

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL “DR. JOSE MARÍA VARGAS”

POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA
EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

AUTOR: Dra. MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO.

TUTOR Y ASESOR METODOLÓGICO: DRA. ADRIANNA BETTIOL.

SAN CRISTÓBAL, OCTUBRE 2016

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA
EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR MARIA
ANGÉLICA MORENO CARRILLO ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES – VENEZUELA, COMO CREDENCIAL
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
INTERNA.

Autor:

María Angélica Moreno Carrillo. Residente del Tercer Año del Postgrado de Medicina Interna, para la acreditación como Especialista en Medicina Interna de la Universidad de los Andes Extensión Táchira – Venezuela.

Tutor y Asesor Metodológico:

Dra. Adrianna Bettioli. Profesora de la Universidad de los Andes, Extensión Táchira. Cátedra: Clínica Médica. Profesora del Postgrado de Medicina Interna ULA/Hospital Central de San Cristóbal. Jefe de Servicio de Medicina Interna Hospital Central de San Cristóbal. Edo. Táchira.

Lugar de realización:

Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira. Emergencia Adultos, Unidad de Cuidados Coronarios. (20 de abril al 15 de agosto de 2016)

AGRADECIMIENTOS

A Dios, y a la Virgen por su luz y guía, quienes escucharon mis oraciones, para que esto pudiera ser realidad.

A mi tutor la Doctora. Adrianna Bettiol, quien asumió el reto de guiarme y corregirme en la realización de este trabajo.

A mi familia, por su apoyo incondicional en todo momento, porque me dieron día a día, la fuerza para continuar este camino.

A mis amigos, compañeros de trabajo y estudio, por todo su apoyo.

www.bdigital.ula.ve

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, la cual se ha relacionado con diferentes patologías. Al menos el 65% de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio (IAM) experimentan síntomas depresivos.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de IAM hospitalizados en la emergencia y en la unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal (HCSC).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, desde el 20 de abril hasta el 15 de agosto de 2016, con una muestra conformada por 74 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, realizándose la recolección de datos y la aplicación de la Escala HADS. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info versión 7.0.

RESULTADOS: La prevalencia de depresión por la escala HADS en los pacientes con IAM fue del 44,49%, con mayor prevalencia en el sexo masculino (51,51%), en el grupo etario de 60-69 años (30,30%); en los pacientes con bajo nivel educativo (69,69%), condición socioeconómica baja a moderada (48,48%), y en los que presentaron alteración en la fracción de eyección (78,78%). La prevalencia en pacientes con DM tipo2 fue de 16,21%, y en pacientes con HTA fue de 37,84%.

CONCLUSIONES: La prevalencia de depresión en pacientes con IAM fue similar a la reportada a nivel mundial, evidenciándose mayor prevalencia en pacientes con bajo nivel educativo, nivel socioeconómico bajo a moderado, y con alteración en la fracción de eyección.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Infarto Agudo de Miocardio, Prevalencia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The depression is the principal reason of disability worldwide, which has related to different pathologies. At least 65 % of the patients with acute myocardial infarction (IAM) experiences depressive symptoms.

OBJECTIVES: To determine the prevalence of depression in the patients with IAM hospitalized in the emergency and in the unit of Taken Care Coronary of HCSC.

MATERIALS AND METHODS: A prospective, transverse, descriptive observational study was conducted from April 20 until August 15, 2016, with a sample shaped by 74 patients, that expired with the criteria of incorporation, there being realized the compilation of information and application of the Scale HADS. For statistical analysis, the Epi Info version 7.0 program was used.

RESULTS: The prevalence of depression for the scale HADS in the patients with IAM was 44,49 %, with major prevalence in the masculine sex (51,51%), and in the age group 60-69 years (30,30%); likewise in the patients with low educational level: (69,69 %) socioeconomic low condition to moderated (stratum IV 48,48 %), and those who presented alteration in the fraction of ejection (78,78 %); the prevalence in patients with DM tipo2 was 16,21 %, and of arterial hypertension it was 37,84 %.

CONCLUSIONS: The prevalence of depression in patients with IAM was similar to the brought one worldwide, as well as the major prevalence in patients with low educational level, socioeconomic low level to moderated, and alteration in the fraction of ejection.

KEY WORDS: Depression, Acute Myocardial Infarction, Prevalence

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	8
II.	MARCO TEÓRICO.....	10
III.	JUSTIFICACIÓN.....	24
IV.	OBJETIVOS.....	25
V.	VARIABLES.....	28
VI.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
VII.	RESULTADOS.....	41
	GRÁFICO N°1.....	42
	TABLA N°1.....	43
	TABLA N°2.....	44
	GRÁFICO N°2.....	45
	TABLA N° 3.....	46
	TABLA N°4.....	47
	TABLA N°5.....	48
VIII.	DISCUSIÓN.....	50
IX.	CONCLUSIONES.....	57
X.	RECOMENDACIONES.....	59
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
XII.	ANEXOS.....	70
	ANEXO N°1.....	70
	ANEXO N° 2.....	74
	ANEXO N°3.....	75
	ANEXO N°4.....	76
	ANEXO N°5.....	77
	ANEXO N°6.....	78
	ANEXO N°7.....	79

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno más común del estado de ánimo. De acuerdo al reporte anual de la Organización Mundial de la Salud actualmente esta enfermedad ocupa un cuarto lugar y se espera que para el 2020 ocupe un 2do lugar.

La depresión trae consigo un distintivo cambio en el estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad acompañado por varios cambios fisiopatológicos, tales como alteración del sueño, apetito o deseo sexual, constipación, pérdida de la habilidad de experimentar placer en el trabajo o con los amigos, ideación suicida y enlentecimiento del discurso y las acciones los cuales interfieren considerablemente con las relaciones laborales y personales.

Se ha correlacionado la presencia de depresión tras un evento coronario, pues la hospitalización de un paciente trae consigo diversas reacciones situacionales que dependen de la personalidad y de la capacidad adaptativa frente a una enfermedad, es frecuente el miedo a padecer un nuevo infarto, el miedo a morir, la preocupación por la salud, los sentimientos de invalidez, la baja autoestima, la sensación de no control de su propia vida, la incertidumbre acerca del futuro, el verse obligados en ciertos casos a un replanteamiento de la actividad laboral y la renuncia a determinados hábitos; no obstante aunado a esto se han encontrado factores de estrés relacionados con la depresión en pacientes que han sufrido un Infarto Agudo de Miocardio, tales como las malas relaciones familiares, el desempleo, menor nivel

educativo y el bajo apoyo social, que se relacionan con deterioro en el estado de salud durante el primer año de recuperación, especialmente las mujeres.

En estudios internacionales, al menos el 65% de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio experimentan síntomas depresivos y, el 15 al 20% son diagnosticados con depresión mayor. Lo expuesto muestra, con claras evidencias, la relación existente entre el cerebro y el corazón dando una visión de la depresión como un factor de riesgo con peso independiente; muchas veces subdiagnosticada o subtratada en pacientes con evento coronario.

De estos planteamientos surge la necesidad de determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, hospitalizados en las áreas de la emergencia y unidad de cuidados coronarios del Hospital Central de San Cristóbal mediante la aplicación de la escala HADS, teniendo en cuenta el sustento teórico y los resultados de los estudios que hasta el momento se han realizado; de esta manera se busca obtener información con respecto a la población de la región, establecer comparaciones y, asimismo, incentivar la detección del diagnóstico de depresión en los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, debido a que representa un aumento en incidencia y riesgo de morbimortalidad.

II. MARCO TEÓRICO

La depresión es el trastorno más común del estado de ánimo que contribuye de manera significativa a la carga global de cualquier enfermedad, caracterizado por síntomas cardinales de estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer que reducen el funcionamiento y que frecuentemente son recurrentes. Actualmente de acuerdo al reporte anual de la Organización Mundial de la Salud¹, la depresión ocupa el cuarto lugar en prevalencia de enfermedades, adelantada únicamente por la cardiopatía isquémica, pero superando a todas las demás enfermedades, especialmente el cáncer y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, principales causas de muerte de las sociedades occidentales¹. Puede aparecer en forma de trastorno leve hasta alteraciones graves con síntomas psicóticos que a menudo comienzan a temprana edad, siendo el primer causante de discapacidad en los Estados Unidos y otros países del mundo, se estima que afecta a 350 millones de personas en todo el mundo, siendo 50% mayor en las mujeres, de hecho, es la causa principal de carga de enfermedad para las mujeres tanto en países de alto nivel de ingresos así como en los de niveles medio y bajo,² no sólo ocasiona un extraordinario sufrimiento personal y familiar, sino que también tiene repercusiones sociales importantes y un mayor uso de los servicios sanitarios³, con costes enormes derivados del tratamiento,⁴ además de una pérdida de productividad debida al ausentismo laboral.⁵

La Encuesta Mundial de Salud Mental⁶ llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año inmediatamente anterior.⁶ La prevalencia de depresión a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón a un 16.9% en EEUU, llegando entre un 8 a 12 % en la mayor parte de los países. La falta de criterios diagnósticos de despistaje hace difícil comparar tasas de depresión entre las naciones. Además, la expresión del trastorno se ve influida a causa de las diferencias culturales y el género; siendo dos o tres veces más común en las mujeres.⁷

Entre las primeras causas de morbilidad mundial se encuentran dos patologías que revisten 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 la Depresión y el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) se postulan como las dos primeras patologías en cuanto a prevalencia a nivel mundial para el año 2020⁸.

El IAM se puede reconocer por características clínicas, incluidos los hallazgos en el electrocardiograma (ECG), valores elevados de marcadores bioquímicos (biomarcadores) de necrosis miocárdica e imágenes; también se puede definir mediante la anatomía patológica. El biomarcador preferido, en general y para cada categoría específica del IAM, es la troponina (I o T), que tiene una elevada especificidad del tejido miocárdico y una elevada sensibilidad clínica. Es práctica

habitual atribuir IAM a pacientes con molestias torácicas u otros síntomas isquémicos que sufren elevación del segmento ST en dos derivaciones contiguas como un «infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST» (IAMCEST) o sin ella de acuerdo a hallazgos electrocardiográficos.⁹

La enfermedad coronaria aguda es una de las principales causas de muerte en el mundo. El número de eventos que ocurre en mujeres es de 1-4 con respecto a los hombres. Sin embargo el primer episodio de infarto agudo de miocardio es mucho más fatal en mujeres que en los hombres. Con respecto a los hombres, las mujeres vuelven a trabajar con menos frecuencia, utilizan menos los programas de rehabilitación cardíaca y reanudan la actividad sexual después de un período de tiempo más largo. Estas diferencias con respecto a los hombres pueden ser explicadas porque el desarrollo de infarto agudo de miocardio en mujeres se presenta en edades mayores.¹⁰

Desde 1628, William Harvey definió el sistema circulatorio como se conoce actualmente y propuso una unión entre mente y corazón. Solo más de 300 años después que inician las investigaciones para esclarecer este concepto.¹¹ La depresión está siendo vista como un factor de riesgo independiente de los factores de riesgo tradicionales para enfermedad coronaria, es así, como un comité de expertos convocado por la Asociación Americana del Corazón,¹² concluyó que la depresión se debe adicionar a los factores de riesgo clásicos independientes en el desarrollo y progreso de enfermedad cardíaca. Asimismo, la depresión en personas saludables sin enfermedades cardíacas está siendo asociada con el desarrollo de enfermedad arterial

coronaria. En el estudio realizado por Ford De, et al¹³, de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore (EE.UU), de tipo poblacional de cohorte, prospectivo, con una media de seguimiento de 37 años, a un total de 1190 estudiantes varones de medicina, con edad promedio de 26 años a través del examen físico, los antecedentes familiares y personales, demostraron que la depresión juega un papel como predictor independiente al desarrollo subsecuente de enfermedades cardíacas e IAM.

