

“¿ES FRECUENTE LA DEPRESIÓN PREVIA A SÍNDROME CORONARIO AGUDO?: Estudio descriptivo en pacientes de una IPS, Pereira/Risaralda 2018”

Carmen Luisa Betancur Pulgarín¹, Johana Castaño Calderon², Ana Milena Quintero Betancur³, Diana Catalina Tello Torres⁴

¹Magister en enfermería, especialista en epidemiología, especialista en docencia universitaria, enfermera docente, asociada Fundación universitaria del Área Andina, Pereira, Centro de Posgrados, investigadora asociada Colciencias 2017-19
cbetancur@areandina.edu.co

²Médica general, estudiante de especialización en epidemiología.
Johana12@gmail.com
(orcid.org/0000-0003-0302-2857)

³Médica general, estudiante de especialización en epidemiología.
anaquinterob@hotmail.com
(orcid.org/0000-0002-2521-5935)

⁴Médica general, estudiante de especialización en epidemiología.
ktatello@gmail.com
(orcid.org/0000-0003-0579-7744)

Resumen:

Introducción. Las enfermedades crónicas y mentales se encuentran entre las principales causas de carga de enfermedad global; tanto así, que la Depresión es la segunda causa de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), generados por enfermedades no transmisibles. Se ha observado una alta prevalencia de depresión entre los pacientes con enfermedad arterial coronaria hasta del 22%, cerca de 3 veces mayor que en la población general. Existen mecanismos fisiopatológicos que pueden explicarlo

Objetivo general. Determinar la presencia de síntomas depresivos previos a la presentación de Síndrome Coronario Agudo en pacientes de una Institución de III nivel de complejidad en la ciudad de Pereira, durante el primer bimestre del año 2018

Metodología. Estudio descriptivo, transversal, en una Clínica de tercer nivel, en pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo. Se evalúan características sociodemográficas, la presencia de Síntomas Depresivos Clínicamente Significativos a través de la escala de depresión de Zung, se hace análisis bivariado y multivariado por criterios de Hosmer Lemeshow y plausibilidad biológica

Resultados. La presencia de Síntomas Depresivos Clínicamente significativos es alta en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (26,8%). La mayoría de los pacientes fueron hombres, las mujeres presentaron más síntomas depresivos, las variables asociadas a síntomas depresivos clínicamente significativos posterior al ajuste fueron antecedente de enfermedad coronaria, realizar actividad física, no tener animales de compañía, no tener pareja estable.

Conclusiones. La depresión es frecuente previo al síndrome coronario agudo y común en quienes ya han tenido un primer evento coronario. Se necesita realizar estudios que permitan establecer su implicación como factor de riesgo cardiovascular debido a la controversia encontrada en la literatura

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, síntomas depresivos, enfermedad cardiovascular, enfermedad arterial coronaria, infarto agudo de miocardio.

Background. *Chronic and mental illnesses are among the main causes of global disease burden; So much so, that Depression is the second cause of disability adjusted life years (DALYs), generated by noncommunicable diseases. A high prevalence of depression among patients with coronary artery disease has been observed up to 22%, about 3 times higher than in the general population. There are pathophysiological mechanisms that can explain it*

Aim. *To determine the presence of depressive symptoms prior to the presentation of Acute Coronary Syndrome in patients of an Institution of III level of complexity in the city of Pereira, during the first two months of 2018*

Methods and results. *Descriptive, cross-sectional study in a third level clinic in patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome. Sociodemographic characteristics are evaluated, the presence of Clinically Significant Depressive Symptoms through the Zung Depression Scale, bivariate and multivariate analysis is done by Hosmer Lemeshow criteria and biological plausibility. The presence of Clinically Significant Depressive Symptoms is high in patients with Acute Coronary Syndrome (26.8%). The majority of patients were men, women had more depressive symptoms, the variables associated with clinically significant depressive symptoms after adjustment were history of coronary disease, physical activity, not having pets, not having a stable partner*

Conclusions. *Depression is frequent previous to acute coronary syndrome and common in those who already had a first event. It is necessary to perform studies that allow to establish their involvement as a cardiovascular risk factor due to the controversy found in the literature.*

Introducción.

