

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES POST INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO AL MOMENTO DEL EVENTO ISQUÉMICO Y A LOS TRES
MESES. HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
UN ESTUDIO PILOTO

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES POST INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO AL MOMENTO DEL EVENTO ISQUÉMICO Y A LOS TRES
MESES. HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
UN ESTUDIO PILOTO

LYDA MARCELA LOZANO CORTES MD
JUAN MANUEL JIMENEZ MONTOYA MD

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA COMO REQUISITO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRÍA Y
MEDICINA INTERNA RESPECTIVAMENTE
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
AGOSTO, 2008

DRA. ADRIANA PATRICIA BOHORQUEZ

MD PSIQUIATRA

ASESORA DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

RESUMEN

Objetivo: Este trabajo tiene como propósito presentar los resultados de un estudio piloto en el que se mostrarán los casos de depresión tras un infarto agudo de miocardio en dos momentos distintos. Al tiempo de suceder el evento isquémico y a los tres meses de haber sucedido éste. Además verificar la funcionalidad miocárdica en ambos momentos.

Diseño: Se trata de un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo.

Lugar: Hospital Militar Central – servicio de Cardiología.

Población: Se tomó como población de referencia los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio entre noviembre de 2007 y mayo de 2008. De 30 personas elegibles, cinco no aceptaron participar en el estudio y dos personas más fueron excluidas por presentar demencia asociada. La muestra estuvo compuesta por 23 personas que cumplían por lo menos dos de los tres criterios diagnósticos de Infarto Agudo de Miocardio al momento de su ingreso a cardiología

Procedimiento: Se llevó a cabo una primera evaluación, que consistía en el diligenciamiento de dos cuestionarios para tamizaje de depresión que fueron el Inventario de Beck para Depresión y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD subescala de depresión.

Medición: Se calificaron las escalas aplicadas, Inventario de Beck para depresión y escala HAD para depresión. En quienes se encontró un puntaje de 10 o superior en el

Beck-D y de 8 o más en el HAD-D, se realizó una entrevista estructurada y remisión al servicio de psiquiatría del Hospital Militar Central. En cuanto a quienes obtuvieron calificaciones inferiores en los registros, se realizó un seguimiento a tres meses en los que se repitió el procedimiento indicado. (Aplicación de las escalas y remisión según el caso)

Resultados: La frecuencia de depresión al momento de presentar el Infarto de Miocardio fue del 48% en las personas que participaron del estudio; los casos nuevos, es decir quienes presentaron depresión a los tres meses del Infarto correspondieron al 17% del grupo inicial. Lo que representa una frecuencia total de casos iniciales más casos nuevos de 65%. Se presentó una mortalidad del 13% en el seguimiento a tres meses y de este porcentaje, el 100% tenía depresión según la primera evaluación

Conclusiones: La frecuencia de depresión en pacientes que han sufrido Infarto Agudo de Miocardio es alta y los resultados concuerdan con lo expuesto en la literatura. Se requieren estudios a mayor escala para poder establecer relaciones de asociación entre estas dos patologías.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Infarto Agudo de Miocardio, comorbilidades psiquiátricas y cardiovasculares, falla cardíaca, factores de riesgo cardiovascular.

CONTENIDOS	PÁG.
1. Introducción	1-3
2. Marco teórico	4
2.1 Importancia del problema	4-5
2.2 Conceptos básicos	5
2.2.1 Infarto agudo de miocardio	5
2.2.2 Hibernación miocárdica	6
2.2.3 Aturdimiento miocárdico	6
2.2.4 Falla cardíaca	6-7
2.2.5 Depresión	8-9
2.2.6 Asociación entre iam y depresión	9-11
2.2.7 Asociación entre falla cardíaca y depresión	11
2.3 Antecedentes teóricos del tema	11-17
3. Objetivos	18
3.1 Objetivo general	18
3.2 Objetivos específicos	18
4. Métodos	19
4.1 Diseño	19
4.2 Población blanco	19

4.2.1 criterios de selección	19
4.2.1.1 Criterios de inclusión	19
4.2.1.2 Criterios de exclusión	19
4.3 Tamaño de la muestra	20-21
4.4 Variables	21-22
4.4.1 Comparación de variables	22-23
4.5 Instrumentos	23
4.5.1 Test de CAGE	23-24
4.5.2 Inventario de Beck	24-26
4.5.3 Escala hospitalaria de ansiedad y depresión	26-27
4.6 Procedimiento	28
4.7 Análisis estadístico	29
4.8 Aspectos éticos	29-30
5. Resultados	31
5.1 Características demográficas de la población	31-32
5.2 Características clínicas de los pacientes	33-35
5.3 Características del evento isquémico	35-36
5.4 Características clínicas de la población a los tres meses del infarto de miocardio	36-37
5.5 Resultado de las escalas aplicadas al momento del infarto	37-39
5-6 Resultado de las escalas aplicadas a los tres meses postinfarto	40-41

5.7 Comparación entre variables	41-43
6. Discusión	44-47
7. Conclusiones	48-49
8. Bibliografía	50-52

INDICE DE TABLAS

	PAG
Tabla 1. Variables y características utilizadas en el estudio	25
Tabla 2. Características demográficas de la población	32
Tabla 3. Comorbilidades médicas previas al infarto agudo De miocardio	33
Tabla 4. Medicamentos que previamente recibían los pacientes Participantes del estudio	34
Tabla 5. Distribución de frecuencia de medicamentos recibidos Por los pacientes, posterior al infarto agudo de miocardio	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PAG
Gráfico 1. Distribución de frecuencia de tabaquismo previo a IAM	34
Gráfico 2. Distribución de pacientes según la clasificación de Killip De IAM	35
Gráfico 3. Distribución de frecuencia según la fracción de eyección Al ingreso	36
Gráfico 4. Puntaje Beck y HAD – D al inicio del estudio	39
Gráfico 5. Distribución según puntuación en la escala de Beck A los 3 meses del IAM	40
Gráfico 6. Distribución según la puntuación de Beck y HAD – D A los 3 meses del IAM	41
Gráfico 7. Distribución Según Killip de pacientes con y sin Depresión según las escalas usadas	41
Gráfico 8. Distribución según fracción de eyección después del IAM según presencia o no de depresión	42

Gráfico 9. Distribución de fracción de eyección en pacientes

Con y sin depresión a los 3 meses del IAM

43

1. INTRODUCCIÓN

Entre las primeras causas de morbilidad mundial se encuentran dos patologías que se revisten de gran importancia dado el alto grado de discapacidad que provocan en especial a personas en edad productiva, generando así, una pérdida vital y económica considerable. Se trata de dos entidades que se han venido evaluando y tratando desde dos ópticas separadas. Son ellas la enfermedad cardiovascular y la depresión. En las proyecciones epidemiológicas Depresión e IAM se postulan como las dos primeras patologías en cuanto a prevalencia a nivel mundial para el año 2020(1)

Desde 1628, William Harvey definió el sistema circulatorio como lo conocemos ahora y propuso una unión entre mente y corazón. Solo más de 300 años después inician las investigaciones para esclarecer este concepto. Sin embargo, la relación entre ellas es compleja e involucra muchas preguntas que aún no se resuelven. Por ejemplo, en cuanto al alto nivel de comorbilidad que tiene claras implicaciones para la calidad de vida de los pacientes, la depresión tiene un importante impacto sobre la recuperación cardíaca. (2) Investigadores han reportado que la depresión mayor en pacientes hospitalizados con Infarto de Miocardio es un predictor significativo de la mortalidad a 6 meses (3). Y su significado pronóstico es comparable a poseer historia de disfunción ventricular izquierda en el seno de un infarto y, según algunos estudios al grado de Killip, la fracción de eyección o el pico de creatin kinasa (4). Otras investigaciones recientes, sugieren que la sintomatología de depresión puede preceder el desarrollo de enfermedad cardíaca muchos años. (5)

Cuando el síndrome coronario agudo y la depresión mayor co-existen, un efecto devastador es de esperarse. No hay registro de lo que ocurre en muchos centros hospitalarios, ya que el manejo urgente requerido por una patología que se presenta con un cortejo impresionante de síntomas somáticos, muchas veces no toma en cuenta su repercusión psicológica. De hecho, la depresión mayor es tres veces más frecuente en pacientes que presentan un infarto miocárdico, comparados con pacientes sin este último diagnóstico. (6)

La depresión ocurre comorbida en pacientes hospitalizados en un rango de condiciones cardíacas y procedimientos. Las investigaciones se han enfocado más comúnmente en las relaciones entre la depresión y el infarto de miocardio (3), sin embargo, porcentajes de prevalencia similares de depresión han sido reportados en pacientes con angina inestable (7) y falla cardíaca congestiva (8) y en pacientes bajo procedimientos cardíacos.

La enfermedad cardiovascular tiene relaciones recíprocas con el estrés, el estado psicosocial y los trastornos psiquiátricos. La amenaza inminente de muerte súbita o el deterioro progresivo que causa la enfermedad cardiovascular pueden provocar ansiedad crónica y síntomas depresivos. A su vez la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, los estresores psicosociales graves y los rasgos de personalidad en los cuales predominan los elementos de hostilidad-cólera y agresividad han mostrado asociación con trastornos de la función cardíaca (9)

Los comportamientos, especialmente la no adherencia a las recomendaciones que tienen por objetivo reducir el riesgo, los mecanismos neuroendocrinos, y los mecanismos trombóticos han sido propuestos como vías a través de las cuales la depresión afecta la salud después de un infarto de miocardio. (10). Los pacientes con depresión tienen aumentado el tono simpático, hipercortisolemia, niveles elevados de catecolaminas, activación anormal de las plaquetas, incremento en los marcadores inflamatorios y disfunción endotelial (11) En esencia, los pacientes con depresión están en un estado constante de percepción de estrés con una continua regulación a la alta del eje hipotálamo hipófisis adrenal y el sistema autonómico

Por su parte, los mecanismos que asocian la depresión después del Infarto de miocardio, no están aún bien definidos. Sin embargo se han propuesto varios que caben en dos categorías grandes: "comportamental" que incluye una mayor prevalencia de no adherencia de parte del paciente (12) y una falta en la administración del tratamiento oportuno y adecuado, y "biológico", que incluye: un incremento del riesgo de muerte súbita cardíaca, posiblemente indicado por disminución en la variabilidad cardíaca e incremento en la activación plaquetaria y trombosis y un incremento en la respuesta sistémica inflamatoria. (13)

Teniendo en cuenta el sustento teórico y los resultados de los estudios que hasta el momento se han realizado, se propone extrapolar la información y los beneficios a nuestra población, lo que requiere una observación y descripción de las características particulares de los pacientes de esta región.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Las estadísticas mundiales arrojan una prevalencia de depresión mayor en pacientes con infarto de miocardio entre 15 y 23 % en la población hospitalaria (8, 9,10).

Según los estudios americanos, la depresión post infarto está asociada con un incremento de 2 a 2,5 veces el riesgo cardiovascular (9). Si se pretende aplicar el nuevo conocimiento que parte de las investigaciones al respecto, necesitamos conocer la situación de morbilidad en nuestro país.

Se considera el tema de estudio importante, dado que las dos patologías sobre las que se trabaja, tienen una alta tasa de incidencia en la población colombiana, además la relación infarto y depresión no ha sido aún estudiada en el país. La población comúnmente afectada es población socioeconómicamente productiva, lo que provoca un impacto de magnitud considerable en la economía de la nación. No sin dejar atrás la consideración de la incapacidad generada por la enfermedad, los costos en cuanto a servicios de salud, utilización de recursos para tratamiento de la enfermedad y prevención secundaria.

Se efectuó la búsqueda a través de libros y revistas electrónicos, se utilizaron las siguientes bases de datos: EBSCO, MD CONSULT, OVID, PROQUEST, PSYINFO, SPRINGERLINK Y MEDLINE. Las palabras claves utilizadas fueron:

Infarto agudo de miocardio, falla cardíaca, fracción de eyección, depresión, trastornos afectivos, prevalencia e incidencia de depresión, enfermedad coronaria.

2.2 CONCEPTOS BÁSICOS

2.2.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El infarto es producto de isquemia miocárdica, precipitada en muchos caso por un trombo coronario oclusivo preexistente en una placa aterosclerótica.

Más raramente puede ser producto de vasoespasmo prolongado, inadecuado flujo miocárdico (hipotensión), o aumento de la demanda metabólica. Mucho más raramente puede ser secundario a oclusión embolígena, vasculitis, disección coronaria o aortitis.

Los IAM se clasifican con elevación del ST vs. Sin elevación del ST, según compromiso transmural o subendocárdico.

Se caracteriza clínicamente por:

- Dolor torácico mayor de 30 minutos generalmente referido como gas o sensación de opresión en cara anterior de tórax.
- Alteraciones electrocardiográficas: Dados por elevación del segmento ST o depresión, presencia de ondas Q e inversión simétrica de onda T.
- Elevación de marcadores cardíacos (CK, CKMB, Troponina T, troponina I (5)).

2.2.2 Hibernación Miocárdica

Son áreas de miocardio que están persistentemente hipoperfundidas pero aún viables, pero lleva a disfunción contráctil, que siendo una respuesta adaptativa, lleva al cuadro conocido como falla cardíaca, este fenómeno se caracteriza por ser reversible posterior a revascularización coronaria.

2.2.3 Aturdimiento Miocárdico

Es la presencia de disfunción contráctil posterior a episodios repetidos o prolongados de isquemia miocárdica. (6)

2.2.4. Falla Cardíaca

La insuficiencia cardíaca es la resultante final de cualquier enfermedad que afecte en forma global o extensa el funcionamiento miocárdico. En efecto, las enfermedades valvulares (sobrecargas hemodinámicas), la inflamación difusa del miocardio (miocarditis), la destrucción miocárdica extensa (infarto del miocardio transmural de más de 20% de la masa miocárdica), la sustitución del miocardio por tejido colágeno (miocardiopatía dilatada) o la hipertensión arterial sistémica (ventrículo izquierdo) o pulmonar (ventrículo derecho), pueden ser causa de insuficiencia cardíaca.

El infarto agudo de miocardio provoca alteraciones tanto en la función sistólica como en la diastólica del ventrículo izquierdo. La disfunción diastólica contribuye a los signos y síntomas que presentan los pacientes postinfarto(18).

Así como el volumen ventricular izquierdo es un marcador sensible de disfunción del ventrículo izquierdo post IAM, el volumen de fin de sístole es un importante predictor de pronóstico post IAM (21,22). Se consideran normales un volumen al final de la sístole de 25/30ml/m² y un volumen de fin de diástole de 50/60 ml/m². El doble de estos valores normales es considerado dilatación severa.

La clasificación funcional de la New York Heart Association, está basada en la capacidad del paciente para realizar su actividad física y es útil para evaluar la respuesta al tratamiento y seguir la historia natural de cualquier paciente con insuficiencia cardíaca.

Clase I: Sin limitaciones. La actividad física ordinaria no ocasiona síntomas.

Clase II: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria causa síntomas.

Clase III: Marcada limitación de la actividad física. Una actividad física menor a la ordinaria ocasiona sintomatología.

Clase IV: Incapacidad para efectuar cualquier tipo de actividad sin síntomas.

Síntomas presentes incluso en el reposo y exacerbación de los mismos con actividad ligera

2.2.5 Depresión.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes con una prevalencia a lo largo de la vida superior al 20% (23)

Dentro de las actuales clasificaciones de la psiquiatría, el DSM IV ha definido la depresión dentro del apartado de los trastornos del estado de ánimo. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSMIV).

El CIE-10 por su parte clasifica los episodios depresivos, en leves moderados o graves, también considera como criterio de tiempo la duración de al menos dos semanas, adiciona un síndrome somático en el que se incluyen la pérdida de interés o capacidad para disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional. Insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. (CIE 10)

Alrededor del 70% de los pacientes deprimidos no es detectado, no consulta y racionaliza el episodio como cansancio, trabajo, edad, etc., y por esto es una entidad de diagnóstico tardío. Así, la depresión se subdiagnostica y se subreconoce.

Hay factores que intervienen en el subdiagnóstico: el enmascaramiento psíquico, el enmascaramiento somático, la comorbilidad con otros cuadros, tanto psiquiátricos como neurológicos o clínicos, la confusión con un duelo, etc. También intervienen la falta de tiempo y/o de espacio para contactar con el padecer del paciente (26)

En los episodios depresivos, sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas. (7)

2.2.6. Asociación entre infarto agudo de miocardio y depresión

Algunos síntomas como el insomnio y la fatiga, son comunes a la depresión y a la enfermedad coronaria; los médicos y los pacientes pueden erróneamente pensar que la depresión es una reacción normal a la enfermedad cardiovascular; los médicos pueden ser reacios a preguntar a sus pacientes acerca de sus posibles síntomas depresivos; los pacientes pueden ser remisos a comentar sus síntomas depresivos en el contexto de su enfermedad cardíaca; y los médicos pueden preferir no administrar tratamientos antidepresivos por miedo a sus posibles efectos adversos.(sordo)

Aún no han sido identificados los mecanismos precisos por los cuales la depresión aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes pos IM. Sin embargo, existen diversas hipótesis que podrían explicar esta relación, entre las cuales se señala: aumento de la activación y agregación plaquetaria, aumento del tono adrenérgico que predispone a arritmias ventriculares, activación del sistema inmune, implicado tanto en el desarrollo de la placa aterosclerótica como en el aumento de la mortalidad de pacientes pos Infarto de miocardio, menor adherencia al tratamiento farmacológico y adopción de estilos de vida saludable y menor soporte social(28)

Dentro de las explicaciones fisiopatológicas que han asociado estas dos entidades se ha postulado que en un paciente con aterosclerosis coronaria la aparición de depresión desencadenaría un desbalance autonómico que por vías tanto nerviosas como humorales afecta las propiedades mecánicas y eléctricas del miocardio, así como también la reactividad plaquetaria. Esto a su vez desencadena ya sea arritmias ventriculares o bien infarto de miocardio. Este último puede cerrar el ciclo, aumentando por su parte la predisposición del tejido miocárdico isquémico a sufrir arritmias ventriculares. (29)

Los estudios proponen varios mecanismos fisiológicos que unen la depresión y la enfermedad cardíaca, la enfermedad tiende a estar generando la pregunta de cómo estos resultados podrían unificarse. Una posible hipótesis unificadora se relaciona con el estrés emocional. El estrés ha mostrado ser el único de los más potentes disparadores o inductores de depresión. Con el estrés, el eje Hipotálamo pituitaria adreno cortical y el sistema simpático adrenomedular son activados. Con la resolución del estrés, estos dos sistemas podrían regresar a su estado basal. La predisposición genética, tal como el polimorfismo genético específico para el

transportador de serotonina, acoplado con la interacción gen- ambiente puede explicar por qué algunos individuos se recuperan de los estresores vitales y otros desarrollan un trastorno depresivo (30)

2.2.7. Asociación entre insuficiencia cardíaca y depresión

Los principales mecanismos conocidos son biológicos y psicosociales. Respecto a los biológicos, hay evidencias que la depresión y la insuficiencia cardíaca comparten cierta activación neurohormonal, trastornos del ritmo cardíaco, aumento de marcadores de inflamación, incluidos reactantes de fase aguda y también, aunque con menor grado de evidencia, algunas alteraciones de la coagulación, en particular activación plaquetaria. (31). En cuanto a los mecanismos psicosociales, la depresión aumenta el riesgo de incumplimiento terapéutico y de bajo apoyo social y ambos empeoran el pronóstico de la insuficiencia cardíaca

2.3 ANTECEDENTES TEÓRICOS DEL TEMA

La depresión mayor después del infarto de miocardio es una condición seria y común que afecta el 15 a 30 % de pacientes post- infarto miocardio en los 18 meses posteriores a su evento coronario. (19). Frasure- Smith y colegas (13) encontraron que la depresión pos IAM estaba asociada a una mayor mortalidad en seguimiento a los 6 y 18 meses después del episodio y este impacto era independiente de variables demográficas o médicas. Múltiples estudios a través del tiempo han

confirmado estos hallazgos, un reciente meta-análisis de 22 artículos, que muestran un riesgo dos veces mayor de muerte en los 18 meses posteriores al Infarto. Además está asociado con eventos coronarios recurrentes, deteriora calidad de vida y funcionamiento social. (9)

Kenneth E. Freedland, Michael Rich y cols, señalan que el desarrollo de métodos efectivos de tamizaje para depresión post infarto de miocardio es una meta importante. En los pacientes hospitalizados en la unidad de Cuidados coronarios, es de particular importancia tener una forma de detectar práctica y fácilmente los trastornos depresivos. En este estudio se utilizó la escala de Beck para identificar los pacientes con depresión (14)

Pacientes con trastorno depresivo posterior a un Infarto Agudo de Miocardio presentaron peor calidad de vida, más afecciones de salud, más síntomas cardíacos, y mayor inestabilidad 12 meses post seguimiento. (16) la depresión es infrecuentemente detectada en pacientes con infarto de miocardio, y aun cuando ello ocurre, los pacientes no reciben tratamiento adecuado, o si lo reciben no lo cumplen, o no son referidos a un especialista si el manejo inicial de la depresión ha fracasado. (14) Por ejemplo, un estudio realizado en el 2003 demostró que el 60% de pacientes con depresión no tiene medicación; de los que la reciben, 20% esta medicado con benzodiacepina y solo un 12% con un fármaco antidepresivo.(14)

En estudios previos con mediciones de severidad de depresión asociado a IAM, con escala de Beck se observó una poderosa interacción entre un valor de depresión de Beck alto y el numero de extrasístoles ventriculares en el estudio Holter, de tal

modo que los pacientes con puntaje de Beck de 10 o mas y 10 extrasístoles por hora o mas tuvieron una mortalidad del 60% a los 6 meses. Los otros tres grupos (es decir, Beck bajo + pocas extrasístoles, o Beck alto + pocas extrasístoles, o Beck bajo + muchas extrasístoles) exhibieron mortalidad de menos del 10%.(5).

Dentro de los mecanismos explicados para la asociación entre IAM y trastorno depresivo, se encuentra una mayor asociación en los pacientes depresivos al consumo de nicotina y pobre adherencia al tratamiento, sin embargo estudios como el de Yates y Wallace, no encontraron diferencia en variables como hipercolesterolemia, HTA u obesidad, en pacientes con empeoramiento de la enfermedad coronaria y como único factor asociado, la depresión (20)

Veinticuatro estudios publicados entre 1986 y 2004, en los cuales fueron examinados 14326 pacientes, fueron incluidos para estudiar depresión intrahospitalaria. Estos estudios tenían una medida de 37 a 9279 sujetos (21)

La edad estuvo en el rango de 51 a 68 años y el porcentaje de hombres de 58% a 100%. De los 24 artículos, en 8 se utilizaron entrevistas estandarizadas para el diagnóstico de depresión (por ejemplo, Entrevista clínica estructurada para DSM), La prevalencia de depresión estuvo en un rango de 16 a 45% en los 8 estudios que usaron una entrevista clínica estructurada. El estudio más grande, the Enhancing Recovery in Coronary Herat Disease patients (ENRICHD) examinó 9279 pacientes (21)

En 17 de los estudios se utilizó un cuestionario validado o escala. 10 % a 47% de pacientes tenían síntomas clínicamente significativos de depresión. Los instrumentos que se usaron variaron, sin embargo, 9 de los estudios usaron el Beck inventory, 6 usaron una escala de 0 a 10, indicando "por lo menos síntomas de depresión leve a moderada. En 4 estudios que usaron el test de Hamilton, la prevalencia osciló entre 11 y 17%.(21)

En cuanto a la etiología, la depresión está asociada con la función plaquetaria, coagulación sanguínea, función inmune, eje hipotálamo -pituitaria adrenocortical, balance autonómico, metabolismo de folatos/homocisteína, y función endotelial, todas las cuales podrían jugar un papel en el proceso ateroclerótico(16) Con el crecimiento de la evidencia para la aterosclerosis como un proceso inflamatorio, es de mucho interés una reacción inflamatoria como mediadora entre depresión y enfermedad coronaria aguda. La depresión está asociada con una fase aguda de respuesta evidenciada por una elevación de la proteína C reactiva y aumento en las concentraciones de citoquinas pro inflamatoria, tales como interleucina 6, interleuquina 1b, factor de necrosis tumoral (16)

Estas citoquinas proinflamatorias pueden producen síntomas de depresión, anorexia, pérdida de peso, anhedonia, y trastornos del sueño. Concentraciones elevadas de factor de adhesión molecular intercelular, (ICAM-1), selectina e, proteína quimioatracante, están presentes en individuos con depresión y podrían jugar un papel importante en la infiltración celular asociada a la enfermedad ateroclerótica (16)

Personas deprimidas también tienen anomalías hematológicas que favorecen un estado protrombótico. Hay un aumento en el conteo de células blancas, fibrinógeno y factor VII c en personas deprimidas y no deprimidas. Concentraciones de plaquetas factor IV y b tromboglobulina están también elevadas. El aumento de IL-6 en depresión está correlacionado con el número de leucocitos, neutrófilos CD2 + T Y CD4+células T. La activación de las plaquetas contribuye a la unión entre depresión, formación de trombos y hemostasis, la activación de las plaquetas es mayor en deprimidos que en personas consideradas como normales. (16).

En algunos pacientes con depresión no tratada, el sistema hipotálamo pituitaria-adrenocortical es hiperactivo, la secreción de hormona adrenocorticotropica (ACTH) no es bloqueada por dexametasona y la concentración de factor liberador de corticotropina (CRF) en el líquido cefalorraquídeo está incrementada. Via hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensión y lesión a las células endoteliales, la aterosclerosis es facilitada. (22)

Niveles altos de cortisol podrían suprimir las reacciones defensivas del sistema inmune. Así, Chlamidia Pneumonie, y citomegalovirus han sido aislados desde placas ateroscleróticas. La depresión podría contribuir indirectamente a lesiones ateroscleróticas vía agentes infecciosos. (22) Esto podría explicar lo sucedido en un tercio de los pacientes deprimidos. En los otros, el eje Hipotálamo-hipófisis adrenal es normal o hipoactivo (23)

Casi la mitad de los pacientes que se recuperan de un Infarto Agudo de Miocardio tienen una depresión mayor o menor. Y la depresión mayor ha sido reportada en 15 a 20% de los pacientes hospitalizados por Infarto. Aunque usualmente es común un trastorno afectivo transitorio, la mayoría de individuos con depresión mayor en los primeros días después del evento fueron seguidos y evaluados tres meses después, época en la que se presenta mayor incidencia de depresión.(15)

De las cohortes estudiadas se concluyó que después del primer año post infarto agudo de miocardio, es cuando existe mayor prevalencia de depresión, de tal forma que a los tres meses del evento se diagnosticaron el 54,6 % de los pacientes deprimidos y al año el 80,4%. (19)

Hasta tal punto se ha asociado a la cardiopatía isquémica que se ha relacionado con un incremento 4 veces mayor en el riesgo de mortalidad durante los primeros 6 meses después de un infarto agudo de miocardio, y su significado pronóstico es comparable a poseer historia de disfunción ventricular izquierda en el seno de un infarto y (24), según algunos estudios al grado de Killip, la fracción de eyección o el pico de creatin kinasa, si bien no todos los estudios prospectivos observacionales han encontrado una asociación entre depresión posterior a un infarto agudo de miocardio y mortalidad (36)

Recientes meta análisis y revisiones sistemáticas han concluido que la presencia de depresión está asociada con un incremento de dos veces aproximadamente en la morbilidad y mortalidad cardiaca para varias poblaciones de enfermos coronarios,

incluyendo pacientes con reciente infarto agudo de miocardio, pacientes con bypass coronario, y pacientes post revascularización (41,42)

En los estudios que se encuentran respecto a la relación falla cardíaca y depresión, se encuentra que muestran una fuerte asociación entre depresión y la severidad funcional de la falla cardíaca, pero esto no define la dirección de esta relación. Sin embargo provee algunos aspectos interesantes. La severidad funcional medida por la clase NYHA (New York Heart Association), se correlaciona fuertemente con la presencia de depresión. Estos resultados aumentan la posibilidad que la falla cardíaca es “depresogénica” particularmente cuando la falla cardíaca está en un estadio avanzado al cual el paciente está severamente comprometido y está experimentando disnea severa, entre otros molestos síntomas. También es posible, que la depresión pueda exacerbar los síntomas de la falla cardíaca e incrementar la severidad del compromiso funcional (43)

Algunos de los estudios han reportado una asociación entre depresión baja fracción de eyección del ventrículo izquierdo y/o alta asociación con la clase de Killip (44), pero muchos otros no han encontrado relación entre depresión y varias medidas de severidad de la enfermedad cardíaca (45,46)

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia de episodios depresivos luego de un infarto agudo de miocardio, dentro de la primera semana del evento y a los tres meses de éste.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar las características sociodemográficas y médicas de la población que sufre de Infarto Agudo de Miocardio en una muestra de individuos colombianos, que tienen servicios en el Hospital Militar Central de Bogotá.

3.2.2 Medir la frecuencia de los episodios depresivos que siguen al infarto agudo de miocardio, al momento del evento isquémico y tres meses después.

3.2.3 Describir las características clínicas y la funcionalidad cardíaca en un grupo de pacientes que presentaron infarto agudo de miocardio

4. MÉTODOS

4.1. Diseño

Se trata de un estudio observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo, piloto.

4.2. Población blanco

Personas con diagnóstico de Infarto Agudo De Miocardio entre noviembre de 2007 y Abril de 2008 que sean atendidas en el Hospital Militar Central en Bogotá

4.2.1 Criterios de Selección

4.2.1.1 Criterio de Inclusión

Paciente con diagnóstico confirmado de Infarto Agudo de Miocardio por el servicio de cardiología del Hospital militar central

4.2.1.2 Criterios de Exclusión

Pacientes quienes antes del evento isquémico tuviesen un diagnóstico de enfermedad mental realizado por un profesional en el área.

Pacientes que no acepten ingresar al estudio previa explicación de la realización del mismo

4.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó en base a la hipótesis que la proporción positiva de la población es de 0.23. El criterio para significancia (alfa) fue del 0.05. La prueba es de dos colas, es decir que puede interpretarse en dos direcciones.

Con lo anterior se propone un tamaño de muestra de 311 personas, lo que daría un poder el 80%, y con lo cual se obtendrían resultados estadísticamente significativos.

El sistema asume que la proporción positiva en la población es 0.3. Los valores observados serán evaluados y contrastados con un valor teórico de 0.23. Este efecto fue seleccionado como el efecto más pequeño que podría ser importante para detectar, en el sentido que cualquier valor más pequeño del efecto no tendría significancia clínica.

Una segunda meta es estimar la proporción positiva en la población, en base al los parámetros con un intervalo de confianza del 95%.

Se planteó el tamaño de muestra para un estudio estadísticamente significativo, pero dado que el tiempo que tomaría el recoger dicha muestra excede el tiempo de ejecución del presente trabajo, se realiza la ejecución de una prueba piloto, en la cual la población elegible fueron 30 pacientes con diagnóstico de infarto agudo de

miocardio diagnosticados en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central entre los meses de noviembre de 2007 y mayo de 2008. De los 30 pacientes, 5 no aceptaron participar en el estudio, 2 tenían diagnóstico previo de demencia y 23 fueron incluidos y seguidos por un tiempo total de tres meses.

