

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTERIOR A UN EPISODIO DE
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARTAGENA**

RAY ALBERTO MENDOZA FRANCO

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MEDICO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2012**

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTERIOR A UN EPISODIO DE
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARTAGENA**

RAY ALBERTO MENDOZA FRANCO
Medicina Interna

TUTORES

CARLOS GARCIA DEL RIO M.D. Esp. Cardiología Clínica

**FRANCISCO BARRIOS AYOLA M.D. Esp. Psiquiatría M.Sc. Neurociencias
y Salud Mental**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MEDICO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2012**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., 22 de Junio 2012

Cartagena, Junio 22 de 2012

Doctora:

RITA MAGOLA SIERRA

Jefa Departamento de Postgrado y Educación Continua

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin el dar a conocer la nota cuantitativa y cualitativa del proyecto de investigación a cargo del estudiante de postgrado de Medicina Interna RAY ALBERTO MENDOZA FRANCO, bajo mi asesoría; el trabajo se titula: **“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTERIOR A UN EPISODIO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARTAGENA ”**.

Nota cualitativa:

Nota cuantitativa:

Atentamente,

CARLOS GARCIA DEL RIO
Docente Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio 22 de 2012

Señores:

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

Por medio de la presente, autorizo que nuestro trabajo de investigación titulado: “**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTERIOR A UN EPISODIO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARTAGENA**”, sea digitalizado y colocado en la web en formato PDF, para la consulta de toda la comunidad científica.

Atentamente,

RAY ALBERTO MENDOZA FRANCO
Estudiante Postgrado Medicina Interna III año
C.C 73.209.336 de Cartagena

CARLOS CARCIA DEL RIO
Docente Departamento Medico Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio 22 de 2012

Señores:

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual del trabajo de investigación de nuestra autoría titulado **“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTERIOR A UN EPISODIO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARTAGENA”** a la Universidad de Cartagena para la consulta y préstamos a la biblioteca únicamente con fines académicos y/o investigativos descartándose cualquier fin comercial, permitiendo de esta manera su acceso al público.

Hago énfasis de que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

RAY ALBERTO MENDOZA FRANCO
Estudiante de Postgrado Medicina Interna III año

CARLOS GARCIA DEL RIO
Docente Departamento Medico Universidad de Cartagena

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis tutores, Dr. Carlos García del Río y al Dr. Francisco Barrios Ayola por haberme apoyado con sus conocimientos y experiencias en la realización de esta investigación.

Agradezco a mis colaboradores en el estudio, los estudiantes de medicina: Doris Bula, Nacira Fuentes, Hugo Corrales y Richard Addie por su esfuerzo y dedicación para la culminación de este trabajo.

Y por último y no por eso menos importante a Jehová Dios ya que es su voluntad la que permite que las cosas sucedan.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: Recursos propios de los autores.

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTERIOR A UN EPISODIO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARTAGENA

Ray Mendoza Franco (1)

Carlos García del Río (2)

Francisco Barrios Ayola (3)

Doris Bula Anichiarico (4)

Nacira Fuentes de Oro (5)

Hugo Corrales Santander (6)

Richard Adie Villafañe (7)

(1) Medico. Estudiante de Postgrado Medicina Interna III año. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(2) Medico. Especialista Cardiología Clínica. Docente Departamento Medico. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(3) Medico. Especialista Psiquiatría. Docente Departamento Medico. Magister Neurociencias y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(4) Estudiante Pregrado Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(5) Estudiante Pregrado Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(6) Estudiante Pregrado Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(7) Estudiante Pregrado Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

RESUMEN

La depresión es la principal causa de discapacidad y de suicidio a nivel mundial, se ha relacionado con diferentes patologías médicas, asociándose además su aparición a un peor pronóstico. En estudios internacionales, al menos el 65% de los pacientes con infarto agudo al miocardio experimentan síntomas depresivos y 15 a 20% son diagnosticados con depresión mayor, por lo que la guía de detección y tratamiento de la depresión post infarto de la Academia Americana de Medicos de Familia recomienda realizar pruebas de tamizaje periódicas a los pacientes hospitalizados post infarto con un nivel de evidencia A (SORT), sin embargo la prevalencia de nuestro medio no se conoce.

Objetivos: Estimar la prevalencia de depresión posterior a un episodio de infarto agudo al miocardio en tres hospitales de la ciudad de Cartagena, y describir además en los participantes del estudio: la severidad de la depresión, el riesgo de complicaciones del infarto agudo al miocardio por medio del score GRACE y la morbimortalidad intrahospitalaria

Metodología: Estudio descriptivo donde se evaluaron a 76 pacientes que ingresaron a las siguientes instituciones: Clinica Universitaria San Juan de

Dios, Hospital Universitario del Caribe y Nuevo Hospital Bocagrande, con diagnóstico de infarto agudo al miocardio desde Octubre 2011 hasta Junio 2012 que reunieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión. A los participantes del estudio se les aplicó la escala HADS y el test de Zung para evaluar presencia de depresión y de las historias clínicas se obtuvieron los datos sociodemográficos, del examen físico y de laboratorio al igual que información sobre complicaciones intrahospitalarias.

Resultados: Con el Test de Zung se encontraron 14 pacientes sin depresión, 37 pacientes con depresión leve, 19 pacientes con depresión moderada, 4 pacientes con depresión grave y 2 pacientes sin datos completos. Con la escala HADS se detectaron 8 pacientes con sintomatología depresiva, 15 pacientes con sintomatología probable de depresión y 53 pacientes con ausencia de depresión. Encontrándose una prevalencia de cualquier sintomatología depresiva en pacientes que han experimentado un infarto agudo al miocardio con el test de Zung de 79% y la prueba de HADS de 30% con un puntaje mayor o igual a 8 y de 10% con un puntaje mayor o igual 11. (Tabla 2 y 3)

Discusión

Los autores consideramos que la prevalencia más alta de depresión encontrada en los sujetos de nuestro estudio, puede obedecer a que este grupo de pacientes reúne muchos factores de riesgo para depresión identificados en la población general adulta en Colombia, tales como edad avanzada, inactividad laboral y deterioro de la salud

Palabras Claves:

Depresión - Infarto del Miocardio – Prevalencia – Cribado – Entrevista Psicológica

ABSTRACT

Depression is the main cause of disability and suicide worldwide. A large body of evidence demonstrates the coexistence between depression and medical illness and also that depression is an independent risk factor in the development of mortality associated with cardiovascular disease in otherwise healthy persons. There is at least a 65% prevalence of depression symptoms after an acute myocardial infarction, with a 15 to 20% prevalence of mayor depressive disorder after an acute myocardial infarction reported in international trials. The American Academy Family Physician´s guideline for the Detection and Management of Post–Myocardial Infarction Depression recommends performing screening tests to hospitalized patients after an acute myocardial infarction with strength of recommendation level A. The prevalence in our city is unknown.

Objectives: To estimate the prevalence of depression after an acute myocardial infarction in Cartagena city, describing the social, demographics characteristics and also the severity of depression and in hospital GRACE score of the participants in the trial.

Methods: Observational and descriptive trial that followed 76 patients admitted to 3 hospitals in Cartagena city (Clínica Universitaria del Caribe, Hospital Universitario del Caribe and Nuevo Hospital Bacagrande) from October 2011 until June 2012 during their in hospital stay. We conducted both the HADS

scale and Zung test which are depression's assessing tools to the participants of the study, and then we reviewed the clinical records for collecting relevant data such as residency, physical exam and in hospital morbidity and mortality.

Results: When applying the Zung test we found 14 patients without depression, 37 patients with mild depression, 19 patients with moderate depression, 4 patients with severe depression and 2 patients with incomplete data. When applying the HADS scale we found 8 patients with depression, 15 patients with probable depression and 53 patients without depression. The prevalence of depression following an acute myocardial infarction with the Zung test was 79% and with the HADS score ≥ 8 the prevalence was 30% and with HADS score ≥ 11 the prevalence was 10%

Conclusions: The prevalence found in our city is higher than in the rest of the world. We considered that the higher prevalence of depression post - myocardial infarction found in our study, is perhaps because of the multiple risk factors for depression that has this subset of the general population, such as older age, work inactivity and higher burden disease.

Key Words: Depression - Acute Myocardial Infarction – Prevalence – Screening – Psychological Interview

INTRODUCCION

La depresión se relaciona con las emociones de tristeza y duelo, pero estas emociones son desproporcionadas al evento causal y no desaparecen una vez

que dicho evento ha desaparecido, e 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 en casos extremos¹.

Existe un número significativo de estudios clínicos que se han 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 medicas incluyéndose el infarto agudo al miocardio^{2,3,4,5}.

El infarto agudo al miocardio se define universalmente 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: 1. Síntomas de isquemia, 2 Cambios electrocardiográficos de isquemia nueva, tales como cambios nuevos en el segmento ST y onda T o un bloqueo completo de rama izquierda nuevo, 3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el electrocardiograma, 4 Evidencia imagenológica de una nueva pérdida de miocardio viable o una nueva anomalía regional de pared ventricular⁶. La severidad del infarto agudo al miocardio puede ser clasificada de acuerdo a escalas y scores como Killip Kimball, TIMI y GRACE^{7,8,9}.

En estudios internacionales, al menos el 65% de los pacientes con infarto agudo al miocardio experimentan síntomas depresivos y 15 a 20% son

diagnosticados con depresión mayor¹⁰, por lo que la guía de detección y tratamiento de la depresión post infarto de la Academia Americana de Medicos de Familia recomienda realizar pruebas de tamizaje periódicas a los pacientes hospitalizados post infarto con un nivel de evidencia A (SORT), pero la guía no es clara en mencionar cual es el momento oportuno para realizar esta prueba de tamizaje al igual que tampoco recomienda una herramienta en particular^{10,12}.

A pesar de lo anterior, la depresión es infradiagnosticada y subtratada en pacientes con enfermedad cardiovascular; se estima que solo el 25% o menos de los pacientes cardiopatas con depresión mayor son tratados y que solo la mitad de estos pacientes reciben tratamiento para la depresión. Lo anterior es debido quizás a que ciertos síntomas como la fatiga y el insomnio son comunes para la depresión y la enfermedad cardiovascular, al igual que tanto los médicos como los pacientes son renuentes a discutir síntomas depresivos¹⁰.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV), un distintivo cambio en el estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad acompañado por varios cambios fisiopatológicos, tales como alteración del sueño, apetito o deseo sexual, constipación, perdida de la habilidad de experimentar placer en el trabajo o con los amigos, ideación suicida y enlentecimiento del discurso y las acciones. Estos cambios deben durar por lo

menos dos semanas e interfieren considerablemente con las relaciones laborales y personales¹.

Además del DSM IV existen muchas herramientas de tamizaje para depresión disponibles tales como la escala de depresión de Zung, escala de Hamilton, Inventario de depresión de Beck II, entre otras. Las anteriores pruebas consisten en cuestionarios de 20 a 30 preguntas que pueden ser realizados por personal médico no especializado en salud mental, que permiten una aproximación diagnóstica^{10,11}.

La encuesta validada para pacientes con patología médica es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), diseñada por Zigmond y Snaith para la valoración de depresión y ansiedad en pacientes con patología médica; 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 hospitalizados¹³.

Hasta la realización de este estudio en Colombia no existían datos sobre la prevalencia de depresión posterior a un síndrome coronario agudo, al igual que tampoco había información sobre el impacto de la depresión en el pronóstico de los pacientes que habían padecido un episodio de infarto agudo al

miocardio, por lo que desconocíamos si nuestra realidad en cuanto a este tema se refiere, era similar a la del resto del mundo.

Teniendo en cuenta que la tasa de depresión en Colombia es mayor a la de otros países, al igual que las características socioculturales propias del país, en especial de la costa Caribe, tales como tipo de personalidad, entorno familiar y dinámica grupal son diferentes a las del resto del mundo¹⁴, se desconocía si existía variación en la prevalencia de depresión posterior a un episodio de infarto agudo al miocardio en nuestro país, por lo que el siguiente trabajo de investigación pretende estimar la prevalencia de depresión posterior a un episodio de infarto agudo al miocardio en tres hospitales de la ciudad de Cartagena, y describirá además en los participantes del estudio: la severidad de la depresión, el riesgo de complicaciones del infarto agudo al miocardio por medio del score GRACE y la morbimortalidad intrahospitalaria.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio es de tipo descriptivo en donde se evaluará a los participantes del estudio en las primeras dos semanas de estancia hospitalaria con una encuesta estructurada conocida como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la cual es un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios, al igual que también se aplicará a todos los participantes la escala de Zung para determinar la severidad de los síntomas depresivos.

Población de Estudio

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 infarto agudo al miocardio desde Octubre 2011 hasta Junio 2012 que reunieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión.

Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de Infarto agudo al miocardio que hayan otorgado su consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con limitación física o mental, congénita o adquirida que impida la utilización de las Escalas HADS y Zung.
- Pacientes inestables hemodinámicamente al momento de realizar el estudio que no les permita responder a las preguntas de las Escalas HADS y Zung.
- Pacientes con soporte ventilatorio mecánico invasivo al momento de realizar el estudio.

- Pacientes egresados del hospital antes de realizarle las pruebas diagnósticas.
- Pacientes con diagnóstico previo de patología psiquiátrica o historia de tratamiento actual o previo con antidepresivos o anti psicóticos.

Procedimientos:

Se solicitó inicialmente la aprobación de la realización del estudio al comité de ética de la institución; según la resolución No, 008430 de 1993 nuestra 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 del estudio asegurándose así, la correcta comprensión de la herramienta de estudio por parte de los entrevistadores para evitar el sesgo intraboseador e interobservador. El entrenamiento de los entrevistadores fue llevado a cabo por un psiquiatra.

El personal entrevistador una vez entrenado para la correcta utilización de la herramienta de estudio, procedió a realizar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el test de depresión de Zung (Anexo 1 y 2) a los sujetos de estudio durante las dos semanas posterior al episodio de infarto agudo al miocardio, además se recopiló de la historia clínica las otras variables de

estudio tales como: edad, sexo, lugar de residencia, lugar de procedencia, ocupación, score GRACE (Anexo 3), estrato socioeconómico, complicaciones cardiovasculares mayores intrahospitalarias.

Durante la realización del trabajo los datos de cada paciente fueron almacenados en una tabla de Excel, pero el puntaje final de la escala de HADS y Zung de cada paciente fue calculado al terminar de recoger toda la muestra para mantener el ciego por parte de los investigadores. Finalmente, al terminar de reunir todos los datos, se procedió a realizar el análisis estadístico.

El medico tratante de los pacientes participantes del estudio, de acuerdo a su juicio clínico, fue quien decidió iniciar manejo para depresión o solicitar interconsulta por psiquiatría, en ningún momento se basó en nuestros hallazgos, puesto que los resultados de las encuestas de cada uno de los pacientes fueron analizados solo hasta cuando se terminó el estudio como se explico anteriormente.

Análisis de los Datos:

El análisis estadístico se basó en el reporte de proporciones, tablas y gráficos de frecuencia, se realizó el análisis univariado de las variables continuas calculando la media, moda y desviación estándar con el software Excel del paquete Office Home Edition 2010.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre Octubre de 2011 a Junio de 2012 se observaron 76 pacientes de tres centros de salud de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, que reunían los requisitos de nuestro estudio, distribuidos de la siguiente manera: 43 pacientes de La Clínica Universitaria San Juan de Dios, 28 pacientes del Nuevo Hospital Bocagrande y 5 pacientes del Hospital Universitario del Caribe.

La escala de HADS y el test de Zung se aplicaron en promedio al sexto día de estancia hospitalaria de los participantes del estudio con una desviación estándar de 5 días. El promedio de edad de los sujetos de estudio fue de 68 años con una desviación estándar de 11 años. 35 participantes eran de sexo femenino (46%) y 41 del sexo masculino (54%). 23 (30%) pacientes se encontraban laborando, 38 (50%) desempleados y 15 (20%) pensionados o retirados. 39 (51%) Pacientes eran casados, 8 (11%) pacientes divorciados o separados, 9 (12%) solteros, 12 (15%) en unión libre, 8 (11%) viudos. 17 (22%) pacientes eran estrato I, 36 (47%) pacientes eran estrato II, 12 (16%) pacientes eran estrato III, 6 (8%) pacientes eran estrato IV, 5 (7%) pacientes eran estrato V. 61 (80%) pacientes tienen residencia en Cartagena y los 15 (20%) restantes provienen de otras zonas. 72 (95%) pacientes vivían acompañados y 4 (5%) pacientes vivían solos. 50 (66%) pacientes presentaron infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y 26 (34%) presentaron elevación del segmento ST. Según el score GRACE, 32 (42%) pacientes presentaron alto riesgo, 28 (37%) pacientes riesgo intermedio y 16 (21%) bajo riesgo (Tabla 1).

47 (61%) pacientes tuvieron algún tipo de complicación cardiovascular mayor intrahospitalariamente, incluyendo 6 casos de muerte súbita respondiendo en un solo caso a maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar, en 9 casos no se encontraron datos de complicaciones en la historia clínica (Gráfico 5).

Con el Test de Zung se encontraron 14 pacientes sin depresión, 37 pacientes con depresión leve, 19 pacientes con depresión moderada, 4 pacientes con depresión grave y 2 pacientes sin datos completos. Con la escala HADS se detectaron 8 pacientes con sintomatología depresiva, 15 pacientes con sintomatología probable de depresión y 53 pacientes con ausencia de depresión. Encontrándose una prevalencia de cualquier sintomatología depresiva en pacientes que han experimentado un infarto agudo al miocardio con el test de Zung de 79% y la prueba de HADS de 30% con un puntaje mayor o igual a 8 y de 10% con un puntaje mayor o igual 11. (Tabla 2 y 3)

DISCUSION

En nuestro estudio encontramos una mayor prevalencia de sintomatología depresiva intrahospitalaria posterior a un episodio de infarto agudo al miocardio, comparada con la encontrada en estudios internacionales como el ENRICHD que reportó una prevalencia de 20% en 9,279 pacientes observados, incluyendo a pacientes con pobre apoyo social y depresión mayor¹⁵, a diferencia de nuestro estudio donde la mayoría de los pacientes

vivía acompañado (94%) y no se incluyeron pacientes con antecedente conocido de patología psiquiátrica.

El estudio ENRICHHD utilizó una entrevista estructurada diferente a nuestras herramientas de evaluación, lo cual puede explicar nuestra diferencia de prevalencias, sin embargo una revisión sistemática de la literatura encontró 17 estudios que utilizaron cuestionarios validados como el Test de Zung, los cuales hallaron una prevalencia de 10% a 47%; muy por debajo del 79% encontrado en nuestro estudio, además en otros 4 estudios que utilizaron la escala de HADS con puntaje mayor o igual a 8 encontraron una prevalencia entre 11 a 17% y con un puntaje mayor o igual a 11 una prevalencia entre 6 y 13%, una vez mas encontrándose un valor superior en nuestro estudio de 30% y 10% para el puntaje mayor o igual a 8 y 11 respectivamente¹⁶.

La mayor prevalencia de sintomatología depresiva posterior a un infarto agudo al miocardio encontrada en nuestro estudio, esta en relación con la mayor prevalencia de depresión en la población general en Colombia mayor de 18 años reportada en 10% en el año 2004 en la Revista Panamericana de Salud Pública comparada con las prevalencias de otros países de la región como Chile, Brasil y México que oscila entre 4,5% y 7,1%¹⁴. En la anterior publicación encontraron una mayor proporción de mujeres deprimidas y personas mayores, al igual que una relación entre la depresión y aspectos socioeconómicos como las condiciones físicas de vivienda, poca cohesión

familiar, ingresos insuficientes, poco estado de salud y poca satisfacción con los logros alcanzados¹⁴.

En nuestro estudio de los 60 casos diagnosticados con algún grado de depresión con el test de Zung; el 55% (33 pacientes) eran del sexo femenino mientras que el 45% eran hombres (27 pacientes), con la escala HADS de los 23 casos con un puntaje mayor o igual a 8 en la escala HADS; 60% eran del sexo femenino (14 mujeres) frente al 40% (9 hombres) del sexo masculino (Tabla 2 y 3), lo cual guarda relación con la mayor proporción de mujeres deprimidas encontradas en la población general en Colombia.

El 83% de los pacientes diagnosticados con depresión con el test de Zung y Escala de HADS con puntaje mayor o igual a 8 eran mayores de 60 años; si bien el promedio de edad de los participantes en el estudio fue de 68 años, el 100% de los pacientes diagnosticados con depresión severa por medio del test de Zung era mayor de 60 años y el 75% era mayor de 70 años, para el caso de la escala HADS con puntaje mayor o igual a 11 se encontró un 87% de casos con edades superiores a los 70 años. Comparando los datos anteriores con los observados en los 16 casos menores de 60 años de nuestro estudio, donde el 81% no tenían depresión según la escala HADS y el 19% restante se clasificaban como depresión probable, mientras que con el test de Zung un 37% no presentó depresión y otro 43% se diagnosticó como depresión leve, se evidencia una mayor proporción de síntomas depresivos a mayor edad,

guardando relación con los hallazgos encontrados en la población general adulta en Colombia.

Debido a que la mayoría de los participantes de nuestro estudio son de la tercera edad, solo el 30% se encontraba laborando, pero de este porcentaje el 70% no presentaba depresión según la escala HADS, 29% se identificó como probable depresión por obtener un puntaje mayor o igual a 8 y menos del 1% se diagnosticó como depresión con un puntaje mayor o igual a 11. Según el test de Zung el 30% de los casos que se encontraba laborando no presentó depresión, 52% depresión leve y el 18% restante depresión moderada, ninguno presentó depresión severa (Tablas 4 y 5), lo que indica una menor proporción de depresión en aquellos pacientes que se encontraban laboralmente activos.

En nuestro estudio el 95% de los participantes vivía acompañado y el 67% se encontraba casado o en unión libre (Tablas 6 y 7), pero de los 51 pacientes que estaban casados o en unión libre la mayoría (68%) se diagnosticó sin depresión según la escala de HADS y de los 53 casos sin depresión según esta misma escala el 66% se encontraba casados o en unión libre. Según el test de Zung de los 14 pacientes diagnosticados sin depresión el 71% se encontraba casado o en unión libre mientras que de los 4 diagnosticados con depresión severa solo un caso estaba casado y tres eran viudos. Los datos anteriores son compatibles con los hallazgos encontrados en la población

general adulta en Colombia sobre mayores casos de depresión en personas sin compañero sentimental.

De los 23% pacientes diagnosticados con depresión según HADS con un puntaje mayor o igual a 8, el 82% tenía un riesgo intermedio a alto de complicaciones intrahospitalarias según el score GRACE y sólo el 18% restante un riesgo bajo, de la misma forma de los 60 casos diagnosticados con alguna sintomatología de depresión según el test de Zung, solo el 20% tenía un riesgo bajo de complicaciones intrahospitalarias según el score GRACE y el 80% restante un riesgo intermedio a alto, encontrándose en el grupo de depresión moderada un 58% con un puntaje para riesgo alto de complicaciones intrahospitalarias con el score GRACE, un 21% riesgo intermedio y sólo 21% riesgo bajo, mientras que en el grupo de depresión severa 75% riesgo alto y sólo 15% riesgo bajo; encontrando que los grupos con depresión más severa tienen mayor proporción de puntajes GRACE elevados (Gráficos 3 y 4).

En el 50% de los pacientes no se reportaron complicaciones intrahospitalarias, de este grupo el 76% y 15% de los casos no presentaron depresión según la escala HADS y test de Zung respectivamente, el 76% de los que no presentaron complicaciones según la escala de Zung presentaron depresión leve. La complicación mas frecuentemente reportada fue la angina de pecho, encontrándose al 63% sin depresión y al 37% restante con depresión según la

escala de HADS con un puntaje mayor o igual a 8, mientras que según el test de Zung el 27% de los casos con angina de pecho no tenían depresión y el 72,9% restante presentó algún nivel de depresión. De los 6 casos de muerte que se observaron durante el estudio, el 83% no presentó depresión según la escala de HADS pero según el test de Zung el 66% presentó algún grado de depresión. (Gráficos 6 y 7).

Debido al diseño descriptivo del estudio no es posible definir la causalidad de las observaciones antes mencionadas, pero es posible formular hipótesis. Los autores consideramos que la prevalencia más alta de depresión encontrada en los sujetos de nuestro estudio, puede obedecer a que este grupo de pacientes reúne muchos factores de riesgo para depresión identificados en la población general adulta en Colombia, tales como edad avanzada, inactividad laboral y deterioro de la salud, pudiendo aplicar estos factores de riesgo también para aquellos pacientes con un episodio reciente de infarto agudo al miocardio. Hay que analizar también el impacto que ejerce el conflicto interno en Colombia sobre nuestro subconsciente colectivo y nuestra sociedad en detrimento de la salud mental, pero esto último no es un objetivo de nuestro estudio.

Se encontró una menor prevalencia de depresión diagnosticada con la escala HADS que con el test de Zung, lo cual obedece a que la primera escala se diseñó para evaluar la depresión, en presencia de patología médica concomitante, omitiendo por ende la evaluación de ítems sobre sintomatología somática inespecífica, sin embargo no hay suficiente evidencia que

recomiende una herramienta diagnóstica sobre la otra, en cuanto a la detección de depresión post infarto agudo al miocardio se refiere¹².

Conclusiones:

- La depresión post infarto es un problema tangible y nuestra realidad local no es ajena al panorama global, con una prevalencia en nuestro medio aún mayor a la del resto del mundo.
- Es recomendable realizar un tamizaje de síntomas depresivos a los pacientes hospitalizados con infarto agudo al miocardio. No hay evidencia suficiente para recomendar una herramienta en particular pero por su diseño parece que la escala HADS es la más idónea para este tipo de pacientes.
- El manejo del paciente hospitalizado con diagnóstico de infarto agudo al miocardio debe ser integral, evaluando por igual tanto el aspecto físico como mental, fomentando así, la mayor participación de los especialistas de salud mental en el abordaje de este tipo de pacientes.
- Se necesitan más estudios que aporten mayor evidencia sobre la causa de mayor prevalencia de depresión post infarto agudo al miocardio en

nuestro medio, al igual que diseñar estrategias para disminuir su aparición.

BIBLIOGRAFIA

1. R.H. Belmaker, M.D., and Galila Agam, Ph.D. Major depressive disorder. N Engl J Med 2008;358: 55-68.
2. Nieminen, K. A. Sotaniemi and V. V. Myllylä M.-L. Kauhanen, J. T. Korpelainen, P. Hiltunen, E. Brusin, H. Mononen, R. Määttä, P. Poststroke Depression Correlates with cognitive Impairment and Neurological Deficits. Stroke. 1999; 30:1875-1880.
3. Dan V. Iosifescu, MD, MSc. Treating Depression in the Medically Ill. Psychiatr Clin N Am. 2007; 30: 77–90.
4. Nancy Frasure-Smith, PhD; Francois Lespérance, MD; Mario Talajic, MD. Depression Following Myocardial Infarction Impact on 6 month survival. JAMA. 1993; 270:1819-1825

5. Nancy Frasure-Smith, PhD; François Lespérance, MD; Mario Talajic, MD. Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction. *Circulation*. 1995; 91: 999-1005.

6. Kristian Thygesen; Joseph S. Alpert; Harvey D. White; on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation*. 2007;116: 2634 -2653.

7. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, Van De Werf F, Avezum A, Goodman SG, Flather MD, Fox KA; Global Registry of Acute Coronary Events Investigators. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2003 Oct 27;163(19):2345-53.

8. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, Mautner B, Corbalan R, Radley D, Braunwald E. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA*. 2000 Aug 16;284(7):835-42.

9. Robert E. O'Connor, William Brady, Steven C. Brooks, Deborah Diercks, Jonathan Egan, Chris Ghaemmaghami, Venu Menon, Brian J. O'Neil, Andrew

H. Travers and Demetris Yannopoulos. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Part 10: Acute Coronary Syndromes: 2010 American Heart Association Care. *Circulation* 2010;122; 787-S817.

10. THOMAS P. GUCK, PH.D., MICHAEL G. KAVAN, PH.D., GARY N. ELSASSER, PHARM.D., and EUGENE J. BARONE, M.D. Assessment and Treatment of Depression Following Myocardial Infarction. *American Family Physicians*. 2001; 64 (4).

11. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 121:63–70.

12. Lee A. Green, W. Perry Dickinson, Donald E. Nease, Jr., Kenneth G. Schellhase, Doug Campos-Outcalt, Bellinda K. Schoof, Michelle Jeffcott-Pera. AAFP Guideline for the Detection and Management of Post-Myocardial Infarction Depression. *Ann Fam Med* 2009; 7:71-79.

13. Ingvar Bjelland, Alv A. Dahl, Tone Tangen Haug, Dag Neckelmann. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 52: 69– 77.

14. Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Bohórquez, Diana Pinto Masis, Jacky F. A. Gil Laverde, Martín Rondón Sepúlveda² y Nancy Díaz-Granados.

Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2004; 16(6).

15. Robert M. Carney, Ph.D, James A. Blumenthal, Ph.D, Kenneth E. Freedland, Ph.D, Marston Youngblood, MA, Richard C. Veith, MD, Matthew M. Burg, Ph.D, Carol Cornell, PhD, Patrice G. Saab Ph.D, Peter G. Kaufmann, Ph.D, Susan M. Czajkowski, Ph.D, and Allan S. Jaffe, MD, for the enrichd investigators. Depression and Late Mortality After Myocardial Infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) Study. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66:466–474.

16. Brett D. Thombs, PhD, Eric B. Bass, MD, MPH, Daniel E. Ford, MD, Kerry J. Stewart, ED, Konstantinos K. Tsilidis, MPH, Udit Patel, MPH, James A. Fauerbach, PhD, David E. Bush, MD, Roy C. Ziegelstein, MD. Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction Review of the Evidence. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:30–38.

Tabla 1. Características de los participantes del estudio.

	N = 76	%
Edad Promedio	68 años (DS= 11)	
Aplicación Escala Promedio	6 días (DS = 5)	
Sexo		
Masculino	41	54
Femenino	35	46
Ocupación		
Empleados	23	30
Deseempleados	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 según vivienda		
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 ST	50	66
Con ST	26	34
Riesgo 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. Un solo caso respondió a RCP (Reanimación Cardiopulmonar).

IAM = Infarto Agudo al Miocardio.

Tabla 2. Casos de depresión evaluados por Test de Zung según sexo

Test de Zung	Femenino	Masculino	Total
A. AUSENCIA DE DEPRESIÓN	2	12	14
B. DEPRESIÓN LEVE	16	21	37
C. DEPRESIÓN MODERADA	14	5	19
D. DEPRESIÓN GRAVE	3	1	4
SIN DATOS	0	2	2
Total general	35	41	76

Tabla 3. Casos de depresión evaluados por escala HADS según sexo

Escala HADS	Femenino	Masculino	Total
AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	21	32	53
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	4	4	8
SINTOMATOLOGÍA DUDOSA DE DEPRESIÓN	10	5	15
Total general	35	41	76

Gráfico 1. Distribución de depresión según Zung por edades

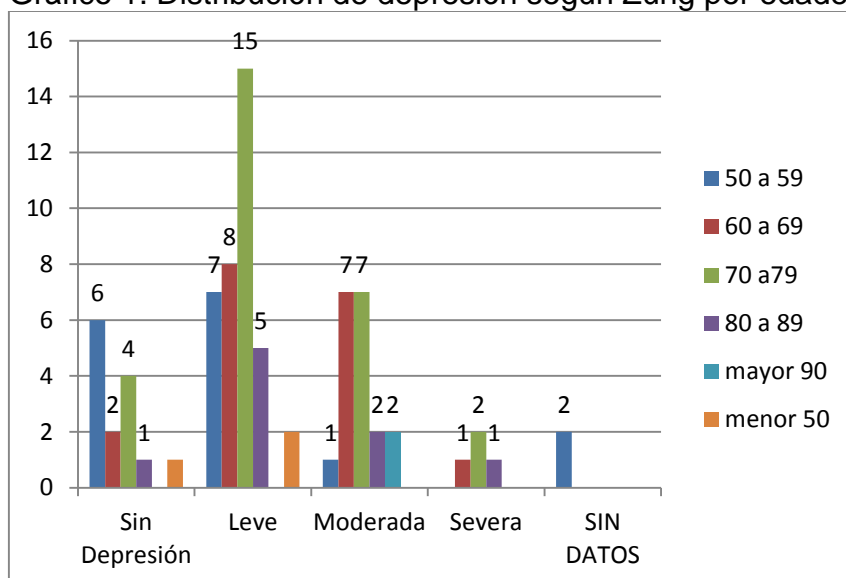


Grafico 2. Distribución de depresión Según HADS por edades.

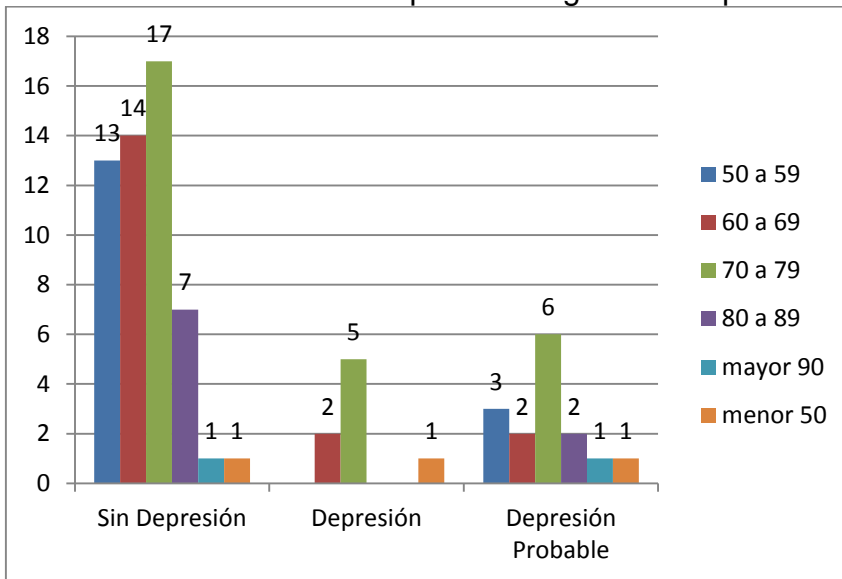


Grafico 3. Distribución Depresión según Zung de acuerdo al riesgo GRACE.

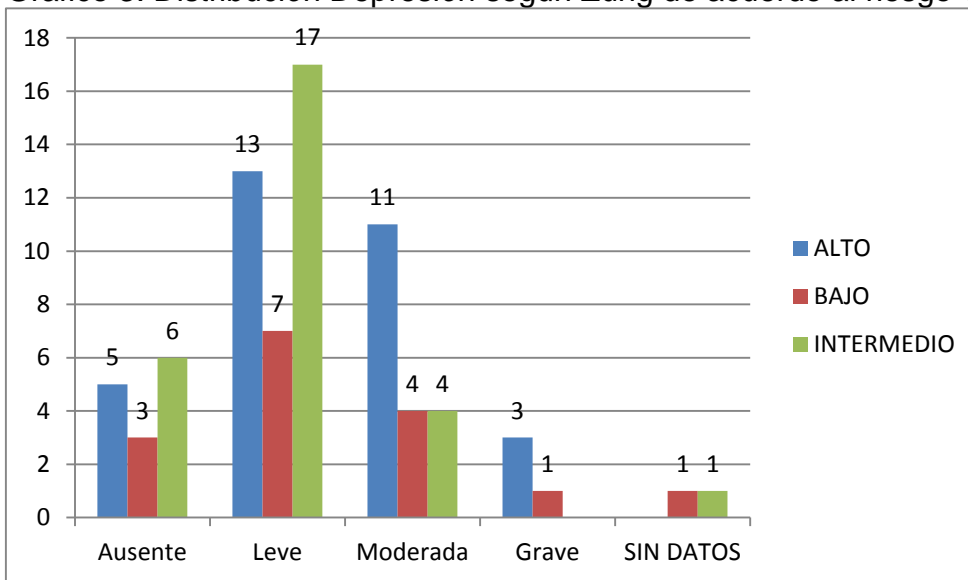


Gráfico 4. Distribución depresión según HADS de acuerdo a riesgo Grace.

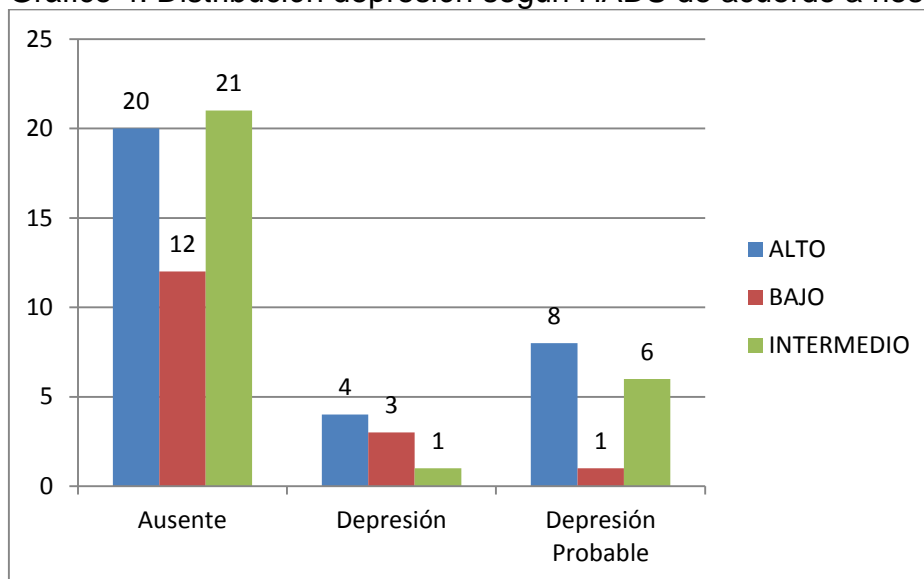


Tabla 4. Depresión según HADS de acuerdo a ocupación.

HADS/Ocupación	Desempleado	Empleado	Pensionado/Retirado	Total general
AUSENCIA DE DEPRESION	26	16	11	53
DEPRESION	4	2	2	8
DEPRESIÓN PROBABLE	8	5	2	15
Total general	38	23	15	76

Tabla 5. Depresión según Zung de acuerdo a ocupación.

Zung/Ocupación	Desempleado	Empleado	Pensionado/Retirado	Total general
A. AUSENCIA DE DEPRESIÓN	6	7	1	14
B. DEPRESIÓN LEVE	17	12	8	37
C. DEPRESIÓN MODERADA	11	4	4	19
D. DEPRESIÓN GRAVE	2	0	2	4
SIN DATOS	2	0	0	2
Total general	38	23	15	76

Tabla 6. Depresión según HADS de acuerdo al estado civil.

Estado Civil/HADS	Sin Depresión	Depresión	Probable Depresión	Total
Casado	28	3	8	39
Divorciado/Separado	7	0	1	8
Soltero	7	1	1	9
Unión libre	7	2	3	12
Viudo	4	2	2	8
Total general	53	8	15	76

Tabla 7. Depresión según Zung de acuerdo al estado civil.

Estado Civil/Zung	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	Sin Datos	Total general
Casado	8	16	13	1	1	39
Divorciado/Separado	2	6	0	0	0	8
Soltero	2	5	2	0	0	9
Unión libre	2	5	4	0	1	12
Viudo	0	5	0	3	0	8
Total general	14	37	19	4	2	76

Gráfico 5. Complicaciones Intrahospitalarias

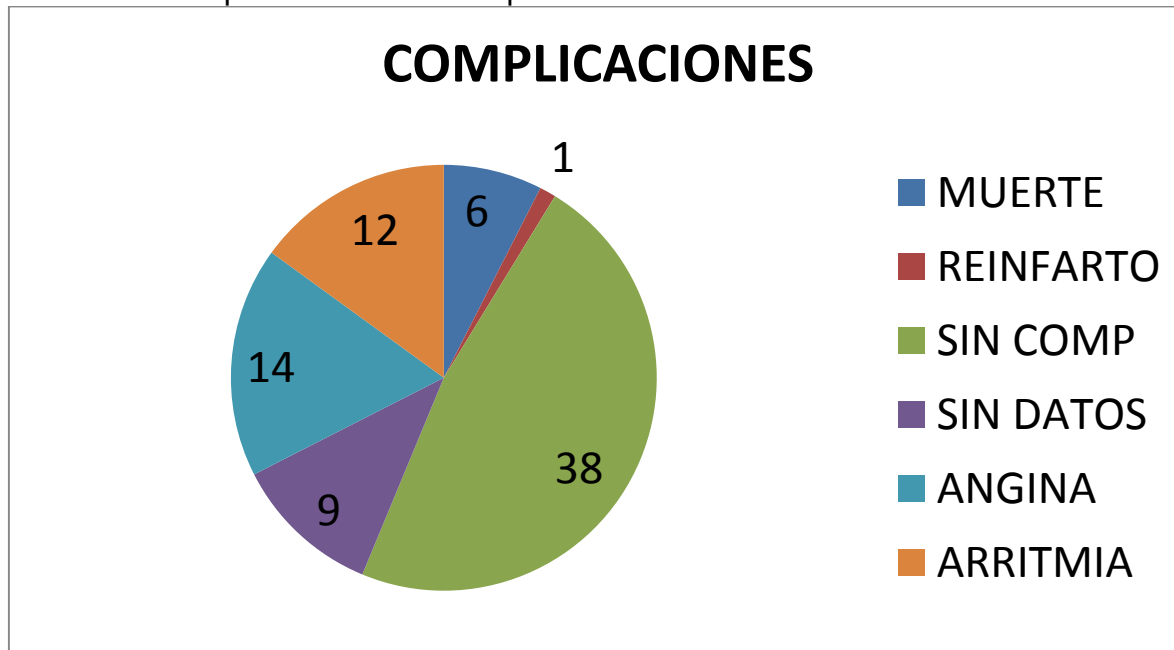
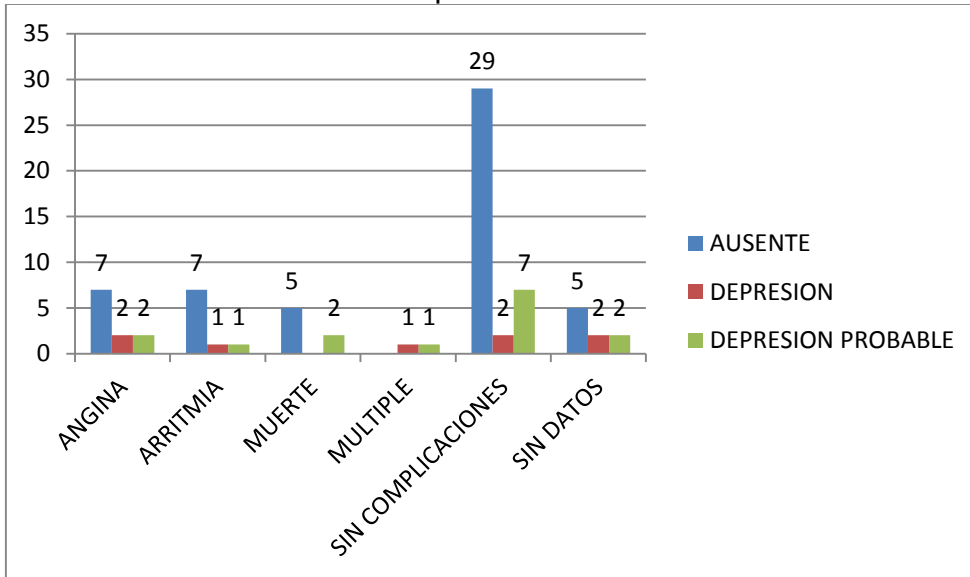
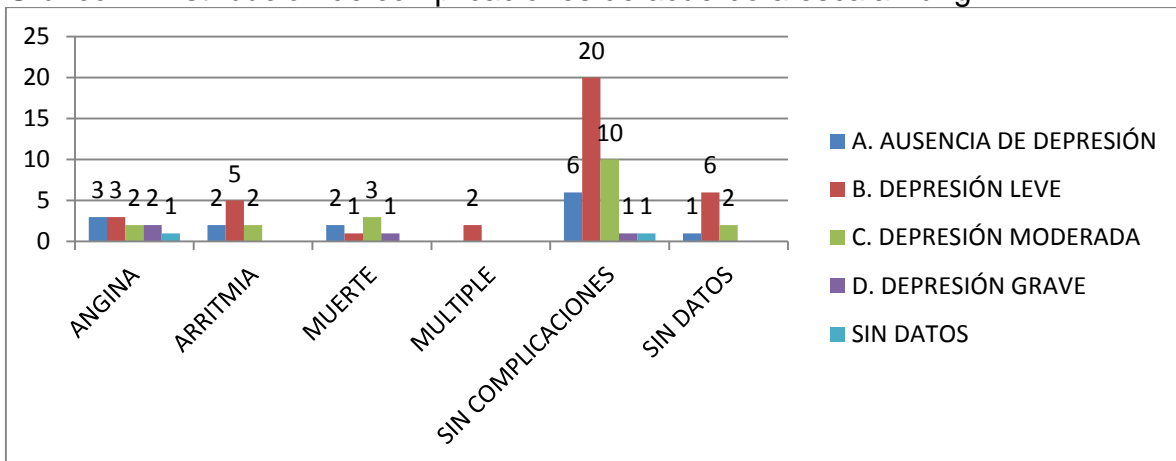


Gráfico 6. Distribución de complicaciones de acuerdo a escala HADS



Complicaciones Múltiples: 2 casos que presentaron angina y arritmia. Un caso de muerte intrahospitalaria fue precedida por una arritmia fatal.

Gráfico 7. Distribución de complicaciones de acuerdo a escala Zung.



Anexo 1. Escala HADS

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.

A.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

D.1. 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

A.2. 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

D.2. 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

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. 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

0 – 7 rango de normalidad

8 – 10 caso probable

11 – 21 caso de ansiedad o depresión

Anexo 2. Escala Zung

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

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahora tengo tanto apetito como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que estoy adelgazando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy estreñado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi cabeza está tan despejada como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago las cosas con la misma facilidad que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo esperanza y confianza en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento más irritable que habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentro fácil tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me creo útil y necesario para la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que sería mejor para los demás si me muriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 – 35 depresión ausente

36 – 51 depresión subclínica y variantes normales

52 – 67 depresión media severa

68 – 80 depresión grave (opcionalmente hospitalizable)

Anexo 3. Score GRACE

SCORE DE RIESGO "GRACE"

Edad (años)

<40 0
40-49 18
50-59 36
60-69 55
70-79 73
≥80 91

Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)

<70 0
70-89 7
90-109 13
110-149 23
150-199 36
>200 46

Presión arterial sistólica (mmHg)

<80 63
80-99 58
100-119 47
120-139 37
140-159 26
160-199 11
>200 0

Creatinina (micromoles/L)

0-34 2
35-70 5
71-105 8
106-140 11
141-176 14
177-353 23
≥354 31

Clase Killip

Class I 0

Class II 21

Class III 43

Class IV 64

Otros factores de riesgo

Parada cardiaca al ingreso 43

Biomarcadores cardiacos elevados 15

Desviación del segmento ST 30

RIESGO CORRESPONDIENTE A LOS PUNTOS TOTALES

<96 96 - 112 113 - 133 >133

Mortalidad 30 días 3.1% 5.3% 5.9% 11.2%

Mortalidad 12 meses 4.2% 9.6% 11.9% 27.2%

Categoría de riesgo:

Bajo = menor o igual a 108

Intermedio =109 – 140

Alto = mayor de 140