



Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias

I Andrea Vilchis-Aguila,* Ricardo Secín-Diep,* Alberto López-Avila,* Victor Hugo Córdova-Pluma*

RESUMEN

Antecedentes: la concurrencia de patología física y psiquiátrica puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. El efecto de esta comorbilidad lleva a mayores niveles de discapacidad, costos de atención más altos, mayor tiempo de hospitalización, más exámenes diagnósticos innecesarios, mayor frecuencia rehospitalizaciones, más atención del médico y respuesta a los tratamientos menos satisfactoria.

Objetivo: determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes adultos que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal.

Método: estudio efectuado con el propósito de investigar los síntomas ansioso-depresivos en pacientes que acuden a la sala de urgencias por cualquier motivo médico. Determinar la frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Resultados: se encontró una frecuencia de 34.8% de pacientes con ansiedad y 8.7% con depresión. El médico de urgencias identificó a un paciente con crisis de angustia.

Conclusiones: se requiere la identificación sistemática y oportuna de los trastornos de ansiedad y depresión en las salas de urgencias porque es el punto de partida del seguimiento de estos pacientes. La falta de atención a esta esfera de padecimientos puede elevar la morbilidad y la mortalidad.

Palabras clave: ansiedad, depresión, frecuencia, pacientes adultos, sala de urgencias, hospital general no gubernamental, identificación, médico de urgencias.

ABSTRACT

Background: The combination of physical and psychiatric pathology may complicate the diagnosis, course and treatment of patients. The effect of this comorbidity leads to increased levels of disability, higher health care costs, longer hospitalization, more unnecessary diagnostic tests, more frequent rehospitalizations, more medical care and response to treatment less satisfactory.

Objective: To determine the frequency of anxiety and depression in a sample of adult patients attending the emergency department at Hospital Angeles Pedregal.

Method: X made in order to investigate the anxiety-depressive symptoms in patients who go to the emergency room doctor for any reason. To determine the frequency of anxiety and depressive symptoms by anxiety and depression scale hospital.

Results: We found a frequency of 34.8 patients with anxiety and depression 8.7%. The emergency physician identified one patient with panic attacks.

Conclusions: we need a systematic and timely identification of anxiety disorders and depression in emergency rooms because this could be the starting point for monitoring these patients. The lack of attention to this area of conditions can increase morbidity and mortality.

Keywords: anxiety, depression, often, adult patients, emergency room, non-government general hospital, detection, emergency physician.

* Hospital Ángeles del Pedregal, Universidad La Salle. México, DF.

Recibido: 19 mayo, 2009. Aceptado: octubre, 2009.

Este artículo debe citarse como: Vilchis-Aguila IA, Secín-Diep R, López-Ávila A, Córdova-Pluma VH. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental y detección por el médico de urgencias. Med Int Mex 2010;26(1):5-10.

La versión completa de este artículo también puede consultarse en: www.nietoeditores.com.mx

En diferentes ámbitos médicos la depresión y la ansiedad se subdiagnostican y no se tratan.¹ Esto resulta de importancia y de interés no sólo para el paciente, sino también para el médico de atención primaria, porque se pierde la oportunidad de mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir el riesgo de suicidio, acortar el tiempo de estancia hospitalaria y mejorar el apego al tratamiento por otra causa médica.²⁻⁵

Una de las razones por las que estos diagnósticos pasan inadvertidos por el clínico, es que las visitas son cortas y mucho de lo que debe tomarse en cuenta al momento de la entrevista se hace en poco tiempo. Además de la falta de privacidad al realizar la entrevista.⁶ En ocasiones, los clínicos no saben cómo enfrentar la parte emocional de la enfermedad de sus pacientes y le temen a la respuesta que puede generar el hecho de indagar acerca de este punto con respecto a la enfermedad.⁷

Algunos pacientes se muestran resistentes a hablar de sus síntomas emocionales debido al estigma o a la falta de interés de sus médicos en tocar el tema. Sin embargo, muchos pacientes se sienten aliviados al hablar de temas psicosociales.⁶

Hay pacientes que no reconocen los síntomas depresivos o los atribuyen a los efectos de su enfermedad médica, además de poderlos llegar a normalizar o racionalizar como apropiados secundarios a los múltiples efectos estresores de la enfermedad médica. Desafortunadamente, este “entendimiento o mal entendimiento” de tales estados depresivos puede llevar a pensar que el tratamiento es innecesario o ineficaz. Finalmente, el paciente o el clínico pueden estar escépticos acerca de la eficacia y tolerabilidad del tratamiento antidepresivo.