4.4. VARIABLES

Tabla 1. Variables Y Características Utilizadas En El Estudio

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES LIMITE
EDAD (Años cumplidos)	Cuantitativa continua	Se dividirá en decenios A partir de los 50 años	Menores de 50 51-60 61-70 71-80 Mayor a 80
GÉNERO	Cualitativa Nominal	Género de la persona participante	F: Femenino M: Masculino
NIVEL EDUCATIVO	Cualitativa Nominal	Máximo nivel escolar alcanzado	Primaria incompleta/completa Secundaria incompleta/completa Universidad Incompleta/completa Técnico Postgrado Ninguno
OCUPACIÓN	Cualitativa Nominal	Si labora o no al momento de la valoración	Labora No labora
ESTADO CIVIL	Cualitativa Nominal	Estado civil al momento del estudio	Soltero Casado Unión libre Separado Viudo Otro
PATOLOGÍA PREVIA AL IAM	Cualitativa Nominal	Enfermedades diagnosticadas previamente	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Enfermedad coronaria Dislipidemia Otra Ninguna
MEDICAMENTOS PREVIOS AL IAM	Cualitativa Nominal	Medicamentos que venía recibiendo antes del IAM	IECAs Betabloqueadores Diuréticos Estatinas

				Insulina ASA Otros Ninguno
CONSUMO DE TABACO	Cualitativa Nominal	Consumo de tabaco más de 5 paquetes/año		Si No
CONSUMO DE ALCOHOL	Cualitativa Nominal	Según puntuación en el CAGE		0-1 : No 2: Sospecha de abuso 3 y 4: Sospecha de dependencia
GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA BECK-D (Al inicio y a los tres meses)	Cualitativa Ordinal	Según el punto de corte para cada grado		Normal: 5-9 Leve a moderada: 10-18 Moderada a severa: 19-29 Severa: 30-63
GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA HAD-D (Al inicio y a los tres meses)	Cualitativa Ordinal	Según el punto de corte para cada grado		Normal: 0-7 Leve a moderada: 8-11 Moderada a severa: 12-21
BECK -D Y HAD-D (Al inicio y a los tres meses)	Cualitativa Nominal	Ambas escalas por encima del punto de corte		Beck Mayor de 10 y HAD mayor de 7: Depresión Valores menores: No depresión.
Clasificación del Infarto	Cualitativa Ordinal	Según la clasificación de Killip		I: Sin signos de falla II: Estertores en la 1/2 superior. III: Edema Pulmonar IV: Shock cardiogénico
Fracción de eyección	Cualitativa Ordinal	Según el grado funcional		Menor a 30: Severo compromiso 30-50: Compromiso moderado Mayor a 50: Compromiso leve

4.4.1 Comparación de Variables

4.4.1.1 Fracción de Eyección Vs. Frecuencia de Depresión

Al inicio del estudio y a los tres meses posterior al Infarto agudo de miocardio

4.4.2.2. Clasificación según Killip y Presencia o no de depresión

4.5. INSTRUMENTOS

4.5.1 Test de CAGE

Las siglas corresponden en inglés a: Cutdown, Annoyed, Guilty y Eye opener.

Validado en España por Rodríguez Martos a partir de la versión original De Ewing, quien lo ideó para fines de tamizaje general, consta de 4 preguntas. Las respuestas son dicotómicas, contabilizándose:

Las afirmativas, considerándose que el valor predictivo positivo y negativo asciende a niveles aceptables, cuando se exigen dos o más, para el diagnóstico de alcoholismo.

Sensibilidad y especificidad, oscilan entre 49-97% (42, 43) y 79-96% (44, 45), respectivamente.

En varios estudios se ha considerado que el cuestionario CAGE tiene una gran especificidad (24), si bien existe cierta polémica en cuanto a su sensibilidad, que se sitúa en torno al 60 -70%. No obstante, conviene tener en cuenta su naturaleza (test de detección de 4 ítems)

El test de CAGE es muy corto, solo consta de 4 preguntas, que en algunas validaciones ha proporcionado buenos niveles de sensibilidad (85-89%) y especificidad (79-95%) (25,26), si bien otras han encontrado sensibilidades más bajas, del 49 al 68% (27). Este test, igual que el MALT, ha sido traducido al castellano y validado para la población española. A pesar de su simplicidad los niveles de sensibilidad y especificidad del test son aceptables. (28) A un punto de corte de dos respuestas afirmativas, el 75% de los consumidores excesivos de alcohol y el 96% de los no consumidores son identificados correctamente con el test. Se considera el instrumento ideal para el cribado del consumo excesivo de alcohol en el ámbito clínico extrahospitalario (28)

4.5.2 Inventario De Beck

De Beck fue creado por el Dr. Aarón T. Beck, es un cuestionario de 21 preguntas de escogencia múltiple, de tipo autoreporte. Está diseñado para adultos de 17 a 80 años y está compuesta por ítems relacionados con síntomas de depresión tales como desesperanza e irritabilidad, cogniciones tales como culpa o sentimientos de punición, así como síntomas físicos tales como fatiga, pérdida de peso y pérdida de interés en el sexo. (34)

Este instrumento ha sido ampliamente usado en investigación. Una búsqueda en PubMed arrojó 3209 artículos de revisión que usaron el inventario como medida de depresión y ha sido traducido en múltiples lenguajes como el Árabe, Japonés, Persa, Xhosa (34)

Un meta análisis de estudios sobre las propiedades psicométricas por Richter, Werner, Heerlim, Graus, y Saber (1998) reportó que esta escala tiene un alto contenido de validez en cuanto a la diferenciación entre personas deprimidas y no deprimidas.

El inventario fue capaz de discriminar de manera efectiva entre pacientes con distinta intensidad del cuadro depresivo, así como también reflejó consistentemente los cambios de ésta en un intervalo de tiempo. El inventario, constituido por 21 ítems, ha sido ampliamente usado en investigación clínica desde entonces. La confiabilidad y validez de este instrumento estuvo basada en una muestra inicial de 997 pacientes psiquiátricos, tanto internados como ambulatorios. Se encontró un alto grado de confiabilidad interna y de correlación con la evaluación clínica de la depresión, además de una alta sensibilidad al cambio. (17)

El inventario de Beck para depresión ha sido usado por 35 años para identificar y seguir síntomas depresivos. Tiene un alto coeficiente alfa (0.80), esto construye la validez que ha sido establecida, y es capaz de diferenciar los pacientes deprimidos de los no deprimidos.

Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. En el inventario de Beck para depresión la sensibilidad y la especificidad fueron de 82% para detectar depresión mayor

Sumar los puntos por cada pregunta y obtener el total. El puntaje máximo por cada pregunta es tres, y el más alto puntaje posible es sesenta y tres. El más bajo puntaje posible es cero.

4.5.3. Escala Hospitalaria De Ansiedad y Depresión

Consta de 14 ítems, 7 relacionados con ansiedad general y otros 7 con síntomas depresivos.

Usando HADS, los investigadores encontraron que el 21,1% de los pacientes mostraron niveles de ansiedad clínicamente relevantes, el porcentaje de depresión fue del 12%, y para ansiedad o depresión fue del 26,1% y que para ansiedad y depresión combinada fue 7%. Con excepción de trastornos psiquiátricos, el HADS no diferencia entre subgrupos con diferentes enfermedades somáticas. Pacientes con los más altos puntajes en el HADS también indican menor resiliencia

Esto ha mostrado que el HADS es un instrumento válido, sensible y específico para un tamizaje económico de ansiedad y depresión en una variedad de ejemplos clínicos (28,29)

El HADS fue desarrollado para identificar trastornos psicológicos en general entre población médica general y no psiquiátrica. El HADS-D puede indicar casos probables de depresión con una sensibilidad y especificidad aproximada de 0.80 (30). En el inventario de Beck para depresión la sensibilidad y la especificidad fueron de 0.82% para detectar depresión mayor (31).

En su estudio, Frank Doylea,b,T, Hannah M. McGee, Davida De La Harpeb, Emer Shelleyb, Ronán Conroy utilizaron ambas escalas para no contaminar por los factores clínicos algunos aspectos de la depresión. Ambas son fáciles y se completan en 5 minutos. (32)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión fue validada en Colombia por los autores Javier L Rico (Universidad de Sao Paulo, Brasil), Martha Restrepo (Universidad Nacional de Colombia) y María Molina (Instituto Nacional de Cancerología –Colombia) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia.

En dicho estudio, se validó la versión española de la HAD y se evaluó su utilización como prueba de tamizaje para detectar trastornos de ansiedad y depresión. Trabajaron con un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología, y se realizó una valoración psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM –IV. La adaptación mostró buena consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 y la confiabilidad por mitades de .8 Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostraron una mayor sensibilidad y concordancia de la HAD con la entrevista psiquiátrica

Ver anexos: Anexo 1: test de CAGE. Anexo 2: Inventario de Beck para depresión.

Anexo 3: Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

4.6. Procedimiento

Los sujetos fueron localizados en el Hospital Militar Central, se tomaron las historias clínicas de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, y se propuso a cada uno de ellos ingresar al estudio. Se planteó la metodología y se leyó el consentimiento informado, a quienes aceptaron ingresar, se les entregó el cuestionario. Cada cuestionario constaba de un consentimiento informado, una hoja de recolección de información con datos epidemiológicos, comorbilidades, medicamentos, antecedentes de tabaquismo y alcoholismo (este detectado a través del cuestionario CAGE), clasificación según Killip, y fracción de eyección (esta hoja fue diligenciada por el investigador y se tomaron los datos de la historia clínica); el inventario de Beck y la escala HAD. Se procedió inmediatamente a calificar el cuestionario, y en quienes se encontró un puntaje de 10 o superior en el Beck y de 8 o más en el HAD, se realizó una entrevista estructurada y remisión al servicio de psiquiatría del Hospital Militar Central.

En cuanto a quienes obtuvieron calificaciones inferiores en los registros, se realizó un seguimiento a tres meses en los que se repitió el procedimiento indicado. (Aplicación de las escalas y remisión según el caso). A todos los pacientes les fue valorada la funcionalidad cardiaca a través de un ecocardiograma posterior al Infarto agudo de miocardio y otro a los tres meses de éste.

Anexo 4: Cuestionario de Ingreso al estudio.

4.7 Análisis Estadístico

Se realizó un análisis de frecuencias simples y cruces de variables. No se realizaron pruebas estadísticas porque el tamaño de muestra no permite hacer inferencias ni generalizaciones.

El análisis se realizó en el programa STATA 9.0

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Dentro de los aspectos éticos a considerar se llevará a cabo en primer lugar el consentimiento informado, teniendo en cuenta la autonomía del paciente para tomar la decisión de ingresar o no al estudio. De ninguna manera será algo impositivo ni obligatorio.

Por otra parte se buscará el beneficio del paciente en cuanto a que al detectar un trastorno depresivo en uno de los pacientes, sale inmediatamente del seguimiento y se remitirá a tratamiento formal por psiquiatría, dicha referencia redundará en mejoría en las condiciones clínicas y calidad de vida de tales pacientes.

No se realizará ningún tipo de intervención experimental a los pacientes del presente estudio.

Se respetarán los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

El riesgo de la investigación es mínimo, dado que se trata de información sensible la que se obtendrá de parte de los participantes.