La depresión es un factor de riesgo de morbi-mortalidad cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente tras un infarto agudo de miocardio, hasta tal punto que se ha relacionado con un incremento 4 veces mayor en el riesgo de mortalidad durante los primeros 6 meses después de un IAM, y su significado pronóstico es comparable a poseer historia de disfunción ventricular izquierda en el seno de un infarto.¹⁴

Se ha objetivado que las tasas de depresión en mujeres hospitalizadas con IAM son de 1,5 a 2 veces más altas que en los hombres. También se describe que un pobre ingreso per cápita, un bajo nivel educativo, exposición a hechos violentos, el estado conyugal, especialmente en hombres divorciados y el antecedente de depresión en la familia, influyen en el desarrollo de ésta¹⁵.

Los mecanismos por los cuales la depresión tiene efectos cardiovasculares negativos es debido a una combinación de diversos factores tales como lo son una respuesta exagerada a estresores físicos, alta variabilidad en la repolarización

ventricular y baja sensibilidad de barorreceptores, eventos inflamatorios por elevación de citoquinas proinflamatorias, TNF- α , IL-1, IL-6, las cuales participan en la patogénesis de la aterosclerosis, predisponiendo la propagación de eventos isquémicos en el miocardio. La variabilidad de la frecuencia cardíaca muestra un estrecho balance entre la actividad simpática y parasimpática, en los pacientes con infarto de miocardio y más aún en pacientes deprimidos, en estos se presenta una desregulación del sistema nervioso simpático, perdiendo dicha relación e incrementando el riesgo de arritmias. En una media de 24 horas, los pacientes con depresión tienen una mayor frecuencia cardíaca que los pacientes sin depresión en rango de 5 a 11, es así como los pacientes con depresión tienen más eventos cardiacos mayores a los 12 meses que los no deprimidos, y el riesgo de morir después de un IAM también es mayor.¹⁶ En la periferia se aumenta la liberación de catecolaminas, aumentando la resistencia vascular sistémica y elevando cifras de tensión arterial, los altos niveles de catecolaminas circulando pueden contribuir al daño endotelial recurrente, también promover un estado procoagulante por potenciar la activación plaquetaria a través de agonistas directos, incrementando el estrés en las paredes vasculares o inhibiendo la síntesis vascular de eicosanoides resultando en un incremento del riesgo de progresión de aterosclerosis, arritmias ventriculares, isquemia miocárdica y disrupción de placa. La actividad plaquetaria y la agregación de las mismas son componentes claves en el desarrollo de la isquemia aguda, se ha visto que este fenómeno se encuentra aumentado en los pacientes con depresión y su mecanismo es mediado por la serotonina. Cuando la serotonina se une al receptor 5HT-2 de las plaquetas, ocasiona liberación de factores procoagulantes reservados en

ellas y ocasiona su agregación. En el endotelio normal, la serotonina lo estimula a la producción de óxido nítrico resultando en vasodilatación, pero en un endotelio dañado por una placa aterosclerótica interfiere en la liberación de óxido nítrico y es entonces donde la serotonina ocasiona vasoconstricción. Los pacientes con depresión, son menos propensos a seguir una dieta baja en grasas, dejar de fumar o consumir alcohol, hacer ejercicio o reducir sus niveles de estrés lo que lleva a recurrentes eventos cardiacos.¹⁷

Para determinar la presencia o no de depresión, la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) está siendo postulado a ser superior a otras escalas de medida de depresión en enfermedad arterial coronaria.¹⁸ Está conformada por 14 ítems, creada por Zigmond y Snaith (1983) R.P, la cual permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. Entre sus ventajas, incluye, entre otras: a) su sencillez y brevedad, que aumenta la probabilidad de aceptación para su uso, b) la exclusión de ítems de carácter somático que pudieran confundirse en la evaluación de pacientes físicos con síntomas como pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos, y c) sus ítems aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión. El contenido de la HADS está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La HADS está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última

semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión; para la puntuación de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez caso posible, y de once o más caso probable. En una revisión de 24 estudios, estos puntos de corte, muestran una sensibilidad y especificidad del 80% de promedio en pacientes de atención primaria y servicios hospitalarios¹⁹. La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, como su validación en español²⁰.

De acuerdo al estudio de prevalencia, descriptivo realizado por Mendoza, Franco, et al²¹ donde evaluaron 76 pacientes con diagnóstico de IAM desde el mes octubre del año 2011 hasta el mes de junio del año 2012, mediante la escala de HADS, cuyos resultados de probable depresión y sin depresión, obtuvieron con mayor frecuencia pacientes que se encontraron en el grupo etario de 70 a 79 años: reportándose 17 (32,1%) casos con probable depresión, 5 con posible depresión (62,5%) y 6 sin depresión (40,0%). En los 16 casos de IAM en menores de 60 años, al 81% no se les identificó depresión según la escala HADS y el 19% restante solo depresión posible. En cuanto a la relación con el sexo, se encontró que en los 23 casos con un puntaje mayor o igual a 8, el 60% eran del sexo femenino frente a un 40% de sexo masculino. De acuerdo al estado laboral en los pacientes no empleados, la depresión se presentó en 12 (31.6%) casos, en los pacientes con empleo se estableció en 7 (30.4%) y en los pensionados/retirados en 4 (26.6%) casos.

En el estudio MINDMAPS realizado por Frank Doyley et al²², seleccionaron 10175 pacientes que cumplieron entrevista diagnóstica o el cuestionario de depresión de 16 estudios prospectivos observacionales de nueve diferentes países publicados sobre depresión post IAM desde enero de 2011, dentro de 3 meses de hospitalización seguidos durante 3.15 años en promedio, tomaron en cuenta todas las causas de mortalidad y los eventos cardiovasculares mayores como angina inestable y revascularización quirúrgica, datos demográficos, depresión, severidad de la enfermedad (FEVI menor a 40%, clasificación Killip), historia de infarto miocárdico previo, comorbilidades, diabetes, fumador, uso de medicación. Encontraron que el 36% (635/1760) de las mujeres y el 29% (1575/5526) de los hombres, reportaron niveles elevados de depresión y el riesgo de todas las causas de mortalidad asociado con depresión fue mayor en hombres (razón de riesgo = 1,38 , IC del 95 % = 1,30-1,47) que en mujeres (razón de riesgo = 1,22 , IC del 95 % = 1.14 a 1.31 p < 0,001) al igual que una baja fracción de eyección (0.294, 95% CI = 0.090-0.498). Los hombres pueden ser más propensos a tener depresión como consecuencia de la severidad de la enfermedad coronaria y las mujeres más a menudo tienen signos o diagnóstico de depresión preexistente.

En otro estudio de tipo observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo realizado por Lozano Cortes, Lyda²³, en 23 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio entre noviembre de 2007 y mayo de 2008, mostró que el promedio de edad de los pacientes participantes del estudio fue de 67 años, encontrándose un rango de edad entre 31 y 85 años. La mediana fue de 68 años,

teniendo en cuenta la totalidad de los datos, lo que indica que el 50% de los pacientes del estudio fueron mayores de esa edad. El grado de escolaridad más frecuentemente alcanzada por los pacientes de la muestra estudiada fue primaria completa, correspondiendo al 21.74 % de ellos. Por otra parte de los pacientes estudiados con depresión, el 48 % tenía antecedentes de tabaquismo.

En cuanto a la interacción entre el estado civil y la depresión, en el estudio de tipo caso y control realizado por Panagiotakos DB, et al,²⁴ en el cual participaron 750 pacientes con un primer episodio de síndrome coronario agudo y 778 sujetos hospitalizados libres de enfermedades cardiovasculares, de forma aleatoria y estratificada seleccionada entre varias regiones griegas, describieron que el riesgo coronario se triplica (OR 1,29- 2,87 95%) en hombres divorciados/viudos y duplica el riesgo (OR = 2,23 IC 95% (1,11- 2,95) en las mujeres con un valor de $p < 0,001$. De igual manera, el divorcio o la viudez conllevan a un aumento en el consumo de cigarrillos. El solo hecho de tener graves dificultades en las relaciones interpersonales o no tener compañero sentimental, eleva 2,7 veces el riesgo de desarrollar depresión en la población general. En el estudio descriptivo realizado por Gómez, C et al²⁵, de corte transversal donde se aplicó una encuesta entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 116 adultos de 18 años de edad o más de uno u otro sexo, de los 116 pacientes, se evidenció que en el 68% de los pacientes casados o en unión libre no se identificó depresión.

En los pacientes que sufren de depresión, las conductas de riesgo son aún más comunes; los individuos con IAM y depresión son más propensos a fumar y a la recaída después de dejar fumar, estos comportamientos de riesgo podrían explicar en parte la mayores tasas de morbilidad y mortalidad entre los pacientes con depresión.²⁶ Asimismo Siqin Ye, et al²⁷, en un estudio de tipo descriptivo con 4.676 participantes, reportó que aquellos pacientes con IAM y síntomas depresivos elevados eran más propensos a ser fumadores actuales (27,6% vs. 13,8%; $p < 0,001$).

Por otra parte Scherrer J. F., et al²⁸, con el objetivo de esclarecer la condición de factor de riesgo cardiovascular de la diabetes tipo 2, la depresión mayor y la combinación de ambos problemas de salud, así como la magnitud de su capacidad predictora de morbimortalidad cardiovascular a medio-largo plazo; realizaron un seguimiento de casi 400.000 personas ($n = 345.949$), con edades comprendidas entre los 25 y los 80 años, durante siete años. El total de participantes se dividió en cuatro grupos de participantes: trastorno depresivo mayor ($n = 77.568$), diabetes tipo 2 ($n = 40.953$), diabetes tipo 2 y depresión mayor ($n = 12.679$) y el grupo de control de sujetos sanos ($n = 214.749$). En los 7 años de seguimiento, las tasas de infarto cardíaco fueron del 3,5 % en el grupo con trastorno depresivo mayor, del 5,9 % en el grupo con diabetes, del 7,4 % en el grupo con ambas enfermedades y del 2,6 % en el grupo control. Esto supone que a medio-largo plazo, tanto la diabetes tipo 2 como el trastorno depresivo mayor, de manera independiente, incrementan en un 30% la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, riesgo que se eleva al 82% cuando la persona padece de manera simultánea ambas alteraciones. El mayor riesgo

cardiovascular de las personas que padecen diabetes tipo 2 y depresión mayor podría explicarse por la actividad de dos mecanismos: uno directo los cambios fisiológicos que suponen estos dos problemas de salud, especialmente en lo relacionado con la alteración de la regulación de la insulina propia de la diabetes y, uno indirecto la depresión supone una modificación importante del estilo de vida, que generalmente, se relaciona con un aumento del sedentarismo y con la adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas para la salud como un aumento del consumo de alcohol y/o tabaco, una dieta poco equilibrada, una menor adherencia al tratamiento para la diabetes. La diabetes y la depresión comparten varias alteraciones metabólicas con respecto a las citoquinas proinflamatorias, glucocorticoides, la señalización, y la respiración celular. La prevalencia de la depresión es alta en pacientes con diabetes²⁹, ya que afecta el 18% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes con IAM, diabetes y depresión tienen un mayor riesgo de mortalidad.

