

Asociaciones de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con complicaciones postoperatorias de cirugías cardíacas*

Hélen Francine Rodrigues¹
Rejane Kiyoma Furuya²
Rosana Aparecida Spadoti Dantas³
Alfredo José Rodrigues⁴
Carina Aparecida Marosti Dessotte³

Objetivo: investigar las asociaciones de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con complicaciones postoperatorias y con las características sociodemográficas y clínicas de pacientes sometidos a la primera cirugía de revascularización del miocardio. **Método:** estudio observacional y analítico, longitudinal. Una muestra consecutiva y no probabilística fue constituida por pacientes sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio. Para la evaluación de los síntomas, se utilizó el Hospital Anxiety and Depression Scale. Se definen como complicaciones la entubación traqueal por encima de 48 horas, inestabilidad hemodinámica, déficit neurosensorial, agitación, hiperglucemia, infección, náusea, vómito, dolor y muerte. Se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y de Correlación de Spearman, con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** participaron 75 pacientes. El grupo que presentó inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio obtuvo una mediana mayor para los síntomas de ansiedad ($p=0,012$), así como las mujeres ($p=0,028$). La mediana de los síntomas de depresión fue mayor en el grupo que presentó náusea ($p=0,002$), agitación ($p<0,001$), entubación traqueal por más de 48 horas ($p=0,018$) y déficit neurosensorial ($p=0,016$). **Conclusión:** se encontró asociación de los síntomas de ansiedad preoperatorios con la inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio y con el sexo femenino, así como asociación de los síntomas de depresión con las complicaciones: náusea, agitación, tiempo de permanencia de entubación en el postoperatorio y el déficit neurosensorial.

Descriptores: Cuidados Posoperatorios; Ansiedad; Depresión; Enfermería Perioperatoria; Cirugía Torácica; Complicaciones Posoperatorias.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Relación de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios y la presencia de complicaciones en el postoperatorio de cirugías cardíacas", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

¹ Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Hospital Unimed, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Instituto Federal do Paraná, Campus Londrina, Londrina, PR, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Rodrigues HF, Furuya RK, Dantas RAS, Rodrigues AJ, Dessotte CAM. Association of preoperative anxiety and depression symptoms with postoperative complications of cardiac surgeries. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3107. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2784.3107>.

mes día año

URL

Introducción

A pesar del progreso de la ciencia y la tecnología en el área de la salud, con importantes avances en el tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), las cirugías cardíacas pueden causar complicaciones que aumentan la morbimortalidad postoperatoria (PO), incluso con el uso de mejores técnicas quirúrgicas y de los cuidados PO⁽¹⁻³⁾.

El conjunto de ECV es la principal causa de morbimortalidad en todo el mundo, principalmente en razón de la Enfermedad Arterial Coronaria (DAC), que fue la principal causa de muerte en 2013⁽⁴⁾. De las innumerables presentaciones clínicas de las ECV, el foco en este estudio, serán los pacientes coronariopatas sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio (CRM).

La gravedad de los pacientes coronariopatas sometidos a CRM ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, aumentando también la posibilidad de complicaciones transoperatorias y en el PO. Esta mayor gravedad está relacionada al aumento en la edad de los pacientes, a la presencia de mayor número de mujeres, a la mayor incidencia de infarto reciente, al mayor deterioro de la función ventricular izquierda, al acometido multiarterial en presencia de mayor número de comorbilidades, preoperatorio de enfermedad renal y enfermedad vascular periférica⁽⁵⁾.

Las principales complicaciones en el PO de CRM vienen siendo abordadas debido a la complejidad involucrada en la condición clínica del paciente y consecuentemente, en el manejo terapéutico. Estas complicaciones pueden estar relacionadas con el tiempo de internación preoperatoria; a las comorbilidades preexistentes; a los hábitos de vida inadecuados (por ejemplo, el tabaquismo); a la edad avanzada; a la condición nutricional previa (desnutrición u obesidad); al tipo de medicamento utilizado en el preoperatorio; y factores de riesgo inherentes al procedimiento anestésico-quirúrgico⁽⁶⁾.

La indicación de la cirugía cardíaca puede tener un carácter limítrofe en la vida de los pacientes, los cuales tienen que optar por los riesgos inherentes al procedimiento anestésico-quirúrgico o a la disminución de la supervivencia y limitación resultante de los síntomas de DAC⁽⁷⁾. De esta forma, el estrés de los pacientes quirúrgicos es inevitable, y la evolución PO puede ser perjudicada en aquellos pacientes que no desarrollan estrategias de enfrentamiento adecuadas⁽⁸⁾.

Entre los numerosos estresores experimentados por los pacientes sometidos a la CRM, se encontraron evidencias científicas en cuanto a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión⁽⁹⁾. La presencia de

estos síntomas en el preoperatorio puede desencadenar una respuesta fisiológica, que involucra a los sistemas endocrino y autonómico, influenciando así los resultados PO, el aumento del riesgo de resultados no deseados, así como el tiempo de internación hospitalaria⁽¹⁰⁾.

