

# Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad coronaria en un programa de Rehabilitación Cardíaca. Análisis de 119 pacientes atendidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Colsanitas y Clínica Universitaria Colombia entre Abril de 2008 y Abril de 2009

**Depression and anxiety in patients with coronary artery disease in a Cardiac Rehabilitation program. Analysis of 119 assisted patients in the Cardiac Rehabilitation program of the Colsanitas Colombia University Clinic between April of 2008 and April of 2009**

Germán Ernesto Rodríguez Tovar<sup>1</sup>  
 Carlota Rodríguez Torres<sup>2</sup>  
 Astrid Lucia Fajardo Martino<sup>3</sup>  
 Andrés Hernández Roa<sup>4</sup>  
 Leonor Zuleta Franco<sup>5</sup>  
 Rocío Rosada Villalba<sup>6</sup>

## Resumen

Este artículo pretende revisar la frecuencia de presentación de ansiedad y depresión en pacientes incluidos en la fase II del programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Colsanitas y Clínica Universitaria Colombia en Bogotá en el periodo comprendido entre Abril de 2008 y Abril de 2009, fueron entrevistados 119 pacientes a su ingreso al programa. La psiquiatra del equipo terapéutico les realizó una entrevista semiestructurada. Se observó que la tristeza y la ansiedad se presentaban en la mayoría de los pacientes. Los factores de riesgo para enfermedad coronaria son ampliamente conocidos, sin embargo el abordaje integral que incluya un mejoramiento en el estado emocional de los pacientes es fundamental.

**Palabras clave:** Depresión, Ansiedad, Enfermedad Cardiovascular

## Abstract

This paper seeks to review the state of anxiety and depression among patients within phase II of the Cardiac Rehabilitation Program of the Colsanitas Clinica and University Colombia Clinic in Bogota. 119 patients were interviewed as they entered the program from. The psychiatrist of the therapeutic team performed a semistructured interview. Sadness and

<sup>1</sup>Médico Fisiatra Coordinador del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Universitaria Colombia Colsanitas Bogotá e mail: rcardiacacuc@colsanitas.com

<sup>2</sup>Médico Psiquiatra del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Universitaria Colombia Colsanitas Bogotá

<sup>3</sup>Médico Fisiatra del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Universitaria Colombia Colsanitas Bogotá

<sup>4</sup>Médico Deportólogo del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Universitaria Colombia Colsanitas Bogotá

<sup>5</sup>Nutricionista Dietista del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Universitaria Colombia Colsanitas Bogotá

<sup>6</sup>Terapeuta Física y Respiratoria del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Universitaria Colombia Colsanitas Bogotá

Fecha de recepción: Septiembre 9 de 2009

Fecha de aceptación: Noviembre 2 de 2009

anxiety showed up in de majority of patients. Risk factors for coronary disease are widely known. However an integral approach including the amelioration of patients emotional state is fundamental.

**Key words:** Depression, Anxiety, Cardiovascular Disease

## INTRODUCCION

La depresión y la ansiedad se han asociado con la enfermedad coronaria y con un peor pronóstico, en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (1). En dichos pacientes, la depresión y la ansiedad se encuentran hasta en un 60% (2). Es común que la depresión sea subdiagnosticada antes y después del evento coronario y por tanto un gran número de pacientes se quedan sin tratamiento, siendo este un factor de riesgo para una recaída. Aún no se han identificado los mecanismos exactos de dicha asociación, sin embargo se sabe que, con la depresión y la ansiedad hay aumento de la activación y agregación plaquetaria (relacionada con la disminución de la serotonina), del tono adrenérgico que predispone a arritmias ventriculares, activación del sistema inmune (implicado en el desarrollo de la placa aterosclerótica) y menor adherencia al tratamiento farmacológico y adopción de estilos de vida saludable. Por otro lado, la depresión se asocia también al consumo de tabaco y alcohol, que igualmente tienen incidencia sobre la salud cardiovascular. En los individuos catalogados como de Personalidad tipo A, con altos niveles de ansiedad, irritabilidad y competitividad, el riesgo de sufrir enfermedad cardiaca es 4 veces mayor que en el resto de la población (3). Los pacientes deprimidos con enfermedad cardiovascular tienen un riesgo de morir 3-5 veces mayor que los pacientes con enfermedad cardiovascular sin depresión (4). La rehabilitación de pacientes deprimidos después de sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM) es más difícil, siendo su recuperación intrahospitalaria más lenta, y su estilo de vida está relacionado con una menor tasa de sobrevivencia.

Este estudio tiene como objetivo describir la frecuencia de depresión y ansiedad en un grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria, pertenecientes al

programa de rehabilitación cardiaca de la Clínica Colsanitas y la Clínica Universitaria Colombia entre Abril de 2008 y Abril de 2009.

## MATERIALES Y METODOS

A 119 pacientes que se encontraban en la fase II de su rehabilitación cardiaca, se les citó individualmente y se les realizó una entrevista semiestructurada que incluía la siguiente información, además del sexo y edad del paciente:

1. Motivo por el cual habían ingresado al programa de Rehabilitación Cardiaca.
2. Tiempo transcurrido entre el evento cardíaco agudo y la consulta.
3. Presencia o no de síntomas afectivos previos al evento.
4. Presencia o no de síntomas afectivos posteriores al evento.
5. Antecedentes psiquiátricos
6. Calidad de la red de apoyo.

Dentro de los síntomas afectivos, se indagó acerca de la presencia o no de tristeza, ansiedad, irritabilidad, insomnio, anhedonia, llanto fácil e ideas pasivas de muerte.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron todos aquellos que asistieron a la valoración por parte de Psiquiatría, protocolizada en el programa de Rehabilitación Cardiaca de la Clínica Colsanitas y Clínica Universitaria Colombia entre Abril de 2008 y Abril de 2009.

Los criterios diagnósticos utilizados fueron los del DSM IV-R (Anexo 1) para Trastorno adaptativo con síntomas emocionales, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada, entre otros.

## RESULTADOS

119 pacientes fueron entrevistados, 64 hombres y 55 mujeres. El promedio de edad fue de 62 años. Los motivos por los cuales habían ingresado al programa fueron: IAM y

cateterismo cardiaco: 78 (65.5%), IAM y revascularización cardiaca: 33 (27.7%), reemplazo valvular: 5 (4.2%) y síncope de origen cardiovascular: 3 (2.5%). El tiempo promedio transcurrido entre el evento cardiaco y la consulta fue de 32 días. 110 pacientes manifestaron tener algún síntoma afectivo después del evento cardiaco. Los síntomas referidos fueron: Insomnio: 48 pacientes (40.3%), Ansiedad: 26 pacientes (21.8), tristeza: 25 pacientes (21.0%), sentimientos de minusvalía: 6 pacientes (5.0%), irritabilidad: 7 pacientes (5.8%), labilidad afectiva: 11 pacientes (9.2%). Adicionalmente, 10 pacientes (8.4%) manifestaron quejas somáticas como dolor precordial y fatiga. 16 pacientes (13.4%) refirieron síntomas afectivos previos al evento cardiaco tales como tristeza y ansiedad. 17 pacientes (14.2%) tenían antecedente de trastorno psiquiátrico: 1 paciente de demencia vascular, 4 de Trastorno depresivo mayor, 4 de Trastorno de ansiedad generalizada, 1 de Trastorno Bipolar tipo I, 1 de dependencia de sustancias en remisión total temprana y 6 de dependencia de nicotina en remisión total temprana. