



Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria

María del R. González Losa,* Mónica I. Sánchez Pérez,** Mirna Burgos Rosado,** Carlos Castro Sansores***

RESUMEN

Antecedentes: las enfermedades crónico degenerativas, como la cardiopatía coronaria, tienen una frecuencia elevada de manifestaciones depresivas (17 a 27%), lo que aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares y fallecimiento.

Objetivo: conocer la prevalencia de síntomas depresivos en un grupo de pacientes con coronariopatía isquémica.

Material y métodos: estudio prospectivo, descriptivo y transversal en pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lic. Benito Juárez García, del Instituto Mexicano del Seguro Social, con cardiopatía coronaria. Para el diagnóstico de síntomas depresivos se aplicó el Inventario para Depresión de Beck.

Resultados: se estudiaron 56 pacientes, 11% con infarto agudo de miocardio, 61% con angina estable y 28% con angina inestable. El promedio global del inventario fue de 21.08 ± 9.7 puntos. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 43 en 56 (77%). La calificación promedio de los pacientes con síntomas depresivos fue de 24.7 ± 7.6 puntos.

Conclusiones: la prevalencia de síntomas depresivos fue elevada. Es importante identificar la depresión en pacientes con coronariopatía isquémica, ya que el tratamiento antidepressivo puede mejorar el pronóstico de la cardiopatía.

Palabras clave: depresión, cardiopatía isquémica, comorbilidad.

ABSTRACT

Background: Chronic degenerative diseases, as coronary heart disease, have a high frequency of depressive symptoms (17 to 27%), this increases risk of cardiovascular events and death.

Objective: To determine prevalence of depressive symptoms among patients with ischemic coronary disease.

Material and methods: Prospective, descriptive, and cross-sectional study in patients with coronary artery diseases, from Intern Medicine Service of Hospital Regional Lic. Benito Juárez García, of Instituto Mexicano del Seguro Social. For the diagnosis of depressive symptoms, Beck Depressive Inventory was used.

Results: Fifty-six patients were studied, 11% had myocardial infarction, 61% stable angina, and 28% unstable angina. Global average for Beck inventory was 21.08 ± 9.7 points. Prevalence of depressive symptoms was 43 in 56 (77%). Beck inventory score for those patients was 24.7 ± 7.6 points.

Conclusions: Prevalence of depressive symptoms was high. It is relevant to identify depression in patients with coronary artery disease and to treat depression to improve prognosis.

Palabras clave: depression, coronary artery diseases, co-morbidity.

* Centro de Investigaciones Regionales, Dr. Hideyo Noguchi, Universidad Autónoma de Yucatán.

** Hospital Benito Juárez García, Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán.

Correspondencia: Dr. Carlos J. Castro Sansores. Unidad de Investigación Interinstitucional Clínica y Epidemiológica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Av. Itzáez núm. 498 por 59-A y 59, centro, Mérida, Yucatán, México, CP 97000. E-mail: ccastrosansores@gmail.com

Recibido: enero, 2008. Aceptado: marzo, 2008.

Este artículo debe citarse como: González LMR, Sánchez PMI, Burgos RM. Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria. Med Int Mex 2008;24(3):204-9.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La depresión es una de las primeras causas de morbilidad en la atención de primer nivel y en la de especialidad. Es el principal trastorno mental entre las alteraciones del humor y el afecto.¹ Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión mayor es la primera causa de discapacidad.²

La depresión se define como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés de un paciente por lo que le rodea y de esperanza en el futuro.³

Estadísticamente afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y su riesgo aumenta de dos a tres veces cuando hay antecedentes familiares de depresión.⁴

Las causas de este trastorno son muy variadas, dependen de la región geográfica y la población estudiadas. En

Europa, el estudio ODIN (*Outcome of Depression International Network*) encontró una prevalencia global de depresión de 8.56%; de 10% para las mujeres y de 6.6% para los hombres.⁵ En América Latina los resultados han sido muy variables, ya que hay informes desde 9.8% en la República Dominicana hasta 25% en Chile.⁶

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica encontró una prevalencia de depresión de 9.1%.⁷