La depresión es una patología fuertemente ligada a enfermedades cardiovasculares, siendo la comorbilidad entre ambas fuente de una gran cantidad de enfermedades crónicas y degenerativas con altas tasas de mortalidad a nivel global. De esta forma, una persona que evoluciona con un síndrome depresivo después de los 40 años de edad debe ser evaluada para estimar su riesgo de enfermedad coronaria. Respecto a la asociación entre depresión, diabetes e hipertensión arterial (HTA), se han postulado diferentes mecanismos, destacándose entre ellos la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo. En un estudio analítico de corte transversal que incluyó

a 442 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años, determinaron que un 51% de los pacientes con HTA presentaban depresión.³⁰

Con respecto a la relación de la depresión y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, en el estudio prospectivo realizado por François Lesperance, et al,³¹ donde se incluyeron 222 pacientes tras un IAM, se evaluaron los factores de riesgo de depresión entre ellos la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Demostraron establecer que no había ninguna relación; sin embargo Frasure-Smith, et al³² en una muestra que incluyó a 896 pacientes con diagnóstico de IAM destacó una significativa correlación entre la FEVI (definida como una variable de dos niveles: superiores a 35% e inferior de 35%) y puntuaciones significativas para depresión determinada mediante el inventario de Beck. Asimismo Josst P, et al³³ en un estudio multicéntrico realizado en los países bajos, donde reclutaron pacientes consecutivos (septiembre de 1999 a noviembre de 2002), hospitalizados por infarto agudo de miocardio, en 10 hospitales (incluyendo tres centros terciarios) en los cuales examinaron la relación de la FEVI y la incidencia de la depresión en pacientes con IAM; encontraron que el nivel de la FEVI tiene una correlación significativa inversa con respecto a la puntuación de depresión de los pacientes tres meses después del infarto del miocardio (OR 4,14 para los pacientes con FEVI <30%). Titia A, Spijkerman, et al,³⁴ tras un estudio en países bajos de Holanda, que evaluó la presencia previa de depresión, riesgo cardiovascular y factores demográficos en pacientes con IAM, concluyeron que la historia de trastorno depresivo, ser mujer, una baja FEVI y la duración de la hospitalización puede ser considerada como

variables predictoras independientes para la depresión después de un IAM. En el análisis univariable, la mayoría de los pacientes con depresión e IAM se encontraban en clase socioeconómica de baja a moderada ($p < 0,05$), en adición, hallaron que la mayoría de los pacientes que han estado deprimidos durante los últimos tres meses después del evento coronario tuvieron una FEVI $< 40\%$ (25% vs. 15,3%, $p < 0,001$). Análisis de los datos relacionados con estas variables en regresión logística mostró que la FEVI menor o igual al 40% podría predecir la depresión siguiente al IAM ($p < 0,01$; $\beta = 1,18$; OR = 3,259; IC del 95% = 1,739-6,106). Estos resultados mostraron que entre las variables para predecir la depresión siguiente al IAM, la FEVI tuvo una contribución significativa.

Evidentemente, los pacientes con enfermedad más grave también están en mayor riesgo de resultados adversos cardíacos, como los nuevos eventos cardíacos, rehospitalización y la mortalidad cardíaca.³⁵ Del mismo modo, otros factores de riesgo médicos como el tabaquismo y la diabetes se asocian tanto con la gravedad de la enfermedad y la depresión. Por lo tanto la exposición a otros factores de riesgo podría dar lugar a una mayor prevalencia de depresión, así como peor pronóstico cardíaco.

El presente estudio se desarrolló con la finalidad de determinar en una fase inicial la presencia de depresión posterior a un Infarto Agudo de Miocardio. Se realizó esta propuesta con base encontrada 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 venezolana, no se encuentran muchos reportes de la literatura respecto a este tema en particular, lo cual incentivó a realizar la presente investigación.

www.bdigital.ula.ve

III. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años ha crecido el interés por los trastornos del estado del ánimo en pacientes que han sufrido Infarto Agudo de Miocardio. Este hecho está motivado por diferentes razones como su alta incidencia, por su impacto en la calidad de vida de los pacientes y especialmente por su probable asociación con una mayor morbimortalidad. Recientemente la American Heart Association ha elevado el síndrome depresivo a factor de riesgo de mal pronóstico tras un infarto agudo de miocardio. Algunos estudios apuntan que un paciente con depresión tiene 3,5 veces más riesgo de muerte que los no deprimidos.

Muchas veces en el quehacer médico diario, se enfoca solo el diagnóstico de infarto agudo de miocardio y su tratamiento, sin tomar en cuenta el componente emocional que pudiera representar dicho evento; es así como el diagnóstico de depresión pasa muchas veces desapercibido.

La presente investigación contribuyó en el proceso de generación de conocimientos respecto a la depresión y su relación con el Infarto Agudo de Miocardio, lo cual representa un aporte y una nueva fuente de consulta para otros estudios relacionados; por otra parte en Venezuela de acuerdo a la literatura revisada se han encontrado muy pocos estudios relacionados, asimismo en el área local del estado Táchira, por tal motivo se realizó este estudio para determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la Emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal- Edo Táchira.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central San Cristóbal, de acuerdo al sexo.
2. Conocer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central San Cristóbal, de acuerdo al grupo etario.
3. Establecer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central San Cristóbal, de acuerdo al nivel socioeconómico.

4. Establecer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central San Cristóbal, de acuerdo a su estado laboral.

5. Establecer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central San Cristóbal, de acuerdo a su estado civil.

6. Establecer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central San Cristóbal, de acuerdo al nivel educativo.

7. Conocer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, de acuerdo al hábito tabáquico.

8. Conocer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con diabetes mellitus y diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal.

9. Conocer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con hipertensión arterial y diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal.

10. Conocer la prevalencia de depresión mediante la aplicación de la escala HADS en los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal.

11. Determinar si existe asociación entre la depresión mediante la aplicación de la escala HADS y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia o en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal.

V. VARIABLES

1. Depresión: Se define como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se diagnosticó mediante la subescala de depresión de la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Anexo N°1) con una puntuación ≥ 8 puntos la cual se categorizó como:

1. Sin depresión < 8 pts.
2. Con depresión: ≥ 8 pts. De presentarse una puntuación se clasificó en:
 - 2.1 Caso posible de depresión: (entre 8 y 10 puntos).
 - 2.2 Caso probable de depresión (≥ 11 puntos).

2. Sexo: Se define como las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombres y mujeres. Se reconoce a partir de datos corporales genitales. El sexo, es una construcción natural, con la que se nace. Se categorizó como:

1. Masculino.
2. Femenino.

3. Edad: Se define la edad como los años cumplidos a la fecha del ingreso al estudio y se categorizó en grupos etarios:

1. Grupo etario de 18 a 24 años.
2. Grupo etario de 25 a 29 años.

3. Grupo etario de 30 a 39 años.
4. Grupo etario de 40 a 49 años.
5. Grupo etario de 50 a 59 años.
6. Grupo etario de 60 a 69 años.
7. Grupo etario de 70 a 74 años.
8. Grupo etario mayor a 75 años.

4. Estrato social: La estratificación social es un medio para representar la desigualdad social de una sociedad en la distribución de los bienes y atributos socialmente valorados. El nivel socioeconómico se determinó por las puntuaciones obtenidas en la escala Graffar⁴⁶ (Anexo N°2), la cual se categorizó en:

1. Estrato I (puntuación comprendida 4, 5,6 puntos).
2. Estrato II (puntuación comprendida 7, 8,9 puntos).
3. Estrato III (puntuación comprendida 10, 11,12).
4. Estrato IV (puntuación comprendida 13, 14, 15,16).
5. Estrato V (puntuación comprendida entre 17, 18, 19,20 puntos).

5. Estado laboral: Definiéndose como todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social, las cuales se categorizó como:

1. Empleado
2. No Empleado: De ser no empleado se categorizó como:

2.1 Ama de casa.

2.2 Estudiante.

2.3 Pensionado (a).

2.4 Discapacitado (a).

2.5 Otras.

6. Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto, se categorizó como:

1. Soltero.
2. Casado.
3. Conyugue.
4. Divorciado.
5. Viudo.

7. Nivel educativo: Es el nivel de instrucción que recibe un individuo en un sistema como parte de su educación, se categorizó como:

1. Analfabeta.
2. Educación primaria Incompleta.
3. Educación primaria Completa.
4. Secundaria Incompleta.
5. Secundaria Completa.
6. Técnica Incompleta.
7. Técnica Completa.
8. Universitaria incompleta.
9. Universitaria Completa.

8.Hábito tabáquico: Definido como el comportamiento repetido regularmente hacia el consumo de cigarrillo o tabaco, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, el cual se categorizó de acuerdo a las recomendaciones de la reunión de Padua (Italia), de octubre de 1984, del Comité Subeuropeo sobre promoción de la Organización Mundial de la Salud ⁴⁷ como:

1. No fumador (definido como todo aquel individuo que en el momento de la encuesta no fuma o no ha fumado).
2. Fumador habitual (definido como toda persona que en el momento de la encuesta consume cualquier tipo de tabaco todos los días).
3. Fumador ocasional (definido como toda persona que fuma pero menos de una vez al día).
4. Ex fumador (definido como toda persona que ha fumado diariamente al menos durante seis meses, pero que no fuma en el momento de la encuesta).

9. Diabetes Mellitus: Definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, que cumplió con los criterios diagnósticos (Anexo N° 3) o que esté recibiendo tratamiento farmacológico, la cual se clasificó de acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes ⁴⁸ (ADA) como:

1. Presente:
2. Ausente.

De estar presente se categorizó como:

- 1.1 Diabetes Mellitus tipo 1
- 1.2 Diabetes Mellitus tipo 2
- 1.3 Otros tipos específicos de Diabetes

10. Hipertensión arterial: Definida como una PAS \geq 140 mmHg o una PAD \geq 90 mmHg⁴⁹ o que el paciente este recibiendo tratamiento de fármacos antihipertensivos.

