas por estrés postraumático y relacionados con depresión así como su relación con los días de estancia hospitalaria y su situación posquirúrgica.

Para este estudio descriptivo, comparativo se utilizó la correlación de Spearman (r) se observaron correlaciones significativas con relación a síntomas de estrés postraumático con la edad de los pacientes, así como de síntomas depresivos, el número de cirugías con los días de estancia hospitalaria y el grado de síntomas depresivos los cuales además se describen por medio de porcentajes.

Se compararon las medias de dos grupos independientes mediante una alternativa no paramétrica.

VI. CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio se realizó proporcionando una adecuada información sobre los objetivos de la investigación la importancia de la veracidad de los datos, consentimiento informado incluyendo a familiares, siempre cumpliendo las normas éticas de los tratados de la 18ª. Asamblea médica mundial de Helsinki Finlandia, 1964 y revisado por la 29ª. Asamblea médica mundial, Tokio, Japón.

VII.-RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

A)-RECURSOS HUMANOS.-

El personal que participó en el estudio fue integrado por médicos adscritos del hospital de especialidades de los servicios de psiquiatría así como el residente de la especialidad.

B)-MATERIALES.-

Se utilizaron escalas impresas, bolígrafos, censos, computadora, libros, revistas médicas.

C)-FINANCIEROS.-

Los recursos para el financiamiento del estudio fueron únicamente el que aportaron los investigadores.

D)-INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

Escala para valoración de estrés pos-traumático.

Escala de Beck para valoración de síntomas depresivos

Entrevista psiquiátrica basada en la experiencia clínica y apegada a los criterios diagnósticos del DSM- III-R.

VIII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES

TIEMPO DE REALIZACIÓN

a) Recolección de bibliografía	15 de Marzo del 2001 - 30 de Septiembre del 2002
b) Entrega de anteproyecto	05 Abril 2001
c) Entrega de proyecto	24 Abril 2001
d) Búsqueda de candidatos y selección de sujetos	30 Agosto- 30 Diciembre del 2001
e) Recolección de datos	Septiembre 2001-Febrero del 2002
f) Entrega de avance de protocolo	14 Septiembre del 2001
g) Análisis estadístico	Julio-Septiembre del 2002
h) Entrega de tesis	Octubre del 2002

IX.- RESULTADOS

Durante el periodo señalado se estudiaron a 76 pacientes programados para cirugía electiva y quienes posterior a una entrevista semiestructurada por el investigador se aplicó la escala para detección de síntomas de estrés postraumático y de manera simultanea la escala de Beck para síntomas depresivos del total de los pacientes estudiados (n = 76) se integraron dos grupos siendo el primero los que permanecieron hospitalizados menos de 10 días (n = 39) con una edad promedio de 46.4 años. 43.5% fueron del sexo masculino (n = 17) y el 56.4% pertenecieron al sexo femenino (n = 22) de los cuales 35.8 % fue su primera cirugía (n = 14) y 64.1 % presentaban de dos y hasta siete cirugías (n = 25) el promedio de aplicación de ambas escalas fue de 1 a 6 días de estancia, de los cuales al 30.7% se les aplicó el primer día de curso postoperatorio (n = 12), al 35.8% en el 2º día (n = 14), a los restantes 13 se les aplicó entre el 3º y 6º día (33.3 %) La estancia de estos pacientes fue entre 4 y 18 días en 37 pacientes (94.8 %) de ellos 1 permaneció 24 y uno más de 37 días. La hospitalización promedio fue de 9.5 días. Tabla 1

2 de los pacientes de este grupo (5.1 %) habían recibido tratamiento para la depresión previamente 2 y 6 años respectivamente sin completarlo.

23.0 % (n = 9) afirmaron abiertamente presentar durante su hospitalización recuerdos relacionados con cirugías u hospitalizaciones previas así como amenaza de muerte por la cirugía.

1 paciente (2.5 %) espontáneamente asoció la cirugía como evento estresante con una violación sufrida durante su adolescencia.

69.2% (n = 27) reunieron criterios para integrar un diagnóstico por escala para trastorno por estrés postraumático y 7.6 % más con sospecha (n = 3.)

El 41% presentaron síntomas con relación a la intrusión, 38% con relación a la evitación, y otro 38% más con relación a los síntomas relacionados con hiperarousal.

De los síntomas relacionados con estrés postraumático se encontraron dificultad para dormir e irritabilidad y enojo en un 69.2% (n = 27) respectivamente, pérdida del interés 56.4% (n = 22), malestar emocional 53.8% (n = 21), reacciones fisiológicas y preocupación por el futuro en un 51.2% (n = 20), dificultad para concentrarse 46.1% (n = 18) sentimientos de lejanía y restricción de la vida afectiva ambas en 43.5% (n = 17), sueños y pesadillas recurrentes en un 35.8% (n = 14) dentro de los más frecuentemente presentados como lo muestran la gráfica 1.

23.0% de los pacientes de este grupo presentaron de acuerdo al inventario de Beck los síntomas más frecuentes fueron dificultad para dormir e irritabilidad en el 69.2% (n =27), ideas de culpa en el 58.9% (n =23), preocupación por el aspecto personal 35.8% (n =14), dificultad en la toma de decisiones 30.7% (n =12), Tristeza 28.2% (n =11), llanto más de lo usual, preocupación por problemas físicos y pérdida del apetito con un 20.5% (n =8)

Gráfica 2

Los pacientes con trastorno por estrés postraumático en relación con los procedimientos quirúrgicos fueron colecistectomía 15.3 % (n = 6), Plastia de pared y laparotomía exploradora en un 12.8 % (n = 5), cirugía de páncreas 7.6% (n =3) Como lo muestra el Cuadro 1

De esta población ningún paciente permaneció hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

Del segundo grupo se reunieron un total de 37 pacientes con una edad promedio de 52.0 años con un periodo de hospitalización mayor a 10 días, 40.5% correspondía al sexo masculino (n = 15) y el 59.4% al femenino de los cuales el 29.7 % presentaban su primera cirugía (n = 11) y 70.2 % entre 2 y hasta 8 cirugías (n = 26), siendo el promedio de aplicación de ambas escalas en 13.5% al 12° día de internamiento (n = 5), 18.9 % al 13° día (n = 7), 21.6% al 14° día (n = 8), 13.5% al 15° día (n =5), los restantes 12 (32.4 %) se les aplicó entre el 16° y 20° día de Estancia intra hospitalaria. 35 pacientes (94.5 %) permanecieron hasta su egreso entre 14 y 57 días de hospitalizados, 1 paciente permaneció 67 y otro más 151 días. La hospitalización promedio fue de 38.8 días. Tabla 2

45.9% de los pacientes (n = 17) respondieron abiertamente recordar eventos médicos de cirugías previas así como otras experiencias relacionadas con anteriores hospitalizaciones.

2 pacientes (5.4 %) espontáneamente asociaron su situación quirúrgica hospitalaria con eventos estresante no hospitalarios como accidente automovilístico y secuestro respectivamente.

78.3 % (N = 29) reunieron criterios para establecer el diagnóstico por escala de TEPT. Y solo 1 paciente con sospecha.

Un 34% presentó síntomas en relación con la intrusión, 35% presentaron síntomas con relación a la evitación y un 52% reportó síntomas en relación con el hiperarousal.

De los síntomas relacionados con estrés postraumático se encontraron dificultad para dormir en un 67.5% (n =25), dificultad para la concentración 62.1 % (n =23), preocupación por el futuro 56.7% (n =21), irritabilidad y enojo, sustos y sobresaltos 51.3. % (n =19), no

sentir emociones y desinterés 45.9% (n =17), reacciones fisiológicas 43.2% (n =16), sueños y pesadillas recurrentes, flash back, sentimientos de lejanía y distanciamiento en un 32.4% (n =12) dentro de los más frecuentemente presentados. Como lo muestran la gráfica 3.