La ansiedad es muy común en pacientes del primer nivel de atención y de otras especialidades, debido a que la prevalencia en la población general es, aproximadamente, de 25%.⁸ Muchos de los pacientes con otras enfermedades o “médicamente enfermos” padecerán ansiedad como un trastorno no necesariamente relacionado con la experiencia de estar “médicamente enfermos”. La ansiedad, como tal, puede reflejar un trastorno de ansiedad pero también puede ser parte de otra enfermedad psiquiátrica, como la depresión.

Consideraciones generales acerca de la detección de depresión o ansiedad en el ambiente hospitalario

Es necesario utilizar métodos rápidos y precisos de identificación de síntomas afectivos en general en ambientes hospitalarios. Un programa de detección permite la estandarización de sufrimiento o malestar (*distress*) y puede facilitar la planeación de recursos psicosociales y la referencia de pacientes para tratamiento psiquiátrico o psicosocial, o ambos.

El instrumento de evaluación ideal debiera tener tener las siguientes cualidades:⁹ fácil, rápido de aplicar y con

buenas propiedades psicométricas. Las medidas del instrumento tienen que ser confiables (consistente, internamente y estable a lo largo del tiempo). La confiabilidad, precisión y reproducibilidad son cualidades para un instrumento discriminativo (para uso como herramienta de tamizaje para distinguir a quienes tienen niveles altos vs bajos de una característica). Para que sea un instrumento de evaluación debe estar indicado a través de los cambios en la sensibilidad en pacientes que han mejorado o que se han deteriorado).

El HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale) es un instrumento que originalmente se desarrolló como un cuestionario para identificar casos “clínicos” de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de medicina general. Los temas incluidos se escogieron para reducir la contaminación con síntomas somáticos, que son comunes en este tipo de pacientes. Debido a la facilidad, velocidad y aceptabilidad por parte de los pacientes en cuanto a la aplicación del HADS, se aplicó a una amplia variedad de poblaciones clínicas en quienes la ansiedad y la depresión coexistían con la manifestación de otras enfermedades.¹⁰⁻²⁰

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria es autoaplicable, de 14 elementos para identificación de ansiedad y depresión, independientemente de los síntomas somáticos. Consiste en dos subescalas de siete elementos que miden depresión enfocados a la reducción de la respuesta al placer de manera central (anhedonia) y siete preguntas que miden ansiedad central en trastorno de ansiedad generalizada y crisis de ansiedad. Tiene cuatro puntos como respuesta de: 0 que representa la ausencia de síntomas y 3 los máximos síntomas. Entre más alto sea el puntaje mayor es el grado de trastorno. Las propiedades psicométricas del HADS son muy buenas de acuerdo con un estudio de revisión reciente.¹⁰⁻²⁰

Se han utilizado varios esquemas de clasificación para categorizar los resultados de la HADS. En el artículo original se sugirieron los siguientes puntos de corte : 0-7: “no casos”, 8-10: “casos posibles”, de 11-21: “casos probables”.^{14,15}

Los trabajos realizados han reportado cifras de 11.9% a 55% de comorbilidad. Una cifra mayor (65.8%) de comorbilidad se desprende de los resultados del estudio sobre trastornos emocionales en atención primaria, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.¹⁰

OBJETIVO

Evaluar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes que acudieron a la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental. Como instrumento de detección se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Además, evaluar la frecuencia con que se diagnostican enfermedades psiquiátricas por parte del médico de urgencias, y la utilización de la interconsulta psiquiátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio no experimental, de corte transversal, efectuado en el Hospital Ángeles del Pedregal, que es un hospital escuela con un servicio de psiquiatría en el área de consulta externa y hospitalización. La investigación fue autorizada por el comité de ética del hospital.

Se captó a todos los pacientes que acudieron a la sala de urgencias. Se evaluó a quienes aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio por medio de un consentimiento informado, además de tener entre 18 y 88 años, participaron hombres y mujeres. Entre los criterios de exclusión estuvieron: la no aceptación para participar en el estudio, retraso mental, alteración del estado cognitivo, y con enfermedad sistémica por la que acudieran a la sala de urgencias y ponía en riesgo su vida.

Se aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, que es un instrumento de detección autoaplicable con un alto grado de confiabilidad y validez. Se tomó como punto de corte a partir de ocho en adelante, que es aceptado y se ha utilizado en varios estudios reportados en la bibliografía. De manera independiente se sumó el total de ítems de ansiedad y de depresión, recordando que la escala aplicada es bidimensional, con siete ítems para ansiedad y siete ítems para depresión.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Es un instrumento de autovaloración desarrollado en 1983 para identificar estados de ansiedad y depresión en el medio hospitalario no psiquiátrico. El coeficiente de confiabilidad del HADS fue de 0.85. Cada subescala de ansiedad y depresión muestra una alfa de 0.74 y 0.76, respectivamente. Esto garantiza que la utilización de ambas subescalas, de manera independiente, sea fiable.

Para calcular el tamaño de la muestra se tomó en cuenta la cantidad de pacientes que ingresaron a la sala de urgencias en el mes previo al estudio.

Ficha de datos sociodemográficos y clínicos: la crearon los investigadores para recolectar datos sociodemográficos como: edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad. La recolección de la información clínica se obtuvo por medio de la encuesta, el destino del paciente, el alta de la sala de urgencias (hospitalización o alta a domicilio). También se obtuvo el tipo de atención que recibió el paciente en la sala de urgencias: si fue por el médico de urgencias o requirió más de un especialista, y cuál fue el diagnóstico de egreso de la sala de urgencias.

Consentimiento informado: contiene una explicación acerca de la participación del sujeto, en donde se expone el derecho de retiro en cualquier momento del proceso.

Se utilizó el programa SSPS versión 16 para Windows. Se utilizaron medidas de tendencia central (media, moda), de frecuencia (porcentaje).

RESULTADOS

Se les ofreció la escala a 103 pacientes: 96 la aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

En distribución por sexo: 33 eran hombres y 63 mujeres. Los límites de edad fueron 18 y 81 años; 34.4% de los pacientes eran casados, 55.2% solteros, 2.1% viudos, 1% vivía en unión libre, 6.2 % divorciados. En la media predominaron las mujeres. En cuanto a estado civil los solteros, y en ocupación los empleados. Por lo que se refiere a la escolaridad predominó la licenciatura y en el grupo etario los de 18 a 27 años. (Cuadro 1)

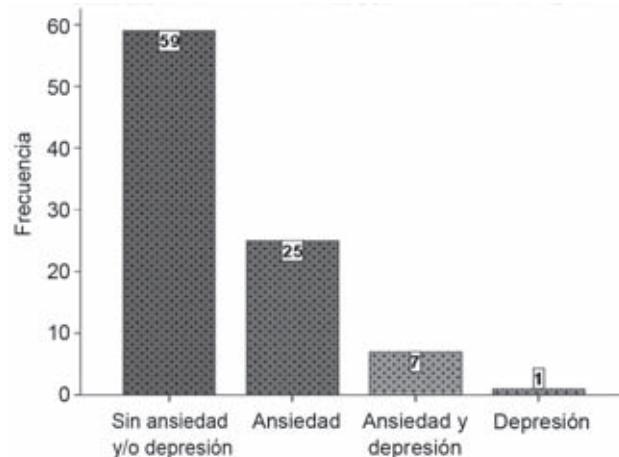
Se evaluaron 96 pacientes, 92 terminaron el estudio, de estos 32 (34.8%) tenían ansiedad y 8 (8.7%) depresión. Se encontró que 59 de los pacientes no tenían síntomas, 25 sólo ansiedad, un paciente depresión y siete ansiedad más depresión. (Figura 1)

Se tomaron en cuenta, posterior a estos resultados, los puntos de corte de la escala, como lo indica el artículo original (0-7 = “no casos”, 8-10= “casos posibles”, de 11-21 “casos probables”) y se encontró que en el caso de ansiedad 16 pacientes fueron casos probables y 16 pacientes casos posibles. (Figura 2) También se encontró que seis del total de los pacientes deprimidos resultaron ser casos probables y dos casos posibles. (Figura 3)

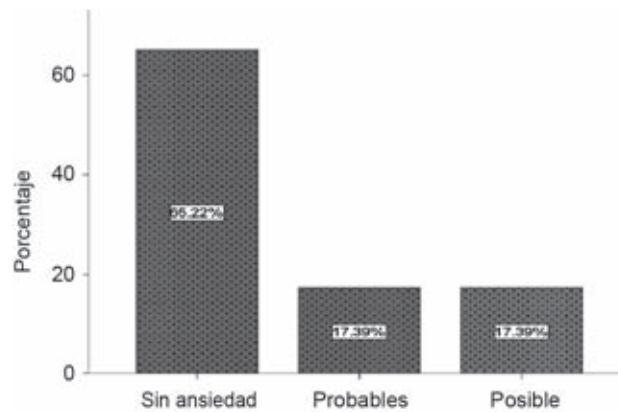
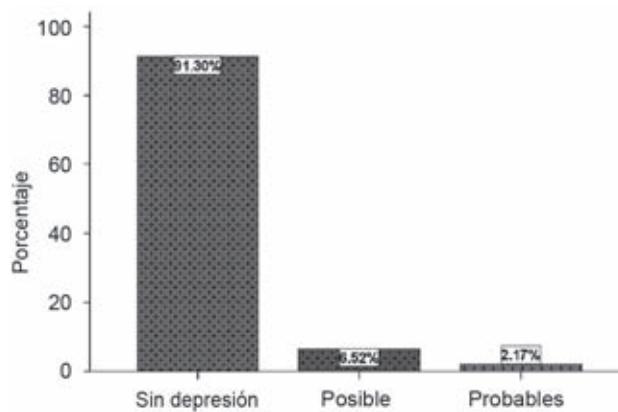
Se dieron de alta a su domicilio sin detección o tratamiento y sin referencia 13 de 32 paciente ansiosos. Un paciente lo diagnosticó su médico tratante con: crisis de angustia y fue dado de alta cuando la crisis desapareció.

Cuadro 1. Características sociodemográficas

	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	33	34.4
Femenino	63	65.6
Grupos de edad (años)		
18-27	32	33.3
28-37	19	19.8
38-47	21	21.9
48-57	12	12.5
58-67	9	9.4
68-77	1	1.0
78-87	2	2.1
Estado civil		
Soltero	53	55.2
Casado	33	34.4
Divorciado	6	6.2
Viudo	2	2.1
Unión libre	1	1.0
No especificado	1	1.0
Ocupación		
Estudiante	18	18.8
Hogar	16	16.7
Empleado	30	31.2
Negocio propio	10	10.4
Independiente	21	21.9
No especificado	1	1.0
Escolaridad		
Ninguna	-	-
Primaria	-	-
Secundaria	3	3.1
Preparatoria	19	19.8
Licenciatura	52	54.2
Postgrado (maestría, doctorado)	15	15.6
Sin dato	7	7.3

**Figura 1.** Frecuencia de pacientes con ansiedad, depresión o ambas en la sala de urgencias, Hospital Ángeles del Pedregal, México 2008.

18 de 32 pacientes se hospitalizaron con ansiedad sin haberla diagnosticado, 4 de 8 pacientes deprimidos se dieron de alta a su domicilio sin detección, cuatro de los pacientes deprimidos se hospitalizaron sin detección o seguimiento.

**Figura 2.** Porcentajes de casos probables y posibles de ansiedad de acuerdo con la puntuación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes de urgencias del Hospital del Ángeles Pedregal, México 2008.**Figura 3.** Porcentajes de casos probables y posibles de depresión según la puntuación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes de urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal, México 2008.

Tres pacientes con ansiedad y depresión fueron dados de alta a domicilio y cuatro fueron hospitalizados, con las mismas características.

DISCUSIÓN

En la bibliografía médica existen pocas investigaciones de identificación de frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes en salas de urgencias de hospitales no gubernamentales.

mentales de México. Por eso, este estudio de investigación se convierte en línea de base para otros estudios psiquiátricos en hospitales generales. Por tratarse de un estudio descriptivo no pueden establecerse factores de riesgo de esta alta prevalencia, pero sí motivo de futuras investigaciones. En este estudio se corroboró una frecuencia de depresión de 8.7% y de ansiedad de 34.8%. De los casos encontrados de ansiedad o depresión, en urgencias se identificó un caso y se le dio tratamiento agudo, debido a una crisis de angustia; sin embargo, en ningún caso se pidió la interconsulta.