En estudios internacionales, los investigadores investigaron la asociación entre los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con las complicaciones PO, con foco en la mortalidad hasta 30 días después de la cirugía⁽¹¹⁻¹⁴⁾. En este estudio, se optó por investigar la presencia de complicaciones y defunción en el PO, durante la permanencia de los pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Esto se justifica por creer que ese es el período de mayor inestabilidad y criticidad, así como por la escasa producción científica encontrada como foco en ese período.

Ante lo expuesto, el objetivo del estudio fue investigar posibles asociaciones entre los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con la presencia de complicaciones en el PO y, también, con las características sociodemográficas y clínicas de pacientes sometidos a la primera CRM.

Método

Estudio observacional y analítico, del tipo longitudinal, realizado en las Unidades de Internación de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica de un hospital universitario del interior paulista.

Una muestra consecutiva y no probabilística fue constituida por los pacientes que atendieron a los criterios de inclusión: ambos sexos, con edad igual o superior a 18 años, que fueron sometidos a la primera CRM, con la programación electiva del procedimiento quirúrgico mayor que 12 horas de antecedencia en el período de septiembre de 2013 a septiembre de 2015.

Fueron excluidos los pacientes que no presentaron condiciones cognitivas para responder a los cuestionarios o que presentaron descompensación clínica de la enfermedad cardíaca el día de la recolección de datos, en el preoperatorio (presencia de disnea, precordialgia o entubación orotraqueal).

Para identificar a los pacientes con condiciones cognitivas para responder a los cuestionarios, se utilizó el instrumento "Mini-Mental State Examination – MMSE"⁽¹⁵⁾ en la versión adaptada para el portugués⁽¹⁶⁾. Se adoptaron en este estudio, los puntos de corte: pacientes analfabetos tuvieron que puntuar como mínimo 13 puntos; aquellos con uno a siete años de escolaridad, mínimo de 18 puntos; y con ocho o más años, al menos 26 puntos⁽¹⁷⁾.

En el período preoperatorio, se recogieron los datos para la caracterización sociodemográfica y clínica por

medio de entrevista con los pacientes y consulta a los prontuarios, además de la evaluación de los síntomas de ansiedad y de depresión, por medio de una entrevista realizada el día anterior la cirugía.

En la Unidad de Internación de Clínica Quirúrgica, a las 24 horas del alta del paciente de la UTI, se recogieron los datos relacionados a la evolución del paciente en el PO, por medio de consulta al prontuario y del sistema electrónico de datos utilizado en el referido hospital. El PO investigado en este estudio se refiere al período de permanencia de los pacientes en la UTI, o sea, desde el momento de admisión, después del término de la cirugía, hasta el alta de la unidad.

Para la caracterización de las complicaciones PO, se analizaron las evoluciones del paciente realizadas por los equipos de enfermería y médica y el instrumento de asistencia de enfermería en el PO, los cuales son completos rutinariamente en dicha institución. Los resultados de los exámenes de lactato sérico y de la saturación venosa central de oxígeno se obtuvieron en el sistema electrónico de datos.

Para la caracterización de los participantes, se elaboró un instrumento con base en la revisión de la literatura y en el estudio anterior⁽⁹⁾, conteniendo datos sociodemográficos (fechas de nacimiento, de internación y de la entrevista, sexo, estado civil, escolaridad, situación profesional y renta (presencia de patologías asociadas, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, tabaquismo, uso de psicotrópicos en el preoperatorio y remarcación de la cirugía). La edad fue calculada restando la fecha de la entrevista de la fecha de nacimiento, ya el tiempo de internación preoperatorio fue calculado restando la fecha de la cirugía de la fecha de internación.

Para la evaluación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), se consideraron valores mayores o iguales al 50% para FEVI preservada, y menores que 50% para la FEVI disminuida⁽¹⁸⁾. Estos valores se utilizan como referencia también en la institución hospitalaria donde se desarrolló el estudio.

Se recogieron los siguientes datos del PO en la UTI: fecha y hora de llegada a la UTI; fecha y hora de la retirada de la cánula orotraqueal (COT); valores del lactato; volumen de diuresis; saturación venosa central de oxígeno; evolución del paciente en el PO (presión arterial media, presión venosa central, niveles de creatinina sérica); y la fecha y hora de la alta de la UTI. El tiempo de permanencia de la COT fue calculado restando la fecha y hora de la retirada de la cánula de la fecha y hora de la admisión en la UTI. El tiempo de permanencia en la UTI se calculó restando la fecha y hora del alta de la unidad de la fecha y hora de la admisión.