Teniendo en cuenta lo ordenado en el decreto 8430 de 1993, según los artículos 5 y 6 en los que se resalta el respeto por la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar del paciente, y la autorización por parte de la institución de salud y el paciente, todos los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado antes de ser incluidos, y se obtuvo autorización por parte del comité de ética del hospital, con fecha 18 de julio de 2007. Documento que se adjunta. Anexo No.5

5. RESULTADOS

5.1. Características demográficas en la población objeto de estudio

El promedio de edad de los pacientes participantes del estudio es de 67 años, encontrándose un rango de edad entre 31 años y 85 años. La mediana es 68 años, teniendo en cuenta la totalidad de los datos. En la tabla que se presenta, el intervalo mediano corresponde al de 61-70, lo que indica que el 50% de los pacientes del estudio son mayores de esa edad y el 50% son menores.

De los pacientes participantes en el estudio, el 86.96% corresponde al género masculino, mientras el 13.04% pertenece al femenino.

El grado de escolaridad más frecuentemente alcanzada por los pacientes de la muestra estudiada fue primaria completa, correspondiendo al 21.74 % de ellos.

En la tabla No.2 se presenta un resumen de las características demográficas de la población.

Tabla 2. Características Demográficas De La Población

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 50	2	8.6
51-60	4	17.3
61-70	8	34.7
71-80	4	17.3
Mayor a 80	5	21.7
GÉNERO		
MASCULINO	20	86.96
FEMENINO	3	13.04
NIVEL EDUCATIVO		
Primaria Incompleta	4	17.39
Primaria Completa	5	21.74
Secundaria Incompleta	4	17.39
Secundaria Completa	3	13.04
Universitario Incompleto	1	4.35
Universitario Completo	1	4.35
Técnico	2	8.70
Ninguno	2	8.70
Postgrado y/o maestría	1	4.35
OCUPACIÓN		
Labora	9	39.2
No Labora	14	60.8
ESTADO CIVIL		
Casado	15	65.22
Unión Libre	2	8.70
Separado	3	13.04
Viudo	3	13.04

5.2. Descripción de las características clínicas de los pacientes participantes del estudio previo al infarto de miocardio.

5.2.1 Comorbilidades médicas Previas al Infarto Agudo de Miocardio

De los pacientes participantes al estudio, el 35% de ellos, no presentaba ninguna patología diagnosticada previamente. La Hipertensión Arterial es la comorbilidad médica de mayor frecuencia de presentación en los otros pacientes, representando el 26%. Seguida por la Diabetes Mellitus con el 17.4%.

Tabla 3. Comorbilidades Médicas Previas al Infarto Agudo de Miocardio

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Hipertensión Arterial	6	26
Diabetes Mellitus	4	17,4
Enfermedad Coronaria	2	8,7
Dislipidemia	3	13
Otra	5	22
Ninguna	8	35

5.2.2. Medicamentos que previamente recibían los pacientes participantes del estudio.

Se aprecia, que previo al Infarto del Miocardio, la mayoría (34%) de los pacientes, no usaba ningún medicamento. De los pacientes que tomaban fármacos, los más usados fueron los IECA y las estatinas con el 28 y 26% respectivamente

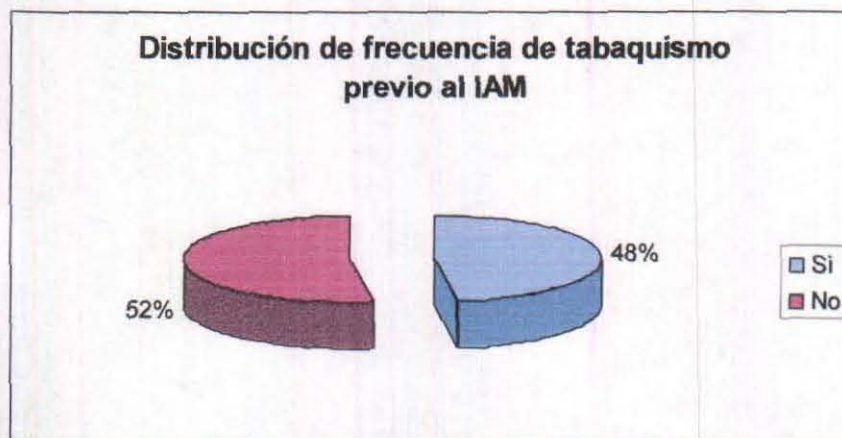
Tabla 4. Medicamentos que previamente recibían los pacientes participantes del estudio

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
IECA	6	26
B-B	3	13
Diurético	2	8,6
Estatinas	6	26
Insulina	2	8,6
ASA	1	4,3
Otros	6	26
Ninguno	8	34

5.2.3. Consumo de Tabaco en los pacientes participantes del estudio

De los pacientes estudiados, el 48 % tenía antecedentes de tabaquismo

Gráfico 1.



5.2.4. Consumo de alcohol en los pacientes estudiados según la puntuación obtenida en el test de CAGE

Se consideró que un puntaje igual a dos sospechoso de abuso del consumo de alcohol, y puntajes superiores indican consumo probable.

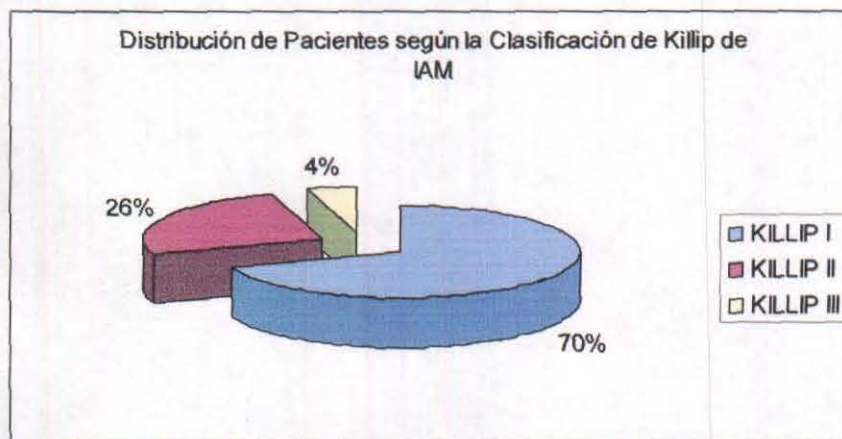
Según la escala de CAGE el 74% de los pacientes del estudio no puntúa para abuso de alcohol, el 9% tiene resultado que indica sospecha de abuso de alcohol y en el 17% hay un probable abuso del consumo de alcohol.

5.3. Descripción de las características del evento isquémico

5.3.1. Clasificación según la severidad del infarto de acuerdo a la clasificación de Killip.

Según la clasificación Killip, la mayor frecuencia para los pacientes estudiados con IAM fue el grado I con un porcentaje de 50%, seguido por el grado II con 33% y el grado III con 17%, no hubo pacientes con grado IV.

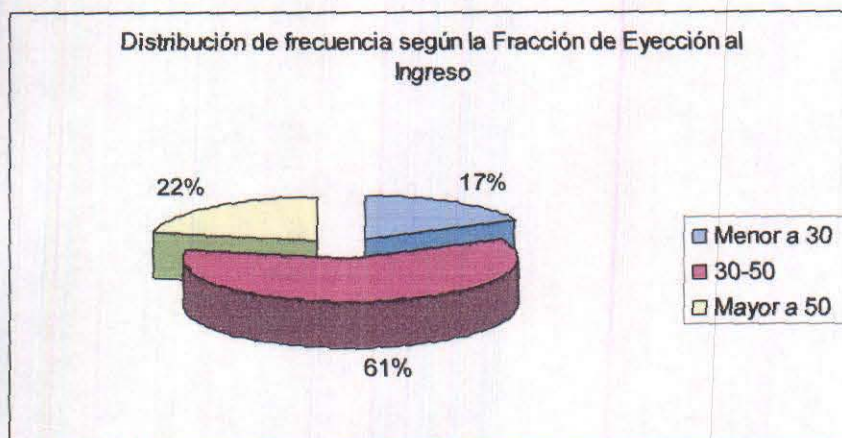
Gráfico 2.



5.3.2. Descripción de la población según la fracción de eyección en los pacientes participantes

La fracción de eyección fue inferior a 30 en el 17% de los pacientes estudiados, estuvo entre 30 y 50 en el 22% y mayor de 50 en el 61 % de ellos.

Gráfico 3.



5.4. Características clínicas de la población a los tres meses del infarto agudo de miocardio.

5.4.1. Distribución de frecuencia de medicamentos recibidos por los pacientes, posterior al infarto agudo de miocardio

Los medicamentos recibidos por los pacientes luego del Infarto Agudo de Miocardio, en orden de frecuencia fueron: Estatinas con 86%, IECAs y ASA con el 78% cada uno, Betabloqueadores 73%. 8.6 % recibían otro tipo de medicamento (broncodilatadores inhalados).

Tabla 5. Distribución de frecuencia de medicamentos recibidos por los pacientes, posterior al infarto agudo de miocardio

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
IECA	18	78
B- BLOQUEADORES	17	73
ARA II	1	4,3
BCC	5	21
ESTATINAS	20	86
INSULINA	4	17
ASA	18	78
CLOPIDOGREL	12	52
OTROS	2	8.6

5.4.2. Distribución de la población que continúa en el estudio según la fracción de eyección a los tres meses.

De los 12 pacientes que continuaron en el estudio en el control de los tres meses, se encontró que el 75% tenía una fracción de eyección entre el 30 y el 50%, el 25% una fracción de eyección mayor a 50% y ninguno de ellos tenía fracción de eyección inferior al 30%.

5.5. Resultados de las escalas aplicadas como prueba de tamizaje en el diagnóstico de depresión en el periodo posterior al evento isquémico

5.5.1. Puntaje de Beck para depresión al ingreso al estudio

De los pacientes estudiados, el 48% tenía una puntuación mayor o igual a 8 en la escala HAD-D. A partir de este valor consideramos la escala como positiva para depresión.

El 52% tuvo valores menores a 8, por lo que se consideraron negativos para depresión.

5.5.2. Distribución en grados de depresión según la escala de Beck para depresión.

En cuanto al grado de depresión, se observa que de los pacientes del estudio, el 30% tuvo depresión que puede ser clasificada en leve a moderada, el 22% de moderada a severa, y ninguno de ellos presentó una depresión severa.