De acuerdo al inventario de Beck el síntoma afectivo más frecuente fue futuro desesperanzador con un 72.9% (n =27), posteriormente encontramos dificultad para dormir 67.5% (n =25), ideas de culpa 64.8% (n =24), preocupación por problemas físicos 62.1% (n =23), irritabilidad 51.3% (n =19), pérdida de la capacidad para disfrutar e ideas de castigo 45.9% (n =17), dificultad en la toma de decisiones y pérdida del interés sexual con 43.2% (n =16), pérdida del apetito 35.1% (n =13), pérdida del interés en otra gente 32.4% (n =12), llanto mayor de lo usual 24.3% (n =9) Gráfica 4

Los pacientes con trastorno por estrés postraumático en relación con los procedimientos quirúrgicos en este grupo fueron colecistectomía 16.2 (n = 6) (2 de ellas con extracción de vías biliares), Laparotomía exploratoria (más ileostomía y Yeyunostomía) 13.5 % (n =5), Gastroyeyuno-anastomosis, cierre de fistula entero cutánea, pancreatectomía, resección gástrica 8.1 %(n = 3) como lo muestra el cuadro 2

43.2 % de este grupo (n = 16) permanecieron en la Unidad de cuidados intensivos posterior a su cirugía entre 1 a 15 días con un promedio de 4 a 5 días de los cuales el 87.5 % de estos (n = 14) presentaron altos índices para psicopatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático y depresión.

Entre los síntomas más frecuentes de este grupo con relación a estrés postraumático el 68.7% (n =11) refirieron dificultad para dormir, el 56.2% (n =9) restricción de la vida afectiva, sentimientos de lejanía y distanciamiento, preocupación por el futuro y dificultad en su concentración, 50% (n =8) sustos y sobresaltos así como respuestas fisiológicas en relación con su estancia en la unidad de cuidados intensivos, 43.7% (n =7) malestar emocional, desinterés, irritabilidad e hipervigilancia, 37.5% (n =6) imágenes desagradables, flash back, 31.5% (n =5) mencionaron síntomas en relación con la evitación de actividades que evocan recuerdos. Gráfica 5.

2 de estos pacientes presentaron rangos altos en la escala de Beck.

Por medio de la Rho de Spearman se observaron correlaciones significativas en relación con sintomatología de estrés postraumático con la edad de los pacientes 0.278 (p = .015) así como con la presencia de síntomas depresivos 0.677 (p = .015)

El número de cirugías con los días de estancia hospitalaria 0.238 ($p = .038$) así como con el grado de síntomas depresivos 0.432 ($p = 0.080$)

A mayor días de hospitalización las puntuaciones para la escala de Beck fueron más altas 0.237 ($p = 0.040$)

La mediana para estrés postraumático fue de 11 mientras que la para la edad de los pacientes es de 53 años.

No hubo diferencias entre la edad .238 ($p = .309$), número de cirugías .183 ($p = .003$), síntomas de estrés postraumático .662 ($p = .325$) Pero encontramos una correlación significativa de la edad de los pacientes con síntomas depresivos .106 ($p = .010$) mediante la prueba de U. Mann-Whitney.

Al comparar estas variables con la prueba generalizada de Kruskal-Wallis encontramos una ($p = .013$), para TPET ($p = .477$), edad ($p = .693$), Beck absoluto ($p = .026$)

La mediana para hospitalización fue de 17 días.

MANIFESTACIONES MÁS COMUNES EXPRESADAS POR LOS PACIENTES EN RELACION A ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DURANTE SU HOSPITALIZACION.

REEXPERIMENTACIÓN :

1. -Imágenes desagradables (El encontrarse en quirófano previo a la cirugía, pensar en la muerte durante la hospitalización, temor a quedar inválidos)
2. -Sueños ó pesadillas recurrentes (respecto a la muerte, que ya no van a despertar de la anestesia)
3. -Flash back (cirugías previas, otros pacientes mencionaron en relación con la muerte de uno de los padres al encontrarse hospitalizados o bien fallecidos después de una operación, u otro familiar cercano fallecido en un hospital por otras causas)
4. -Malestar emocional (al encontrarse con heridas abiertas, bolsas para colostomía, parches que cubren las heridas, vendajes en el abdomen, mantenerse con soluciones par enterales, el recuerdo de otras cirugías)
5. -Respuestas fisiológicas como sudoración ó palpitaciones (al ser trasladados a quirófano, realización de curación)

EVITACION:

6. -Evitación de pensamientos (con su intervención quirúrgica, su pronóstico, con la muerte, la hospitalización.)
7. -Evitación de actividades que evocan recuerdos (Evitar internarse u hospitalizarse previo a la cirugía en los pacientes que han sido previamente operados, otros mencionaron negarse a la toma de muestras de laboratorio.
8. -Amnesia psicógena (se mencionó por algunos pacientes no recordar detalles desde que fueron llevados a quirófano, su permanencia antes de ser anestesiados y hasta horas después del efecto de esta.)
9. -Desinterés (En relación con un fatal pronóstico, encontrarse postrados en cama, el saber que nuevamente van a ser operados, el pensar que su vida ya no va a ser como antes.)
10. -Sentimientos de lejanía y distanciamiento afectivo (debido a la preocupación de su enfermedad, sentirse poco útiles con sus seres queridos, tristeza por su estado de salud.
11. -Sin emociones o Restricción de la vida afectiva (el alejamiento hacia los demás influido por su hospitalización ó enfermedad.)

12. **-Preocupación por el futuro** (debido a cambios en su vida laboral, familiar debido a sus intervenciones, temor a no quedar bien posterior a su cirugía, el hecho de permanecer por Mayor tiempo en el hospital a algunos pacientes les hace pensar que su enfermedad es más grave, el pensar que no van a volver a casa, pérdida o falla de órganos blanco de la intervención quirúrgica

AROUSAL:

13. **-Dificultad para dormir** (el saber que van a ser operados nuevamente, preocupación por su estado de salud, por sus familiares, cambios de parches, realización de curaciones, toma de signos vitales, dolor)

14. **-Irritabilidad y enojo** (dolor, con relación a la longitud de la herida quirúrgica realizada, cuidados generales hospitalarios como la colocación de sondas de drenaje, recanalización de líquidos parenterales, el guardar reposo)

15. **-Dificultad para concentrarse** (debido al pronóstico quirúrgico, preocupaciones generales con relación a su trabajo y familia, él saberse hospitalizados)

16. **-Hipervigilancia** (cuando ocurren las visitas médicas, posterior a su recuperación quirúrgica dentro del quirófano, el saber que volverán a ser hospitalizados, inseguridad e incertidumbre por su estado de salud)

17. **- Sobresaltos, sustos** (durante las visitas médicas, al recibir información sobre la evolución de su enfermedad, la comunicación de una nueva intervención quirúrgica.