La prevalencia de depresión entre los pacientes con enfermedad arterial coronaria, es cerca de 3 veces mayor que en la población general. La depresión ha sido desatendida, sin considerar los riesgos que trae como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y como factor que empeora el pronóstico para cualquier enfermedad, dado que la depresión en relación al síndrome coronario agudo, se ha visto asociada con disminución de la adherencia al tratamiento médico, farmacológico y a los cambios en el estilo de vida, aumento de la ingesta de alcohol y sedentarismo, aumento del consumo de cigarrillo y malos hábitos alimenticios, lo que genera un pobre pronóstico cardiovascular, con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad cardiaca hasta 1 año posterior al evento coronario.(1)

Literatura reciente ha mostrado que la depresión es un factor de riesgo independiente para desarrollo de eventos cardiacos, tanto en prevención primaria como secundaria. (1) El diagnóstico de depresión en algunos pacientes con enfermedad cardiaca es difícil por la similitud de la sintomatología. (2)

Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la Depresión; el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es entre los 15 y 29 años (3). Para América latina y el Caribe (OPS) los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades y la Depresión se ha convertido en un diagnóstico frecuente en los servicios de atención primaria en salud y según datos de la OMS, se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad a largo plazo y dependencia. (3)(4).

En Estados Unidos, la depresión y los síntomas depresivos, son muy comunes en la población adulta, afectando a más de 15 millones de personas con enfermedad coronaria. Aproximadamente el 20% de los pacientes hospitalizados por un síndrome coronario agudo cumplen criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, para trastorno depresivo mayor (TDM), comparado con un 4% en la población general. (5)

En Colombia, la presentación de eventos coronarios agudos, está en crecimiento acelerado, encontrándose en los cinco primeros puestos de mortalidad en el país; además se han incrementado las atenciones por trastornos depresivos desde el año 2009 (3). Con el envejecimiento de las poblaciones, la prevalencia de la depresión aumenta, y es de 2 a 3 veces más frecuente en los pacientes con enfermedades crónicas, como la enfermedad coronaria (6), cifras que tienen gran impacto, considerando que la OMS estima que la mortalidad global debido a las cardiomiopatías aumentará de 17,1 millones en 2004 a 23,4 millones en 2030. (4)

La depresión, ha sido considerada como un factor independiente de los factores de riesgo convencionales como la hipertensión, la hipercolesterolemia, y la obesidad para el desarrollo de enfermedad coronaria.

La mortalidad post infarto agudo de miocardio, ha aumentado en pacientes con depresión mal tratada; ya que la depresión posterior a un infarto agudo de miocardio se ha asociado además a mayores reingresos al hospital, principalmente por causas cardiovasculares y aumento en la estancia hospitalaria, lo que además de empeorar el pronóstico del paciente genera también aumento en gastos en salud. (6)

Los fundamentos biológicos para la asociación del TDM y el SCA aún no están del todo claros, sin embargo, las teorías encaminadas a explicar esta asociación incluyen la variabilidad de la frecuencia cardiaca, la inflamación, y el mal estado nutricional, la hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la activación plaquetaria; pero además se vieron agobiados por una serie de riesgos psicológicos y conductuales en forma de vulnerabilidades psicosociales, como el IMC en rango de obesidad, y las dificultades en el patrón del sueño.(7, 8, 9)

Entre otros factores de riesgo poco estudiados superficialmente para enfermedad cardiovascular es la compañía de las mascotas. El efecto terapéutico se ha observado por ejemplo en la potenciación de la rehabilitación de pacientes con afecciones cardíacas, la disminución de la presión arterial especialmente la presión arterial diastólica, la disminución de la frecuencia cardíaca, la disminución de la ansiedad y estrés y a liberación de endorfinas producida al acariciarlas. En un estudio realizado con pacientes cardiopatas que fueron dados de alta de la unidad de cuidados intensivos, se determinó que el factor más influyente en la supervivencia y la recuperación de estos, fue la severidad del daño en el miocardio, seguido por la compañía de mascotas. La mortalidad en el primer año de recuperación, fue cuatro veces mayor en pacientes que no tenían animales (10) (11).

El efecto benéfico ha sido mayor para los perros, como lo mostró un estudio realizado en China, relacionado al tiempo de la compañía de la mascota y a la actividad dedicada al juego. Después de la interacción con perros incluso sino son los propios hay incremento de los niveles de b endorfina, prolactina, ácido fenil acético y dopamina. Los dueños de perros tienen una mayor actividad física en comparación con aquellos que no los poseen. (12)

Este estudio se realizó con el fin de aportar datos y generar posibles hipótesis que ayuden a establecer o descartar de manera más robusta a la depresión como factor de riesgo cardiovascular, mejorar el diagnóstico oportuno de dicha patología y prevenir complicaciones y muertes por enfermedad cardiovascular.