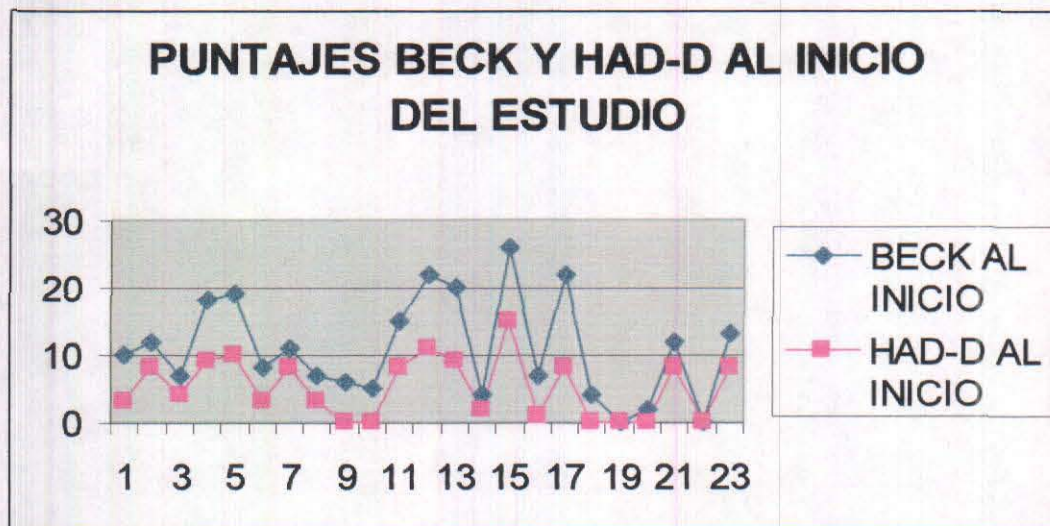
5.5.3. Distribución según grado de depresión determinado por la escala HAD-D

Entre los pacientes estudiados, el 53% fue negativo para depresión según la escala de HAD-D, y el 47 % restante positivo, de dichos pacientes el 43% está ubicado dentro del rango de una depresión leve a moderada y el 4 % correspondería a una depresión severa.

5.5.4. Diagnóstico de depresión según las dos escalas utilizadas en el estudio.

Para el diagnóstico presuntivo de depresión se tomaron en cuenta las dos escalas utilizadas, que fueron Beck para depresión y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (la parte referente a depresión), y se tomaron como puntos de corte, 10 para Beck y 8 para HAD- D, con puntajes iguales o superiores a estos en ambas escalas calificamos como presencia de depresión.

Gráfico 4.

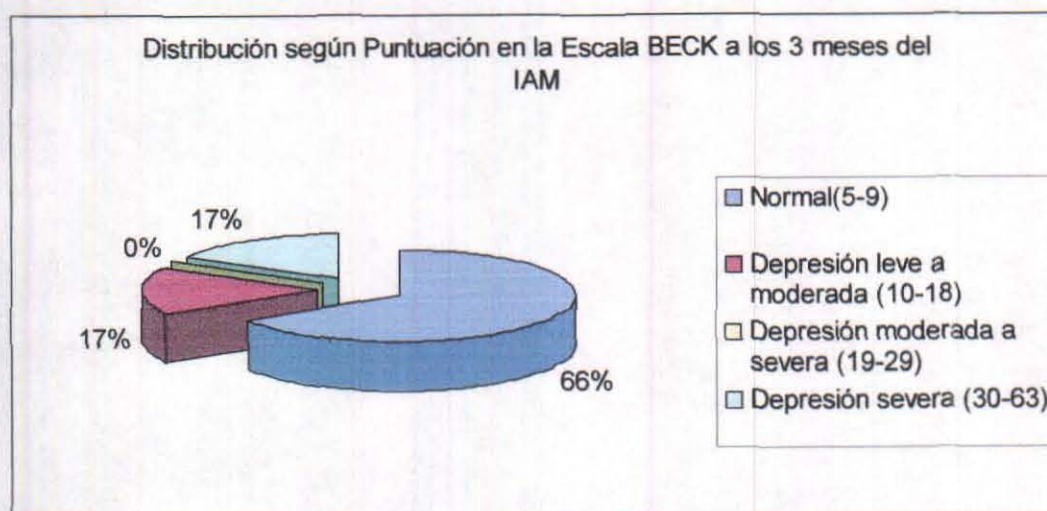


5.6. Descripción de los hallazgos según las escalas utilizadas para medir depresión a los tres meses del infarto agudo de miocardio.

5.6.1. Distribución de frecuencia de los sujetos estudiados según puntuación en la Escala de Beck a los tres meses del infarto agudo de miocardio

De los sujetos que iniciaron el estudio, fueron excluidos para el momento de la segunda evaluación, los que tuvieron puntuaciones indicativas de depresión al comparar las dos escalas, es así como salen 11 de los participantes, además tres de las personas excluidas fallecen en el transcurso de los tres meses. De los restantes 12; el 66 % tuvo resultados considerados normales según esta escala, es decir menores a 10, el 17% obtuvo puntajes entre 10 y 18 lo que correspondería a una depresión leve a moderada, y el restante 17% puntajes entre 30 y 63, lo que califica para una depresión severa según la escala de Beck. Ninguno de los participantes en esta fase puntuó para una depresión moderada a severa.

Gráfico 5.



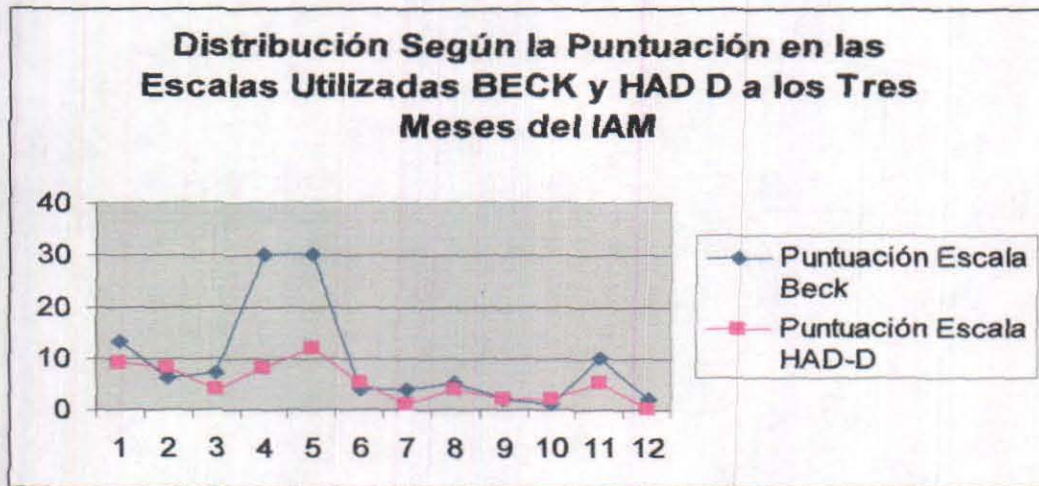
5.6.2. Distribución de frecuencia de los sujetos estudiados según puntuación en La escala HAD-D a los tres meses del infarto agudo de miocardio

Luego de ser excluidos los 11 participantes que tuvieron puntajes considerados como indicadores de depresión, se evaluaron por segunda vez obteniéndose en la escala de HAD-D una puntuación normal (menor a 8) en el 67% de ellos, depresión leve a moderada en el 25% y severa en el 8%.

5.6.3. Comparación entre las dos escalas utilizadas y sus puntos de corte para depresión a los tres meses del infarto agudo de miocardio

Al establecer la comparación entre los 12 pacientes que aún permanecen en el estudio, se evidencian nuevos casos de depresión en 3 de ellos, que corresponde al 25% de la población, teniendo en cuenta que sus puntajes fueron mayor a 10 en la escala de Beck y mayor a 8 en la escala HAD-D a los tres meses del Infarto Agudo de Miocardio.

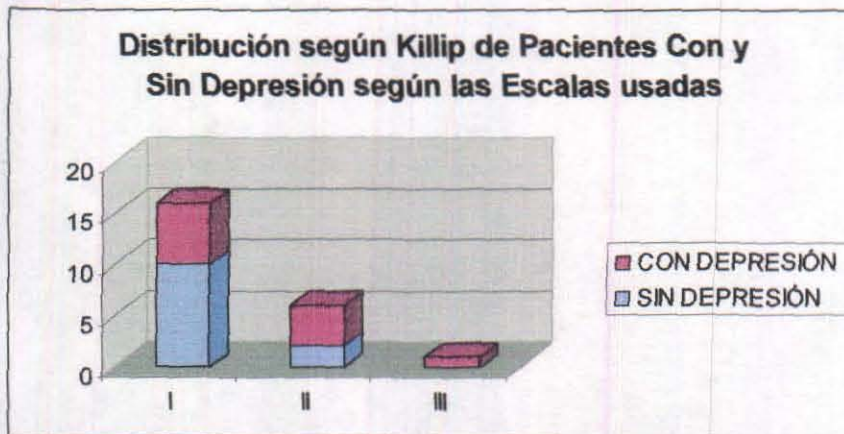
Gráfico 6.



5.7. Comparación entre variables

5.7.1. Se presenta la presencia o ausencia de depresión para cada grado de Killip al momento del infarto agudo de miocardio

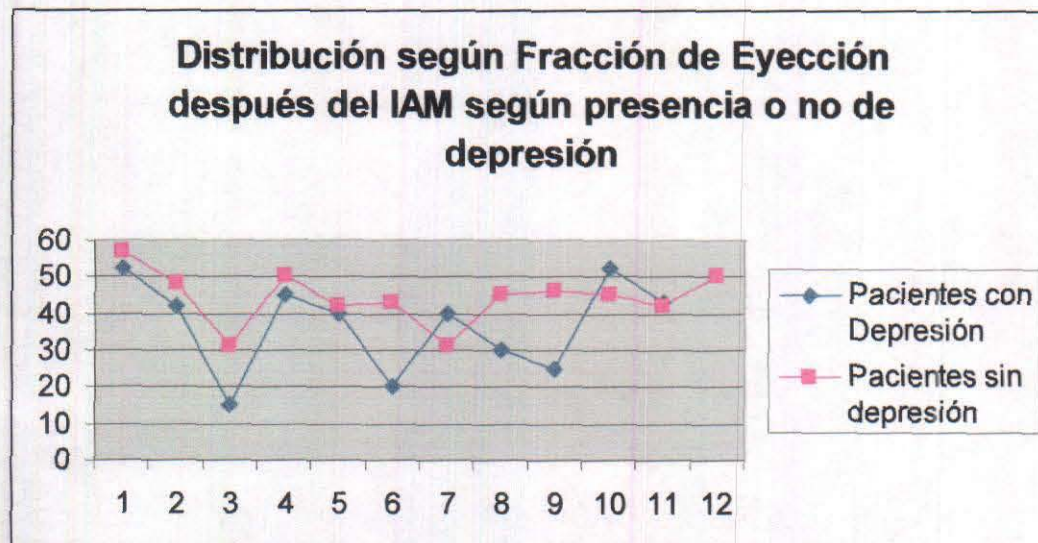
Gráfico 7.