TABLA 1
DATOS GENERALES

HOSPITALIZACION MENOR DE 10 DÍAS		
	n	%
FEMENINO	22	56.4%
MASCULINO	17	43.4%
1 INTERVENCION QUIRÚRGICA	14	35.8%
2 Ó MÁS INTERVENCIONES	26	66.6%
EDAD MEDIA	46.4	años
HOSPITALIZACIÓN	9.5	días
ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	0	

TABLA 2
DATOS GENERALES

HOSPITALIZACIÓN MAYOR DE 10 DIAS		
	n	%
FEMENINO	22	59.4%
MASCULINO	15	40.5%
1 INTERVENCION QUIRÚRGICA	11	29.7%
2 Ó MÁS INTERVENCIONES	26	70.3%
EDAD MEDIA	52.0	años
HOSPITALIZACIÓN	38.8	Días
ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	16	43.2%

CUADRO 1

Procedimientos quirúrgicos y trastorno por estrés por traumático en pacientes
con menos de 10 días de hospitalización

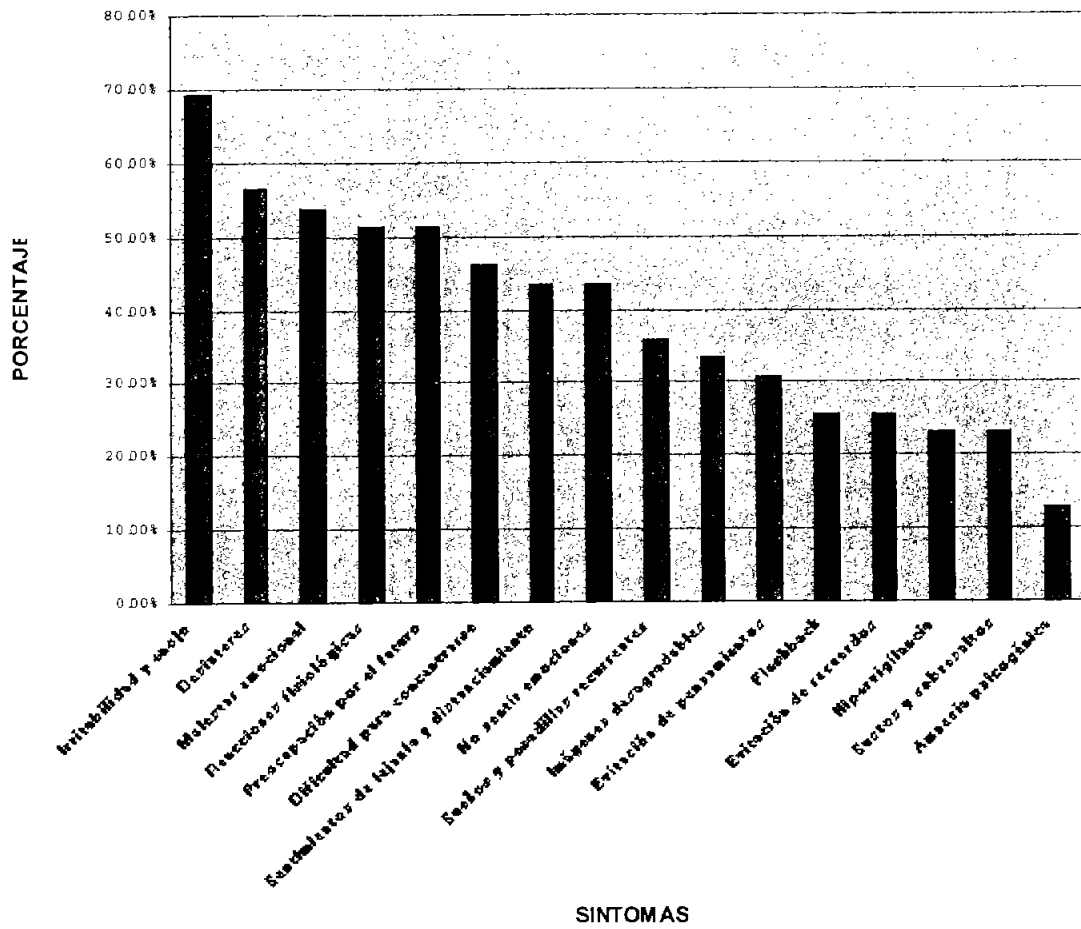
INTERVENCIÓN	No.	%
Colecistectomía	6	15.3 %
Plastia de pared	5	12.8 %
Laparotomía exploratoria	5	12.8 %
Pancreatectomía	3	7.6 %
Liberación de adherencia	2	5.1 %
Hepatoyeyuno- anastomosis	2	5.1 %
Ileostomía	1	2.5 %
Esplenectomía	1	2.5 %
Hemicolectomía	1	2.5 %
Adrenalectomía	1	2.5 %

CUADRO 2

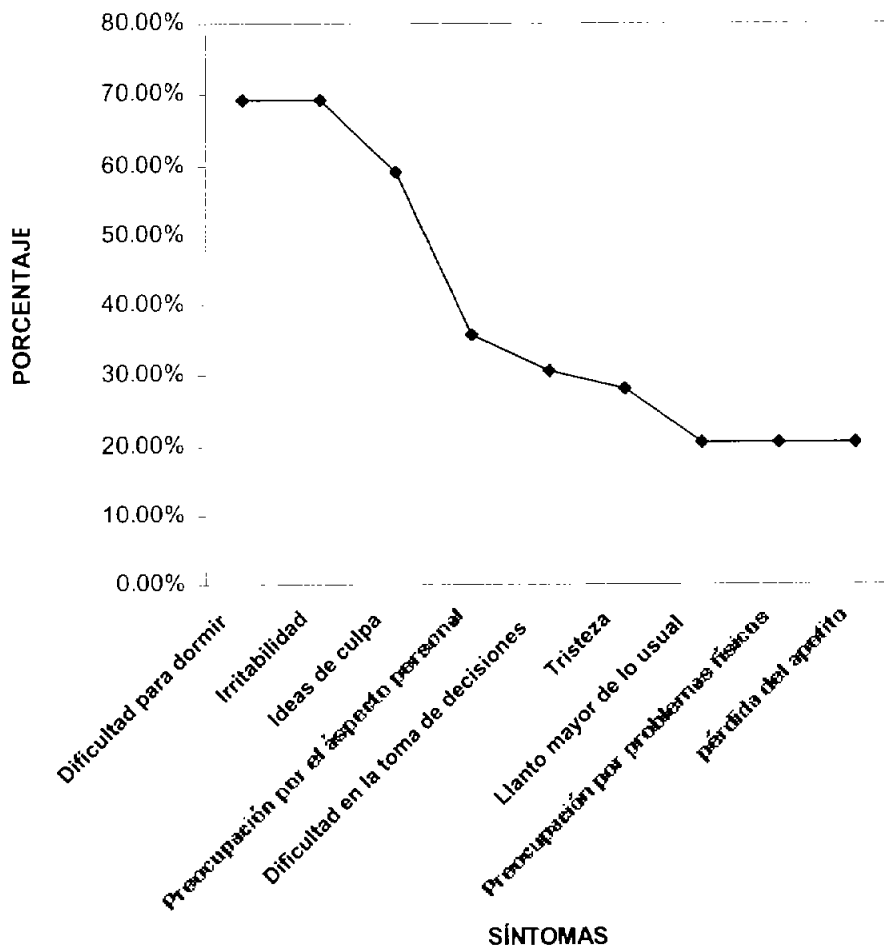
**Procedimientos quirúrgicos y estrés postraumático en pacientes con mas
de 10 días de hospitalización**

INTERVENCIÓN	No.	%
Colecistectomía (2 con extracción de vías biliares)	6	16.2 %
Laparotomía exploratoria (más ileostomía, Yeyunostomía)	5	13.5 %
Gastro-yeyuno Anastomosis	3	8.1 %
Fístula Entero cutánea (cierre)	3	8.1 %
Pancreatectomía	3	8.1 %
Resección gástrica	3	8.1 %
Hemicolectomía	2	5.4 %
Yeyunostomía	2	5.4 %
Toracotomía (Ca de Esófago)	1	2.7 %
Hepato-yeyuno-anastomosis	1	2.7 %