Al considerar que los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios pueden actuar como estresores adicionales a los pacientes sometidos a las cirugías cardíacas, aumentando la respuesta fisiológica desencadenada por el trauma quirúrgico, se enumeran como posibles complicaciones asociadas a estos síntomas las de naturaleza pulmonar (entubación traqueal sobre ventilación mecánica por más de 48 horas, después de la cirugía), cardíaca (presencia de inestabilidad hemodinámica), neurológica (presencia de déficit neurosensorial y/o agitación), endócrina (presencia de hiperglicemia – glicosis plasmática con más de 100mg/dl⁽¹⁹⁾), infecciosa (diagnóstico de Infección del tracto urinario, neumonía relacionada con la asistencia en salud, Infección de la Corriente Sanguínea e Infección del Sitio Quirúrgico⁽²⁰⁾), digestiva (presencia de náuseas y vómitos), sensorial (presencia de dolor) y, el último, el óbito ocurrido durante la permanencia del paciente en la UTI.

La información relacionada con la presencia de infección en el PO fue recogida retrospectivamente por los datos de infección hospitalaria disponibles en la Comisión de Control de Infección Hospitalaria (CCIH) de dicha institución.

Para la caracterización del paciente, según la estabilidad hemodinámica (estable o inestable), se utilizaron los marcadores de perfusión tisular. Desde el punto de vista clínico, el paciente debe presentar una presión arterial media (PAM) por encima de 70 mmHg, nivel de conciencia satisfactorio y diuresis adecuada (>0,5 mL/kg/hora). Desde el punto de vista bioquímico, los pacientes deben presentar valores de lactato sérico por debajo de <2 mmol/L y la saturación venosa central de oxígeno por encima de >70%⁽²¹⁾. El paciente estaba clasificado como teniendo "inestabilidad hemodinámica" mediante la constatación de una alteración concomitante de tres de los parámetros descritos, en cualquier momento del período de su permanencia en la UTI, e independientemente del número de veces en que tal condición fue observada.

Para la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatoria, se utilizó el instrumento del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)⁽²²⁾, en su versión adaptada para el portugués⁽²³⁾. El instrumento HADS tiene 14 preguntas (siete para ansiedad y siete para depresión), que abordan síntomas somáticos y psicológicos, con una escala de respuesta de cuatro puntos. Los valores de las respuestas varían de cero a tres cuya suma puede variar de cero a 21 (veintiún) puntos para cada uno de los trastornos emocionales investigados. En el presente estudio, la evaluación de las respuestas fue hecha con el valor total de cada subescala (HADS-ansiedad y HADS-depresión), siendo que cuanto

mayor el valor, mayor percepción de los síntomas de ansiedad y depresión.

Para la investigación de las asociaciones de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con la presencia de complicaciones en el PO de CRM, durante la permanencia en la UTI (entubación orotraqueal categorizada, inestabilidad hemodinámica, déficit neurosensorial, agitación, hiperglicemia, presencia de infección, náuseas, (varón, edad categorizada, estado civil y situación profesional), se utilizó el test estadístico no paramétrico de Mann-Whitney para dos muestras independientes. La prueba de hipótesis se realizó cuando al menos cuatro pacientes presentaron la complicación.

Para investigar la correlación de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con las características clínicas (tiempos de internación preoperatoria, de cirugía y de permanencia en la UTI), se utilizó el test no paramétrico de Correlación de Spearman. Para el análisis de las fuerzas de correlación lineal entre las medidas, se utilizó la clasificación que considera valores menores de 0,30, aun cuando estadísticamente significantes, sin relevancia clínica; valores entre 0,30 - 0,50 indican una moderada correlación y por encima de 0,50, correlación fuerte⁽²⁴⁾. El nivel de significancia adoptado fue de 0,05.

El proyecto de investigación fue elaborado de acuerdo con los preceptos éticos de la Resolución 466/2012 y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo bajo el oficio nº 191/2013. Los pacientes eran invitados a participar en la investigación y, después de concordar, hacíamos la lectura del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), el cual era firmado por el paciente y por la investigadora principal, en dos vías, una vía para el paciente y la otra era archivada por el investigador.

Resultados

A caracterização clínica pré-operatória dos pacientes encontra-se na Tabela 1.

En el período de recolección de datos, de septiembre de 2013 a septiembre de 2015, se realizaron 296 cirugías cardíacas. De ese total, 75 pacientes atendieron a los criterios de inclusión y aceptaron participar de la investigación.

Se encontró que la mayoría de los pacientes era del sexo masculino (n=52, 69,3%), casados o en una unión estable (n=53; 70,7%) y no desempeñaba actividad remunerada antes de la cirugía (n=50, 66,7%).

La media de edad de los pacientes fue de 61,8 años (DE=9,8), variando de 40 a 83 años. El promedio de

años de estudio fue de 5,4 (DE=4,3) y el promedio de la renta mensual familiar (en reales) era de R\$ 2.687,6 (DE=2.903,7).