En la depresión hay un factor genético que contribuye claramente a la evolución de los trastornos del ánimo; sin embargo, el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. El factor hereditario de la depresión mayor se encuentra entre 31 y 42%. El trastorno se debe al desajuste bioquímico de ciertos neurotransmisores o aminas biógenas: la síntesis de noradrenalina y serotonina sufren alteraciones en las personas con depresión.^{8,9}

También existen factores externos implicados en los trastornos del estado de ánimo, pues se considera que la depresión es el resultado de influencias genéticas, ambientales y psicosociales.⁸

En las enfermedades crónicas degenerativas, y en particular en la cardiopatía coronaria, se ha observado una frecuencia elevada de manifestaciones depresivas que va de 17 a 27%, lo cual incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares y fallecimiento.¹⁰

Un estudio reciente efectuado en Dinamarca vigiló durante un año a 763 pacientes que sufrieron un infarto, para determinar si la depresión elevaba la mortalidad. Se concluyó que la mortalidad se incrementó en pacientes con depresión grave.¹¹

Otro estudio reciente de pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio, en quienes la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo fue menor de 35%, mostró una relación directamente proporcional entre la puntuación obtenida en el Inventario para la Depresión de Beck (IDB) y la mortalidad. Los enfermos con 0 a 3 puntos tuvieron una mortalidad de 2.6%; con 4 a 9 puntos tuvieron una mortalidad de 17.1%; la mortalidad se elevó a 23.3% en pacientes con calificaciones de 10 o más. Estos datos muestran que a mayor gravedad de la depresión mayor mortalidad en pacientes con isquemia coronaria.¹²

Las escalas de evaluación para determinar la existencia o intensidad de los síntomas depresivos son instrumentos que permiten cuantificar la depresión objetivamente. La

utilidad del Inventario para la Depresión de Beck es que puede detectar y cuantificar la depresión.

Este instrumento se reprodujo y validó en un estudio del Instituto Nacional de Cardiología de México, donde se encontró que posee sensibilidad y especificidad satisfactorias con un punto de corte de 14.¹³ Por tanto, es confiable y útil para evaluar síntomas depresivos en pacientes cardiopatas coronarios.

El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia de los síntomas depresivos en un grupo de pacientes con coronariopatía isquémica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Se estudiaron, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 2006, todos los pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna del Hospital Regional núm. 12, Lic. Benito Juárez García del Instituto Mexicano del Seguro Social, con diagnóstico de cardiopatía coronaria, es decir, infarto agudo de miocardio, angina estable o angina inestable en condiciones de responder el inventario.

Se excluyeron los pacientes con trastornos mentales, que no comprendieron el inventario y los que no sabían leer. El único criterio de eliminación fue contestar de manera incompleta el instrumento.

A cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión y dio su consentimiento escrito para participar en el estudio se le aplicó el Inventario para la Depresión de Beck, en el que se elige la frase que describe el estado de ánimo por el que ha atravesado la semana previa a la aplicación, incluido el día de la medición.¹⁴

El inventario es una prueba de tamizaje que permite saber si los pacientes tienen síntomas depresivos y su gravedad. Consta de 21 apartados, cada uno con cuatro oraciones que describen la gravedad de la categoría evaluada. El valor 0 indica ausencia del síntoma y el 3 gravedad máxima. Los primeros 14 apartados evalúan los síntomas afectivos y cognoscitivos, y los siete restantes los síntomas vegetativos y somáticos. La suma de cada apartado va de 0 a 63 puntos y se evalúa de la siguiente manera: 0 a 13 puntos, sin depresión; 14 a 19 puntos, depresión leve o moderada; 20 a 29 puntos, depresión moderada a grave y más de 30 puntos, depresión grave.¹⁴ De cada paciente se obtuvieron los siguientes datos clínicos y epidemiológicos: edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad, diag-

nóstico médico de cardiopatía, antecedentes de depresión, tratamiento que recibía para la depresión –en su caso– y antecedentes familiares de depresión.