Metodología.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, cuya población fueron todos los pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA), en el servicio hospitalización de la Clínica Los Rosales, durante un período de 2

meses. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SCA, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado, se encontraban con estabilidad hemodinámica y con capacidad de comprender la prueba y su objetivo. La identificación y captura de los pacientes se realizó a través de la ayuda del médico a cargo del servicio que conocía los diagnósticos de los pacientes.

La recolección de la información se realizó en un formulario de Google drive que incluyó datos básicos, características sociodemográficas y antecedentes clínicos de los pacientes; así como la escala de depresión de Zung, la encuesta fue aplicada por las investigadoras. Ésta escala se eligió como la ideal por estar validada en Colombia y por ser la más aplicada en los estudios encontrados más similares a éste. Para el procesamiento de la información, se construyó una base de datos en Excel que fue posteriormente importada a Epiinfo, para la realización del análisis estadístico. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, utilizando frecuencias absolutas y relativas.

Posteriormente se realizó el análisis bivariado de donde se obtuvieron las variables estadísticamente significativas que sirvieron para evaluar el efecto de la presencia de síntomas depresivos clínicamente respecto algunos aspectos sociodemográficos y clínicos mediante la construcción de un modelo lineal generalizado (GML) de regresión de Poisson con varianza robusta.

Las variables candidatas de acuerdo al criterio de Hosmer-Lemeshow ($p < 0,25$), y a criterios de plausibilidad fueron: el sexo, la edad, requerimiento de animales de compañía, antecedente de enfermedad coronaria, trastorno psiquiátrico previo, la práctica de actividad física, la situación laboral y estado civil.

Para elegir las candidatas por plausibilidad se consideraron las referencias bibliográficas y el conocimiento y experiencia de los investigadores. Se corrió un modelo explicativo con el fin de evidenciar las variables que contribuyeron con el efecto.

El estudio cumplió con los criterios establecidos en el tratado de Helsinki y con la normatividad nacional, resolución 008430 de 1993. Los riesgos de la investigación fueron clasificados como mínimos, se contó con el apoyo del servicio de psiquiatría de la institución, para la valoración de los pacientes identificados con síntomas depresivos clínicamente significativos.

El sesgo de información se controló mediante la recolección de los datos y aplicación del instrumento por parte de las mismas investigadoras por lo que la interpretación de las preguntas y la calidad de los datos fue confiable. Se realizó un ensayo de aplicación del instrumento para verificar que la interpretación del mismo fuera igual.

Se empleó la Escala de Zung para determinar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos. Entre las preguntas se incluían síntomas somáticos que se compartían con los síntomas de un evento coronario agudo lo que pudo generar sobrestimación o subestimación de depresión en este tipo

de pacientes; este sesgo se tuvo siempre presente ya que no se pudo controlar.

El sesgo de selección se evitó ya que la muestra fue censal, correspondió a todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo que cumplieron los criterios de inclusión. El sesgo de memoria se disminuyó en los casos en que el paciente contó con un acompañante, donde se corroboró y/o completó la información desconocida por parte del paciente. Otro sesgo presente en el estudio fue el de representatividad, de difícil control ya que por cuestiones de tiempo y a que solo se hizo en una sola clínica de III nivel de complejidad; sin embargo, pudo ser representativa para la Institución y que además era una clínica de referencia en la región.

Resultados.

En el cuadro 1 se pueden observar las características sociodemográficas más representativas de la población evaluada, 41 pacientes que corresponden a la población durante un período de dos meses.

De los pacientes estudiados, el 34,1% tenían antecedente de Tabaquismo, el 61% antecedente de Hipertensión Arterial, el 39% Diabetes Mellitus, el 43,9% tenían antecedente de Enfermedad Coronaria y la mayoría (68,3%) no realizaba actividad física

A través de la escala de depresión de Zung se encontró que el 26,8% (n=11) tenían SDCS antes de la presentación del Síndrome Coronario Agudo (Ver figura 1).

