



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTERIOR A EPISODIO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, CARTAGENA, COLOMBIA

PREVALENCE OF SUBSEQUENT DEPRESSION TO EPISODE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN CARTAGENA, COLOMBIA

Mendoza-Franco Ray¹
 García-del-Río Carlos²
 Barrios-Ayola Francisco³
 Bula-Anichiarico Doris⁴
 Fuentes-de-Oro Nacira⁴
 Corrales-Santander Hugo⁴
 Adie-Villafañe Richard⁴

Correspondencia: fbarriosayola@gmail.com

Recibido para evaluación: agosto – 27 – 2012. Aceptado para publicación: abril – 5 – 2013.

RESUMEN

Introducción: la depresión es la principal causa de discapacidad y de suicidio a nivel mundial, se ha relacionado con diferentes patologías. Al menos el 65% de los pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM) experimentan síntomas depresivos y 15 a 20% son diagnosticados con depresión mayor. No se conoce en el medio la prevalencia de depresión luego de IAM.

Objetivos: estimar la prevalencia de depresión posterior a un episodio de IAM en tres hospitales de la ciudad de Cartagena, Colombia y describir la severidad de la depresión, el riesgo de complicaciones del IAM por medio del score GRACE y la morbimortalidad intrahospitalaria.

Metodología: estudio descriptivo donde se evaluaron 76 pacientes que ingresaron a las siguientes instituciones: Clínica Universitaria San Juan de Dios, Hospital Universitario del Caribe y Nuevo Hospital Bocagrande, con diagnóstico de IAM desde octubre 2011 hasta junio 2012. A los participantes se les aplicó la escala HADS y el test de Zung para evaluar presencia de depresión. De las historias clínicas se obtuvieron los datos sociodemográficos, el examen físico y de laboratorio al igual que información sobre complicaciones intrahospitalarias. Se calculó la puntuación del score de riesgo de GRACE.

Resultados: con el Test de Zung se encontró prevalencia del 79.0% de depresión. 18.4% de los pacientes sin depresión, 48.7% con depresión leve, 25.0% depresión moderada y 5.3% depresión grave. Con la escala HADS se estableció 10.5% de presencia de depresión. 19.7% sintomatología probable de depresión y 69.7% sin depresión. Entre los paciente que tuvieron score de riesgo de GRACE alto, el 84.4% presentó depresión según escala de Zung y el 12.5% según escala de HADS.

Conclusión: la alta prevalencia encontrada de depresión, puede obedecer a que los pacientes con IAM reúnen factores de riesgo para depresión: edad avanzada, inactividad laboral y deterioro de la salud. **Rev.cienc.biomed. 2013;4(1):42-53**

¹ Médico. Estudiante de Postgrado Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico. Especialista Cardiología Clínica. Docente. Departamento Médico. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

³ Médico. Especialista Psiquiatría. Docente. Departamento Médico. Magíster Neurociencias y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

⁴ Estudiante Pregrado Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

PALABRAS CLAVES

Depresión; Infarto del miocardio; Entrevista psicológica; Prevalencia; Cribado;

SUMMARY

Introduction: depression is the main cause of disability and suicide worldwide, it has been associated with different diseases. At least 65% of patients with myocardial infarction (MI) experience depressive symptoms and 15 to 20% are diagnosed with major depression. It is unknown the prevalence of depression after MI in our midst.

Objectives: estimate the prevalence of subsequent depression to an episode of MI in three hospitals of Cartagena, Colombia and describe the severity of the depression, the risk of complications of MI by means of the GRACE score and the in-hospital morbimortality.

Methods: descriptive study where there were evaluated 76 patients who admitted to the following institutions: Clínica Universitaria San Juan de Dios, Hospital Universitario del Caribe and Nuevo Hospital Bocagrande with a diagnosis of MI since October, 2011 to June, 2012. The HADS and the Zung questionnaire were applied to the participants to assess the presence of depression. Socio-demographic data, physical exam, laboratory test the same as data about in-hospital complications were gotten from medical histories. There was calculated the punctuation of the GRACE risk score.

Results: with the Zung questionnaire a prevalence of depression of 79.0% was found. 18.4% of the patients were without depression, 48.7% had mild depression, 25.0% had moderate depression and 5.3% had severe depression. With the HADS 10.5% of presence of depression was established. 19.7% of the patients showed probable symptomatology of depression and 69.7% was without depression. Between those patients who had a high GRACE risk score, 84.4% presented depression according to the Zung questionnaire and 12.5% had depression according to the HADS.

Conclusion: the high prevalence of depression that was found could be explained due to patients with MI possess risk factors for depression: Advanced age, labor instability and deterioration of the health. **Rev.cienc.biomed.2013;4(1):42-53**

KEYWORDS

Depression; Myocardial infarction; Psychological interview; Prevalence; Straining.

INTRODUCCIÓN

La depresión se relaciona con las emociones de tristeza y duelo que se expresan desproporcionadas frente al evento causal y no desaparecen una vez que dicho evento se ha resuelto, incluso a menudo no es posible encontrar tal evento, pero el grado de afectación en el ánimo del paciente es tan grande, que puede llevarlo al suicidio (1).

Un número significativo de estudios (2-5) se ha enfocado en determinar el impacto de la depresión sobre el pronóstico de las enfermedades médicas, encontrando que la presencia de depresión es un factor predictor de peor pronóstico para las patologías médicas incluyéndose el infarto agudo al miocardio (IAM).

El IAM se define como el aumento y/o caída de biomarcadores (troponina preferiblemente), con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite superior de referencia, junto con evidencia de isquemia miocárdica

con al menos uno de los siguientes criterios: [A]. Síntomas de isquemia. [B] Cambios electrocardiográficos de nueva isquemia, tales como cambios en el segmento ST y onda T o bloqueo completo de rama izquierda. [C]. Desarrollo de ondas Q patológicas en el electrocardiograma. [D] Evidencia imagenológica de una pérdida de miocardio viable o nueva anomalía regional de pared ventricular (6). La severidad del IAM puede ser definida de acuerdo a escalas y marcadores como KillipKimball, TIMI y GRACE (7-9).

En estudios internacionales, al menos el 65% de los pacientes con IAM experimentan síntomas depresivos y 15-20% son diagnosticados con depresión mayor (10). La guía de detección y tratamiento de la depresión post infarto, de la Academia Americana de Médicos de Familia recomienda realizar pruebas de tamizaje periódicas a los pacientes hospitalizados post infarto, pero la guía no es clara sobre el momento oportuno para realizar la prueba y no señala una herramienta en particular (10,11).

La depresión no es suficientemente diagnosticada y tratada en pacientes con enfermedad cardiovascular. Se estima que solo el 25% o menos de los pacientes cardiopatas con depresión mayor son identificados y solo la mitad de ellos reciben tratamiento. Lo anterior es debido quizás a que ciertos síntomas como la fatiga y el insomnio son comunes para la depresión y la enfermedad cardiovascular. Tanto los médicos como los pacientes son renuentes a discutir la presencia de síntomas depresivos (10).

El diagnóstico de depresión mayor requiere, de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), cambio en el estado de ánimo caracterizado por tristeza o irritabilidad, acompañado por cambios fisiopatológicos como alteración del sueño, apetito o deseo sexual, constipación, pérdida de la habilidad de experimentar placer en el trabajo o con los amigos, ideación suicida y enlentecimiento del discurso. Estos cambios deben durar por lo menos dos semanas e interferir con las relaciones laborales y personales (1).

Además del DSM IV existen herramientas de tamizaje para depresión: la escala de depresión de Zung, escala de Hamilton, Inventario de depresión de Beck II, entre otras. Estos cuestionarios constan de 20 a 30 preguntas que pueden ser realizados por personal médico no especializado en salud mental, y permiten una aproximación diagnóstica (10,12).

La encuesta validada para la valoración de depresión y ansiedad es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), diseñada por Zigmond y Snaith (13); sustituyendo las preguntas que indagan sobre síntomas que puedan ser producto de dolor físico por otras más específicas de síntomas psicológicos, y a pesar que el estudio original fue con pacientes ambulatorios, su aplicación se ha extendido a otros grupos de pacientes incluyendo a aquellos hospitalizados.

El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de depresión posterior a IAM, severidad de la depresión, riesgo de complicaciones del infarto agudo al miocardio y morbimortalidad intrahospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población de estudio: estudio descriptivo transversal, donde se evaluaron 76 pacientes que ingresaron a la Clínica Universitaria San Juan de Dios, Hospital Universitario del Caribe y Nuevo Hospital Bocagrande, en Cartagena, Colombia, con diagnóstico de IAM desde octubre 2011 hasta junio 2012. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IAM que hayan otorgado consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes con limitación física o mental, congénita o adquirida que les impidiera la utilización de las escalas HADS y Zung. Pacientes inestables hemodinámicamente o bajo soporte ventilatorio mecánico invasivo. Pacientes con diagnóstico previo de patología psiquiátrica o historia de tratamiento actual o previo con antidepresivos o antipsicóticos.

Procedimiento: se solicitó aprobación de la realización del estudio por los comités de ética de las instituciones. Según la Resolución N°008430 de 1993 la investigación representa un riesgo mínimo para la salud de los pacientes. Una vez aprobada la ejecución del proyecto se comenzó una prueba piloto de una semana de duración para entrenar al personal que realizó las entrevistas a los participantes. Se aseguró la correcta comprensión de las herramientas del estudio por parte de los entrevistadores. El entrenamiento de los entrevistadores fue realizado por un psiquiatra. Durante las dos semanas posteriores al episodio de IAM, se recopilaron de la historia clínica las otras variables de estudio: edad, sexo, lugar de residencia, lugar de procedencia, ocupación, estrato socioeconómico, puntajes del score GRACE y complicaciones cardiovasculares intrahospitalarias. El médico tratante de los pacientes del estudio, de acuerdo a su juicio clínico, fue quien decidió iniciar manejo para depresión o solicitar interconsulta por psiquiatría.

Se evaluaron los participantes en las primeras dos semanas de estancia hospitalaria posterior a IAM, con la Escala HADS y la Escala de Zung.

La escala de HADS fue desarrollada en los inicios de los años 80's como una herramienta

ta para identificar los trastornos emocionales en pacientes no psiquiátricos hospitalizados (14). HADS mide síntomas de depresión y ansiedad, pero poco se sabe acerca de la precisión en la identificación del trastorno depresivo mayor (15). La herramienta incluye 14 ítems, 7 relacionados con ansiedad y

7 relacionados con depresión, cada clasificación entre 0 y 3. Los autores recomendaron que una puntuación por encima de 8 en una escala individual, debe ser considerada como una probable depresión y una puntuación por encima de 11 se categoriza como depresión (16) (Tabla N° 1).

**TABLA N°1.
ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
(HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HADS)**

<p>Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.</p>	
<p>1. Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca</p>	<p>7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca</p>
<p>2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada</p>	<p>8. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca</p>
<p>3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso</p>	<p>9. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago: 0. Nunca 1. Solo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo</p>
<p>4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto</p>	<p>10. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho</p>
<p>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca</p>	<p>11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. En absoluto</p>
<p>6. Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día</p>	<p>12. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto</p>
	<p>13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca</p>
	<p>14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca</p>

0-7: normal. 8-10: probable. 11-21: ansiedad/depresión.

La escala de autoevaluación de Zung es una herramienta desarrollada para medir los síntomas y para la detección de depresión. Se construyó en forma de autoencuesta, constituida por 20 ítems que indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80. Rango normal de valores entre 25-49; ligeramente deprimido valores entre 50-59; moderadamente deprimido valores entre 60-69; severamente deprimido valores de 70 o más (12). Tabla N°2.

Se valoró la presencia de depresión según el resultado del score de riesgo Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE), permite predecir con exactitud la mortalidad intrahospitalaria, así como el resultado a los seis meses tras un síndrome coronario agudo (17). La herramienta presenta nueve variables: cinco de ellas computadas de forma semicuantitativa, es decir, diferente peso para cada intervalo de edades, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, creatinina plasmática y clase de Killip; y cuatro de ellas computadas en forma dicotómica (infradesnivel del segmento ST, elevación de marcador de necrosis miocárdica, paro cardíaco al ingreso y falta de revascularización percutánea). El puntaje final de cada grupo de riesgo (alto, moderado y leve), varía según se evalúe mortalidad intrahospitalaria o mortalidad dentro de los seis meses posteriores al alta; bajo riesgo valores entre 1-108 puntos, moderado riesgo 109-140 puntos y alto riesgo valores entre 141-372 puntos (7).

**TABLA N°2.
ESCALA ZUNG**

	A	B	C	D
Instrucciones: a continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.				
A. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente.				
B. Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando.				
C. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente.				
D. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo.				
Me siento triste y deprimido				
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
Ahora tengo tanto apetito como antes				
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
Creo que estoy adelgazando				
Estoy estreñido				
Tengo palpitaciones				
Me canso por cualquier cosa				
Mi cabeza está tan despejada como antes				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
Tengo esperanza y confianza en el futuro				
Me siento más irritable que habitualmente				
Encuentro fácil tomar decisiones				
Me creo útil y necesario para la gente				
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
Creo que sería mejor para los demás si me muriera				
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

20 – 35: depresión ausente

36 – 51: depresión subclínica y variantes normales

52 – 67: depresión media severa

68 – 80: depresión grave (posible manejo hospitalario)

TABLA N° 3. SCORE GRACE			
Parámetro	Puntos	Parámetro	Puntos
EDAD		FRECUENCIA CARDÍACA	
<40	0	>70	0
40-49	18	70-89	7
50-59	36	90-109	13
60-69	55	110-149	23
70-79	73	150-199	36
≥80	91	>200	46
T/A SISTÓLICA		CREATININA µmol/l	
<80	63	0-34	2
80-99	58	35-70	5
100-119	47	71-105	8
120-139	37	106-140	11
140-159	26	141-176	14
160-199	11	177-353	23
>200	0	>354	31
CLASE KILLIP		OTROS FACTORES	
Clase I	0	Paro cardíaco al ingreso	43
Clase II	21	Marcadores Cardíacos altos	15
Clase III	43	Supradesnivel ST	30
Clase IV	64		

CATEGORÍA RIESGO: Bajo ≤ 108. Intermedio: 109 - 140. Alto > 140

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre octubre de 2011 a junio del 2012 se incluyeron para el estudio 76 pacientes distribuidos de la siguiente manera: 43 de la Clínica Universitaria San Juan de Dios, 28 del Nuevo Hospital Bocagrande y 5 del Hospital Universitario del Caribe, en Cartagena, Colombia.

La escala de HADS y el test de Zung se aplicaron en promedio al sexto día de estancia hospitalaria con una desviación estándar de 5 días. El promedio de edad de los sujetos fue 68 ± 11 años. La Tabla N° 4 presenta las características sociodemográficas.

TABLA N° 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
VARIABLES	n	%
Masculino	41	54
Femenino	35	46
OCUPACIÓN		
Empleados	23	30
Desempleados	38	50
Pensionados/Retirados	15	20
ESTADO CIVIL		
Casados	39	51
Divorciados/Separados	8	11
Solteros	9	12
Unión Libre	12	15
Viudos	8	11
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
Estrato 1	17	22
Estrato 2	36	47
Estrato 3	12	16
Estrato 4	6	8
Estrato 5	5	7
ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR		
Acompañado	72	95
Solo	4	5
TIPO IAM		
Sin elevación del ST	50	66
Con elevación del ST	26	34
RIESGO SEGÚN VALORACION ESCALA DE GRACE		
Riesgo bajo	47	61
Riesgo intermedio	28	37
Riesgo alto	32	42
COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS		
Si	47*	61
No	19	26
Sin reporte	9	13

* 6 casos de muerte intrahospitalaria.

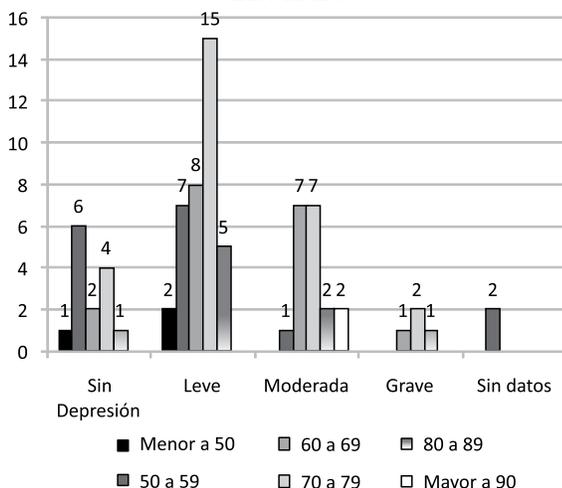
Con el test de Zung se encontraron 60 (78.9%) casos con depresión y 14 (18.4%) sin ella. 37 (48.7%) casos de acuerdo a la escala, se les categorizó con depresión leve, 19 (25.0%) con depresión moderada y 4 (5.3%) con depresión grave. De los 60 casos identificados con algún grado de depresión con el test de Zung: el 55% eran del sexo femenino mientras que

el 45% eran varones. Tanto sexo femenino como masculino reportaron depresión leve en la mayoría de los pacientes, con 16 (45.7%) y 37 (48.7%) casos respectivamente. 2 (5.7%) mujeres presentaron ausencia de depresión y de los varones 12 (29.3%) (Tabla N° 5).

RESULTADO/SEXOS	FEMENINO n (%)	MASCULINO n (%)	TOTAL n (%)
SIN DEPRESIÓN	2 (5.7)	12 (29.3)	14 (18.4)
DEPRESIÓN LEVE	16 (45.7)	21 (51.2)	37 (48.7)
DEPRESIÓN MODERADA	14 (40.0)	5 (12.2)	19 (25.0)
DEPRESIÓN GRAVE	3 (8.6)	1 (2.4)	4 (5.3)
SIN DATOS	0 (0.0)	2 (4.9)	2 (2.6)

Según el grupo etario, se evidenció con la escala de Zung que el 40.5%, 36.8% y 50.0% de los pacientes con depresión leve, moderada y severa, respectivamente, se encontraron en un rango etario entre 70 a 79 años. Aquellos sin depresión, 6 (42.0%) casos estaban en un rango entre 50 a 59 años de edad (Figura N° 1). En los 16 casos de IAM en menores de 60 años, el 37.0% no presentó depresión, mientras que el 43.0% presentaba depresión leve.

**FIGURA N° 1.
DEPRESIÓN EVALUADA POR ZUNG
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDADES**



En cuanto a la ocupación, el hallazgo de depresión con la escala de Zung se presentó en 30 (78.9%) casos del total de pacientes desempleados, en 16 (69.6%) pacientes con empleo y en los pensionados/retirados en 14 (93.3%) casos (Tabla N° 6).

ZUNG/OCUPACIÓN	DESEMPLEADO n (%)	EMPLEADO n (%)	PENSIONADO / RETIRADO n (%)	TOTAL n (%)
SIN DEPRESIÓN	6 (15.8)	7 (30.4)	1 (6.7)	14 (18.4)
DEPRESIÓN LEVE	17 (44.7)	12 (52.2)	8 (53.3)	37 (48.7)
DEPRESIÓN MODERADA	11 (28.9)	4 (17.4)	4 (26.7)	19 (25.0)
DEPRESIÓN GRAVE	2 (5.3)	0 (0.0)	2 (13.3)	4 (5.3)
SIN DATOS	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)

En la Tabla N° 6 se presentan los resultados del test de Zung de acuerdo al estado civil del paciente.