La caracterización clínica preoperatoria de los pacientes se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1 - Caracterización preoperatoria de los 75 pacientes sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio según la manifestación de la enfermedad arterial coronaria, la presencia de comorbilidades, hábitos de vida y uso de psicotrópico. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013-2015

Variables	n (%)
Manifestación de la DAC*	
IAM† reciente	21 (28,0)
IAM† previo	20 (26,7)
Angina estable	13 (17,3)
Angina inestable	9 (12,0)
No descrita en el historial médico	12 (16,0)
Comorbilidades	
Hipertensión Arterial Sistémica	63 (84,0)
Sobrepeso/Obesidad	56 (74,6)
<i>Diabetes mellitus</i>	52 (69,3)
Dislipidemia	45 (60,0)
Hipotireoidismo	10 (13,3)
Insuficiencia Renal Crónica	9 (12,0)
Insuficiencia Cardíaca	8 (10,7)
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3 (4,0)
Hábitos de vida	
Tabaquismo pregreso	32 (42,7)
Tabaquismo actual	13 (17,3)
Uso de psicotrópico en el preoperatorio	
Sí	16 (21,3)

*DAC: Enfermedad Arterial Coronaria; †IAM: Infarto Agudo del Miocárdio

Referente a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de los pacientes en el preoperatorio, 47 (62,7%) presentaron FEVI preservada, mientras que 28 (37,3%) presentaron FEVI disminuida.

El procedimiento quirúrgico fue reactivado a 27 (36,0%) pacientes, siendo cancelado una vez para 21 (28,0%) sujetos; dos veces para cinco (6,7%) sujetos; y tres veces para un (1,3%) sujeto.

El tiempo promedio de internación preoperatoria fue de 14,5 días (DE= 10,0, mediana=13,0), variando de un día a 42 días.

La caracterización de las complicaciones en el postoperatorio de los pacientes sometidos a la CRM se encuentra en la Tabla 2.

El promedio de tiempo de internación en la UTI fue de 3,5 días (DE=2,3, mediana=3,0), variando de dos a 18 días.

Tabla 2 - Caracterización del período postoperatorio de los 75 pacientes sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio según la presencia de complicaciones endocrinas, sensorial, cardíaca, digestiva, neurológica, pulmonar, infecciosa y ocurrencia de óbito. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013-2015

Variables		n (%)
Presencia de Complicaciones		
Endócrina	Hiperglicemia	73 (97,3)
Sensorial	Dolor	66 (88,0)
Cardíaca	Inestabilidad hemodinámica	47 (62,7)
Digestiva	Náusea	41 (54,7)
	Vómito	18 (24,0)
Neurológica	Agitación	13 (17,3)
	Déficit neurosensorial	4 (5,3)
Pulmonar	COT* con más de 48 horas	5 (6,7)
	ISC† de órgano o cavidad	2 (2,7)
Infecciosa	ISC† incisivo profundo	1 (1,3)
	Neumonía‡	1 (1,3)
	Infección de la corriente sanguínea	1 (1,3)
Óbito	Sí	1 (1,3)

*COT: Cánula Orotraqueal; †ISC: Infección del sitio quirúrgico; ‡Neumonía: neumonía asociada a la asistencia a la salud

En cuanto a los resultados de los síntomas de ansiedad y depresión en el preoperatorio, los pacientes estudiados presentaron la media de 5,5 (DE=4,6, mediana de 4,0) para los síntomas de ansiedad, variando de cero a 17. En el caso de los síntomas de depresión, los pacientes obtuvieron la media de 4,0 (DE=3,9, mediana de 3,0), variando de cero a 18.

La Tabla 3 presenta las medianas y los valores mínimos y máximos, obtenidos de los síntomas de ansiedad y de depresión, según la presencia de complicaciones en el PO, de los pacientes sometidos a la CRM.

Tabla 3 - Análisis descriptivo de los síntomas de ansiedad y depresión de los 75 pacientes sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio según la presencia de complicaciones en el postoperatorio y valores de probabilidad (p) asociados al test de Mann-Whitney. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013-2015

Variables	HADS* - Ansiedad		HADS* - Depresión	
	Mediana	Mínimo - Máximo	Mediana	Mínimo - Máximo
Hiperglicemia				
Sí (n = 73)	4,0	0 – 17	3,0	0 – 18
No (n = 2)	5,5	1 – 10	5,5	0 – 11
p†	0,987		0,947	
Dolor				
Sí (n = 66)	4,0	0 – 17	3,0	0 – 18
No (n = 9)	4,0	0 – 8	1,0	0 – 11
p†	0,252		0,155	
Inestabilidad Hemodinámica				
Sí (n = 47)	5,0	0 – 16	3,0	0 – 18
No (n = 28)	3,0	0 – 17	3,0	0 – 14
p†	0,012‡		0,778	

(continua...)