Las preguntas más significativas estadísticamente fueron: “me siento abatido y melancólico”, frecuentemente en 22,0% , “me cuesta trabajo dormirme en la noche”, frecuentemente 26,8%; muy pocas veces, “mantengo mi deseo y/o interés sexual” 46,3%; muy pocas veces “mantengo la mente tan clara como antes” 65,9% (n=27), y “estoy más irritable de lo usual”, frecuentemente 29,3%

Relación de los aspectos sociodemográficos y clínicos según la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos.

Se encontró que en las mujeres hubo más casos de síntomas depresivos clínicamente significativos (SDCS); así mismo, al evaluar la situación laboral se encontró mayor número de casos de SDCS en pacientes cesantes y el menor número de casos en independientes; respecto al grado de escolaridad en relación a la presencia de SDCS, se observó una mayor prevalencia en pacientes sin ningún grado de escolaridad (57,1%). Al evaluar el tipo de animal de compañía con la presencia de SDCS se encontró que tener dos o más tipos de animales era un factor protector estadísticamente significativo. (Ver cuadro 2).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de síndrome coronario agudo, en los meses enero y febrero de 2018, en la clínica los rosales de la ciudad de Pereira, Risaralda.

Características sociodemográficas		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sexo	Hombre	22	53,70%
	Mujer	19	46,3%
Situación laboral	Empleado	10	24,40%
	Independiente	8	19,50%
	Cesante	23	56,10%
Último grado de estudio	Sin escolaridad	7	17,10%
	Primaria incompleta	9	22%
	Primaria completa	9	22%
	Bachillerato incompleto	5	12,20%
	Bachillerato completo	5	12,20%
	Educación superior	6	14,60%
Estado civil	Soltero	4	9,80%
	Casado	19	46,30%
	Unión libre	6	14,60%
	Separado	3	7,30%
	Viudo	9	22,00%
Estrato socioeconómico	Alto	5	12,20%
	Medio	26	63,40%
	Bajo	10	24,40%
Animales de compañía	Si	22	53,70%
	No	19	46,30%
Tipo de animal de compañía	Perro	13	31,70%
	Gato	2	4,90%
	Dos o más animales	6	14,40%
	Aves	1	2,40%

Síntomas depresivos clínicamente significativos

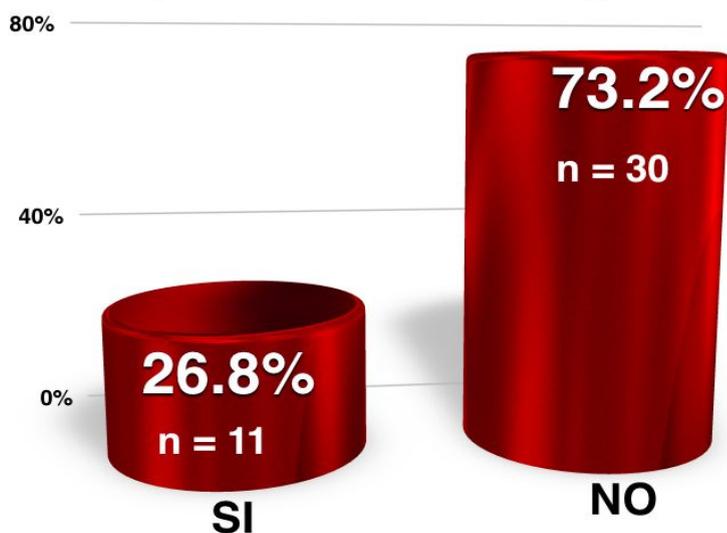


Figura 1. Distribución de la presencia de SDCS en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, en una Institución de salud en la ciudad de Pereira, Risaralda; 2018.

Cuadro 2. Distribución de los aspectos sociodemográficos relacionados con la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en pacientes hospitalizados con diagnóstico de síndrome coronario agudo, en una institución de salud, en Pereira, Risaralda; 2018.

Síntomas depresivos clínicamente significativos		SI n (%)	NO n (%)	Valor p	RP (I.C 95%)
Sexo	Mujer	6 (31,6%)	13 (68,4%)	0,725	1,389 (0,503 a 3,837)
	Hombre	5 (22,7%)	17 (77,3%)		
Situación Laboral	Empleado	3 (30,0%)	7 (70,0%)	0,557**	N.A.
	Independiente	1 (12,5%)	7 (87,5%)		
	Cesante	7 (30,4%)	16 (69,6%)		
Grado de Escolaridad	Sin escolaridad	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,268**	N.A.
	Primaria incompleta	2 (22,2%)	7 (77,8%)		
	Primaria completa	2 (22,2%)	7 (77,8%)		
	Bachillerato incompleto	1 (20,0%)	4 (80,0%)		

	Bachillerato completo	0 (0,0%)	5 (100,0%)		
	Educación superior	2 (33,3%)	4 (66,7%)		
Estado civil				0,378**	N.A.
Estrato socioeconómico				0,723**	N.A.
Presencia de animales de compañía	No	3 (15,8%)	16 (84,2%)	0,138	0,434 (0,134 a 1,408)
	Si	8 (36,4%)	14 (63,6%)		
Gato	No	11 (28,2%)	28 (71,8%)	N.A.	N.A.
	Si	0 (0,0%)	2 (100%)		
Perro	No	8 (28,6%)	20 (71,4%)	0,999*	1,238 (0,391 a 3,919)
	Si	3 (23,1%)	10 (76,9%)		
Dos o más tipos de animal de Compañía	No	7 (20%)	28 (80%)	0,035*	0,3 (0,126 a 0,717)
	Si	4 (66,7%)	2 (33,3%)		
Otros	No	10 (25,0%)	30 (75,0%)	N.A.	N.A.
	Si	1 (100,0)	0 (0,0%)		

* Prueba exacta de Fisher **Razón de verosimilitudes

Dentro de las características clínicas se halló que tener antecedente de enfermedad coronaria tiene relación estadísticamente significativa con la presencia de SDCS ($p=0,005$), igualmente para la historia de trastorno psiquiátrico previo ($p=0,014$) (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución de los aspectos clínicos relacionados con la presencia de SDCS en pacientes hospitalizados con diagnóstico de síndrome coronario agudo, en una institución de salud, en Pereira, Risaralda; 2018.

Síntomas depresivos clínicamente significativos		SI n (%)	NO n (%)	Valor p	RP (I.C 95%)
Tabaquismo	Si	4 (28,6%)	10 (71,4%)	0,999*	1,102 (0,387 a 3,134)
	No	7 (25,9%)	20 (74,07%)		
Hipertensión arterial	Si	6 (24,0%)	19 (76,0%)	0,723*	0,768 (0,280 a 2,103)
	no	5 (31,3%)	11 (68,8%)		
Diabetes Mellitus	Si	5 (31,3%)	11 (68,8%)	0,723*	1,302 (0,475 a 3,566)
	no	6 (24,0%)	19 (76,0%)		
Antecedente de trastorno psiquiátrico	Si	4 (80%)	1 (20%)	0,014*	4,114 (1,855 a 9,123)
	No	7 (19,4%)	29 (80,6)		
Enfermedad coronaria previa	si	9 (50,0%)	9 (50,0%)	0,005*	5,750 (1,414 a 23,377)
	no	2 (8,7%)	21 (91,3%)		
Actividad física	No	7(25%)	21(75%)	0,719*	0,813(0,288 a 2,293)
	Si	4(30,8%)	9(69,2%)		

Aspectos sociodemográficos y clínicos que mejor explican la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en la población estudio.

Al evaluar la relación de los factores sociodemográficos y clínicos con respecto a la presencia de SDCS, se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuatro aspectos: No tener pareja estable, no practicar actividad física, tener antecedente de enfermedad coronaria, no requerimiento de animales de compañía: Fue 6,8 veces más probable que los pacientes con antecedente enfermedad coronaria presentaran SDCS respecto a aquellos que no tuvieron antecedente de enfermedad coronaria ajustado por las demás variables. Por otro lado, las personas que no requirieron de la compañía de animales tuvieron un 59% menos riesgo de presentar SDCS respecto a aquellos que si requirieron de la compañía de animales ajustado por las demás variables. Fue 3,73 veces más probable que los pacientes que no tuvieron pareja estable presentaran SDCS respecto a aquellos que tuvieron pareja estable, ajustado por las demás variables.

Finalmente, los pacientes que no practicaban actividad física tuvieron 72% menos riesgo de presentar SDCS con respecto a los que si practicaban actividad física, ajustado por las demás variables (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Modelo de regresión de Poisson (GLM) para la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en pacientes hospitalizados con diagnóstico de SCA, en una institución de salud, Pereira, Risaralda; 2018

Variables del modelo	RP Crudo	I.C. 95%		Valor P /RP Ajustado	I.C. 95%	
		L.I.	L.S.		L.I.	L.S.