Se categorizó como:

1. Presente
2. Ausente

De estar presente se categorizó como:

- 1.1 Tratada
- 1.2 No tratada

11. Fracción de eyección (FE): Es el porcentaje de sangre expulsada de un ventrículo con cada latido, medido mediante ecocardiografía Modo M, de acuerdo a metodología descrita⁵⁰ y se categorizó como:

3. Normal (> 55%).
4. Compromiso leve (45- 54%).
5. Compromiso moderado (30-44%).
6. Compromiso severo (< 30%).
7. Estudio no realizado.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio de tipo prevalencia, prospectivo, observacional, descriptivo, transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia de Depresión mediante la aplicación de la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en pacientes con diagnóstico de IAM hospitalizados en la Unidad de Cuidados Coronarios y la emergencia del Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira, Venezuela en el lapso comprendido entre el 20 de Abril hasta el 15 de Agosto del 2016.

Para la realización del presente estudio se tomaron todos los pacientes que ingresaron al Hospital Central de San Cristóbal en el área de emergencia de adultos con el diagnóstico de IAM, según la tercera definición de IAM⁹ (Anexo N°4). De ellos fueron seleccionados como población y muestra a ingresar al estudio todos aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos que se describen a continuación.

Criterios de Inclusión al estudio:

1. Pacientes con diagnóstico de IAM, de acuerdo a la tercera definición de IAM⁹ (Anexo N° 4), de ambos sexos, mayores de 18 años, que permanezcan hospitalizados por más de 48 horas en el área de

cuidados coronarios y el área de la emergencia del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira. Venezuela.

2. Paciente a quien se explique la finalidad del estudio, y previa autorización y firma del Consentimiento Informado, acceda a ingresar al estudio de investigación.

Serán criterios de exclusión:

1. Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
2. Pacientes menores de 18 años.
3. Pacientes con antecedente de depresión.
4. Paciente que están recibiendo tratamiento con antidepresivos.
5. Pacientes con factores que impidan la realización de una entrevista clínica (alteraciones de su estado mental de cualquier índole, deterioro cognitivo, problemas auditivos y visuales severos, ventilación mecánica, barrera idiomática).
6. Paciente con denegación del consentimiento informado.
7. Pacientes embarazadas.

El investigador principal se dirigió a los servicios de la Emergencia y Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal durante el período de duración del estudio, de lunes a viernes en el horario de 5 a 9 pm; se revisó el registro de pacientes ingresados con el diagnóstico de IAM y, de inmediato se verificó si

cumplían con los criterios diagnósticos (ver Anexo N° 4), de esta manera se obtuvo la preselección de los sujetos potencialmente participantes en el estudio, siendo registrados en un listado de preselección, anotando el motivo en caso de ser descartados. (Anexo N° 5).

A continuación se procedió por parte del investigador principal, a la búsqueda del paciente en el área de la emergencia o unidad de cuidados coronarios; el investigador principal, le explicó a cada uno de los pacientes ingresados al estudio que cumplieron con criterios de inclusión, la finalidad y el objetivo de la investigación. Una vez que aceptaron ingresar al estudio, se presentó el documento de Consentimiento Informado (Anexo N°6), que posterior a su lectura y firma, fue formalizado el ingreso del paciente al estudio.

Obtenido el listado de seleccionados y previa autorización del paciente, este fue entrevistado por parte del investigador en el área de la emergencia y de la unidad de cuidados coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela, de lunes a viernes en el horario de 5:00 pm a 9:00 pm, de forma individual se les aplicó la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Anexo N°1), durante las primeras 72 horas de ingreso, en donde se identificó la presencia o no de depresión.

La escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Anexo N° 1) está estructurada en dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro

clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se consideró de cero a siete sin depresión, de ocho a diez dudoso, y de once o más como caso probable. La escala se contestó en un lapso de cinco a diez minutos, lo que hizo sencilla su aplicación por parte del investigador. En las instrucciones se pidió al paciente que describiera cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy desde el punto de vista afectivo y emocional. Fue leída cada pregunta y respondieron acorde a la que consideraron coincidió con su propio estado emocional, asimismo se sugirió que no pensarán mucho tiempo cada respuesta, ya que en este cuestionario (Anexo N°1) las respuestas espontáneas tienen más valor que las que piensan mucho.

Luego, por parte del investigador se procedió a la introducción de datos en el instrumento denominado Ficha de Recolección de Datos Generales de la Investigación. (Anexo N° 7), la cual constó de los siguientes apartados:

1. **Fecha de ingreso:** Definida como el día, mes y año; en que el paciente, ingresó al estudio, en cumplimiento de los criterios de inclusión
2. **Número de participante:** Se asignó un número al formato de Ficha de Recolección de Datos Generales de la Investigación, en escala ordinal iniciando por el número 1, de forma secuencial; en la medida que los pacientes fueron ingresados al estudio, mediante la cual fue realizada una identificación rápida y seriada en la base de datos.

3. **Datos de identificación:**

Nombres y apellidos: Como fueron registrados en la cédula de identidad.

4. **Sexo:** Definido como las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombres y mujeres. Se reconoce a partir de datos corporales genitales. El sexo, es una construcción natural, con la que se nace. Se categorizó como: 1. Masculino 2. Femenino.

5. **Edad:** Se definió la edad como los años cumplidos a la fecha del ingreso al estudio y, se categorizó en grupos etarios de la siguiente manera: Grupo etario de 18 a 24 años, Grupo etario de 25 a 29 años, Grupo etario de 30 a 39 años, Grupo etario de 40 a 49 años, Grupo etario de 50 a 59 años, Grupo etario de 60 a 69 años, Grupo etario de 70 a 74 años, Grupo etario mayor a 75 años.

6. **Estrato social:** La estratificación social es un medio para representar la desigualdad social de una sociedad en la distribución de los bienes y atributos socialmente valorados. El nivel socioeconómico estuvo determinado por las puntuaciones obtenidas en la escala Graffar⁴⁶, las cuales fueron categorizadas como sigue: Estrato I puntuación comprendida 4, 5,6; Estrato II puntuación comprendida 7, 8,9; Estrato III puntuación comprendida 10, 11,12; Estrato IV puntuación comprendida 13,14,15,16; Estrato V puntuación comprendida entre 17,18,19,20 puntos (Anexo N°2) .

7. **Estado laboral:** Definiéndose como todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social, categorizado como: Empleado no Empleado, en caso de ser No empleado se subcategorizará en: Ama de casa, Estudiante, Pensionado (a), Discapacitado (a), otros.
8. **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto, se categorizó como: Soltero, Casado, Cónyuge, Divorciado, Viudo.
9. **Nivel educativo:** Es el nivel de instrucción que recibe un individuo en un sistema como parte de su educación, se categorizó como: Analfabeta, Primaria completa, Primaria incompleta, Secundaria completa, Secundaria incompleta, Universitario.
10. **Hábito tabáquico:** Definido como el comportamiento repetido regularmente hacia el consumo de cigarrillo o tabaco, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, el cual se categorizó de acuerdo a las recomendaciones de la reunión de Padua (Italia), de octubre de 1984, del Comité Subeuropeo sobre promoción de la Organización Mundial de la Salud⁴⁷ como: No fumador (definido como todo aquel individuo que en el momento de

la encuesta no fuma o no ha fumado), Fumador habitual (definido como toda persona que en el momento de la encuesta consume cualquier tipo de tabaco todos los días), Fumador ocasional (definido como toda persona que fuma pero menos de una vez al día), Ex fumador (definido como toda persona que ha fumado diariamente al menos durante seis meses, pero que no fuma en el momento de la encuesta).

11. **Diabetes Mellitus:** Definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, según criterios diagnósticos⁴⁸ (Anexo N°3), o pacientes diabéticos que estén recibiendo tratamiento farmacológico, se clasificó en: Presente y ausente, a su vez, si estuvo presente se subcategorizó como: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Otros tipos específicos de Diabetes.

12. **Hipertensión arterial:** Definida como una PAS \geq 140 mmHg o una PAD \geq 90 mmHg de acuerdo a criterios diagnósticos del Consenso Europeo 2013⁴⁹ o que el paciente este recibiendo tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se categorizó como: Presente y Ausente; de estar presente se subcategorizó como: Tratada, No tratada.

13. Fracción de eyección: Es el porcentaje de sangre expulsada de un ventrículo con cada latido, medido mediante ecocardiografía Modo MB de acuerdo a metodología descrita⁵⁰ y se categorizó como: Compromiso leve (45- 54%), Compromiso moderado (30-44%), Compromiso severo (< 30%), Estudio no realizado.

Tras la obtención del puntaje de la escala HADS se procedió por parte del investigador principal a anotar su valor y categorización en la Ficha de Recolección de Datos Generales de la Investigación. (Anexo N°7).

Análisis estadístico: Una vez que finalizó la recolección de datos en el Anexo N°7, el investigador principal procedió a validar la información en una base de datos creada para tal fin, mediante el programa estadístico Epi Info versión 7.1; el cual se usó además para realizar los análisis estadísticos, aplicando métodos de estadística descriptiva (porcentajes, medias, desviaciones estándar) y de estadística inferencial (Chi cuadrado).

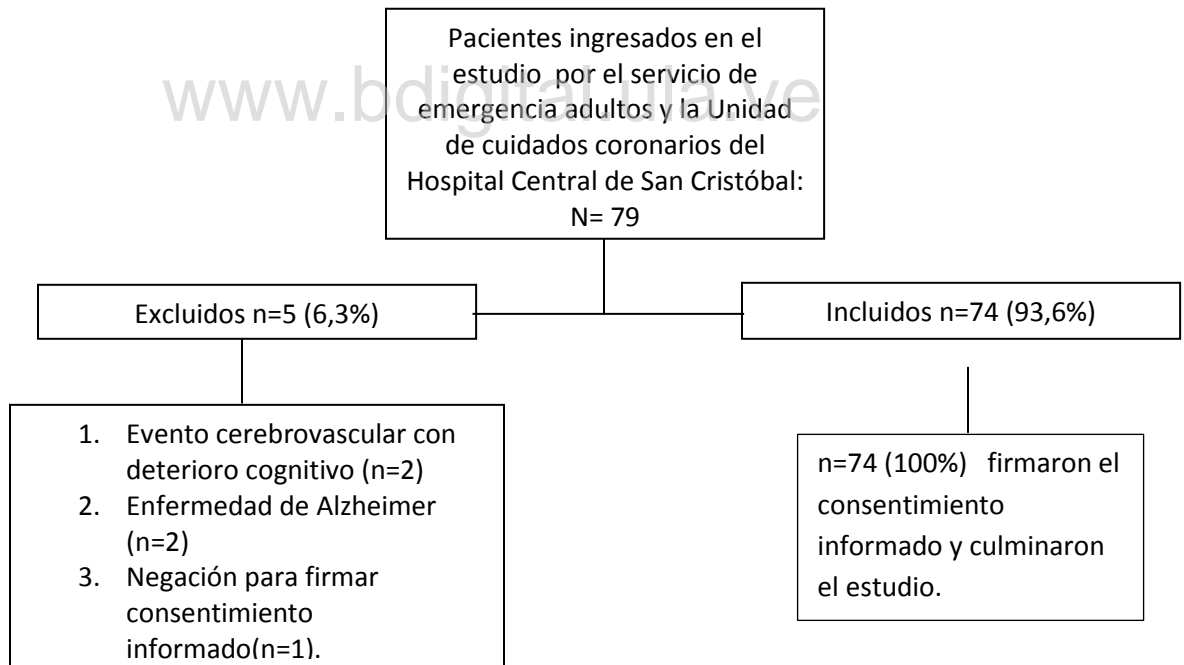
Materiales y equipos:

- Computador
- Impresora
- Tinta para impresora
- Cuatro resmas a de papel carta
- 10 lapiceros.
- Un Resaltador.