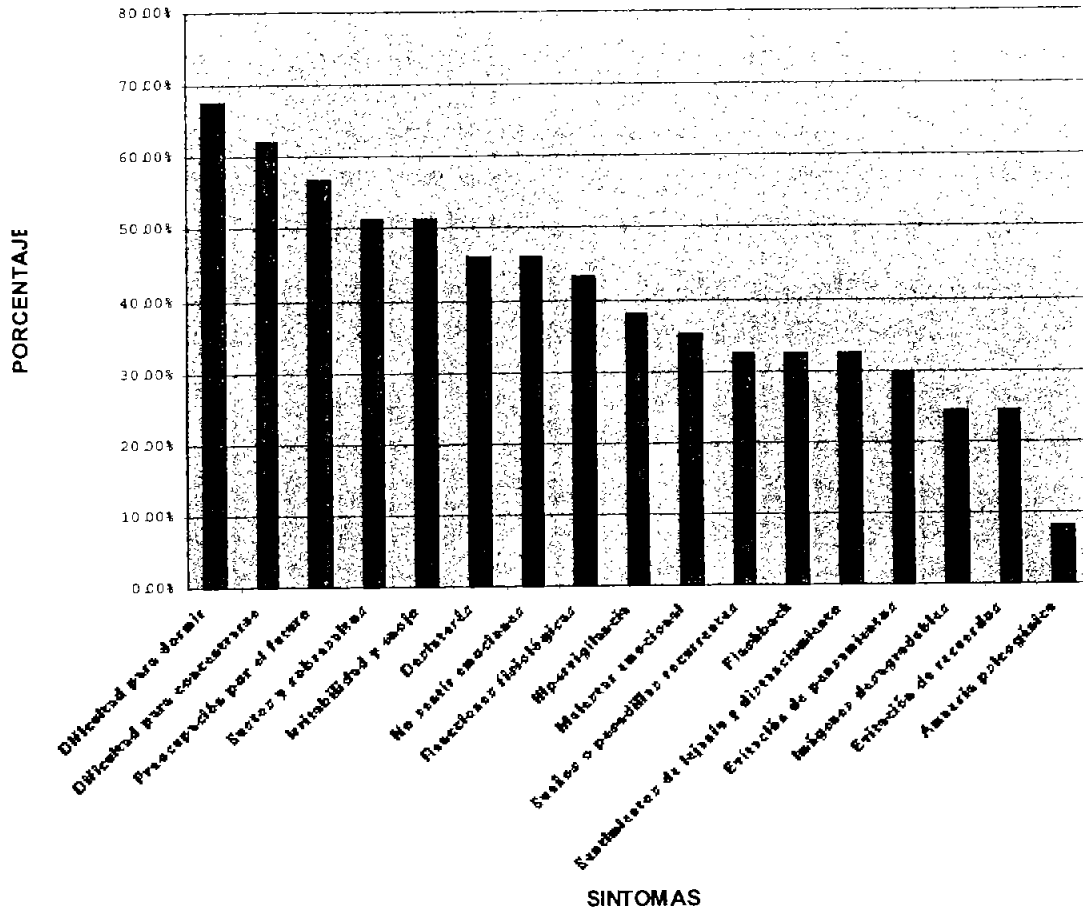
GRAFICA 1. SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PRESENTADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN MENOR A 10 DÍAS



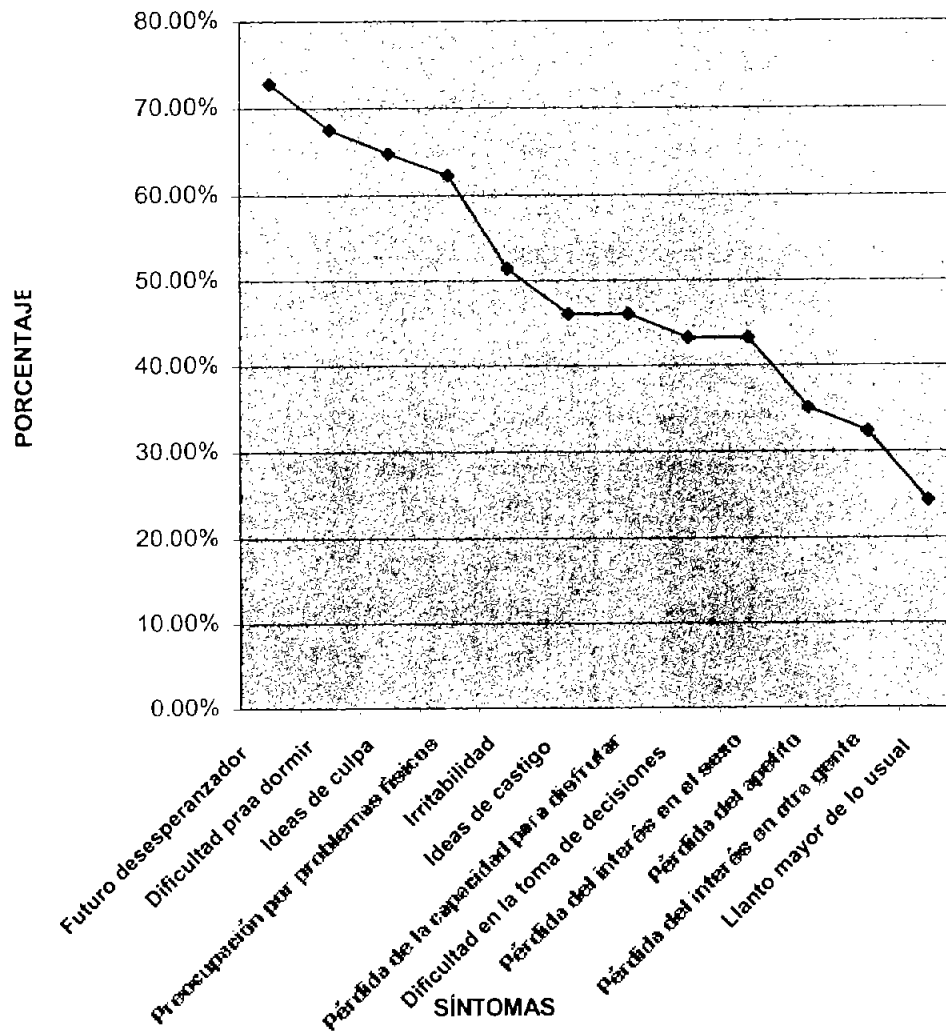
GRAFICA 2. SÍNTOMAS DEPRESIVOS PRESENTADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN MENOR A 10 DÍAS.