Tabla 3 - continuación

Variables	HADS* - Ansiedad		HADS* - Depresión	
	Mediana	Mínimo - Máximo	Mediana	Mínimo - Máximo
Náusea				
Sí (n = 41)	5,0	0 – 17	4,0	0 – 18
No (n = 34)	3,5	0 – 16	2,0	0 – 11
p†	0,068		0,002‡	
Vómito				
Sí (n = 18)	5,0	0 – 16	3,0	0 – 11
No (n = 57)	4,0	0 – 17	3,0	0 – 18
p†	0,353		0,915	
Agitación				
Sí (n = 13)	5,0	0 – 17	7,0	0 – 14
No (n = 62)	4,0	0 – 16	2,0	0 – 18
p†	0,343		<0,001‡	
COT§ con más de 48 horas				
Sí (n = 5)	12,0	4 – 15	10	3 – 11
No (n = 70)	4,0	0 – 17	3	0 – 18
p†	0,067		0,018‡	
Déficit neurosensorial				
Sí (n = 4)	9,5	4 – 15	10,5	4 – 11
No (n = 71)	4,0	0 – 17	3,0	0 – 18
p†	0,118		0,016‡	

*HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; †p=valor de p proveniente del test de Mann-Whitney; ‡p<0,05: significancia estadística; §COT: Cánula Orotraqueal

En la Tabla 4, se presentaron las medianas y los valores mínimos y máximos de los síntomas de ansiedad y de depresión según el sexo, edad, situación conyugal y vínculo laboral de los 75 pacientes sometidos a la CRM.

Tabla 4 - Análisis descriptivo de los síntomas de ansiedad y depresión de los 75 pacientes sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio según el sexo, edad, situación conyugal, vínculo laboral y valores de probabilidad (p) asociados al test de Mann-Whitney. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013-2015

Variables	HADS* - Ansiedad		HADS* - Depresión	
	Mediana	Mínimo - Máximo	Mediana	Mínimo - Máximo
Sexo				
Masculino (n = 52)	4,0	0 – 16	3,0	0 – 11
Femenino (n = 23)	6,0	0 – 17	3,0	0 – 18
p†	0,028‡		0,109	
Edad				
Anciano (n = 46)	4,0	0 – 16	3,0	0 – 18
Adulto (n = 29)	4,0	0 – 17	2,0	0 – 14
p†	0,965		0,507	
Situación conyugal				
Con compañero (n = 53)	4,0	0 – 16	3,0	0 – 18
Sin compañero (n = 22)	5,0	0 – 17	3,0	0 – 14
p†	0,365		0,422	
Vínculo de empleo				
Inactivo (n = 50)	5,0	0 – 17	3,0	0 – 18
Activo (n = 25)	4,0	0 – 15	3,0	0 – 11
p†	0,379		0,455	

*HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; †p=valor de p proveniente del test de Mann-Whitney; ‡p<0,05: significancia estadística

Se constató una diferencia estadísticamente significativa sólo en la evaluación de la ansiedad cuyos valores fueron mayores para el sexo femenino que para el masculino ($p=0,028$).

Las medidas obtenidas para los síntomas de depresión fueron similares al comparar a los pacientes según la edad, situación conyugal y vínculo laboral.

Los resultados de las correlaciones entre los síntomas de ansiedad y depresión y las características clínicas (tiempo de internación preoperatoria, tiempo de intervención y tiempo de internación en la UTI) se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5 - Correlación de los síntomas de ansiedad y depresión con las características clínicas de los 75 pacientes sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio con los respectivos valores de probabilidad (p) asociados al test de correlación de Spearman. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013-2015

Variables	HADS* - Ansiedad		HADS* - Depresión	
	r^{\dagger}	p^{\ddagger}	r^{\dagger}	p^{\ddagger}
Características clínicas				
Tiempo de internación preoperatoria (días)	0,120	0,303	0,004	0,972
Tiempo de cirugía (minutos)	0,076	0,517	0,008	0,943
Tiempo de internación de la UTI § (días)	0,100	0,933	0,178	0,127

*HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; $\dagger r$ =fuerza de la correlación proveniente del test de correlación de Spearman; $\ddagger p$ =significancia estadística de la correlación proveniente del test de correlación de Spearman; \S UTI: Unidad de Terapia Intensiva

Las correlaciones encontradas entre los síntomas de ansiedad y de depresión con el tiempo de internación preoperatoria, tiempo de intervención y tiempo de internación de la UTI fueron débiles, menores de 0,30 y no presentaron significancia estadística.

Discusión

La hipótesis de este estudio fue que los pacientes con más síntomas de ansiedad y depresión en el preoperatorio presentarían mayor frecuencia de complicaciones en el PO de CRM durante la permanencia en la UTI. Esta hipótesis fue parcialmente confirmada. En lo que se refiere a la ansiedad, se constató que los pacientes que tuvieron más síntomas presentaron la inestabilidad hemodinámica con mayor frecuencia en el PO que aquellos con menos síntomas. En cuanto a los síntomas de depresión preoperatoria, se verificó que los pacientes que tuvieron más síntomas de depresión presentaron con mayor frecuencia la náusea, la agitación, presencia de COT por más de 48 horas y déficit neurológico en el PO, durante la permanencia en la UTI, que aquellos con menos síntomas.