Aunque el protocolo no incluía una hipótesis, por ser una maniobra innovadora, se esperaba que la mayoría de los pacientes que acudía a la sala de urgencias tuviera niveles de ansiedad elevados, como respuesta al estrés agudo; sin embargo, sólo una tercera parte tenía síntomas que pudieran sugerir un trastorno de ansiedad, y menos de 10% tenía síntomas depresivos que sugerían, al menos, un episodio depresivo.

La ocurrencia de depresión y ansiedad de este estudio es similar o está dentro de los límites que señala la bibliografía en pacientes hospitalizados (18-34%), aunque el grupo de población de este estudio son pacientes de la sala de urgencias.

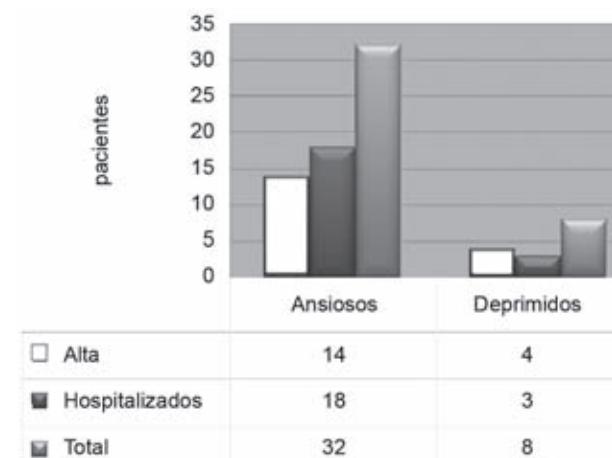
Una de las características de este estudio es que la frecuencia de depresión menor a la reportada en estudios realizados en pacientes hospitalizados es, quizás el evento en urgencias por sí mismo más estresante. En otros estudios ha quedado demostrado que los pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión,

tienen aumento en el riesgo relativo de trastorno depresivo mayor.¹²⁻²⁴ Sin embargo, esto también podría estar en relación con otros factores. En otros reportes se encuentra una incidencia mayor en este mismo tipo de población en donde probablemente la diferencia haya sido el tipo de herramienta utilizada para la evaluación de los pacientes.^{20,22} Katon encontró que la incidencia de trastorno depresivo mayor se incrementa 3-5% en población general y 10-14% en pacientes hospitalizados.¹⁷ Cassem precisa que en algunos grupos de pacientes hospitalizados puede incrementarse este riesgo hasta en 50%, dependiendo del grado de complejidad de la enfermedad en general y la discapacidad asociada.¹⁴

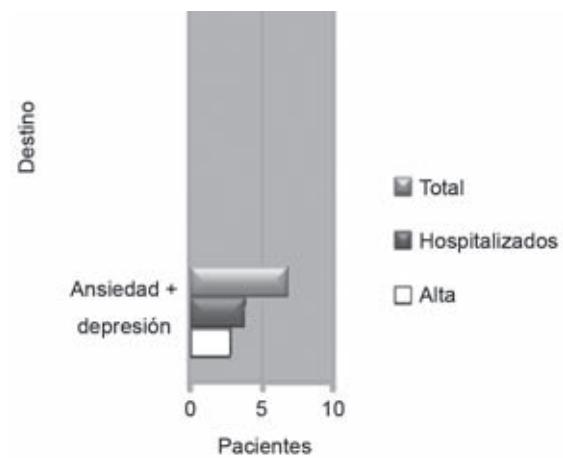
Se encuentra una frecuencia mayor en los trastornos de ansiedad en esta muestra.

El objetivo de futuras investigaciones o líneas de las mismas podría ser el apego en este tipo de población de pacientes. Si se identifican de manera primaria en las salas de urgencias se les podría dar seguimiento, en especial a pacientes hospitalizados en quienes los síntomas somáticos podrían confundirse con el estado general del paciente. De 41 a 81% de los pacientes hospitalizados tienen síntomas somáticos que pueden ser, en determinado momento, similares a los de los pacientes con trastorno depresivo mayor.¹³

Identificar y tratar adecuadamente los procesos mentales de nuestros pacientes adquiere cada vez mayor importancia por su frecuencia, porque las estimaciones del “Global Burden of disease Study” sitúan a los trastornos mentales como la segunda causa de enfermedad e incapacidad en el mundo en el año 2020.¹⁹