VII. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 20 de abril al 15 de agosto del 2016, fue realizada la selección de pacientes con diagnóstico de IAM ubicados en el área de la emergencia de Adultos y la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, obteniendo un total de 79 pacientes, de los cuales 74 (93,6%) pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio y firmaron el consentimiento informado; 05 pacientes (6,3%) fueron excluidos por diferentes causas, como se muestra de manera esquemática el Gráfico N°1.

Gráfico N°1 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES EVALUADOS PARA EL INGRESO AL ESTUDIO



Fuente: Libro de control de pacientes hospitalizados por el servicio de medicina interna y cardiología en emergencia de adultos y unidad de cuidados coronarios HCSC (2016).

En el análisis final se incluyeron 74 pacientes, el 52,70% (n=39) correspondió al sexo masculino y el 47,30% (n= 35) al sexo femenino, el promedio de edad fue de $64,9 \pm 12,67$ (2DS) años con moda de 66 años, una edad mínima de 37 años y una máxima de 89 años; el grupo etario predominante fue el de 60- 69 años (35,14%; n=26), seguido del grupo etario > 75 años (24,32%; n= 18). Con respecto al estrato social de los 74 pacientes incluidos en el estudio, el estrato IV fue el que se presentó con mayor frecuencia (45,95%; n=34); seguido del estrato III (25,68%; n=19). Desde el punto de vista del estado laboral el No empleo alcanzó mayor porcentaje (63,51%; n=47); y dentro de este, fue el pensionado el más frecuente (42,55%; n=20). El estado civil, describió un valor equitativo predominante tanto para los solteros como para los casados (29,73%; n=22). El grado de instrucción educativo más frecuente fue el de educación primaria incompleta (37,84%; n=28), en segundo lugar la educación primaria completa y el analfabetismo (18,92%; n=14); El hábito tabáquico se encontró representado en su mayoría por ex Fumador (52,70%; n=39), seguido del No fumador (35,14%; n=26), como se muestra en la tabla N°1.

TABLA N° 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO (n=74)

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
Masculino	39	52,70%
Femenino	35	47,30%
Grupo Etario (años)		
30-39	4	5,41%
40-49	7	9,46%
50-59	11	14,86%
60-69	26	35,14%
70-74	8	10,81%
>75	18	24,32%
Estrato Social		
Estrato I	3	4,05%
Estrato II	12	16,22%
Estrato III	19	25,68%
Estrato IV	34	45,95%
Estrato V	6	8,11%
Estado Laboral		
Empleado	27	36,49%
No empleado	47	63,51%
Ama de casa	16	34,04%
Estudiante	3	6,38%
Pensionado (a)	20	42,55%
Discapacitado (a)	4	8,51%
Otros	4	8,51%
Estado Civil		
Soltero	22	29,73%
Casado	22	29,73%
Cónyuge	12	16,22%
Divorciado	7	9,46%
Viudo	11	14,86%
Grado de instrucción educativa		
Analfabeta	14	18,92%
Educación primaria incompleta	28	37,84%
Educación primaria completa	14	18,92%
Secundaria incompleta	6	8,11%
Secundaria completa	4	5,41%
Técnica completa	3	4,05%
Universitaria incompleta	2	2,70%
Hábito tabáquico		
No fumador	26	35,14%
Fumador habitual	8	10,81%
Fumador ocasional	1	1,35%
Ex fumador	39	52,70%

Fuente: Base de datos de prevalencia de depresión en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio. Epi Info versión 7.0

De los pacientes incluidos en el estudio (n=74), el 36,49% (n=27) cursaron con diabetes mellitus y el 100% (n=27) de estos eran diabéticos tipo 2. La hipertensión arterial estuvo presente en el 74,32% (n=55) de los pacientes, de los cuales el 89,09%; (n=49) recibían tratamiento antihipertensivo, y el 33,78% (n=25) de los pacientes cursaban tanto con diabetes mellitus como con hipertensión. La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio (n=74) presentaron alteración de la fracción de eyección (82,43%;n=61), solo el 14,86% (n=11) presentaron una fracción de eyección normal (>55%), como se muestra en la tabla N°2.

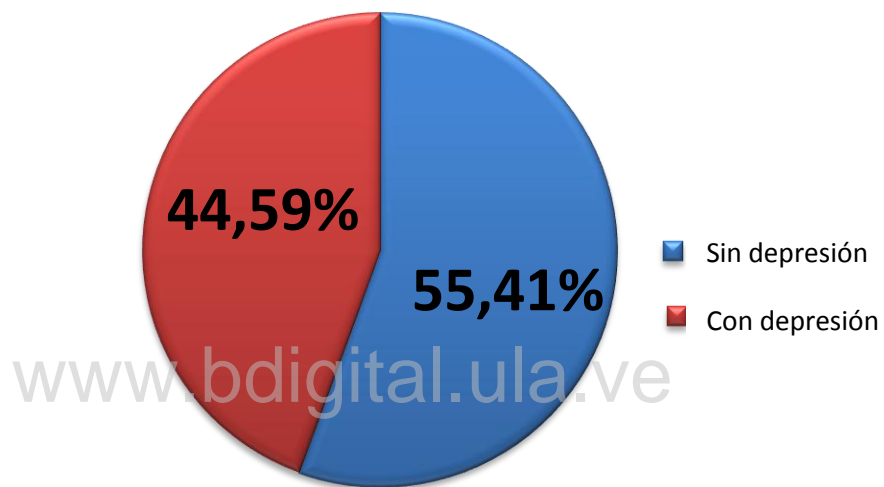
TABLA N° 2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO (n=74)

CARACTERÍSTICAS	n	%
Diabetes mellitus		
Presente	27	36,49%
Ausente	47	63,51%
Hipertensión arterial		
Presente	55	74,32%
Tratada	49	89,09%
No tratada	6	10,91%
Hipertensión Arterial y diabetes mellitus	25	33,78%
Fracción de eyección		
Normal > 55%	11	14,86%
Compromiso leve 45-54%	19	25,68%
Compromiso moderado 30-44%	34	45,95%
Compromiso severo < 30%	8	10,81%
Estudio no evaluado	2	2,79%

Fuente: Base de datos de prevalencia de depresión en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio. Epi Info versión 7.0

La prevalencia de depresión por la escala HADS en los pacientes con infarto agudo de miocardio incluidos en el estudio (n=74) fue del 44,49% (n=33), como se muestra en el gráfico N°2

Gráfico N° 2 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A ESCALA HADS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INCLUIDOS EN EL ESTUDIO (n=74)



Fuente: Base de datos de prevalencia de depresión en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio. Epi Info versión 7.0.

Del total de pacientes que presentaron depresión por la escala HADS (n=33) el 66,67% (n=22), cursaron como caso posible y el 33,33% (n=11) como caso probable, como se muestra en la tabla N°3.

TABLA N°3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA HADS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN (n=33)

Clasificación de la depresión	n	%
Caso posible	22	66,67% (29,72)*
Caso probable	11	33,33% (14,86)*

*% Del total de pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de infarto agudo de miocardio(n=74)
Fuente: Base de datos de prevalencia de depresión en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio. Epi Info versión 7.0.

Al evaluar a los pacientes con infarto agudo de miocardio y depresión (n=33), se encontró que la depresión fue más frecuente en el sexo masculino (51,51%; n=17) que en el femenino (48,48% n=16) (p 0,854351); y en el grupo etario, entre los 60-69 años (30,30%; n=10); seguido del grupo etario de > 75 años (24,24%; n=8), siendo el promedio de edad de 64,45± 14,86 (2DE) años, con una edad mínima de 37 y una máxima de 89 años. La mayoría se encontraban en el estrato socioeconómico IV (48,48%; n=16), el 66,67% (n=22) estaban no empleados. Con respecto al estado civil, el 33,33% (n=11), se encontraban solteros. Desde el punto de vista del grado de instrucción educativa, se observó con mayor frecuencia depresión en los pacientes con educación primaria incompleta (42,42%; n=14) y analfabetismo (27,27%; n=9). El hábito tabáquico más frecuente en los pacientes con infarto agudo de miocardio y depresión (n=33), fue el de ex fumador (45,45%; n=15), como se muestra en la tabla N°4.

TABLA N°4 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA ESCALA HADS (n=33)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Sexo		
Masculino	17	51,51% (22,97%)*
Femenino	16	48,48% (21,62%)*
Grupo etario		
30-39	3	9,09% (4,05%)*
40-49	4	12,12% (5,40%)*
50-59	3	9,09% (4,05%)*
60-69	10	30,30% (13,51%)*
70-74	5	15,15% (6,75%)*
>75	8	24,24% (10,81%)*
Estrato social		
Estrato II	3	9,09% (4,05%)*
Estrato III	9	27,27% (12,16%)*
Estrato IV	16	48,48% (21,62%)*
Estrato V	5	15,15% (6,75%)*
Estado laboral		
Empleado	11	33,33% (14,86%)*
No empleado	22	66,67% (29,72%)*
Ama de casa	7	22,21% (9,45%)*
Pensionado	9	27,27% (12,16%)*
Discapacitado	3	9,09% (4,05%)*
Otros	3	9,09% (4,05%)*
Estado civil		
Soltero	11	33,33% (14,86%)*
Casado	8	24,24% (10,81%)*
Cónyugue	7	21,21% (9,45%)*
Divorciado	3	9,09% (4,05%)*
Viudo	4	12,12% (5,40%)*
Grado de instrucción educativa		
Analfabeta	9	27,27% (12,16%)*
Educ. primaria incompleta	14	42,42% (18,91%)*
Educ. primaria completa	6	18,18% (8,10%)*
Secundaria incompleta	1	3,03% (1,35%)*
Secundaria completa	1	3,03% (1,35%)*
Técnica completa	2	6,06% (2,70%)*
Hábito tabáquico		
No fumador	13	39,39% (17,56%)*
Fumador habitual	4	12,12% (5,40%)*
Fumador ocasional	1	3,03% (1,35%)*
Ex fumador	15	45,45% (20,27%)*

*% Del total de pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de infarto agudo de miocardio(n=74).
Fuente: Base de datos de prevalencia de depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio HCSC Epi Info versión 7.