La información obtenida se analizó en una base de datos especialmente diseñada para realizar una estadística descriptiva y obtener las frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para analizar la asociación se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: χ^2 o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y *t* de Student o ANOVA para variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se estudiaron 56 pacientes; seis (11%) tenían diagnóstico de infarto agudo de miocardio, 34 (61%) de angina estable y 16 (28%) de angina inestable. Veintinueve (48%) fueron hombres y 27 (52%) mujeres, el promedio de edad fue de 68.4 (33 a 90) años.

El promedio global del inventario fue de 21.08 ± 9.7 puntos. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 77% (43/56), 79% (23/29) en hombres y 74% (20/27) en mujeres.

La calificación promedio de los pacientes con síntomas depresivos fue de 24.7 ± 7.6 puntos, y la del grupo sin los síntomas de 8.3 ± 3.9 puntos.

Entre los 43 pacientes con síntomas depresivos, 10 (23%) tuvieron leves a moderados, 22 (51%) de moderados a graves y 11 (26%) graves. Cuatro (9%) tuvieron antecedentes familiares de depresión. Los síntomas predominaron en los de mayor edad (cuadro 1).

Hubo depresión en 74% (28/38) de casados, 88% (15/17) de viudos y no se observó en el único soltero estudiado. Los empleados tuvieron mayor prevalencia de síntomas depresivos 90% (9/10), seguidos por los pensionados 82% (14/17), las amas de casa 73% (16/22), los de otras ocupaciones 60% (3/5), y los profesionistas 50% (1/2).

Entre los 52 pacientes sin antecedentes hereditarios de depresión, 40 (77%) la tuvieron. Entre los cuatro pacientes con antecedente familiar de depresión, 3 (75%) la padecieron. Los síntomas fueron más frecuentes en analfabetas (100%) e individuos que sólo sabían leer y escribir (90%), seguidos de los que tenían educación primaria (76%), media o superior (75%) y, con menor frecuencia, en pacientes con educación secundaria (43%); sin embargo, no fueron estadísticamente significativas las diferencias.

Cuadro 1. Relación de síntomas depresivos por grupos de edad

Grupo de edad	Síntomas depresivos (n/total)	%
30 - 39	1/1	100
40 - 49	3/5	60
50 - 59	7/10	70
60 - 69	9/11	82
70 - 79	11/15	73
80 - 89	11/13	85
≥ 90	1/1	100
Total	43/56	77

Hubo depresión en 29 (85%) de 34 pacientes con angina estable; en 12 (75%) de 16 enfermos con angina inestable y en 2 (33%) de los seis que sufrieron infarto ($p = 0.02$). Al comparar a los pacientes que tuvieron cualquier tipo de angina con los que sufrieron infarto, los síntomas depresivos fueron más frecuente en los pacientes con angina (82%) que en los con infarto (33%; $p = 0.03$).

Las características de los pacientes con y sin síntomas depresivos se muestran en el cuadro 2. Se encontró asociación entre los síntomas depresivos y la angina estable ($p = 0.02$).

DISCUSIÓN

La depresión y ansiedad se han relacionado con la enfermedad coronaria y peor pronóstico en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio.^{15,16}

En este estudio, la prevalencia de síntomas depresivos fue elevada, mayor que lo descrito en estudios internacionales (14 a 47%)¹⁶ y en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (9.1%).¹⁷ Este dato es importante por la alta prevalencia de síntomas depresivos y su posible influencia en el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes. Aunque no hay suficiente evidencia de que el tratamiento antidepresivo reduzca el riesgo de enfermedad cardiovascular, un estudio reciente informó que los pacientes que recibieron tratamiento antidepresivo tuvieron mayor supervivencia que los que no lo recibieron.¹⁷

No hubo diferencia significativa entre los síntomas depresivos y el género, aunque la frecuencia fue ligeramente superior en hombres. Esto podría explicarse por alguna enfermedad potencialmente incapacitante en la figura laboral del núcleo familiar, lo que afectaría el ingreso eco-