5.7.2. Fracción de eyección en relación con la presencia o ausencia de depresión dada por los resultados de las dos escalas aplicadas después del Infarto de Miocardio

Al comparar la frecuencia de la depresión con la fracción de eyección, encontramos que los participantes que estaban deprimidos al inicio tuvieron fracciones de eyección menores, de tal manera que al promediarlas se obtiene un resultado de 36.7 para quienes estaban deprimidos y de 44.16 para quienes no lo estaban.

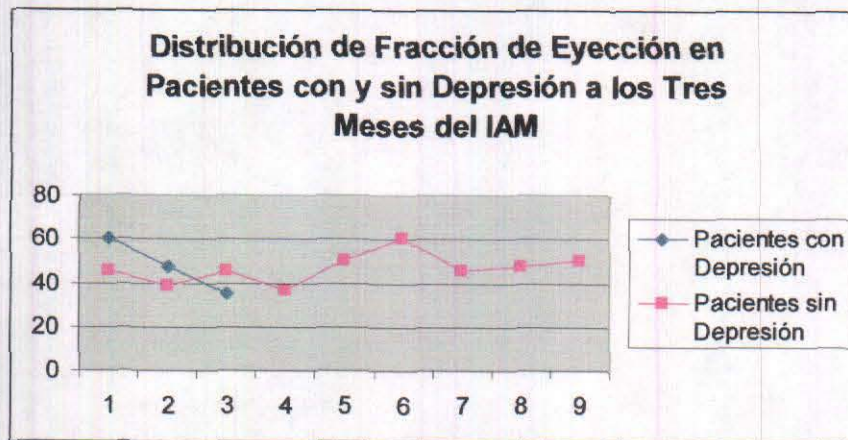
Gráfico 8.



5.7.3 Fracción de eyección vs. Frecuencia de depresión a los tres meses del infarto agudo de miocardio

En cuanto al control a los tres meses después del Infarto Agudo de Miocardio, no se observa diferencia en cuanto a los valores promedio de la fracción de eyección entre los pacientes con y sin depresión.

Gráfico 9.



6. DISCUSIÓN

Se trata de un estudio piloto que se desarrolla con el fin de describir en una fase inicial la presencia de trastornos depresivos posteriores a un Infarto Agudo de Miocardio. Se realizó esta propuesta con base en la revisión de la literatura que a nivel mundial ha planteado la relación entre la patología cardiovascular y la enfermedad mental, que se da en doble vía, ya que según los hallazgos de los estudios realizados a gran escala, muestran evidencia de una mayor morbimortalidad de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio que cursan con Depresión, y a su vez los pacientes con depresión son más propensos a presentar un evento coronario agudo.

En la población colombiana, no se encuentran reportes de la literatura respecto a este tema en particular, lo que se quiere mostrar es la manera de presentación de estas patologías en el medio hospitalario colombiano cuando se realiza un seguimiento teniendo como base una de ellas. En este caso se propuso estudiar la frecuencia de los trastornos depresivos en personas que han sufrido Infarto Agudo de Miocardio; el estudio que aquí se describe tomó un pequeño grupo de pacientes con Infarto de Miocardio hospitalizados en el Hospital Militar Central, entre los meses de noviembre de 2007 y mayo de 2008; la propuesta se pasó al comité de ética médica del hospital, y fue aceptada, se aplicó el consentimiento informado a los pacientes que ingresaron al estudio y 5 de los posibles participantes fueron excluidos por no aceptar, lo que corresponde a una tasa de rechazo del 17.8%; 23 pacientes entraron al estudio, se aplicaron las dos escalas descritas: inventario de Beck para depresión y escala HAD para depresión, encontrando que la frecuencia

de depresión fue de 48% al primer momento de la evaluación, es decir durante la primera semana después del diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio. Estos pacientes fueron excluidos de la segunda evaluación y remitidos a manejo por psiquiatría. Tres de ellos fallecieron dentro de los tres meses siguientes.

El 52% restante, fue seguido a los tres meses con la realización de las escalas nuevamente, encontrando una frecuencia de depresión del 25%. Lo que indica que la frecuencia de casos nuevos correspondió a un 17% del total de la población estudiada; y que la frecuencia acumulada casos iniciales más casos nuevos es del 63%, esto equivale a un alto porcentaje de personas con depresión. Si se tiene en cuenta que el porcentaje de rechazo fue alto, estos valores de frecuencia podrían variar si se hubiese trabajado con la población total de elegibles.

Entre las dos escalas utilizadas, no hubo discordancia en cuanto a los resultados, solo un sujeto tuvo positiva la escala de Beck pero no la de HAD para depresión, lo cual lo situó en un lugar límite del diagnóstico; sin embargo esto corrobora que las dos escalas son complementarias y no excluyentes, dado que la una considera los síntomas somáticos y la otra los excluye para disminuir la confusión con la sintomatología que puede ocasionarse debido a enfermedades médicas.

Por otra parte cabe anotar que las tres personas fallecidas arrojaron resultados positivos para depresión, fueron remitidos para iniciar tratamiento por psiquiatría pero fallecieron antes de completarse los tres meses; dado que en el estudio se realizó seguimiento de los pacientes aunque no hubo una segunda aplicación de las escalas para las personas que ya habían resultado positivas para depresión.

Al analizar las variables de función cardiaca, dadas por la fracción de eyección al ingreso y a los tres meses, se encontró una mayor frecuencia de episodio depresivo con bajas fracciones de eyección. En cuanto a severidad del Infarto de Miocardio, no hubo un común denominador al comparar el grado según el Killip y la frecuencia de depresión.

Tomando como referencia los estudios que respecto a este tema se han hecho, se observa que los datos de prevalencia de depresión son variables en la población con enfermedad cardiovascular. Es así como en los estudios incluidos en el metaanálisis de Nicholson y colaboradores oscila entre 1,8% (pacientes con IAM y depresión crítica (14) y 50,6% en una población de pacientes con IAM y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor a 50% (15). Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cuanto a frecuencia de depresión en el presente estudio, donde se encontró una frecuencia similar al límite superior de lo descrito en la literatura, se considera pertinente y relevante continuar el estudio y seguimiento de la comorbilidad de estas dos patologías, en un estudio de mayores proporciones, para lo cual se requiere un estudio de cohorte de tipo longitudinal donde se considere además de la presencia de la depresión en pacientes post infarto de miocardio, el grado de severidad de éste y la funcionalidad miocárdica.

Entre las limitaciones del presente estudio están el requerimiento de un mayor intervalo de tiempo para la recolección de la muestra, ya que en el periodo de recolección la población estudiada fue baja para fines de análisis estadísticos. Se

presentó una tasa de rechazo importante, dado que se trata de pacientes severamente comprometidos en su funcionalidad y muchos de ellos en periodos posquirúrgicos mediatos, que no estuvieron dispuestos a diligenciar una escala autoadministrada. Otra de las dificultades evidenciadas fue la comorbilidad con diabetes mellitus que por si sola también está asociada a una alta prevalencia de depresión y puede representar un sesgo de confusión, al igual que el alto porcentaje de pacientes que reciben antihipertensivos del tipo betabloqueadores y diuréticos.

Cabe anotar que para un estudio posterior se deben controlar variables como el género, ya que según lo descrito por los investigadores del tema, las mujeres tienen una prevalencia mayor, sin embargo, la incidencia de infarto es menor en ellas, en una relación de 3:1.

7. CONCLUSIONES

7.1. Se observó una frecuencia de Depresión del 48% en los pacientes participantes del presente estudio al momento de presentar un Infarto Agudo de Miocardio.

7.2. Respecto a los pacientes que continuaron por tres meses en el estudio, se encontró una frecuencia del 25% de depresión

7.3. La frecuencia acumulada de casos de depresión en todos los pacientes con episodio de IAM tanto al inicio como en la evaluación posterior es del 63%

7.4. Las características sociodemográficas relevantes en la población a estudio fueron, prevalencia en el sexo masculino, que corresponde al 86.96% del total de los participantes, frente a un 13.04% para el género femenino, en una proporción de 6:1; la edad más frecuente para el Infarto Agudo de Miocardio en los pacientes estudiados fue de 67 años en promedio; siendo la edad mínima 31 años y la máxima 85 años.

7.5. La Mayor comorbilidad que se encontró en los pacientes del estudio fue Hipertensión Arterial, seguida por Diabetes Mellitus.

7.6. En cuanto al consumo de medicamentos, los fármacos más usados previos al Infarto Agudo de Miocardio fueron los Inhibidores de la ECA.

7.7. Entre los fármacos más prescritos para el manejo posterior al Infarto Agudo de Miocardio, están las Estatinas en primer lugar, seguidas por los Inhibidores de la ECA y ASA.

7.7. La frecuencia de tabaquismo fue de 48% y la alcoholismo del 26 % en los pacientes estudiados.

7.8. Se observó un menor promedio en la fracción de eyección de los pacientes con depresión según el resultado de las escalas, respecto a los que no puntuaron para depresión según las mismas.

7.9. Durante el seguimiento a tres meses se encontró que murieron tres pacientes, que en la valoración inicial arrojaron un valor positivo para las escalas de depresión utilizadas, además en dos de ellos las fracciones de eyección fueron inferiores a 30

7.10. La tasa de rechazo al ingreso al estudio fue del 17%

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis M. Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Philadelphia, EUA. Editorial Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
2. Haine R, Ayers T, Sandler I, Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families. Professional psychology: Research and practice 2008;39(2):113-121.
3. Shortle N, Young A, Williams M. Understanding death and grief for children three and younger. Social work. 1993 Nov;38(6).
4. Bowlby J. La separación afectiva. Barcelona, España. Editorial Paidós;1997.
5. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona, España. Editorial Paidós;1997.
6. Black D. Coping with loss behavement in childhood. British medical journal 1998;3(16):931-933.
7. Brown E, Handel S, Cohen J, Jackson A. Children`s information on the death and parent`s information on the death. Chile;2003
8. Emswiler M, Emswiler J. Guiding your child through grief. New York, USA; 2000.
9. Grollman E. Bereaved children and teens: a support guide for parents and professionals. Boston: Beacon; 1995.
10. Sipos L, Solano C. El duelo en los niños. Experiencia en un centro de salud mental Vallecas. Interpsiquis 2001;<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/90/5501/>
11. Leighton S. Bereavement therapy with adolescents: facilitationg a process of spiritual growth. Journal of child and adolescent psychiatric nursing. ProQuest health and medical complete. 2008 Feb; (1):24.
12. Furman E. Helping children cope with death young children.1978; 33(4):25-32.
13. Grollman E. Explaining death to children. Journal of school healt. 1977;47:336-339
14. Deitrick R, Dailey A. Approaching grief. Children`s hospice international.1983.
15. Black D. Coping with loss bereavement in childhood. British medical journal. 1998; 3(12):931-933.
16. Balk D. Bereavement during adolescence: A review of research handbook of bereavement research consequences, coping and care. Washington D.C, USA. American Psychological Association.
17. Cupit I, Noppe L. Adolescent experiences with death: letting go of immortality. Journal of mental healt counseling. 2004 Abr:26(2).
18. Brent S, Speece M. "Adult" conceptualization of irreversibility: implications for the development of the concept of death. Death studies.1999;17: 203-224.
19. Adams D, Corr C, Daves B, Deveau E et al. Children,adolescents, and death. Myths, realities and changes. Death studies; 1999 Jul/Agos;23,5.