Ante la originalidad de la presente investigación, no es posible comparar estos resultados con aquellos

que podrían obtenerse en otros grupos de pacientes sometidos a la CRM u otras cirugías cardíacas. Se verificaron algunos estudios que investigaron la relación de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios de pacientes sometidos a las cirugías cardíacas con complicaciones y mortalidad PO, pero el período de PO varió mucho entre los estudios, además de la ausencia de un consenso sobre la mejor o más indicada herramienta para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

La ocurrencia de muerte en el postoperatorio, durante la permanencia de los pacientes en la UTI, entre los pacientes sometidos a la CRM, fue del 1,3%. Como no se siguió el paciente durante todo el PO y no fueron incluidos los pacientes que fallecieron en la sala de cirugía, los resultados de este trabajo no son comparables con tasas de mortalidad encontradas en la literatura internacional y nacional.

De todos modos, se trata de una temática bastante relevante por el hecho de que, en la práctica clínica, los síntomas emocionales de los pacientes son poco evaluados, aún más cuando se consideran la gravedad de la enfermedad del sistema cardiovascular y la presencia de innumerables comorbilidades de los pacientes en el perioperatorio de esas cirugías.

Estudios desarrollados sobre esta temática hubo uno internacional realizado en Australia, con 158 pacientes sometidos a la CRM, con o sin procedimientos valvular concomitantes, en el cual los autores evidenciaron que la ansiedad generalizada en el preoperatorio fue un predictor significativo para la ocurrencia de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares en el PO⁽¹⁴⁾.

En un estudio realizado en Alemania, los autores evaluaron la eficacia de una intervención a corto plazo, basada en información y apoyo emocional para reducir la ansiedad preoperatoria y el PO de pacientes sometidos a CRM. Se observó que el grupo de pacientes que recibió la intervención reportó un estado moderadamente menor de ansiedad después de la intervención y antes de la cirugía, así como en el PO, cinco días después de la cirugía, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p<0,001$); sin embargo, no hubo diferencia significativa en la mortalidad en el PO y en la duración de la permanencia en la UTI⁽¹¹⁾.

En Suecia, los investigadores evaluaron retrospectivamente 56.064 pacientes que fueron sometidos a CRM entre los años 1997 y 2008. El objetivo era determinar posible asociación de los síntomas de depresión preoperatoria con la sobrevida a largo plazo, o sea, hasta la ocurrencia de muerte por cualquier causa o re-internación debido a un infarto de miocardio, a la insuficiencia cardíaca o al accidente cerebrovascular. Se constató que 324 (0,6%) pacientes presentaron

depresión preoperatoria. Durante un seguimiento promedio de 7,5 años, el 35% de estos pacientes con depresión fallecieron, comparado con el 25% de los pacientes en el grupo sin depresión. Concluyeron que la depresión preoperatoria estaba significativamente asociada con el aumento de la mortalidad a largo plazo⁽¹³⁾.

Los investigadores de un importante estudio norteamericano concluyeron que la depresión es un importante predictor de mortalidad después de las cirugías cardíacas, independientemente de factores de riesgo, como el tabaquismo, la edad, el sexo, la diabetes mellitus, el infarto de miocardio previo, el número de los injertos y la FEVI, ya que, tras el ajuste a estos factores, la depresión se asoció con un aumento de dos a tres veces en el riesgo de mortalidad⁽²⁵⁾. La depresión también fue señalada, en otros estudios, como factor de riesgo independiente para mortalidad, después de la CRM⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Se propuso también en este estudio, evaluar la asociación de los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios con las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y situación profesional) de los pacientes. Se constató que las mujeres presentaron la mediana mayor para los síntomas de ansiedad, en comparación con los hombres, y la diferencia encontrada fue estadísticamente significativa, o sea, las mujeres presentaron más síntomas de ansiedad en el preoperatorio que los hombres.

Los motivos que pueden explicar la mayor frecuencia de los síntomas de ansiedad entre las mujeres todavía son desconocidos y necesitan ser investigados con mayor profundidad. Sin embargo, algunas hipótesis para ese panorama han sido planteadas. Entre los factores que podrían contribuir a las diferencias observadas entre hombres y mujeres están los factores biológicos, tales como la influencia ejercida por las hormonas sexuales femeninas y los factores psicosociales, como la sobrecarga de roles de las mujeres con las recientes transformaciones en la sociedad⁽²⁸⁾.

Otros autores demostraron que las mujeres presentaban más convicción de sus enfermedades, mientras que los hombres negaban el estrés asociado a la cirugía con más frecuencia⁽²⁹⁾. Así, otra posible razón para la mayor frecuencia de estos síntomas entre las mujeres sería una mayor facilidad para expresar sus sentimientos. En el estudio, los autores describen que los hombres son más propensos a relatar síntomas de rabia, irritabilidad, comportamientos de riesgo y abuso de sustancias, en lugar de síntomas más tradicionales de ansiedad y depresión, como problemas de sueño y aislamiento sociales⁽³⁰⁾.

En el presente estudio, hombres y mujeres presentaron el mismo valor de la mediana para los síntomas de depresión, resultado que difiere de la literatura. En la literatura nacional e internacional, se establece la relación entre sexo femenino y los síntomas de depresión preoperatorios, con varios estudios que demuestran mujeres con más síntomas de depresión en el preoperatorio de CRM^(12-13,31-32), con el sexo femenino siendo un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión antes de la CRM⁽³¹⁾. Estas diferencias pueden derivarse de la aplicación de diversos instrumentos para la evaluación de los síntomas, así como la heterogeneidad en los momentos en que los datos fueron recolectados, o sea, con qué antecedencia de la cirugía los síntomas fueron evaluados.