Cuadro 2. Características de la población estudiada

<i>Variable</i>	<i>Con síntomas depresivos (n = 43)</i>	<i>Sin síntomas depresivos (n = 13)</i>	<i>p</i>
Género			
Mujer	20 (47%)	7 (54%)	0.8
Hombre	23 (53%)	6 (46%)	
Ocupación			
Ama de casa	16 (37%)	6 (46%)	0.6
Empleado	9 (21%)	1 (8%)	
Pensionado	14 (33%)	3 (23%)	
Profesionista	1 (2%)	1 (8%)	
Otros	3 (7%)	2 (15%)	
Estado civil			
Casado	28 (65%)	10 (77%)	0.09
Viudo	15 (35%)	2 (15%)	
Soltero	0	1 (8%)	
Antecedentes familiares	3 (7%)	1 (8%)	0.6
Nivel educativo			
Analfabeta	6 (14%)	0	0.1
Estudios medios o superiores	3 (7%)	1 (8%)	
Primaria	22 (51%)	7 (54%)	
Secundaria	3 (7%)	4 (31%)	
Sólo lee y escribe	9 (21%)	1 (7.7%)	
Padecimiento			
Angina estable	29 (67.5%)	0	0.02
Angina inestable	12 (28%)	0	
Infarto agudo de miocardio	2 (4.5%)	0	

nómico y repercutiría negativamente por la sensación de envejecimiento, desconfianza y falta de independencia del individuo, y contribuiría a los cambios emocionales.¹⁸

No hubo diferencia entre la edad y los síntomas depresivos; sin embargo, tendió a elevarse a mayor edad. Este hecho contrasta con otros estudios en los que se halló mayor frecuencia de síntomas depresivos en pacientes jóvenes con infarto.^{19,20}

Una limitante del presente estudio es el sesgo de edad del grupo estudiado y número reducido de pacientes.

Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en viudos, la mayoría de los cuales vivían solos. Esto ha sido un factor de riesgo importante en la depresión de cardiopatas isquémicos.²¹ Los datos concuerdan con lo informado en la bibliografía.

El grupo de pacientes aquí estudiado tiene el sesgo de que fue atendido en el Instituto Mexicano del Seguro Social y su nivel de escolaridad es bajo; se sabe que la depresión en pacientes con cardiopatía isquémica ocurre

en individuos con nivel escolar bajo,²² lo que quizá influyó en la alta prevalencia encontrada.

Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en pacientes con angina que en aquellos con infarto agudo de miocardio, hallazgo informado por otros estudios²³ y que se relaciona con lo recurrentes que pueden llegar a ser los episodios anginosos y el temor que ello implica para el paciente.

Los mecanismos fisiopatogénicos de la depresión con mayor riesgo cardiovascular no se han definido contundentemente; sin embargo, está demostrado que la depresión se acompaña de elevación del tono simpático, lo que aumentaría la susceptibilidad a las arritmias,²⁴ a un incremento en la agregación plaquetaria²⁵ y al deterioro de la función endotelial.²⁶ Sherwood y su equipo demostraron que el flujo mediado por dilatación de la arteria humoral –un índice no invasor de la función endotelial– fue menor en cardiopatas deprimidos que en los no deprimidos ($4.36 \pm 0.75\%$ vs $7.46 \pm 0.89\%$, $p = 0.001$).²⁶

Aunque no existen suficientes datos que apoyen que el tratamiento antidepressivo mejore la función endotelial o disminuya el riesgo cardiovascular, algunos estudios han demostrado aumento en la supervivencia de los pacientes tratados.²⁷

Glassman encontró que la frecuencia de eventos cardiovasculares recidivantes fue menor (14.5%) en el grupo que recibió sertralina que en el grupo que recibió placebo (22.4%). Aunque las diferencias no fueron significativas, la frecuencia de eventos tardíos fue menor en los pacientes tratados.²⁸

Aunque los alcances de este estudio son limitados, las observaciones contribuyen al conocimiento de un área poco considerada en el paciente cardíopata isquémico y que repercute en su pronóstico y supervivencia. Es indispensable identificar los síntomas depresivos en el paciente anginoso y en el que ha sufrido un infarto, para lo cual el Inventario para la Depresión de Beck es una herramienta útil y de fácil aplicación. En estos pacientes los medicamentos antidepressivos no producen daños en la función cardíaca y podrían mejorar no sólo su aspecto emocional sino su calidad y tiempo de vida.