ESTADO CIVIL/ZUNG	SIN DEPRESIÓN n (%)	DEPRESIÓN LEVE n (%)	DEPRESIÓN MODERADA n (%)	DEPRESIÓN GRAVE n (%)	SIN DATOS n (%)	TOTAL n (%)
CASADO	8 (57.1)	16 (43.2)	13 (68.4)	1 (25.0)	1 (50.0)	39 (51.3)
DIVORCIADO/SEPARADO	2 (14.3)	6 (16.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (10.5)
SOLTERO	2 (14.3)	5 (13.5)	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (11.8)
UNIÓN LIBRE	2 (14.3)	5 (13.5)	4 (21.1)	0 (0.0)	1 (50.0)	12 (15.8)
VIUDO	0 (0.0)	5 (13.5)	0 (0.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	8 (10.5)
TOTAL GENERAL	14	37	19	4	2	76

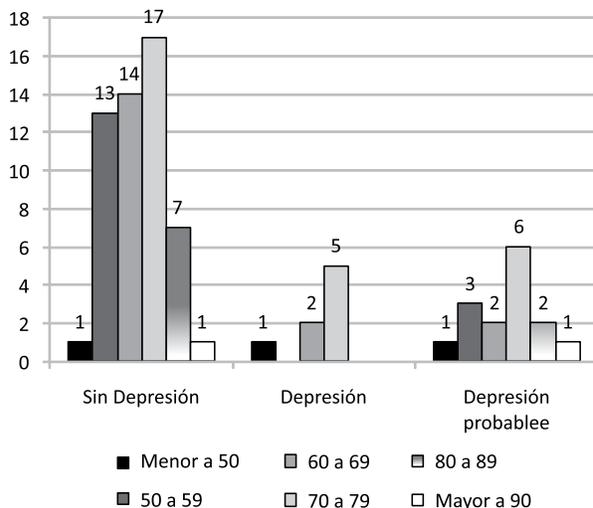
Con la escala HADS se detectaron 8 (10.5%) pacientes con sintomatología depresiva, 15 (19.7%) con sintomatología probable de depresión y 53 (69.7%) con ausencia de depresión.

En cuanto a los resultados de la escala HADS y su relación con el sexo, se encontró que en los 23 casos con un puntaje mayor o igual a 8, el 60% eran del sexo femenino frente a un 40% de sexo masculino. Tanto las mujeres como los varones en la mayoría de los casos no presentaron depresión, reportándose 14 (40.0%) y 23 (31.3%) casos respectivamente (Tabla Nº 8).

TABLA Nº 8. DEPRESIÓN EVALUADA POR ESCALA HADS. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO			
RESULTADO/SEXOS	FEMENINO n (%)	MASCULINO n (%)	TOTAL n (%)
SIN DEPRESIÓN	21 (60.0)	32 (78.0)	53 (69.7)
DEPRESIÓN	4 (11.4)	4 (9.8)	8 (10.5)
PROBABLE DEPRESIÓN	10 (28.6)	5 (12.2)	15 (19.7)

Dentro de los pacientes que presentaron según la escala de HADS depresión, depresión probable y en aquellos que se reportaron sin depresión, con mayor frecuencia los pacientes se encontraron en el grupo etario de 70 a 79 años: reportándose 17 (32,1%) casos, 5 (62,5%) y 6 (40,0%) casos respectivamente (Figura Nº 2). En los 16 casos de IAM en menores de 60 años, al 81% no se les identificó depresión según la escala HADS y el 19% restante solo depresión probable.

**FIGURA Nº2.
ESCALA DE HADS. DISTRIBUCIÓN
SEGÚN GRUPOS DE EDADES**



En cuanto a la ocupación, con la escala HADS se determinó que en los pacientes desempleados la depresión se presentó en 12 (31.6%) casos, en los pacientes con empleo se estableció en 7 (30.4%) y en los pensionados/retirados en 4 (26.6%) casos (Tabla Nº 9).

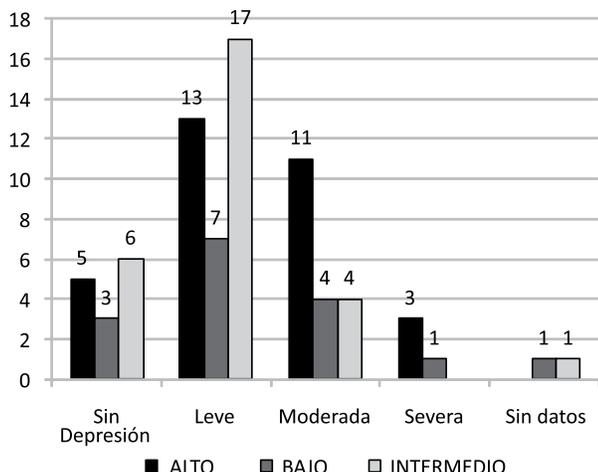
TABLA Nº 9. DEPRESIÓN EVALUADA POR HADS DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN				
RESULTADO	DESEMPLEADO n (%)	EMPLEADO n (%)	PENSIONADO/RETIRADO n (%)	TOTAL n (%)
SIN DEPRESIÓN	26 (68.4)	16 (69.6)	11 (73.3)	53 (69.7)
DEPRESIÓN	4 (10.5)	2 (8.7)	2 (13.3)	8 (10.5)
PROBABLE DEPRESIÓN	8 (21.1)	5 (21.7)	2 (13.3)	15 (19.7)