En esta investigación, no se encontraron diferencias en la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión con relación a la edad, situación conyugal y al vínculo laboral. Sin embargo, se ha documentado anteriormente una frecuencia mayor de síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes más jóvenes sometidos a CRM^(27,32). También se identificó que los pacientes sometidos a CRM que son apoyados por sus familiares, en especial sus cónyuges, se recuperan más rápidamente que aquellos que no tienen ese apoyo⁽³³⁾, evidenciando el impacto de la situación conyugal sobre el enfrentamiento del paciente sometido a la cirugía. De la misma manera, ya se describe en la literatura que la preocupación con el trabajo o con su alejamiento es un factor que incomoda a los pacientes en el preoperatorio de CRM⁽³⁴⁾.

En cuanto a las correlaciones entre los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios y el tiempo de internación preoperatoria, el tiempo de cirugía y el tiempo de internación en la UTI de los sujetos sometidos a la CRM, las correlaciones encontradas en este trabajo fueron débiles y sin significancia estadística. En un estudio realizado en Grecia, los autores tampoco encontraron relación de los síntomas de depresión preoperatoria y el tiempo de internación preoperatorio, corroborando con los resultados de esta investigación⁽³²⁾. Por otro lado, en un estudio desarrollado en España, los autores evidenciaron que el período de internación preoperatoria mayor que tres días constituyó un factor determinante para la aparición de los síntomas de depresión, antes de la CRM⁽²⁷⁾. En lo que se refiere al tiempo de cirugía y al tiempo de internación en la UTI, no se encontraron en la literatura estudios relacionando esos datos con los síntomas de ansiedad y depresión preoperatorios.

Se consideró como una de las limitaciones del estudio que todos los participantes fueron atendidos en una única institución pública de salud. No se han

investigado pacientes con mayor nivel socioeconómico, atendidos en hospitales privados, o incluso pacientes atendidos en diferentes servicios de salud ligados al Sistema Único de Salud. La segunda limitación se refiere a la forma de recolección de datos de la mayoría de las complicaciones PO, o sea, por medio de la recolección de las informaciones registradas en el prontuario del paciente. Para la identificación de las complicaciones durante la internación del paciente en la UTI, las mismas necesitaban estar descritas en el prontuario.

Los resultados del presente estudio tienen relevancia para la práctica clínica, pues se cree que, aunque el instrumento utilizado para la investigación de los síntomas no proporciona el diagnóstico del trastorno de humor, puede ser útil para identificar a los pacientes que presentan los síntomas de ansiedad y/o depresión y, por lo tanto, permitir el acceso de estos pacientes a intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas, haciendo el perioperatorio más sano, con miras a la recuperación PO.

La investigación de los síntomas de ansiedad y depresión debe formar parte de la evaluación preoperatoria de rutina de los enfermeros. Para ello, es necesario que los enfermeros comprendan estos trastornos reconociendo la relevancia de éstos para la evolución en el PO. Hay necesidad de establecer una relación de confianza con el paciente, que permita al paciente exponer sus aflicciones, miedos, preocupaciones y angustias, así como adquirir informaciones que ellos juzguen necesarias sobre el proceso quirúrgico por el cual están pasando. En este escenario, los enfermeros tienen un importante papel, ya que son los principales responsables de la orientación de enfermería, en todo el perioperatorio.

La educación preoperatoria, además de enfatizar y trabajar los factores de riesgo y las formas de minimizarlos, debe acoger las demandas personales de cada paciente. Se sabe que el ambiente hospitalario, las rutinas de cuidados y los tiempos de cada proceso pueden ser extremadamente extraños al paciente, pudiendo causar síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, mucho más que inferir lo que los pacientes necesitan saber, es necesario conocer las necesidades particulares de cada uno a fin de trabajar cada una de manera ecuánime. Al final, cuidar al paciente en su totalidad, con énfasis no en la enfermedad, sino en el individuo, es imprescindible para una asistencia de calidad.

Conclusión

En este estudio, se encontró una asociación de los síntomas de ansiedad en el preoperatorio con la inestabilidad hemodinámica de los pacientes en el PO y con

el sexo femenino. Se identificó también asociación de los síntomas de depresión en el preoperatorio con la náusea, la agitación, el déficit neurológico y el tiempo de permanencia de la COT en el PO, durante la permanencia en la UTI.