Destino al alta de urgencias de pacientes evaluados y existencia de síntomas ansiosos y depresivos



Pacientes con síntomas mixtos y su destino al alta desde la sala de urgencias

CONCLUSIONES

Se encontró una frecuencia mayor de ansiedad y depresión en pacientes que acudieron a la sala de urgencias en relación con la población general. Existen pocos estudios en el tipo de población estudiada, por lo que éste podría ser el objetivo de futuras investigaciones, dar seguimiento con el establecimiento de una identificación sistemática. Es importante establecer la diferencia entre el síntoma y el trastorno en sospecha de depresión o ansiedad. La muestra es pequeña aunque representativa para el propósito de este estudio, así como la población estudiada. No se utilizó una entrevista estructurada; sin embargo, los estándares de referencia utilizados están aceptados en la bibliografía, para el tipo de población estudiada. Es importante tomar en cuenta que la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria demostró ser un instrumento útil para la valoración de ansiedad y depresión; sin embargo, en casos específicos de enfermedades médicas tendrían que tomarse en cuenta ciertos puntos de la entrevista, como por ejemplo: “me siento lento y torpe”. En el futuro sería importante relacionar los factores asociados con estos trastornos en este tipo de población. Es indispensable corroborar si realmente existen diferencias en la realización de nuevos estudios en México, que debe ser uno de los puntos a tratar.

REFERENCIAS

1. Musselman DL, McDaniel JS, Porter MR, Nemeroff CB. Screening for depression. *J Med Assoc Ga* 1999;88(1):47-53.
2. Beck DA, Koenig HG. Minor depression: a review of the literature. *Int J Psychiatry* 1996;26(2):177-209.
3. Hall MF, Wise RG. Patient satisfaction or acquiescence? Comparing mail and telephone survey results. *J Health Care Mark* 1995;15(1):54-61.
4. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1369-1375.
5. Smith GC, Strain JJ, Hammer JS, et al. Organic mental disorders in the consultation-liaison psychiatry setting. A multi-site study. *Psychosomatics* 1997;38(4):363-373.
6. Kroenke K. Discovering depression in medical patients: reasonable expectations. *Ann Intern Med* 1997;126(6):463-467.
7. Söllner W, Schüssler G. Psychodynamic therapy in chronic pain patients: a systematic review. *Z Psychosom Med Psychother* 2001;47(2):115-139.
8. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998;7(1):3-14.
9. Baker F, Jodrey D, Zabora J, Douglas C, Fernandez-Kelly P. Empirically selected instruments for measuring quality-of-life dimensions in culturally diverse populations. *J Natl Cancer Inst* 1996;(20):39-47.
10. Ustün TB, Cooper JE, van Duuren-Kristen S, Kennedy C, et al. Revision of the ICD-IH: mental health aspects. WHO/MNH Disability Working Group. *Disabil Rehabil* 1995;17(3-4):202-209.
11. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther* 1997;35(8):785-791.
12. Bjelland I, Dahl A, Haug TT, Neckelmann D. The validity and interpretation of The Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Psychosom Res* 2002;52:69-77.
13. Calle J. La evaluación diagnóstica del paciente deprimido. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2000;6:3-7.
14. Cassem H. Depressive disorders in the medically ill. An overview. *Psychosomatics* 1995;36:S2-10.
15. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale –a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997 Ene; 42 (1): 17-41.
16. Ingvar Bjelland, Alv A Dahl, Tone Tangen Haug, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52(2):69-77.
17. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry* 2003;54:216-226.
18. Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): factor structure, item analysis, and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry* 2001;179:540-544.
19. Murray CJL, López AD. Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996;274:740-743.
20. Rico J, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). En una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista del Laboratorio de Psicométrica* 2005;3:73-86.
21. Stordal E, Mykletun A, Bjelland I, Dahl AA. Anxiety and depression in individuals with somatic health problems: the Nord Trøndelag Health Study (HUNT). *Scand J Prim Health Care* 2003;21:136-141.
22. Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspectives in the recognition of depressive symptoms in primary care: the Hampshire Depression Project. *Br J Psychiatr* 2001;179:317-323.
23. Tone Tangen Haug, Arnestin Mykletun, Alv AD. The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT-II Study. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:845-851.
24. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.