En la Tabla Nº 10 se muestran los resultados de la aplicación de la escala de HADS relacionándolos con el estado civil.

TABLA Nº 10. DEPRESIÓN EVALUADA POR HADS DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL				
ESTADO CIVIL/HADS	SIN DEPRESIÓN n (%)	DEPRESIÓN n (%)	PROBABLE DEPRESIÓN n (%)	TOTAL n (%)
CASADO	28 (52.8)	3 (37.5)	8 (53.3)	39 (51.3)
DIVORCIADO/SEPARADO	7 (13.2)	0 (0.0)	1 (6.7)	8 (10.5)
SOLTERO	7 (13.2)	1 (12.5)	1 (6.7)	9 (11.8)
UNIÓN LIBRE	7 (13.2)	2 (25.0)	3 (20.0)	12 (15.8)
VIUDO	4 (7.5)	2 (25.0)	2 (13.3)	8 (10.5)

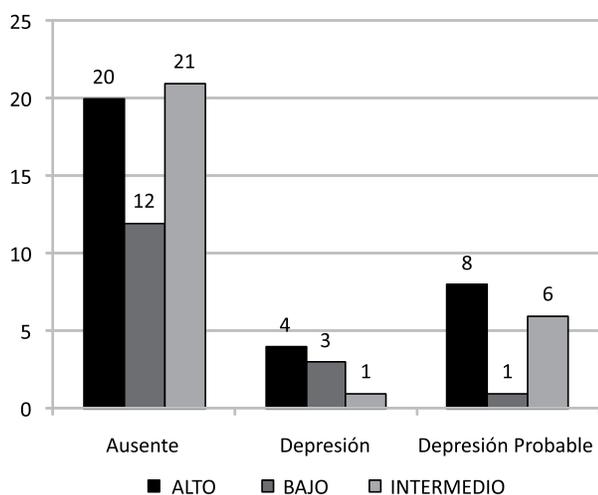
De acuerdo a la depresión evaluada por la escala de Zung y su relación con el score de riesgo de mortalidad intrahospitalaria de la escala GRACE, se determinó que las mayoría de los pacientes categorizados con depresión severa y moderada, de acuerdo a la escala tienen un riesgo alto de mortalidad intrahospitalaria, reportándose 11 (57,9%) y 3 (75%) casos respectivamente. Aquellos con depresión leve o con ausencia de depresión presentaron en la mayoría de los casos un riesgo intermedio de mortalidad de acuerdo a la escala de Grace con 6 (42,9%) y 17 (45,9%) casos respectivamente (Figura Nº 3).

FIGURA N° 3.
DEPRESIÓN EVALUADA POR ZUNG
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SCORE DE RIESGO
DE GRACE



De acuerdo a la depresión evaluada por la escala de HADS y su relación con el score Grace, se determinó que la mayoría de los pacientes categorizados con depresión propiamente dicha y depresión probable, de acuerdo a la escala tenían un riesgo alto de mortalidad intrahospitalaria, reportándose 4 (50.0%) y 8 (53.3%) casos respectivamente. Aquellos con ausencia de depresión presentaron en la mayoría de los casos un riesgo bajo de mortalidad de acuerdo a la escala de GRACE con 20 casos (39.6%). Figura N° 4.

FIGURA N°4.
DEPRESIÓN EVALUADA POR HADS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SCORE DE RIESGO
DE GRACE



DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró una mayor prevalencia de sintomatología depresiva intrahospitalaria posterior a IAM en comparación con la encontrada en estudios internacionales como el ENRICHD (19), el cual reportó una prevalencia del 20% en 9.279 pacientes observados, incluyendo a pacientes con pobre apoyo social y depresión mayor.

El estudio ENRICHD utilizó una entrevista estructurada diferente a las herramientas aquí aplicadas, lo cual puede explicar las diferencias de prevalencias. Thombs et al (20)], en una revisión sistemática sobre la prevalencia de depresión post-IAM encontraron que en 17 estudios que utilizaron cuestionarios validados como el test de Zung, se reportaba una prevalencia de depresión entre 10 a 47%, cifras muy por debajo del 79% encontrado en esta valoración de pacientes de Cartagena, Colombia. En esa misma revisión sistemática, cuatro estudios [21–24] que utilizaron la escala de HADS, reportaron una prevalencia de depresión de 6 a 13% y entre 11 a 17% con probable depresión; correlacionándose con los resultados obtenidos en el estudio (10,5% con depresión y 19,7% con probable depresión).