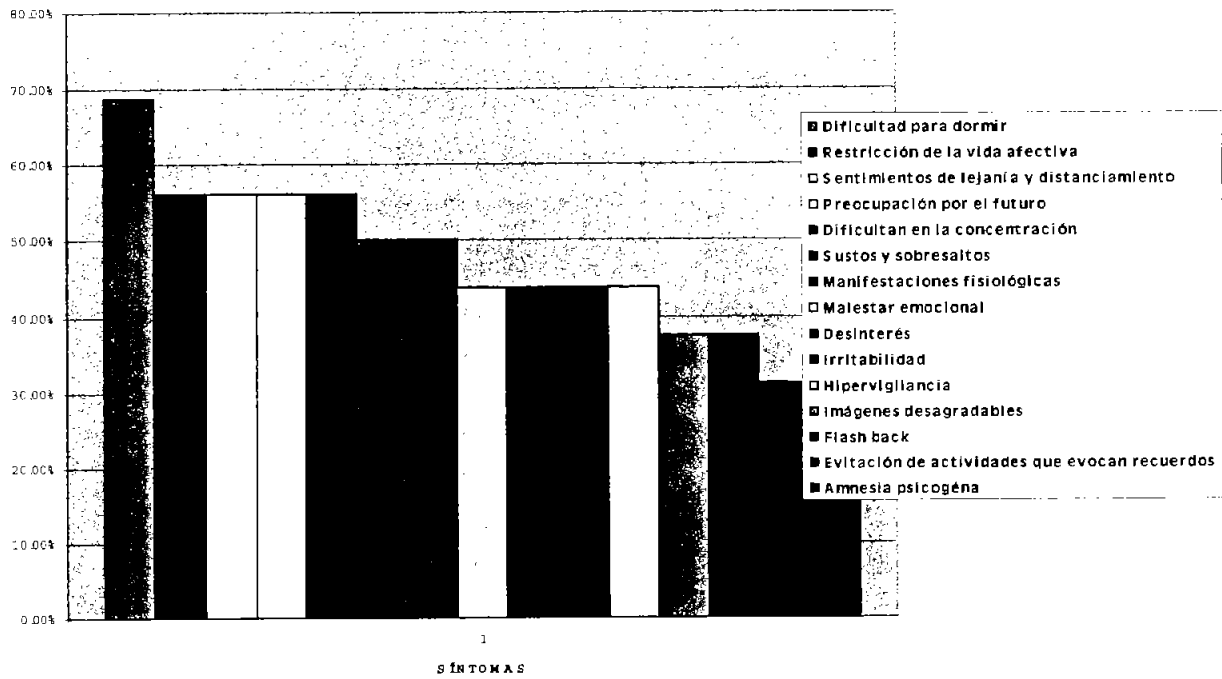
GRAFICA 3. SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PRESENTADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN MAYOR A 10 DIAS.



GRAFICA 4. SÍNTOMAS DEPRESIVOS PRESENTADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN MAYOR A 10 DÍAS.



GRAFICA 5. SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



X.- DISCUSIÓN.

La duración de la enfermedad, en especial cuando es prolongada, determina la reacción psicológica del paciente ante la experiencia y el riesgo quirúrgico así como las interacciones que determinan el resultado de una intervención que a menudo produce reacciones marcadas por el estrés como la ansiedad aguda, pesadillas y sueños recurrentes, insomnio, irritabilidad, preocupaciones, miedos, imágenes recurrentes, incertidumbre en el futuro que bien pudieran culminar con un trastorno post estrés postraumático en un buen porcentaje de ellos y que los pacientes manifiestan como la preocupación al ser trasladados al quirófano, el recuerdo de otras cirugías, el pensar en la muerte, el fallecimiento de un familiar cercano, el recuerdo de otras cirugías cuando ya fueron operados con anterioridad, el evitar la hospitalización ante cirugía ya programada ó ante la complicación de la anterior, Así como encontrarse postrados en cama. Esto asociado a sintomatología afectiva como la pérdida del apetito, las ideas de culpabilidad, de castigo, la pérdida del interés en otras personas entre otras, que en muchos de los casos se encuentran aunados al número de cirugías previas así como a los días de estancia hospitalaria nos ponen en alerta como una forma más integral de ver al paciente. Por lo que el cirujano debe estar consciente de los sentimientos de este, sus actitudes y necesidades de información específica acerca de procedimientos diagnósticos, abordaje quirúrgico, pronóstico y tratamiento, y más específicamente la posibilidad de terapia cognitiva previa a la cirugía que pudiera disminuir el grado de estrés tomando en consideración que el hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI por ser de tercer nivel maneja cuadros y entidades complicadas y en muchas de las veces de difícil resolución. Esta investigación nos permite saber la manifestación de sintomatología relacionada al estrés postraumático en sí y la depresión en los pacientes quienes cursan el post-operatorio, su frecuencia, así como el ampliar nuestros conocimientos sobre estas entidades además de corroborar su presencia.

El enfoque psicológico del médico debe incluir una explicación repetida e interrogatorio acerca de las preocupaciones del paciente, sus temores y sus dudas en relación con su padecimiento.

El riesgo quirúrgico que define la suma de anomalías en todos los sistemas orgánicos y las interacciones que determinan el resultado de una intervención siendo parte importante de esta el identificar la magnitud de la ansiedad y más aún el componente afectivo. Definir el ó los sistemas en peligro, prevenir o proteger contra la complicación o insuficiencia de ese sistema para mejorar el pronóstico.

Al revisar la bibliografía y la literatura relacionadas con este trabajo no existen antecedentes de estudio similar y los pocos estudio realizados en otras áreas define una futura línea de investigación con trabajos que corroboren la presencia de depresión posterior a la cirugía y estancia hospitalaria prolongada en comorbilidad con el trastorno por estrés post-traumático corroborando su presencia en un seguimiento, así como situaciones generadoras de estrés intra y extra hospitalarias que pudieran intervenir en la etapa convaleciente del enfermo y a las cuales se les da poco peso para un manejo más integral pero que han ido presentando una mayor aceptación general. Un estudio muestra que la preparación preoperatorio mediante un vídeo tape con información acerca de la cirugía un día antes de la intervención así como terapia cognoscitiva redujo la ansiedad, el estrés, así como la disminución de la necesidad de analgésicos.

Algunos individuos presentarán dificultades ya antes de la intervención como son los pacientes que consultan con retraso o bien los que realizan una negación del diagnóstico establecido en donde influyen sus mecanismos de afrontamientos como parte de su aparato psicológico en contra de la ansiedad, ello se debe a que la enfermedad supone una amenaza para la integridad de la persona y su negación es una de las formas de defensa más frecuente en contra del estrés.

La detección y exploración de los miedos y ansiedades previos a la intervención que el paciente experimente y las estrategias encaminadas a disminuirlos serán de gran ayuda y repercutirán de forma positiva a lo largo de todo el proceso operatorio.

Este estudio aunque cuenta con una muestra pequeña es indicativo de la presencia de síntomas ansiosos como afectivos inherentes a las cirugías así como a los días de estancia hospitalaria siendo parte fundamental en su evolución clínica, más aún si cursaron como parte de su recuperación por la unidad de cuidados intensivos por lo que como profesionistas encargados de la salud debemos estar atentos ante su presencia.