Se requieren estudios más amplios que evalúen los aspectos endoteliales e inflamatorios, así como el posible efecto del tratamiento antidepressivo a largo plazo.

REFERENCIAS

- WHO. Mental health: depression. [Definición en línea] 2000. [Citado el 6 de enero de 2008]; dos pantallas. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. New York: WHO, 2001.
- Lara-González E. Prevalencia de depresión mayor en pacientes hospitalizados (tesis). México: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, 2001.
- SSA. Programa específico de depresión. [Serie en línea] 2002. [Citado el 6 de enero de 2008] Disponible en: <http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm>
- Ayuso-Mateos JS, Vázquez-Barquero JS, Dowrick C, Lehtinen V, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.
- Galli E. La depresión: hacia una nueva conceptualización dimensional. *Alcmeón Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. [Serial online] 1997;2(1). [Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/6/22/a22_05.htm]
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;57(10):1552-62.
- Dubovsky SL, Buzan R. Trastornos del estado de ánimo. En: Hales RE, Yudofsky SC, editores. *Sinopsis de psiquiatría clínica*. Basado en DSM IV, Tratado de psiquiatría. 3ª ed. Barcelona: Masson, 2000;pp:287-341.
- Rusisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:227-240.
- Sorensen C, Brandes A, Hendricks O, Thrane J, et al. Depression assessed over 1-year survival in patients with myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(4):241-4.
- Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001;5(4):337-41.
- Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto H. Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991;14(2):1-6.
- Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero J, Díez-Manrique F, Dowrick C. The use of Beck inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord* 2000;57(1-3):261-5.
- Rumsfeld JS, Ho PM. Depression and cardiovascular disease: a call for recognition. *Circulation* 2005;111(3):250-3.
- Lett HS, Blumenthal A, Babyak MA, Sherwood A, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004;66(3):305-15.
- Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA* 2003;289(23):3106-16.
- Veloso-Rodríguez A. Depresión en el paciente portador de cardiopatía isquémica. *Psicocentro* [serial online] Dic 2003. [Citado el 7 de enero de 2008] Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art44001
- Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A, Impivaara O, et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:77-82.
- Manica AL, Leães CG, Frey BN, Juruela MF. The role of depression in coronary artery diseases. *Arq Bras Cardiol* 1999;73(2):244-50.
- Case RB, Moss AJ, Case N, McDermott M, Eberly S. Living alone after myocardial infarction. Impact on prognosis. *JAMA* 1992;267(4):515-9.
- Mathews KA. Are sociodemographic variables markers for psychological determinants of health? *Health Psychol* 1989;8(6):641-8.
- Sumanen MP, Suominen SB, Koskenvuo MJ, Sillanmäki LH, Mattila KJ. Occurrence of symptoms and depressive mood among working-aged coronary heart disease patients. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:60.
- García-Gómez RG, López-Jaramillo P, Tomaz C. Papel del sistema nervioso autónomo en la relación entre depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista de Neurología* 2007;44:16-28.
- Laghrissi-Thode F, Wagner WR, Pollock BG, Johnson PC, Finkel MS. Elevated platelet factor 4 and b-thromboglobulin

- plasma levels in depressed patients with ischemic heart disease. *Biol Psychiatry* 1997;42(4):290-5.
26. Sherwood A, Hinderliter AL, Watkins LL, Blumenthal JA. Impaired endothelial function in coronary heart disease patients with depressive symptomatology. *J Am Coll Cardiol* 2005;46(4):656-9.
27. Lesperance F, Frasure-Smith N, Laliberte MA, van Zyl LT, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE Trial). *JAMA* 2007;297(4):24-31.
28. Glassman AH, Bigger JT, Gaffney M, Shapiro PA, Swenson JR. Onset of major depression associated with acute coronary syndromes: relationship of onset, major depressive disorder history, and episode severity to sertraline benefit. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):283-8.