De los pacientes con infarto agudo de miocardio y depresión (n=33), el 36,36% (n=12) cursaban con DM tipo 2; el 84,85% (n=28), cursaban con HTA, de los cuales el 85,71%; (n=24) recibían tratamiento antihipertensivo y el 36,36% (n=12) presentaban tanto diabetes mellitus como hipertensión arterial. La mayoría de los pacientes con infarto agudo de miocardio y depresión presentaron una fracción de eyección <55% (78,78% n=26) siendo más frecuente el compromiso moderado (39,30%; n=10), como se muestra en la tabla N°5.

TABLA N°5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y DEPRESIÓN DE ACUERDO A ESCALA HADS (n=33)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	n	%
Diabetes mellitus		
Presente	12	36,36% (16,21%)*
Ausente	21	63,63% (28,37%)*
Hipertensión arterial		
Presente	28	84,85% (37,84%)*
Tratada	24	85,71% (32,43%)*
No tratada	4	12,12% (5,40%)*
Ausente	5	15,15% (6,75%)*
Hipertensión arterial y Diabetes mellitus	12	36,36% (16,21%)*
Fracción de eyección		
Normal > 55%	7	21,21%(9,45%)*
Compromiso leve 45-54%	9	27,27%(12,16%)*
Compromiso moderado 30-44%	10	39,30%(13,51%)*
Compromiso severo <30%	7	21,21%(9,45%)*

*% Del total de pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de infarto agudo de miocardio(n=74).
Fuente: Base de datos de prevalencia de depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio HCSC Epi Info versión 7.0.

La prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que cursaban con IAM fue de 44,44% (n= 12); en los pacientes con hipertensión arterial

fue de 50,90% (n=28), y del 48% (n=12) en los pacientes que cursaban tanto hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Al evaluar asociaciones estadísticas, se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y analfabetismo (p 0,04974, X^2), entre depresión y estrato social V (p 0,04643, X^2), entre depresión y fracción de eyección moderada (p0, 01541, X^2) y entre depresión y fracción de eyección severa (p 0,009735, X^2).

www.bdigital.ula.ve

VIII. DISCUSIÓN

La depresión es considerada un factor de riesgo de morbimortalidad cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente tras un infarto agudo de miocardio, además la depresión, tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardíaca comprometiendo la calidad de vida del individuo.

La prevalencia reportada de síntomas potenciales de depresión tras un IAM oscila entre 10 y el 47%³⁶ y el 65% de individuos con IAM refieren haber presentado síntomas de depresión. En el presente estudio, la prevalencia de depresión intrahospitalaria posterior a un IAM fue del 44,59%, valor en rango similar al obtenido en otros estudios de referencia descritos en la literatura, los cuales usaron una entrevista clínica estructurada de depresión, con un rango de prevalencia de 16 a 45%.^{37,38,39,40,41} El estudio más grande: ENRICH⁴⁰ examinó 9279 pacientes durante 6 años, obteniendo una prevalencia de depresión en IAM del 20%, valor inferior al obtenido en el presente estudio, posiblemente tras la aplicación de una entrevista estructurada diferente a la herramienta aplicada en este estudio, diferencias en la población estudiada, al tamaño de la muestra y al mayor tiempo de recolección de la misma; mientras que en la investigación realizada por Calderon J, et al⁴¹, (2010) en Chile, un estudio de tipo cohorte prospectivo durante un año, constituido por una muestra de 45 pacientes con diagnóstico de depresión e IAM, reportó una prevalencia muy similar a la obtenida en el presente estudio (44,4%), probablemente debido al tamaño similar de la muestra, y semejanza en las características de la población incluida.

Al determinar las características sociodemográficas de la población con depresión e IAM, resultó predominante el sexo masculino (51,51%), con respecto al sexo femenino (48,48%), ante una población total de estudio donde el sexo masculino estaba representado en mayor número con respecto al sexo femenino; el cual no guardó relación con otros estudios de referencia,^{2,7,15,21,38} en donde el sexo femenino fue el más prevalente; Mendoza, Franco et al²¹ (2013) en una muestra de 76 pacientes diagnosticados con IAM y depresión, el 55% eran del sexo femenino mientras que el 45% eran masculinos, de una población de estudio donde la mayoría estaba representada por el sexo femenino; sin embargo, Frank Doyley et al²² describe que los hombres pueden ser más propensos a tener depresión como consecuencia de la severidad de la enfermedad coronaria.

Con respecto al grupo etario, el más prevalente fue el de 60- 69 años (30,30%); seguido del grupo etario de >75 años (24,24%), siendo el promedio de edad de 64,45 ±14,86 (2DE) años, con una edad mínima de 37 años y una máxima de 89 años, similar a lo referenciado por la literatura^{21,23,39}; Lozano Cortes, Lyda²³ de un total de 23 pacientes, encontró un promedio de edad de 68 años, con una edad mínima de 31 años y máxima de 85 años; muy similar también a lo descrito por Mendoza Franco et al²¹, donde de un total de 76 pacientes con IAM, la edad promedio fue de 68 años± 11 años. Desde el punto de vista laboral, el 66,67% se encontraban no empleados; estos datos tienen relación con los obtenidos en otros estudios de referencia: Lozano C²³, en una muestra de 23 pacientes, el 60,8% se encontraba no empleado, mientras que en el estudio de Mendoza Franco et al²¹,

describió un 69,5%, discretamente mayor pero cercano al obtenido en el presente estudio, ambos estudios fueron realizados en países subdesarrollados con inadecuadas políticas y bajas fuentes de empleo, asociando además que la mayoría de la población incluida presentó bajo nivel educativo, limitando sus posibilidades de obtener empleo, como consecuencia pobre ingreso económico para su funcionamiento vital que, si permanece durante largo tiempo predispone a la aparición de depresión.

El solo hecho de tener dificultades en las relaciones interpersonales o no tener compañero sentimental, eleva 2,7 veces el riesgo de desarrollar depresión en la población general, así lo demuestra Gómez et al²⁵ en un estudio de corte transversal donde se aplicó una encuesta entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 116 adultos de 18 años de edad o más, de ambos sexos, evidenció que en el 68% de los pacientes casados o en unión libre no se identificó depresión; muy similar a lo encontrado en la población del presente estudio, en donde se identificó mayor prevalencia de IAM y depresión en el grupo de solteros (33,33%), con respecto al grupo de casados o en unión libre. El estrato social IV, definido de acuerdo a Graffar⁴⁶ describió mayor prevalencia de depresión e IAM (48,48%),^{2,15,39} asimismo el grado de instrucción educativa más prevalente fue el de educación primaria incompleta (42,42%) y analfabetismo (27,27%) en los pacientes con depresión e IAM; dichos resultados fueron similares a los descritos en la literatura; King Smolderen et al³⁹ (2015), en un estudio donde incluyeron 3572 pacientes con IAM y depresión, entre el 2008 y el 2012, obtuvo una prevalencia del 47,2% en pacientes con nivel socioeconómico

bajo, describiendo la incapacidad para pagar un seguro de vida, el desempleo y un bajo nivel educativo. Por su parte Lozano Cortes, Lyda²³ en un estudio de tipo observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo, en 23 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio entre noviembre de 2007 y mayo de 2008, encontró que el grado de escolaridad más prevalente fue el de primaria completa, correspondiendo al 21.74%, comparativo entonces con la población en estudio.

Al determinar la prevalencia del hábito tabáquico en pacientes con IAM y depresión en el presente estudio, se obtuvo que la mayoría (45,45%), tenían antecedente de tabaquismo (Ex fumador). Siqin Ye, et al²⁷, en un estudio de tipo descriptivo con 4.676 participantes, reportó que aquellos pacientes con IAM y síntomas depresivos elevados eran más propensos a ser fumadores actuales; Lozano Cortez²³ mostró que el hábito tabáquico habitual estaba presente en el 48% de los pacientes con depresión e IAM. No obstante, no es comparable este aspecto, ya que la mayoría de los pacientes en este estudio eran ex fumadores, mientras que el fumador habitual se expresó en menor prevalencia (12,12%), esto tal vez, debido a las diferencias culturales y económicas de la población estudiada.

En esta investigación se identificaron otros factores de riesgo cardiovascular como la diabetes; la prevalencia de depresión e IAM en pacientes con DM fue del 36,36%. E, Brink¹⁰ en un estudio descriptivo de 114 pacientes con diabetes depresión e IAM, obtuvo una prevalencia menor (30,7%) aunque cercana al porcentaje antes mencionado; Scherrer J. F., et al²⁸ describe en su estudio que la

presencia de diabetes e IAM, aumenta en un 82% el riesgo de padecer depresión. Por su parte Egede Leonard, et al⁴³ (2005) en un estudio prospectivo de tipo cohorte con 10.025 participantes durante 8 años, encontró un 30% de prevalencia de depresión en pacientes con IAM y diabetes, describiendo el aumento del riesgo de morbimortalidad 2,5 veces más, cuando se encuentran ambos factores de riesgo (diabetes y depresión) en pacientes con IAM. La HTA y la depresión constituyen dos problemas de salud pública relevantes, en donde la asociación de ambas enfermedades está ligada a un mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En un estudio analítico de corte transversal realizado por Dois C, Angelina⁴⁴, que comprendió adultos mayores de 18 años constituida por 442 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años, determinaron que un 51% de los pacientes con HTA presentaban depresión³⁰; sin embargo en el presente estudio la prevalencia fue del 37,84% comparativamente menor, que pudiera ser explicada por el tamaño de la muestra y diferencias en la población de estudio. Alrededor del 33,73% de la población con IAM y depresión del presente estudio, tenían ambos factores de riesgo: HTA y DM, similar a lo descrito por Wells, kennet et al⁴⁵ (1993), a través un estudio longitudinal no experimental, con 12,571 participantes durante el transcurso de 2 años los cuales obtuvieron una prevalencia del 30%, resaltando que los pacientes con hipertensión, diabetes e infarto de miocardio pueden presentarse simultáneamente en los pacientes deprimidos, ya que los mismos tienen fuertes asociaciones con alta morbilidad y mortalidad.

Las alteraciones en la fracción de eyección, tal como describe Frasure-Smith, et al,³² en una muestra que incluyó a 896 pacientes con diagnóstico de IAM y depresión destacó una significativa correlación entre la FEVI (definida como una variable de dos niveles: superiores a 35% e inferior de 35%); Asimismo Josst P, et al³³ en un estudio multicéntrico realizado en los países bajos, donde reclutaron pacientes consecutivos (septiembre de 1999 a noviembre de 2002), encontró que la FEVI tiene una correlación significativa inversa con respecto a la puntuación de depresión de los pacientes; Titia A, Spijkerman, et al,³⁴ tras un estudio en países bajos de Holanda, que evaluó la presencia previa de depresión, riesgo cardiovascular y factores demográficos en pacientes con IAM, concluyeron que la historia de trastorno depresivo y una baja FEVI puede ser considerada como variable predictora independiente para la depresión después de un IAM; concordantes entonces con lo obtenido en el presente estudio en donde la mayoría de los pacientes con infarto agudo de miocardio y depresión presentaron una fracción de eyección <55% (78,78%), siendo más frecuente el compromiso moderado (39,30%).