ESTA TESIS NO HAY
EN LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

- 1- La estancia hospitalaria se relaciona con los síntomas depresivos cuando esta es mayor, no así con la presencia de síntomas de estrés postraumático.
- 2- El número de cirugías presenta una correlación importante con los días de estancia hospitalaria y la presencia de sintomatología depresiva.
- 3- Se encontró que la presencia de síntomas de estrés postraumático y depresivos se relacionan de manera importante con la edad de los pacientes estudiados.
- 4- Los pacientes que cursaron en la unidad de cuidados intensivos presentaron niveles más elevados de síntomas de estrés postraumático y depresivos que los que no presentaron estancia en la misma.
- 5- Los síntomas de estrés postraumático más frecuentes fueron dificultad para dormir, irritabilidad, desinterés, futuro desolador, respuestas fisiológicas, sentimientos de lejanía y distanciamiento afectivo, restricción de la vida afectiva, dificultad para la concentración, sustos y sobresaltos no presentándose diferencia en ambos grupos estudiados
- 6- Los síntomas depresivos que presentaron los pacientes con mayor frecuencia durante la hospitalización fueron tristeza, culpa, llanto, castigo, dificultad para dormir irritabilidad, y en la toma de decisiones, pérdida del interés en otra gente, preocupación en su aspecto personal, alteración en el apetito, preocupación debido a problemas físicos, futuro desesperanzador.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Estrés traumático y sus consecuencias manual para el personal de asistencia profesional. Organización panamericana de la salud 2000.
- 2- David a. Tomb, MD The Phenomenology of post-traumatic stress Disorder. Psychiatric clinics of North America. Vol. 17 no.2 June 1994.
- 3- Murray B.Stein, MD, John R.Mc Quaid Ph D, Paola Pedrelli Posttraumatic Stress disorder in primary care medical setting Gen Hosp Psych 22 261-269 2000.
- 4- Jonathan RT Davidson Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder JAMA Aug 2001 vol. 286 584-588.
- 5- Bruce S. Mcewen, PH D. protective and damaging affects of stress mediators. Seminars in medicine of Beth Israel Medical Center vol. 38 no.3 171-179
- 6- Iris M, Engelhard, M.se, Marcel A.van den Hout et al Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss general hospital psychiatry 23 2001 62-66.
- 7- George P. Chrousos MD. Phillip W. Gold MD the Concepts of stress and stress system disorders. JAMA March 4 1992 Vol. 267 no 9.
- 8- Richard I Haddy; Richard D Clover; The biological processes in psychological stress Families, Systems & Health; Rochester; Fall 2001 vol. 19 (3) 291-302.
- 9- R.Yehuda PHD Psychoneuroendocrinology of post-traumatic stress disorder Psychiatric Clinics of North America Vol. 21 no.2 June 1998. 359-372.
- 10- Deyanira Quiñones Nava Dr. Rodolfo Gutiérrez Martínez La relación entre estrés y los diferentes niveles de complejión corporal UNAM 2001 Facultad de Psicología 77 9,10,23.
- 11- Hageman I, Andersen HS, Jorsensen MB Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. Acta Psychiatrica Scand 2001 104:411-422.
- 12- Hezler JE, Robin JN, Mcevoy L. Post-traumatic stress disorder in the general populations: Finding from the epidemiological catchments area study N.Engl.J Med 1987 317: 1630-1634
- 13- Murray B, Stein M, John R: Full and partial post-traumatic stress disorder finding from community survey Am J Psychiatry 154: 8 August 1997.
- 14- Samantha Meltzer-Brody et al Posttraumatic stress disorder: Prevalence, health care use and costs, and pharmacologic considerations Psychiatric annals Dec 2000 Vol 30 722-731.

- 15- Rachel yehuda 70% have experienced a traumatic event at least once in their lives Health Care Strategic Management; Chicago; Oct 2001 vol.19 (10) pag.9-10.
- 16- Salposky RM; why stress is bad for you brain Science 1996; 273: 749-750.
- 17- Brewin CR, Andrews B, Vlentine JD Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults J. Contult Clin Psychol 2000 Oct; 68: 748-66
- 18- Mc Far lane AC: The etiology of post-traumatic morbidity: Predisponing and precipitating and perpetuating factors. Brit. Journ of Psychiatry 1989 154:221-228.
- 19- Karestan C. Koenen. Ph.Rebecca Harley et al A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder The Journal pof Nervous And Mental Disease vol. 190 No. 4: 209-218 April 2002.
- 20- Steven M Southwick MD ,John H et al : Abnormal noradrenergic funtion in posttraumatic stress disorder Arch Gen. Psychiatry Vol.50 April 1993. 266-274.
- 21- Elisabeth J. Bidzinska: Stress factors affective diseases Am J Psychiatry 1984, 144: 161-166.
- 22- Iris M. Engelhard, Maartje Van Rij, Inge Boullart Posttraumatic stress disorder after pre-eclapsia: an exploratory study Gen Hosp Psych 24 2002 260-64
- 23- Hobbie WL, Atuber M, Meeske K et al; Symptoms of posttraumatic stress in young adults survivors of childhood cancer. J. Clin Oncol. Dec 15 2000 18 (24) 4060 -6
- 24- Dvoredsky A. Cooley H, Comparative severity of illness in patients with combined medical and psychiatric diagnosis Psychosomatics 1986 ; 27: 625-630
- 25- Carlier, Ingrid V.E. PsyD; Voerman, Bert E. et al Intrusive Traumatic Recollections an Comorbid posttraumatic Stress Disorder in Depressed patients Psychosomatic Medicine Vol. 62 (1) January/February 2000 pp 26-32.
- 26- Perkonigg A, Kessler RC, Storz S: Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community. Acta Psychiatr Scand 2000 : 101 46-59.
- 27- Cassem E: Depression and anxiety secondary to medical illness Psychiatric Clin North Am 1990; 13: 597-612
- 28- Hengeveld M Ancion L: Prevalence and recognition of depressive disorders in general medical patients Int J psychiatry Med 1987 17: 341-350.
- 29- Avi Bleich, Meni Koslowsky, Aliza Doleu et al Post-traumatic stress disorder and depression Brit Journ of Psych 1997 170 479-482.

- 30- Matteo Balestrieri, MD, Ph. D, Giulia Bisoffi Identificación of depression by medical and surgical general hospital physicians *Gen Hosp Psych* 2002 (24): 4 –11
- 31- Gary Rosin, MD. and Karen Votary, B.Sc. Depression in the medically ill: An Overview *Am J Psychiatry* 143: 6 June 1986 696 – 705.
- 32- M. M. C. Marcos Hernández, M. M. C. José de Jesús Almanza Muñoz Trastornos mentales por exposición a estrés intenso, en el Hospital Central Militar *Rev. Sanid Milit Méx.* 1996; 50 (3) May-Jun: 87-92
- 33- J. F. Patiño Lecciones de cirugía Mayo 2000 ED. Panamericana página 27
- 34- José Emilio Rojo, Steve Cirera Costa El paciente quirúrgico ínter consulta psiquiátrica 1997 ED Masson 447-460.
- 35- Guillermo Mercado Cuellar Dra. Isabel Haro Ranner Estrés ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos UNAM 121 1992.
- 36- Schwartz Principios de cirugía 7ª edición Vol. II Ed. Mc Graw-Hill Interamericana Feb 2000 520-522.
- 37- Lawrence W. Way Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos Manual Moderno 1989 15
- 38- Doering, Stephan MD; Katalberger, Florian MD; Rump old, Garhard PhD et al Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress *Psychosomatic Society* Vol 62 (3) May/June 2000 365-373
- 39- Shaley AY, Schreiber S, Galai T, Melmed RN; Post-traumatic stress disorder following medical events *Br. J Clin. Psychol* 1993 May; 32(pt 2): 247-53.
- 40- Jones, Christina Mphil, Griffiths, Richard D. MD; Memory delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care *Critical Care Medicine* Vol. 29 (3) March 2001 573-580.
- 41- Berry E; Post-traumatic stress disorder after subarachnoid haemorrhage *Br. J Clin Psychol.* 1998 Sep; 37 (pt 3): 365-7.
- 42- Leonard A, Doerfler PH, Lori Pbert; Symptoms of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery *Gen Hosp Psych* 16,193-199, 1994.
- 43- Maty Amanda Dew, Loren H.Roth, Herbert C.Schulberg et al; Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen. Hosp. Psych.* 18, 48s-61s 1996.

- 44- Janet E. Osterman M.D, James Hopper, Ph D., William J. Heran et al. Awareness under anesthesia and the development of posttraumatic stress disorder. Gen Hosp Psych 23 2001 198-204.
- 45- José de J. Almanza, Francisco Páez, Marcos Hernández. Traducción, confiabilidad y validez concurrente de 2 escalas de trastorno de estrés postraumático salud mental V.19 suplemento Octubre de 1996.
- 46- Beth Dawson-Saunders Bioestadística médica Manual Moderno 1993.

Escala de Trastorno por Estrés Postraumático **

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Matricula: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones:

De acuerdo con la siguiente clave, señale la intensidad de sus molestias:

0 = Nunca.	1 = Un poco / Una vez por semana.
2 = Moderado / 2-4 veces por semana.	3 = Mucho / 5 o más veces por semana.