Referencias

1. Cserep Z, Losoncz E, Balog P, Szili-Torok T, Husz A, Juhasz B, et al. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg.* 2012;7:86. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-7-86>
2. Kalogianni A, Almpani P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016;15(6):447-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115602678>
3. Stenman M, Holzmann MJ, Sartipy U. Antidepressant use before coronary artery bypass surgery is associated with long-term mortality. *Int J Cardiol.* 2013;167(6):2958-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.08.010>
4. Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;385(9963):117-71. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61682-2)
5. Brick AV, Souza DSR, Braile DM, Buffolo E, Lucchese FA, Silva FPV, et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(Suppl.5):1-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001100001>
6. Laizo A, Delgado FEDF, Rocha GM. Complications that increase the time of Hospitalization at ICU of patients submitted to cardiac surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(2):166-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382010000200007>
7. Camponogara S, Soares SGA, Silveira M, Viero CM, Barros CS, Cielo C. Preoperative patients' perceptions of cardiac surgery. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2012 [cited Jan 10, 2018];16(3):382-90. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/541>
8. Daian MR, Petroianu A, Alberti LR, Jeunon EE. Stress in surgeries. *ABCD - Arq Bras Cir Dig.* 2012;25(2):118-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000200012>
9. Rodrigues HF, Furuya RK, Dantas RAS, Dessotte CAM. Anxiety and depression in cardiac surgery: sex and age range differences. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160072>

10. Cunha MNF. Desenvolvimento e validação preliminar de um instrumento breve para medir o estresse psicológico pré-operatório. 2014. 100f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2014.
11. Heilmann C, Stotz U, Burbaum C, Feuchtinger J, Leonhart R, Siepe M, et al. Short-term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery--a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2016;25(3-4):351-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13055>
12. Katznelson R, Scott Beattie W, Djaiani GN, Machina M, Lavi R, Rao V, et al. Untreated preoperative depression is not associated with postoperative arrhythmias in CABG patients. *Can J Anaesth*. [Internet]. 2014 [cited Jan 10, 2018];61(1):12-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12630-013-0051-3>
13. Stenman M, Holzmann MJ, Sartipy U. Relation of major depression to survival after coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol*. 2014;114(5):698-703. doi: <http://doi.org/10.1016/j.amjcard.2014.05.058>
14. Tully PJ, Winefield HR, Baker RA, Denollet J, Pedersen SS, Wittert GA, et al. Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *Biopsychosoc Med*. 2015;9(14):1-10. doi: <http://doi.org/10.1186/s13030-015-0041-5>
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. doi: [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
16. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
17. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52:1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
18. Fathi M, Alavi SM, Joudi M, Joudi M, Mahdikhani H, Ferasatkish R, et al. Preoperative anxiety in candidates for heart surgery. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. [Internet]. 2014 [cited Jan 10, 2018];8(2):90-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105610/>
19. Gross JL, Ferreira SRG, Oliveira JE. Post-prandial glycemia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47(6):728-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000600017>
20. Centers for Disease Control and Prevention. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data Summary from January 1990-May 1999, Issued June 1999. *Am J Infect Control*. 1999;27(6):520-32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0196-6553\(99\)70031-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0196-6553(99)70031-3)
21. Rocha PN, Menezes JA, Suassuna JH. Hemodynamic assessment in the critically ill patient. *J Bras Nefrol*. 2010;32(2):201-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000200009>
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
23. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Junior, Pereira WAB. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):359-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
24. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall; 1980. 278 p.
25. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*. 2003;362(9384):604-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14190-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14190-6)
26. Okamoto Y, Motomura N, Murashima S, Takamoto S. Anxiety and depression after thoracic aortic surgery or coronary artery bypass. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2013;21(1):22-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0218492312444283>
27. Navarro-García MA, Marín-Fernández B, Carlos-Alegre V, Martínez-Oroz A, Martorell-Gurucharri A, Ordoñez-Ortigosa E, et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(11):1005-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.009>
28. Shanmugasagaram S, Gagliese L, Oh P, Stewart DE, Brister SJ, Chan V, et al. Psychometric validation of the cardiac rehabilitation barriers scale. *Clin Rehabil*. 2012;26(2):152-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215511410579>
29. Modica M, Ferratini M, Spezzaferrari R, Maria R, Previtali E, Castiglioni P. Gender differences in illness behavior after cardiac surgery. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2014;34(2):123-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HCR.0000000000000043>
30. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):1100-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>

31. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2013;2013:695925. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/695925>
32. Kelpis TG, Anastasiadis K, Nimatoudis I, Kelpi MG, Hadjimiltiades S, Papakonstantinou C. Prevalence of "distressed" personality in patients with coronary artery disease and its correlation with morbidity after coronary surgery. *Hellenic J Cardiol.* [Internet]. 2013 [cited Jan 10, 2018];54(5):362-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24100179>
33. Roohafza H, Sadeghi M, Khani A, Andalib E, Alikhasi H, Rafiei M. Psychological state in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery or percutaneous coronary intervention and their spouses. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(2):214-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12234>
34. Mendonça KMB, Andrade TM. Patient's perception about coronary artery bypass grafting. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2015;30(5):544-51. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20150060>


Recibido: 25.04.2018

Aceptado: 08.10.2018

Autor correspondiente:

Carina Aparecida Marosti Dessotte

E-mail: camarosti@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5521-8416>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.