La presente investigación presentó la limitación del poco tiempo de recolección de la muestra. Si bien, existen diferencias en los resultados obtenidos en relación con los otros estudios de referencia en condición de hospitalización, estos podrán ser usados como base para investigaciones futuras complementarias.

El manejo del paciente hospitalizado con diagnóstico de IAM debe ser integral, evaluando por igual el aspecto físico y el mental. La depresión post IAM es un problema tangible y la realidad local no es ajena al panorama global. Los

problemas emocionales que acompañan al IAM, son parte de la enfermedad y deben ser tratados tan seriamente como el problema médico, dado que constituyen piedras angulares de la solución del mismo.

www.bdigital.ula.ve

IX. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal fue de 44,59%.
2. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal fue mayor en el sexo masculino (22,97%) que en el femenino (21,62%).
3. La prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal fue mayor en el grupo etario de 60 a 69 años (13,51%).
4. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, fue mayor en el estrato socioeconómico IV (21,62%).
5. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, fue mayor en el grupo de solteros (14,86%).
6. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios

del Hospital Central de San Cristóbal, fue mayor en el de No empleado (29,72%), encabezado por el grupo de pensionados (12,16%).

7. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, fue mayor a nivel del grado de instrucción educativa primaria incompleta (18,91%), seguido del analfabetismo (12,16%).

8. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, con respecto al hábito tabáquico fue mayor en el grupo de exfumadores (20,27%).

9. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal, fue mayor en los pacientes con HTA (37,84%), que en los pacientes con DM tipo 2 (16,21%), y al presentarse la coexistencia de ambas patologías, la prevalencia de depresión fue del 16,21%.

10. La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio hospitalizados en la emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal que cursaron con alteración en la fracción de eyección fue del 35,12%, siendo más prevalente en el grupo de pacientes con fracción de eyección con compromiso moderado (13,51%).

X. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo, mediante la aplicación de la escala HADS, subescala de depresión (HAD) en pacientes con IAM al ingreso y a los 6 meses, con el objetivo de comparar el curso de la depresión en estos pacientes.

2. Se recomienda a los profesionales de la salud, realizar tamizaje de depresión en todos los pacientes con IAM, mediante la aplicación de la escala HADS subescala de depresión, ya que la misma es de rápida aplicación, sensible, específica y que ha demostrado ser una de las mejores escalas a nivel hospitalario, todo con el objetivo de impactar de manera positiva en los índices de morbilidad y mortalidad, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ World Health Organization, World suicide prevention day 2012. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
Accessed 16.6.2012
- ² World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004 update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf Accessed 16.6.2012
- ³ Johnson, J., Weissman, M.M. y Klerman, G.L Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. The Journal of the American Medical Association, 1992; 267: 1478-1483.
- ⁴ Conwell, Y. Outcomes of depression. American Journal of Geriatric Psychiatry, 1996; 4 (Suppl): S34-S44.
- ⁵ Greenberg, P.E, Stiglin, L.E, Finkelstein, S.N. y Berndt, E.R. The economic burden of depression in 1990. Journal of Clinical Psychiatry, 1993; 54: 405-418.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud (2001) Información sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado enero 15, 2007 disponible en http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_espdf

⁷ Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. JAMA 1989; 261 (15): 2229-35.

⁸ Lewis M. Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Philadelphia, EUA. Editorial lippineott Williams and Wilkins; 2002

⁹ Thygesen K Kristian, Alpert Joseph, Jaffe Allan, Simoons Marten, Chaitman Bernard, White Harvey; The Writing Group On, Behalf Of The Joint ESC/ ACCF/ AHA/ WHF Task Force For The Universal Definition of Myocardial Infarction; Circulation. 2012; 126:2020-35.

¹⁰ E. Brink B, W. Karlson & L.R.- M. Hallberg. Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months, Psychology, Health & Medicine, 2002;7:1, 5-16.

¹¹ Haine R, Ayers T, Sandler " Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families. Professional psychology: Research and practice 2008; 39(2): 113-121.

¹² Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., Wulsin, L. (2014). Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2014 Mar 25; 129(12):1350-69.

¹³ Ford DE, Mead LA, Chang PP et al. Depression in a risk factor for coronary artery disease in men. The Precursors Study. Arch Intern Med 1998, 58:1422-26.

¹⁴ Robert M. Carney, PhD; James A. Blumenthal, PhD; Phyllis K. Stein, PhD; Lana Watkins, PhD; Diane Catellier, PhD; Lisa F. Berkman, PhD; Susan M. Czajkowski, PhD; Christopher O'Connor, MD; Peter H. Stone, MD; Kenneth E. Freedland, PhD, Depression, Heart Rate Variability, and Acute Myocardial Infarction. Circulation. 2001;104: 2024-2028.

¹⁵ Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2003; 12(1):3-21

¹⁶ Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55: 580-92.

¹⁷ Anil Gehi, MD, Dennis Mangano, PhD, MD, Sharon Pipkin, MPH, Warren S. Browner, MD, MPH, and Mary A. Whooley, MD; Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Anselmino M, Carney RM, Depression and Heart Rate Variability in Patients With Stable Coronary Heart Disease. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun; 62(6):661-6.

¹⁸ Zigmond, A. S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 67: 361-370.

¹⁹ Malasi, T.H., Mirza, I. A., El-Islam, M. Fakhr (1991). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*. 1991, Vol 84(4): 323-326.

²⁰ Rico Javier L., Restrepo, Martha., Molina María. Adaptación y validación de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 2005; .3: 73-86.

www.bdigital.ula.ve

²¹ Mendoza-Franco Ray, García-del-Río Carlos, Barrios-Ayola Francisco, Bula-Anichiarico Doris, Fuentes-de-Oro Nacira, Corrales-Santander Hugo, Adie-Villafañe Richard. Prevalencia de Depresión posterior a episodio de Infarto Agudo de Miocardio, Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*. 2013; 4(1):42-53.

²² Frank Doyle, Hannah McGee, Ronán Conroy, et al. Systematic Review and Individual Patient Data Meta-Analysis of Sex Differences in Depression and Prognosis in Persons With Myocardial Infarction: A MINDMAPS Study. *Psychosomatic Medicine*, 2015; 77(4).

²³ Lozano C, Lyda Marcela, Jiménez Montoya, Juan Manuel., Frecuencia de Depresión en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio al momento del evento isquémico y a los tres Gmeses. Tesis de grado. Universidad Militar Nueva Granada. Especialidad Psiquiatría. Cartagena Colombia, 2008.

²⁴ Demosthenes B Panagiotakos, Christos Phsavos, Cristhine Chrysohool, Aggeliki D Moraetti Christodonios I, Setefanadis Pavlos K, Toutouzas . The effect of short- term depressive episodes on the risk stratification of acute coronary síndromes: a case- control study in Greec. Acta Cardiol. 2001; 56(6):357-365

²⁵ Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil JFA, Rondón M, Díaz N. The prevalence of and factors associated with depression in Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(6):378- 386

²⁶ Barbara M Murphy, Michael R Le Grande , Hema S Navaratnam , Rosemary O Higgins, Peter C Elliott¹, Alyna Turner, Michelle C Rogerson , Marian UC Worcester and Alan J Goble. Are poor health behaviours in anxious and depressed cardiac patients explained by sociodemographic factors? Eur J Prev Cardiol. 2013; Dec;20(6): 995-1003.

²⁷ Siqin Ye, MD,* Paul Muntner, PHD,† Daichi Shimbo, MD,* Suzanne E. Judd, PHD,† Joshua Richman, MD, PHD,† Karina W. Davidson, PHD,* Monika M. Safford, MD Behavioral Mechanisms, Elevated Depressive Symptoms, and the Risk for Myocardial Infarction or Death in Individuals With Coronary Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Feb 12; 61(6):622-30

²⁸ Scherrer, J. F., Garfield, L. D., Chrusciel, T., Hauptman, P. J., Carney, R. M., Freedland, K. E., Owen, R., True, W. R. y Lustman, P. J. (2011). Increased risk of myocardial infarction in depressed patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. June 16, 2011. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2011/06/09>.

²⁹ Mariska Bot MSC, François Pouwer PHD Marij Zuidersma PHD Joost P. Van Melle MD PHD, Peter de Jonge, PHD Association of Coexisting Diabetes and Depression With Mortality After Myocardial Infarction. *Diabetes Care*. 2012; 35: 503–509.

³⁰ Dois C, Angelina, Cazenave, Angélica Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria *Rev Méd Chile* 2009; 137: 475-480.

³¹ Lesperance F, Frasura Smith N, Talajic M, Major Depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996; 58 (2):99-110.

- ³² Frasure Smith N, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender depression and one year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999; 61 (1); 26-37
- ³³ Joost P. Van Melle JP, Ormel J, Crijns HJ, Van Veldhuisen DJ, Honig A, et al Relationship between left dysfunction and depression following myocardial infarction: data the MIND-IT. *Eur Heart J* 2005; 26 (24) :2650 -6 .
- ³⁴ Spijkerman TA, van de Brink RH, Jansen JH, Crijns HJ, Ormel J Who it is a of Post- MI Depressive Symptoms. *Psychosom Res*, 2005; 58 (5): 452 -32
- ³⁵ Reza Bagherian-Sararoudi, Bijan Gilani, Hadi Bahrami Ehsan, Hamid Sanei, Relationship between left ventricular ejection fraction and depression following myocardial infarction: an original article, *ARYA. Atheroscler*, 2013; 9 (1): 16-213.
- ³⁶ Bush, Ziegelstein, Patel, Thombs , Ford, Fauerbach, McCann , Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel, Feuerstein, Bass . Post-Myocardial Infarction Depression. Evidence Report/Technology Assessment No. 123. (Prepared by the Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0018.) AHRQ Publication No. 05- E018-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
- ³⁷ Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996; 78: 613-7.

³⁸ Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005

³⁹ Blumel B, Gibbons A, Kanacri A, Kerrigan N, Florenzano R. Depressive symptoms after an acute myocardial infarction. *Rev Med Chile* 2005; 133: 1021-7.

⁴⁰ Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICHD). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA*. 2003; 289(23): 3106-116.

⁴¹. Calderón Jorge, Gabrielli Luigi, González Matías, Villarroel Luis, Castro Pablo, Corbalán, Ramón. Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por Infarto agudo de miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. *Rev Med Chile* 2010; 138: 701-706.

⁴² Smolderen KG1, Strait KM, Dreyer RP, D'Onofrio G, Zhou S, Lichtman JH, Geda M, Bueno H, Beltrame J, Safdar B, Krumholz HM, Spertus JA. Depressive symptoms in younger women and men with acute myocardial infarction: insights from the VIRGO study. *J Am Heart Assoc*. 2015 Apr 2;4(4).

⁴³ Egede, Leonard E, Nietert, Paul J, Zheng, Deyi. Depression and All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality Among Adults With and Without Diabetes. *Diabetes Care*. 2005; 28:1339–1345.

⁴⁴ Dois Angelina, Cazenave, Angélica. Pesquisa de depressión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 475-480.