La mayor prevalencia de sintomatología depresiva posterior a IAM encontrada en el estudio puede estar en relación con la mayor prevalencia de depresión en la población general mayor de 18 años de Colombia (18). La prevalencia es del 10%, comparada con la obtenida en otros países de la región como Chile, Brasil y México que oscila entre 4.5% y 7.1% (18).

En este estudio, de los 60 casos identificados con algún grado de depresión con el test de Zung; el 55% eran del sexo femenino mientras que el 45% eran varones. Con la escala HADS de los 23 casos con un puntaje mayor o igual a 8, el 60% eran del sexo femenino frente a un 40% de sexo masculino, lo cual guarda relación con la mayor proporción de mujeres deprimidas encontradas en la población general en Colombia (18).

El 83% de los pacientes identificados con depresión mediante el test de Zung y aquellos categorizados con depresión y probable de-

presión de acuerdo a la escala HADS eran mayores de 60 años, observándose una relación directamente proporcional que se correlaciona de forma similar a lo encontrado en la población general adulta en Colombia (18).

Debido a que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio son adultos mayores, sólo el 30% se encontraba laborando, de estos, el 70% no presentó depresión según la escala HADS, mientras que según el test de Zung, el 30% de los que se encontraba laborando no presentó depresión; sin embargo, entre quienes se categorizaron con depresión ninguno presentó depresión severa, lo que indica una menor presencia de depresión en los pacientes que se encontraban laborando.

El laborar es un constituyente principal de calidad de vida, tiene un rol importante tanto en la recuperación como en la re-adaptación de pacientes en su etapa post-IAM, a través de constructos como la satisfacción, los valores sociales y la productividad (25). Se ha estimado que cerca del 80% de los pacientes en etapa post-IAM podrán retornar a sus labores en un período de 12 meses (26). O'Neil et al (25) encontraron que la depresión registrada entre el momento del ingreso hospitalario y hasta dos meses después del alta hospitalaria se correlaciona con una pobre probabilidad de regresar a las labores entre los 6 y 12 meses tras el evento cardíaco, más aún se ha relacionado de manera inversamente proporcional la severidad de la depresión con la probabilidad de regresar a labores.

El solo hecho de tener graves dificultades en las relaciones interpersonales o no tener compañero sentimental, eleva 2,7 veces el riesgo de desarrollar depresión en la población general (18). En el presente estudio se evidenció que en el 68% de los pacientes casados o en unión libre no se identificó depresión según la escala de HADS. Con el test de Zung se determinó, que el 71% de los pacientes categorizados sin depresión se encontraban casados o en unión libre. Los datos anteriores son compatibles con los hallazgos encontrados en la población general adulta en Colombia.

Se ha reportado en los pacientes con cardiopatías, que tanto factores biológicos como

comportamentales podrían explicar cómo la depresión incrementa el riesgo de complicaciones y por ende de morbilidad y mortalidad en ellos. La depresión se relaciona con una disminución de la adherencia a los tratamientos, a las intervenciones modificadoras de riesgo y de rehabilitación cardíaca; más aún la disregulación del sistema nervioso autónomo que acompaña a ambas condiciones, puede resultar en una modulación excesivamente simpática o inadecuadamente parasimpática de la frecuencia cardíaca promoviendo la isquemia miocárdica, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular y muerte súbita [27]. Más interesante aún, tanto los pacientes deprimidos sin comorbilidades, como los pacientes deprimidos con enfermedad coronaria, tienen marcadores de actividad coagulante y plaquetaria elevados, principalmente la β -tromboglobulina, el fibrinógeno y el dímero d (28-30), es decir, poseen marcadores que han sido identificados como factores de riesgo de alta morbilidad y mortalidad tras eventos cardíacos.

De los 23 pacientes identificados con depresión según HADS con un puntaje mayor o igual a 8 (caso probable de depresión o depresión), el 82% tenía un riesgo de intermedio a alto de complicaciones intrahospitalarias según el score GRACE y el 18% restante un riesgo bajo. De los 60 casos identificados con depresión según el test de Zung, al correlacionarlos con el score GRACE se observó que el 20% tuvo un riesgo bajo de complicaciones intrahospitalarias y el 80% restante tenía un riesgo de intermedio a alto. Determinándose que ambas escalas se comportan de manera similar al correlacionarlas con el score GRACE.

Una revisión sistemática que tuvo por objetivo evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos para tamizaje de depresión en pacientes pos-IAM encontró que los estudios que evalúan tal rendimiento son generalmente de baja calidad metodológica (31). A diferencia de la precisión, la objetividad y la confianza de los instrumentos usados para diagnosticar IAM y determinar su severidad, los instrumentos usados para tamizar depresión tienen grandes diferencias respecto a las preguntas que se realizan, al como las respuestas que se usan para definir tal condición, y los puntos de corte para cualquier

escala computada, haciendo difícil comparar los hallazgos que reportan los estudios (32), por lo tanto no hay suficiente información para recomendar preferentemente un instrumento sobre el otro, para valorar depresión en pacientes con IAM (11).