En las últimas dos semanas. . .	Calif.
¿ Ha tenido pensamientos o imágenes desagradables sobre algún evento catastrófico que haya ocurrido, ¿ Aunque Usted no quisiera que llegaran ?	
¿ Ha tenido sueños desagradables o pesadillas sobre el evento ocurrido ?	
¿ Ha tenido la sensación de revivir algún evento catastrófico que le ocurrió ?	
¿ Ha estado emocionalmente alterado con sudoración y palpitaciones por recordar un evento catastrófico que le haya sucedido ?	
¿ Ha tenido reacciones físicas (sudoración o palpitaciones) por acordarse de algún evento catastrófico en su vida ?	
¿ Ha estado tratando de no pensar en un evento violento que le ocurrió ?	
¿ Ha hecho Usted un esfuerzo para evitar actividades o situaciones que le recuerden el evento catastrófico al que nos hemos referido ?	
¿ Hay partes importantes del evento catastrófico que no pueda recordar ?	
¿ Ha dejado de interesarse en cosas que antes le gustaban ?	
¿ Se ha sentido distante y alejado (a) de los demás ?	
¿ Se ha sentido emocionalmente insensible (triste pero sin llorar) ó es incapaz de sentir cariño por personas importantes para Usted ?	
¿ Ha sentido que los planes y deseos a futuro han cambiado por un evento estresante en su vida ?	
¿ Ha tenido problemas para quedarse dormida por la noche ?	
¿ Ha estado más irritable o ha tenido ataques de enojo ?	
¿ Ha tenido dificultad en concentrarse o en recordar cosas que ha leído ?	
¿ Ha estado excesivamente alerta, por ejemplo, revisando a quienes están alrededor, ó incomodo cuando hay una puerta a su espalda ?	
¿ Ha tenido sobresaltos o se espanta con facilidad (por ejemplo, cuando alguien camina atrás de Usted) ?	
TOTAL:	

** Almanza MJJ y cols: Traducción, confiabilidad y validez concurrente de dos escalas del trastorno por estrés postraumático. Salud Mental V. 19, Suplemento, octubre de 1996: 2-4.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

C) Inventario de Beck

DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY, EN TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION MARQUE UNA

- | | |
|--|--|
| <p>A. <input type="checkbox"/> 0 No me siento triste.
 <input type="checkbox"/> 1 Me siento triste.
 <input type="checkbox"/> 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
 <input type="checkbox"/> 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.</p> | <p>H. <input type="checkbox"/> 0 No me siento peor que nadie.
 <input type="checkbox"/> 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.
 <input type="checkbox"/> 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 <input type="checkbox"/> 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> |
| <p>B. <input type="checkbox"/> 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro.
 <input type="checkbox"/> 1 Estoy desilusionado (a) del futuro.
 <input type="checkbox"/> 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro.
 <input type="checkbox"/> 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.</p> | <p>I. <input type="checkbox"/> 0 No tengo pensamientos de suicidarme.
 <input type="checkbox"/> 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaria.
 <input type="checkbox"/> 2 Me gustaria matarme.
 <input type="checkbox"/> 3 Me mataria si pudiera.</p> |
| <p>C. <input type="checkbox"/> 0 No siento que fallé.
 <input type="checkbox"/> 1 Siento que fallo más que una persona normal.
 <input type="checkbox"/> 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
 <input type="checkbox"/> 3 Siento una falla completa como persona</p> | <p>J. <input type="checkbox"/> 0 No lloro más de lo usual.
 <input type="checkbox"/> 1 Llora más que antes.
 <input type="checkbox"/> 2 Llora ahora todo el tiempo.
 <input type="checkbox"/> 3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.</p> |
| <p>D. <input type="checkbox"/> 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 <input type="checkbox"/> 1 No disfruto de las cosas como antes.
 <input type="checkbox"/> 2 No encuentro ya satisfacción real de nada.
 <input type="checkbox"/> 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.</p> | <p>K. <input type="checkbox"/> 0 No soy más irritable de lo que era antes.
 <input type="checkbox"/> 1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.
 <input type="checkbox"/> 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo.
 <input type="checkbox"/> 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.</p> |
| <p>E. <input type="checkbox"/> 0 No me siento particularmente culpable.
 <input type="checkbox"/> 1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
 <input type="checkbox"/> 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
 <input type="checkbox"/> 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p> | <p>L. <input type="checkbox"/> 0 No he perdido el interés en otra gente.
 <input type="checkbox"/> 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.
 <input type="checkbox"/> 2 He perdido mi interés en otra gente.
 <input type="checkbox"/> 3 He perdido todo mi interés en otra gente.</p> |
| <p>F. <input type="checkbox"/> 0 No siento que he sido castigado (a)
 <input type="checkbox"/> 1 Siento que podría ser castigado.
 <input type="checkbox"/> 2 Espero ser castigado.
 <input type="checkbox"/> 3 Siento que he sido castigado.</p> | <p>M. <input type="checkbox"/> 0 Tomo decisiones igual que siempre.
 <input type="checkbox"/> 1 Evito tomar más decisiones que antes.
 <input type="checkbox"/> 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora
 <input type="checkbox"/> 3 No puedo tomar decisiones por completo.</p> |
| <p>G. <input type="checkbox"/> 0 No me siento desilusionado (a) de mí.
 <input type="checkbox"/> 1 Estoy desilusionado (a) de mí.
 <input type="checkbox"/> 2 Estoy disgustado (a) conmigo.
 <input type="checkbox"/> 3 Me odio.</p> | <p>N. <input type="checkbox"/> 0 No siento que me vea peor que antes.
 <input type="checkbox"/> 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 <input type="checkbox"/> 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a).
 <input type="checkbox"/> 3 Creo que me veo feo (a).</p> |

- O 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.
 3 No puedo hacer nada.
- P. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No puedo dormir tan bien como antes
 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
- Q 0 No me canso más de lo usual
 1 Me canso más fácil que antes.
 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.

- R 0 Mi apetito es igual que lo usual.
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
 2 Mi apetito es mucho peor ahora.
 3 No tengo nada de apetito.
- S. 0 No he perdido peso.
 1 He perdido más de 2.5 kg.
 2 He perdido más de 5 kg.
 3 He perdido más de 7.5 kg.
 He intentado perder peso comiendo menos si ____ No ____
- T 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes.
 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias.
 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.
 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- U 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Resultados