⁴⁵ Wells, Kenneth B, Rogers, Williams, Burnam M. Audrey, Camp Patricia. Course of Depression in Patients With Hypertension, Infarction, or Insulin-Dependent Diabetes comorbidity. *Am J Psychiatry*; 1993; 150:632-638.

www.bdigital.ula.ve

⁴⁶Manual de estratificación Graffar Méndez Castellano. Disponible en <http://cyberpediatria.com/graffarmendezcastellano.pdf>

⁴⁷Sánchez L, Calatrava JM, Escudero C, García A, Marco V y Esteras A. Prevalencia del hábito tabáquico en la profesión médica. *Med Clin (Barc)* 1988;90: 404-007

⁴⁸Asociación Americana de la Diabetes. Diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 (Suppl.1):S81-S902.

⁴⁹Mancia Giuseppe, Fagard Robert Narkiewicz, Krzysztof, Redon Josep, Zanchetti Alberto, Böh Michael, Christiaens Thierry, Cifkova Renata, De Backer Guy,

Dominiczak Anna, Galderisi Maurizio, Grobbee Diederick E, Jaarsma, Paulus Kirchhof Tiny, Kjeldsen Sverre E., Laurent Stéphane. Manolis Athanasios J., Nilsson Peter M., Ruilope Luis Miguel, Schmieder Roland E., Anton Sirnes Per, Sleight Peter , Viigimaa Margus, Waeber Bernard, Zannad Faiez. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). Rev Esp Cardiol. 2013; 66:842-7.

⁵⁰ García F, Miguel A, Zamorano José L, García R, José A, Manual de ecocardiografía. 1a ed. España: Editorial Edimed.

www.bdigital.ula.ve

XII.ANEXOS

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. DR. JOSÉ MARÍA VARGAS POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO.

TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL.

ANEXO N° 1

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, EDO TÁCHIRA

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

A.1. Me siento tenso 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) Si y muy intenso.
- 2) Si pero no muy intenso.
- 1) Si 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:

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

A.4. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquilo (a):

- 0) Siempre.
- 1) A menudo.
- 2) A veces.
- 3) Nunca.

D.4. Me siento lento 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) Solo 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 debería.
- 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.
- 1) Casi nunca.

PUNTUACIÓN HAD-D: 1) <7 PTS 2) 8-10 PTS 3) > 11 PTS

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. DR. JOSÉ MARÍA VARGAS
POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO.
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL.

ANEXO N° 2

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

ESCALA GRAFFAR ⁴⁶

PROFESIÓN DEL JEFE DEL HOGAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria. 2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores. 3. Empleados sin profesión universitaria, Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios. 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional). 5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía.
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA (O) O CONYÚGE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa. 3. Enseñanza secundaria incompleta. 4. Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria). 5. Analfabetas.
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DEL HOGAR CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida. 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. 3. Sueldo Mensual 4. Salario semanal, por día. Entrada a destajo. 5. Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios. 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. 3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que las viviendas 1 y 2. 4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. 5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Total	Estrato Social
4-6	I
7-9	II
10-12	III
13-16	IV
17-20	V

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. DR. JOSÉ MARÍA VARGAS
POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO.
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL.

ANEXO N° 3

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS SEGÚN
LA ADA 2015⁴⁸

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	VALOR
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1C)	= 6,5%
GLUCEMIA PLASMÁTICA EN AYUNAS	=126 MG/DL
GLUCEMIA PLASMÁTICA A LAS 2 HORAS DESPUÉS DE LA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (CON 75G DE GLUCOSA)	=200
GLUCEMIAS PLASMÁTICAS	= 200 MG/DL PACIENTES CON SÍNTOMAS CLÁSICOS DE HIPERGLUCEMIA O CRISIS DE HIPERGLUCEMICA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. DR. JOSÉ MARÍA VARGAS
POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO.
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL.

ANEXO N° 4

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

Definición Universal de Infarto de Miocardio / Criterios de IAM ⁹

El término IAM se debe utilizar cuando haya pruebas de necrosis miocárdica en un contexto clínico coherente con isquemia miocárdica aguda. En esas condiciones, cualquiera de los criterios siguientes cumple el diagnóstico de IM:

1.- Detección de un aumento o descenso de los valores de biomarcadores cardíacos (preferiblemente cTn) con al menos un valor por encima del p99 del LRS y con al menos uno de los siguientes:

- Síntomas de isquemia; Nuevos o supuestamente nuevos cambios significativos del segmento ST-T o nuevo BRIHH; Aparición de ondas Q patológicas en el ECG; Pruebas por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales en el movimiento de la pared; Identificación de un trombo intracoronario en la angiografía o la autopsia.

2.- Muerte cardíaca con síntomas de isquemia miocárdica y supuestas nuevas alteraciones isquémicas en el ECG o nuevo BRIHH, pero que se produjo antes de determinar biomarcadores cardíacos o antes de que aumentasen los valores de estos

3.- Se define arbitrariamente el IM relacionado con ICP por la elevación de cTn ($> 5 \times p99$ del LRS) en pacientes con valores basales normales ($\leq p99$ del LRS) o un aumento de los valores de cTn $> 20\%$ si los basales son elevados y estables o descendidos. Además, se necesita: a) Síntomas de isquemia miocárdica; b) Nuevos cambios isquémicos del ECG; c) Hallazgos angiográficos coherentes con complicación del procedimiento, o d) Demostración por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales en el movimiento de la pared.

4.- La trombosis del Stent asociada a IM si se detecta en la angiografía coronaria o la autopsia en el contexto de isquemia miocárdica y con un aumento o descenso de los títulos de biomarcadores cardíacos con al menos un valor $> p99$ del LRS.

5.- El IM relacionado con la CABG se define arbitrariamente por la elevación de títulos de biomarcadores cardíacos ($> 10 \times p99$ del LRS) en pacientes con valores basales de cTn normales ($\leq p99$ del LRS). Además, se debe considerar diagnóstico de IM: a) Nuevas ondas Q patológicas o nuevo BRIHH;

b) Nuevo injerto documentado angiográficamente o nueva oclusión de la arteria coronaria nativa.

c) Pruebas por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales en el movimiento de la pared.

Cualquiera de los siguientes se ajusta al diagnóstico de **IM previo**:

1.- Ondas Q patológicas con o sin síntomas en ausencia de causas no isquémicas.

2.- Prueba por imagen de una región con pérdida de miocardio viable adelgazada e incapaz de contraerse, en ausencia de una causa no isquémica.

3.- Hallazgos patológicos de IM previo.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS”

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO.
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL-EDO TÁCHIRA.

ANEXO N° 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Usted ha sido invitado (a) a participar en una investigación sobre depresión mediante la aplicación de la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio que llevará a cabo el médico María Angélica Moreno, residente del Postgrado en Medicina Interna de la Universidad de Los Andes, en el Hospital Central de San Cristóbal, con el propósito de determinar la prevalencia de la depresión en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la Emergencia y en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central de San Cristóbal-Edo Táchira.

Usted fue seleccionado/a para participar en esta investigación, por ser paciente portador de esta enfermedad y estar hospitalizado en el Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira. Si acepta participar en esta investigación, durante el tiempo de su hospitalización, se le aplicará la escala HADS, con el fin de llenar los datos requeridos para llevar a cabo el estudio.

Riesgos y beneficios

El riesgo asociado a este estudio se estima en ninguno, pues sólo debe aportar datos relevantes al momento de la entrevista. Los beneficios esperados de esta investigación están relacionados con la obtención de datos con respecto a la prevalencia de depresión en los pacientes con síndrome corona agudo ya que su detección permitirá al equipo de salud implementar las medidas necesarias.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida, ya que se utilizarán siglas para identificar los datos del mismo, con un listado aparte, que sólo conocerá el investigador principal, con la correlación correspondiente al nombre, documento de identidad y ubicación del paciente participante en el estudio. Los datos obtenidos serán tabulados y analizados sólo por el investigador a cargo del proyecto, y se almacenarán en una base de datos con acceso tanto al investigador como al tutor del estudio, en caso de que éste lo requiera.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con el médico María Moreno, a la oficina de la secretaría del Departamento de Medicina Interna, ubicada en el Ala Este del piso 4 del Hospital Central de San Cristóbal.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento y que ha recibido copia del mismo.

Nombre del Participante:

Firma

(He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con él/la arriba firmante.)

Nombre del testigo:

Firma

San Cristóbal, / /

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. DR. JOSÉ MARÍA VARGAS
POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA MORENO CARRILLO
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

ANEXO N° 7

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA HADS
(HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) EN LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO HOSPITALIZADOS EN LA
EMERGENCIA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL
DE SAN CRISTÓBAL, EDO TÁCHIRA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Fecha de ingreso: ___ de _____ de 201___ Número de participante: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1. NOMBRES Y APELLIDOS: _____
2. SEXO: _____ 1. Masculino. 2. Femenino
3. EDAD: _____ años. GRUPO ETARIO (GE): = _____

1) GE 18 a 24 a	2) GE 25 a 29a	3) GE 30 a 39 a	4) GE 40 a 49 a	5) GE 50 a 59 a	6) GE 60 a 69 a	7) GE 70 a 74 a	8) GE > de 75 a

4. ESTRATO SOCIAL: = _____

1= Estrato I	2= Estrato II	3= Estrato III	4= Estrato IV	5= Estrato V
-----------------	------------------	-------------------	------------------	-----------------

5. ESTADO LABORAL: 1) Empleado _____ 2) No empleado _____ Grupo: _____

1	Ama de casa
2	Estudiante
3	Pensionado (a)
4	Discapacitado (a)
5	Otros

6. ESTADO CIVIL:= _____

1= Soltero	2= Casado	3= Cónyuge	4= Divorciado	5= Viudo
---------------	--------------	---------------	------------------	-------------

7. GRADO DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA:= _____

1= Analfabeta	2= Educación primaria Incompleta.	3= Educación primaria Completa.	4= Secundaria Incompleta.	5= Secundaria Completa.	6= Técnica Incompleta.	7= Técnica Completa.	8= Universitaria incompleta.	9= Universitaria Completa
------------------	--	--	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------------	---------------------------------

8. HABITO TABÁQUICO = _____

1= No fumador	2= Fumador habitual	3= Fumador ocasional	4= Ex fumador
---------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------

9. DIABETES MELLITUS: 1) Presente: _____ Grupo _____ 2) Ausente: _____

1	Diabetes mellitus tipo 1
2	Diabetes mellitus tipo 2
3	Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus

10. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: 1) Presente: _____ Grupo: _____ 2) Ausente: _____

1	Tratada
2	No tratada

11. FRACCIÓN DE EYECCIÓN:= _____

1= Normal >55%	2= Compromiso leve 45-54%	3= Compromiso moderado 30-44%	4= Compromiso severo <30%	5= Estudio evaluado no
-------------------	---------------------------------	--	---------------------------------	---------------------------------

12. DEPRESIÓN : 1) Sin depresión < 8pts _____ 2) Con depresión ≥ 8pts _____ Grupo: _____

1	Caso posible 8-10 pts
2	Caso probable > 11 pts