Sexo	<i>*Hombre</i>						
	Mujer	1,38	0,50	3,83	0,62 (1,32)	0,43	4,06
Edad		0,99	0,96	1,03	0,57 (0,98)	0,93	1,03
Situación laboral (empleo)	<i>*Si</i>						
	No	1,37	0,47	3,96	0,87 (1,08)	0,42	2,72
Situación sentimental (pareja estable)	<i>*Si</i>						
	No	1,302	0,47	3,55	0,04 (3,73)	1,02	13,58
Requerimiento de animales de compañía	<i>*Si</i>						
	No	0,3	0,12	0,717	0,039 (0,41)	0,18	0,95
Actividad física	<i>*Si</i>						
	No	0,813	0,28	2,293	0,025 (0,28)	0,09	0,85
Enfermedad coronaria previa	<i>*No</i>						
	Si	5,75	1,41	23,37	0,005 (6,82)	1,76	26,45
Trastorno psiquiátrico previo	<i>*No</i>						
	Si		1,85	9,12	0,11 (2,74)	0,77	9,69

RP: Razón de prevalencias IC: Intervalo de confianza LI: Límite inferior LS: Límite superior *Categoría de referencia

DISCUSIÓN.

En este estudio se evaluó la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (SDCS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA), en una Institución de Salud en la ciudad de Pereira, Risaralda. Es uno de los pocos estudios que busca la presencia de Depresión previo al SCA en Colombia, y el primero en el eje cafetero. Este estudio presenta ciertas limitaciones, las ya mencionadas en la metodología y además su baja comparabilidad debido a que difiere con la metodología y el instrumento empleado por otros autores como Figueiredo y col. (2017), Mistelli y col. (2015), Chang y col. (2001), Panagiotakos y col. (2002), Andrade y col. (2003), Goodwin y col. (2009). (13, 14, 15, 16, 17, 18)

Utilizando como instrumento de medición la escala Zung, se halló una prevalencia de SDSCS del 26,8%, similar a la reportada Figueiredo y col. (2017),

Mistelli y col. (2015), Chang y col. (2001), Panagiotakos y col. (2002), Andrade y col. (2003), Goodwin y col. (2009). Se pudo observar que del porcentaje de pacientes que presentaron SDCS, estos no fueron registrados en la hospitalización por el personal de salud a cargo, demostrando, así como a este tipo de sintomatología aún no se le da la importancia requerida. (13, 14, 15, 16, 17, 18)

La mayoría de los pacientes fueron hombres, lo cual es resonante con los hallazgos para la enfermedad cardiovascular reportados por Serrano y col. (2011), Molina y col. (2016), Figueriedo y col. (2017), Mistelli y col. (2015), Andrade y col. (2003), Baumeister y col. (2007) y el Boletín de Salud Mental del Ministerio de Protección Social (2007). Para los síntomas depresivos fueron más prevalentes en mujeres concordando con Serrano y col. (2011), Molina y col. (2016), Figueiredo y col. (2017), Mistelli y col. (2015), Andrade y col. (2003), Baumeister y col. (2007) (3, 6, 13,19, 14, 17, 20)

Contrario a lo reportado por Mistelli y col. (2015), Ferketich y col. (2017), Ariyo y col. (2000), Majed y col. (2012), Wassiertheil-Smoller y col. (2004), Kubzansky y col. (2006), no hubo relación con algunas variables sociodemográficas y los SDCS como: el estrato socioeconómico, grado de escolaridad ni con el estado civil. Figueiredo y col. (2018), reportó relación con estar “soltero” pero ajustado al género femenino. La actividad laboral más frecuente dentro de los pacientes con SDCS, fue “cesante”, no comparable con Figueiredo y col. (2017), Mistelli y col. (2015), Majed y col. (2012), Rugulies y col. (2002) donde la variable evaluada era “des empleado”, pero también sin significancia estadística. (13,14, 21, 22, 23, 24, 25, 26)

El antecedente de patología mental, tiene relación estadísticamente significativa con la presencia de SDCS, concordante con los resultados observados en otros estudios (Richards y col., 2016; Mistelli y col., 2015), en los cuales la historia de enfermedad psiquiátrica tiene relación con la presentación de la depresión previo al SCA. (14, 27)