Es una limitación del estudio no poder definir la causalidad de las observaciones mencionadas, pero es posible formular hipótesis. Se considera que la alta prevalencia de depresión encontrada, puede obedecer a que este grupo de pacientes reúne factores de riesgo para depresión que están ampliamente identificados en la población general adulta en Colombia, tales como: edad avanzada, inactividad laboral y deterioro de la salud. Es una fortaleza, ser el primer acercamiento para identificar la presencia de depresión en pacientes afectados de IAM.

El manejo del paciente hospitalizado con diagnóstico de IAM debe ser integral, evaluando por igual el aspecto físico y el mental. Se recomienda a los profesionales de la salud siempre realizar tamizaje de depresión en pacientes con IAM que sean adultos mayores, con dificultades en sus relaciones interpersonales, sin estabilidad laboral o en

desempleo, a través de las herramientas aquí utilizadas, todo con el objetivo de impactar de manera positiva en los índices de morbilidad y mortalidad, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Se necesitan estudios que aporten información sobre las causas de la mayor prevalencia de depresión post IAM en el medio donde fue realizado el estudio.

CONCLUSIÓN

Fue elevada la presencia de depresión en pacientes con IAM, sin embargo, se encontró menor prevalencia de esta con la escala HADS que con el test de Zung, (10.5% vs 78.9%, respectivamente), lo cual obedece a que la primera escala fue diseñada para evaluar depresión en presencia de patología médica concomitante, omitiendo la evaluación de ítems sobre sintomatología somática inespecífica.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med.* 2008;3;358(1):55-68.
2. Kauhanen M, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H, Määttä R, et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke.* 1999;30(9):1875-1880.
3. Iosifescu D V. Treating depression in the medically. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30(1):77-90.
4. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA.* 1993;270(15):1819-1825.
5. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation.* 1995;91(4):999-1005.
6. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation.* 2012;126(16):2020-2035.
7. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med.* 2003;163(19):2345-2353.
8. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA* 2000;284(7):835-842.
9. O'Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, et al. Part 10: acute coronary syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2010;122(18 Suppl 3):S787-817.
10. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician.* 2001;64 (4):641-648.

11. Post-Myocardial Infarction Depression Clinical Practice Guideline Panel. AAFP guideline for the detection and management of post-myocardial infarction depression. *Ann Fam Med*. 2009;7(1):71-79.
12. Zung WW. A self-rating depression scale in an Outpatient Clinic Further Validation of the SDS. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63-70.
13. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52(2):69-77.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
15. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*. 2004;78(2):131-40.
16. Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res*. 2010;69(4):371-378.
17. Fox K, Langrish JP. Estratificación del riesgo en los síndromes coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(6):629-632.
18. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil JFA, Rondón M, Díaz N. The prevalence of and factors associated with depression in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(6):378-386.
19. Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, Youngblood M, Veith RC, Burg MM, et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) study. *Psychosom Med* 2004;66(4):466-474.
20. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. 2006;21(1):30-38.
21. O'Rourke A, Hampson SE. Psychosocial outcomes after an MI: an evaluation of two approaches to rehabilitation. *Psychol Health Med*. 1999;4(4):393-402.
22. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J, et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*. 2000;62(2):212-219.
23. Brink E, Karlson BW, Hallberg LR. Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychol Health Med*. 2002;7(1):5-16.
24. Martin CR, Lewin RJP, Thompson DR. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychiatry Res*. 2003;120(1):85-94.
25. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:95.
26. Söderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *SocSci Med*. 2003;56(1):193-202.
27. Carney RM, Freedland KE. Depression in patients with coronary heart disease. *Am J Med*. 2008;121(11 Suppl 2):S20-S27.
28. Laghrissi-Thode F, Wagner WR, Pollock BG, Johnson PC, Finkel MS. Elevated platelet factor 4 and beta-thromboglobulin plasma levels in depressed patients with ischemic heart disease. *Biol Psychiatry*. 1997;42(4):290-295.
29. Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK, Knight BT, Porter MR, Kasey S, et al. Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153(10):1313-1317.
30. Von Känel R. Platelet hyperactivity in clinical depression and the beneficial effect of antidepressant drug treatment: how strong is the evidence? *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(3):163-177.
31. Thombs BD, Magyar-Russell G, Bass EB, Stewart KJ, Tsilidis KK, Bush DE, et al. Performance characteristics of depression screening instruments in survivors of acute myocardial infarction: review of the evidence. *Psychosomatics*. 2007;48(3):185-194.
32. Vieweg WVR, Hasnain M, Lesnefsky EJ, Turf EE, Pandurangi AK. Assessing the presence and severity of depression in subjects with comorbid coronary heart disease. *Am J Med*. 2010;123(8):683-690.