INCISOS PUNTOS INCISOS PUNTOS

A	L
B	M
C	N
D	O
E	P
F	Q
G	R
H	S
I	T
J	U
K	TOTAL

DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SXXI
 CENSO DE GASTROCIROLOGIA 30 DE OCTUBRE 2001

CAMA	EDAD	NOMBRE	AFILIACION	DIAGNOSTICO	MEDICO TRATANTE	FII	PO
UCI 4	74	ERNESTINA LEON	4294690045	PO CCT LAPAROSCOPICA/TRAQUEOSTOMIA	DR MIER/CANO	16	6
UCI 6	30	SERGIO ALVAREZ	0790710733	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	DR MIER/CANO		4
UCI 12	52	TORIBIO SOSA	0668490043	PO GYA/DRINAJE DE ABSCESOS INTRAABDOMINALES/COLECISTOSTOMIA/DRENADO DE LA CAVIDAD	DR ROBLEDOR/ORDAZ	25	23-1
UCI 17	20	DELFINO BONILLA	7298811780	PO SHUNT ESPLENORENAL DISTAL	DR SUAREZ/REYES	26	1
204A	65	FRANCISCA BRAVO	7190670258	PBL COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL/ CIRROSIS HEPATICA	DR LUQUE/CORTEZ		5
205A	73	ELMER GRANIEL	0156281500	CA GÁSTRICO	DR NIÑO/ZÁRATE		1
206A	63	MANUEL VALVERDE	0155360387	HERNIA INCISIONAL	DR SANCHEZ/MALAGÓN		1
207A	73	VICENTE ALVARADO	0152271708	ICTERICIA EN ESTUDIO	DR MIER/CANO		6
210A	55	MOISES GONZALEZ	0164464228	HEMOFILIA/ PO COLECISTOSTOMIA	DR LUQUE/CORTEZ		8 6
316A	27	ALBERTO CORONA	3996730730	LMA MI/PO CCT+EVB/LESIÓN DE VIA BILIAR			1
232	59	MARIA AZUELA	3900720003	PO GASTROSTOMIA + DRENAJE DE ABSCESO/EVISCERACION	DR SANCHEZ/SPAVENTA		9 8
303	68	ANA MARIA CRUZ	0653330456	ADENO CA GASTRICO/PO GASTRECTOMIA SUBTOTAL + GYA	DR ROBLEDOR/ORDAZ		12
304	60	TEODULO CASTAÑEDA	7160400606	PO LAPE+DRENAJE ABSCESO+DESM. ILEOSTOMIA + RESECCION INTESTINAL+ILEOSTOMIA	DR LUQUE/CORTEZ	150	79
305	71	JOSE MANZO	6293676138	PO CIERRE DE COLOSTOMIA/DEHISCENCIA ANASTOMIA/HEMICOLECTOMIA DERECHA/ILEOSTOMIA	DR MIER/CANO		14
306	55	JAIME GUERRERO TREJO	3994691545	MEDIASINITIS, CA DE ESOFAGO + TRAQUEOSTOMIA/PO TORACOTOMIA	DR BLANCO/VALEZ		32 15
307	39	ROSARIO RIVERA	6480611598	SX DE INTESTINO CORTO/PO NFOVAL VIII A	DR BLANCO/VALEZ		15 7
308	51	GUADALUPE RODRIGUEZ	0666472168	CUCI/PO COLECTOMIA SUBTOTAL/REMEDI. ILEOSTOMIA/PERF. INT/COLOCACION DE PLAST.	DR ROBLEDOR/BOJALIL	111	77-22
309	79	ARMANDO CHAVEZ	1172525516	PO CCT + EVB/DRENAJE DE ABSCESO HEPÁTICO	DR NIÑO/ZÁRATE		10
310	33	ENRIQUE MENDEZ	4285682711	PO CISTOYEUANOANASTOMOSIS/Y ROUX/CCT	DR NIÑO/ZÁRATE		2 1
311	30	ROSA RIVERA	0790711231	ADENOCARCINOMA GASTRICO	DR ROBLEDOR/BOJALIL		6
312	69	ALBA MUÑOZ	3995580229	PO BI /PB ESTENOSIS ANASTOMOSIS	DR ROBLEDOR/ORDAZ		6
313	52	ANGELES FUENTES	1163441012	PANCREATITIS AGUDA MODERADA PB BILIAR	DR SANCHEZ/SPAVENTA		7
314	63	MARTHA DIAZ R.	0661360833	FISTULA ENTERO Y COLOCUTANEA/PO RIEEALL/PO LAPE/RIEEALL/PO EXT COLON	DR SANCHEZ/SPAVENTA		24 20
315	60	JUAN VILCHIS	0686410149	OCLUSION INTESTINAL PO LAPE	DR SANCHEZ/SPAVENTA		15
316	42	FRANCISCO GIL	3001590117	HIPAF EN ABDOMEN/ PO LAPE + GYA/ FISTULA ENTEROCUTANEA/PO CIERRE DE FISTULA	DR BLANCO/VALEZ	132	05 11
317	29	VERONICA ACEVES	5489720997	ACALASIA	DR BLANCO/GILES		6
318	78	INOCENCIA SEVILLA	1167460833	PO LAPE POR OCLUSIÓN INTESTINAL/DHF	DR NIÑO/ZÁRATE		7
319	22	ALEJANDRO BUSTOS	1598792037	HIPAF/PO LAPE/RI	DR NIÑO/ZÁRATE		28
320	63	FEDERICO TREJO	0675586202	PO APENDICECTOMIA/PO LIBERACION DE ADHERENCIAS	DR SUAREZ/REYES		12 11-7
321	46	ARMANDO OLVERA	3991760903	FISTULA ENTERO CUTANEA/SEPSIS ABDOMINAL/PO LIB DE ADHERENCIAS/CIERRE FISTULA	DR BLANCO/VALEZ		29 18 11
322	76	ENRIQUE STEVENS	4174250040	PO LAPE, FISTULA Ao ENTERICA/PO CIERRE YEYUNOSTOMIA	DR SANCHEZ/MALAGÓN		48 47-6
323	59	VIRGINIA TELLO	0159350227	FISTULA ENTEROCUTANEA	DR MIER/ CANO		12
324	28	RAFAEL PURON	1593722239	IRC/FISTULA ENTEROCUTANEA	DR LUQUE/CORTEZ		25
325	38	VICTOR PADILLA	7582633539	PO ESOFAGECTOMIA/TRANSPOSICION DE COLON/ABSCESO CERVICAL	DR MIER/CANO		1
326	82	CORNELIO GUERRERO	0174506005	PB NEOPLASIA DUODENAL	DR ROBLEDOR/ORDAZ		19
332	28	JOSE TENORIO VILCHIS	3991738613	PO LAPE/GYA/ANTRECTOMIA/ DUODENOSTOMIA/LAVADO DE CAVIDAD/DRENAJE COLEC. PTN/S/SEPSIS	DR BLANCO/GILES	81	81-71
342	77	SARA SANCHEZ	1160411675	FISTULA ENTEROCUTANEA/ COLOSTOMIA/DHE/DESNUTRICION SEVERA	DR MIER/CANO		11
343	28	NORMA A. GARCIA	3997733166	PO LAPE APENDICECTOMIA INCIDENTAL/LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS	DR NIÑO/ZÁRATE		5 2 1
344	81	SOLEDAD LARA	0151190936	PO RETIRO DE MALLA	DR SANCHEZ/MALAGÓN	117	109
345	46	BERNARDINO GUZMAN	4599814426	PO YEYUNOSTOMIA EN ASA/DRENAJE DE ABSCESO PARAESTOMAL/LAVADO CAVIDAD/ ESCL.	DR BLANCO/GILES		27 27
346	22	MARCOS RIVAS	3995793089	PO PLICATURA DE BLANCO	DR SANCHEZ/MALAGÓN		8
347	50	PATRICIA ESCALANTE	0668512140	PO ADRENALECTOMIA IZQ.	DR ROBLEDOR/BOJALIL		9 6
348	41	SANDRA ZEPEDA	8981550219	REFLUJO BILIAR/PO DERIVACIÓN DUODENO - YEYUNAL	DR MIER/CANO		9 7
349	58	ESPERANZA GARCIA	0157374893	OCLUSION INTESTINAL RESUELTA	DR NIÑO/ZÁRATE		4
430	80	JAIME OROZCO	0152210872	PO PLASTIA INGUINAL /RESECCIÓN INTESTINAL EELL	DR BLANCO/GILES		5 5
438	71	ALBERTO RAMIREZ	0150302787	PANCREATITIS AGUDA PO DVP / COLECISTOSTOMIA	DR BLANCO/GILES		4
529	49	JOSE CURIEL	2378600794	ESTENOSIS ESOFAGICA/PO FUNDUPLICATURA/ILEOSTOMIA	DR NIÑO/ZÁRATE		5
531	25	ANGELICA DIAZ	1599760509	PO CCT/LAPE/PANCREATITIS AGUDA			1
545	56	RAMON DURAN	5391736914	PO CCT	DR ROBLEDOR/BOJALIL		14 5