Los antecedentes personales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Tabaquismo no tuvieron relación con la presencia de SDCDS similar a lo hallado por Serrano y col. (2011), Osler y col. (2016), Mistelli y col. (2015) pero en contraste con el antecedente de Enfermedad Arterial Coronaria donde si hubo significancia estadística en nuestro estudio, antes y después del ajuste. (3,6,14 28)

La presencia de animales de compañía no mostró relación con la variable de interés; sin embargo, al evaluar el tipo de animal de compañía con la presencia de SDCS se encontró que tener dos o más tipos de animales era un factor protector estadísticamente significativo. No se halló estudios similares que comparara esta variable, los encontrados fueron los de Gomez y col. (2007), Arhant-Sudhir y col. (2011), y solo el estudio por Xie y col.(2017) que evaluó sobrevida y recuperación posterior a Síndrome Coronario Agudo donde tener perro era un factor protector; sin embargo, al hacer el ajuste por las demás

variables en nuestro estudio, se encontró que la presencia de animales de compañía era un factor de riesgo, lo mismo que la práctica de actividad física. En relación con estos hallazgos hay que tener en cuenta que la muestra del estudio fue pequeña, muchos pacientes se encontraban limitados para la actividad física por su clase funcional, y que al ser un estudio transversal está la limitante de la temporalidad, donde no se sabe si la presencia de animales de compañía y la actividad física estaban antes o después de presentar los síntomas depresivos, ambas como parte de las estrategias para el manejo de la depresión. (10,11,12)

Se sabe que la Escala de Zung no es un test diagnóstico de depresión, por lo tanto, no reemplaza la valoración clínica, pero no se desconocen sus características internas y propiedades psicométricas, lo que la hace una prueba sencilla de tamizaje para este trastorno. Se cuenta con validación de dicha escala en población colombiana (Campo-Arias y col., 2006). La escala incluye síntomas afectivos, somáticos y cognitivos, sin embargo, se ha señalado que le da mayor valor a síntomas de contenido somático y algunos autores como Campo-Arias & Rueda, 2005; Cogollo, Diaz, & Campo, 2006, argumentan la limitación de esta escala frente a los elementos emocionales por presentar un número escaso de puntos que exploran este aspecto. El perfil sintomático del presente estudio, cuando se evaluó cada ítem, evidenció un resultado variado, encontrando dentro de los síntomas más predominantes: no tener la mente tan clara como antes; menos frecuentemente referido fue notar pérdida de peso, tener molestias de estreñimiento, y la ideación de muerte (expresada como "siento que los demás estarían mejor si yo muriera"), la clásicamente relacionado con cuadros depresivos más graves.(29)

CONCLUSIONES

La presencia de síntomas depresivos en pacientes con síndrome coronario agudo fue alta. Las variables que más influyeron para la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos fueron el antecedente de enfermedad coronaria, el requerimiento de animales de compañía y la práctica de actividad física, y estar soltero. Es necesario hacer más estudios de tipo longitudinal, que comprueben o descarten las hipótesis aquí generadas, ya que parece ser que la depresión actúa más como una variable de interacción que como un factor de riesgo independiente. Se debe elegir la mejor escala para evaluar depresión en pacientes hospitalizados donde se evite solapamiento de síntomas según la patología

Referencias

1. Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer PA, Castro A. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la

atención primaria de salud en Santiago de Chile. *Rev Med Chil* 2017;145(1):25–32.

2. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: A clinical review. *Eur Heart J*. 2014;35(21):1365–72.
3. Serrano C V., Tiemi Setani K, Sakamoto E, Maria Andrei A, Fraguas R. Association between depression and development of coronary artery disease: Pathophysiologic and diagnostic implications. *Vasc Health Risk Manag*. 2011;7(1):159–64.
4. Rebeca M, Zúñiga E, Francisco A, Navas G, José A, Webb S. DEPRESIÓN POST-INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: IMPLICACIONES EN EL MANEJO Y LA MORTALIDAD. *Rev Cúpula*. 2015;29(1):23–31.
5. Camacho A, McClelland RL, Delaney JA, Allison MA, Psaty BM, Rifkin DE, et al. Antidepressant Use and Subclinical Measures of Atherosclerosis: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(4):340–6.
6. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá(D.C):Minsalud;2007. Boletín No 9
7. Vollmer-Conna U, Cvejic E, Smith IG, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Characterising acute coronary syndrome-associated depression: Let the data speak. *Brain Behav Immun*. 2015;48(2015):19–28.
8. Ziegelstein RC, Parakh KC, Sakhuja AC, Bhat UC. Depression and Coronary Artery Disease: Is There a Platelet Link? *Mayo Clin Proc*. 2007;82(11):1366–8.
9. Franco, S., Hoertel, N., Peyre, H., Rodríguez-Fernández, J. M., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Age at onset of major depression and adulthood cardiovascular risk. *Psychiatry research*, 225(3), 736-738.
10. Gómez G LF, Atehortua H CG, Orozco P SC. La influencia de las mascotas en la vida humana. *Rev Colomb Ciencias Pecu*. 2007;20:377–86.
11. Arhant-Sudhir K, Arhant-Sudhir R, Sudhir K. Pet ownership and cardiovascular risk reduction: Supporting evidence, conflicting data and underlying mechanisms. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2011;38(11):734–8

12. Xie Z-Y, Zhao D, Chen B-R, Wang Y-N, Ma Y, Shi H-J, et al. Association between pet ownership and coronary artery disease in a Chinese population. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(13):e6466.
13. Figueiredo JHC, Silva NA de S e, Pereira B de B, Oliveira GMM de. Major Depression and Acute Coronary Syndrome-Related Factors. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2017;217–27.
14. Misteli GS, Stute P. Depression as a risk factor for acute coronary syndrome: a review. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(6):1213–20.
15. Chang M, Hahn RA, Teutsch SM, Hutwagner LC. Multiple risk factors and population attributable risk for ischemic heart disease mortality in the United States, 1971–1992. *J Clin Epidemiol* 2001;54(6):634–644
16. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Stefanadis C, Toutouzas P. Risk stratification of coronary heart disease in Greece: final results from the CARDIO2000 Epidemiological Study. *Prev Med* 2002;35(6):548–556
17. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. 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
18. Goodwin RD, Davidson KW, Keyes K. Mental disorders and cardiovascular disease among adults in the United States. *J Psychiatr Res* 2009;43(3):239–246
19. Molina DI, Chacón JA, Esparza ÁS, Botero SM. Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(3):242–9.
20. Baumeister H, Harter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42(7):537–546.
21. Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger M. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 2000;160(9):1261–1268

22. . Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, Rutledge JC, Cushman M, Dobs A, Furberg CD. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *Circulation* 2000;102(15):1773–1779
23. Majed B, Arveiler D, Bingham A, Ferrieres J, Ruidavets JB, Montaye M, Appleton K, Haas B, Kee F, Amouyel P, Ducimetiere P, Empana JP, Group PS. Depressive symptoms, a time-dependent risk factor for coronary heart disease and stroke in middle-aged men: the PRIME Study. *Stroke J Cereb Circ* 2012;43(7):1761–1767.
24. Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, Robbins J, Aragaki A, Dunbar-Jacob J. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI). *Arch Intern Med* 2004;164(3):289–298
25. Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I, Vokonas P, Sparrow D. Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: a prospective study in the normative aging study. *Ann Behav Med: Publ Soc Behav Med* 31 2006;(1):21–29.
26. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002;23(1):51–6
27. Richards SH, Dickens C, Anderson R, Richards DA, Taylor RS, Ukoumunne OC, et al. Assessing the effectiveness of enhanced psychological care for patients with depressive symptoms attending cardiac rehabilitation compared with treatment as usual (CADENCE): study protocol for a pilot cluster randomised controlled trial. Richards al *Trials* [Internet]. 2016;17(59):1–15.
28. Osler M, Prescott E, Wium-Andersen IK, Ibfelt EH, Jørgensen MB, Andersen PK, et al. The impact of comorbid depression on educational inequality in survival after acute coronary syndrome in a cohort of 83 062 Patients and a matched reference population. *PLoS One*. 2015;10(10):1–11.
29. Campo-Arias, A., Diaz-Martinez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., del Pilar Cadena, L., & Hernandez, N. L. (2006). Validation of Zung's self-rating depression scale among the Colombian general population. *Social Behavior and Personality*, 34(1), 87–94. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.1.87>