20. Dowdney L. Children bereaved by parent or sibling death. The medicine publishing company. 2005. *Psychiatry*: 4,9.
21. Fleming S. Grief in childrens and teenagers. Child and Youth Health website.
22. Haine R, Ayers T. Evidence based practices for parentally bereaved children and their families. *Professional psychology: research and practice* 2008; 39(2): 113-121.
23. Stierlein H. El individuo en el sistema. Editorial Herder. Barcelona, España. 1997.
24. Boscoso L, Chechin G, Hoffman L, Penn P. Terapia familiar sistémica de Milán. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 1989.
25. Del Pino M, Perez J, García J. Ortega B. Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica. 1982.
26. Gorgen K, Warhus L. La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias. 1999.
27. White M. Guías para una terapia familiar sistémica. Editorial Gredisa. Barcelona, España;1994.
28. Pincus L. Secretos en la familia. Editorial cuatro vientos. Santiago, Chile:1982.
29. Cohen J, Mannarino A. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. Treatment of childhood traumatic grief. 2004; 33(4):819-831.
30. Bowen M. Family reaction to death. *Family therapy: theory and practice*. Florida, USA. 1976.

ANEXO 1

TEST DE CAGE

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
2. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

PUNTUACIÓN: 1 punto por respuesta afirmativa.

CORRECCIÓN: 2 Puntos: Riesgo para abuso

3 y 4 Puntos: Riesgo para dependencia

ANEXO 2

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ESCALA DE BECK

Por favor marque en cada grupo de respuestas la opción que corresponda a COMO SE SIENTE ACTUALMENTE

1.

- a. No me encuentro triste
- b. Me siento algo triste y deprimido
- c. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello
- d. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo

2.

- a. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro
- b. Me siento desanimado con respecto al futuro
- c. Siento que no puedo esperar nada del futuro
- d. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

3.

- a. No me siento fracasado

b. Siento que he fracasado más que el resto de las personas

c. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos

d. Siento que como persona soy un fracaso completo

4.

a. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes

b. No disfruto de las cosas como solía hacerlo

c. Ya nada me satisface realmente

d. Todo me aburre o me desagrada

5.

a. No siento ninguna culpa en particular

b. Me siento culpable buena parte del tiempo

c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

d. Me siento culpable todo el tiempo

6.

a. No siento que esté siendo castigado

b. Siento que puedo estar siendo castigado

c. Espero ser castigado

d. Siento que estoy siendo castigado

7.

a. Me odio a mí mismo

b. Estoy harto de mí mismo

c. Estoy decepcionado conmigo

d. No me siento decepcionado de mí mismo

8.

a. Me culpo por todas las cosas malas que suceden

b. Me culpo todo el tiempo por mis faltas

c. Me critico por mis debilidades o errores

d. No me siento decepcionado de mí mismo

9.

a. Me mataría si pudiera

b. Siento que estaría mejor muerto

c. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo

d. No tengo pensamientos de hacerme daño

10.

a. Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo

b. Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo

c. Ahora lloro más de lo normal

d. No lloro más de lo habitual

11.

a. Me siento irritado todo el tiempo

b. Estoy irritado una buena parte del tiempo

c. Las cosas me irritan más que de costumbre

d. Nada me irrita

12.

a. He perdido todo mi interés por otras personas

b. He perdido casi todo mi interés por otras personas

c. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre

d. No he perdido el interés por las personas

13.

a. Ya no puedo tomar decisiones

b. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes

c. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre

d. Tomo decisiones casi siempre

14.

a. Pienso que soy feo

b. Me preocupa seriamente mi aspecto y parezco poco atractivo

c. Me preocupa el hecho de parecer viejo y sin atractivos

d. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre

15.

a. Puedo trabajar tan bien como antes

b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo

c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa

d. No puedo trabajar en absoluto

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes
- b. No puedo dormir tan bien como antes
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir
- d. Me despierto varias horas antes que de costumbre y no puedo volver a dormir

17.

- a. No me canso más que de costumbre
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre
- c. Me canso sin hacer nada
- d. Estoy demasiado cansado como para hacer cualquier cosa

18.

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre
- b. Mi apetito no es tan bueno como antes
- c. Mi apetito está mucho peor ahora
- d. Ya no tengo apetito

19.

- a. No he perdido mucho peso últimamente
- b. He bajado más de dos kilos y medio
- c. He bajado más de cinco kilos
- d. He bajado más de siete kilos y medio

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
- c. Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba antes
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

d. He perdido por completo el interés en el sexo

Puntaje: ___ / 63

ANEXO 3

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

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

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE INGRESO AL ESTUDIO. NÚMERO PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

A. EDAD: (En años cumplidos)

B. GÉNERO:

1. Femenino
2. Masculino

C. NIVEL EDUCATIVO:

Cuál fue el último año que cursó y aprobó?

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta
4. Secundaria completa
5. Universidad incompleta
6. Universidad completa
7. Técnico
8. Ninguno
9. Postgrado o maestría

D. OCUPACIÓN

1. Labora: si ___ no ___
2. Si no labora:
 - a. Retirado y/o pensionado

- b. Estudiante
- c. Desempleado

E. ESTADO CIVIL

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Unión libre
- 4. Separado
- 5. Viudo
- 6. Otro

F. COMORBILIDAD MÉDICA (MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

- 1. Ninguna
- 2. Hipertensión Arterial
- 3. Diabetes Mellitus
- 4. Síndrome de hipercoagulabilidad
- 5. Enfermedad tiroidea
- 6. Cáncer
- 7. Dislipidemia

G. MEDICAMENTOS (MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

ANTES DEL EVENTO ISQUÉMICO

- 1. IECAs
- 2. B-bloqueadores
- 3. ARA II

4. Diurético
5. Calcioantagonista
6. Estatina
7. Insulina
8. ASA (Acido acetil salicilico)
9. Clopidogrel
10. Otros medicamentos
11. Ningún medicamento

H. ANTECEDENTE DE TABAQUISMO

1. SI
2. No

Paquetes/ año

I. CONSUMO DE ALCOHOL

Puntuación en el test de CAGE.

De 0 a 4 : _____

J. CLASIFICACIÓN KILLIP

1. KILLIP I
2. KILLIP II
3. KILLIP III
4. KILLIP IV

K. ESCALA DE BECK K1: BECK AL INICIO

0__ Normal (5-9)

1__ Depresión leve a moderada (10-18)

2__ Depresión moderada a severa (19-29)

3__ Depresión Severa (30-63)

K2: BECK A LOS TRES MESES

0__ Normal (5-9)

1__ Depresión leve a moderada (10-18)

2__ Depresión moderada a severa (19-29)

3__ Depresión severa (30-63)

L. ESCALA HAD L1: AL INICIO

0__ Normal (0-7)

1__ Leve a moderada (8-11)

2__ Severa (12-21)

L2: A LOS TRES MESES

0__ Normal (0-7)

1__ Leve a moderada (8-11)

2__ Severa (12-21)

M. FRACCIÓN DE EYECCIÓN

M1. Valoración inicial: ____

M2: Valoración a los tres meses: ____

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y Fecha.

Lo invitamos a participar de nuestro estudio que tiene como objetivo describir la presencia de depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio.

El propósito del estudio es conocer cuántos pacientes de quienes tienen infarto de miocardio presentan depresión, esta investigación tiene exclusivamente fines académicos.

El estudio se realizará en las instalaciones del Hospital Militar Central. Con las personas participantes se realizará una recolección inicial de datos personales, y se tomarán los diagnósticos de su historia clínica actual. Se aplicará un cuestionario llamado inventario de Beck y una escala llamada HAD que se utilizan mundialmente para hacer un primer filtro en el diagnóstico de depresión, los cuestionarios serán diligenciados junto con los investigadores a manera de encuesta y tienen preguntas acerca de su estado físico y emocional. A los tres meses se realizará un control que consistirá en la aplicación de las mismas escalas una vez más a las personas en quienes en la primera aplicación no se encontró depresión.

La primera escala Beck, tiene 21 preguntas de selección múltiple y está compuesta por aspectos relacionados con síntomas de depresión. La segunda consta de 14 preguntas, 7 de ellas relacionadas con ansiedad y 7 con depresión.

A aquellos pacientes que la escala indique probable diagnóstico de depresión, se realizará una entrevista clínica para confirmar o descartar el diagnóstico.

Quienes sean diagnosticados con depresión serán remitidos a consulta externa de psiquiatría para manejo y seguimiento previa explicación por parte de los entrevistadores y aceptación del paciente.

Dado que sabemos que la información de este estudio es de la vida personal de cada participante, no se incluirá el nombre en ninguno de los cuestionarios ni se difundirá la información acerca de los participantes lo que garantiza la confidencialidad de la investigación. La información obtenida tendrá un manejo estricto por parte de los investigadores y no tendrán acceso a ella otras personas.

La participación en el estudio es de manera voluntaria. Si usted quiere participar por favor firme aquí:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE QUIEN ADMINISTRA EL CONSENTIMIENTO

TESTIGO 1.

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA TESTIGO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

TESTIGO 2

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA TESTIGO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

ANEXO 6



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

Bogotá D.C. 18 de julio de 2007

Doctores

LYDA MARCELA LOZANO CORTES

R II Psiquiatría

JUAN MANUEL JIMENEZ MONTOYA

R II Medicina Interna

Hospital Militar Central

Central -

Ref: proyecto de investigación "Prevalencia de episodio depresivo en pacientes con infarto agudo del miocardio en el Hospital Militar Central"

Apreciados doctores:

Con relación al proyecto de investigación en referencia, este Comité les informa que el contenido de dicha propuesta se ajusta a lo dispuesto en las normas y criterios metodológicos y éticos definidos para este tipo de estudios (investigación descriptiva, sin riesgo, según Resolución 8430 de 1993).

En consideración de lo expuesto, se acuerda su aprobación, junto con el formato de Consentimiento Informado. Recomendamos durante su ejecución acoger las recomendaciones dispuestas en la Declaración de Helsinki y en las Buenas Prácticas Clínicas.

Cordialmente,

RICARDO RODRIGUEZ SASTRE
Secretario del Comité

Doctor **GUSTAVO HINCAPIE DIAZ**
Presidente (e) del Comité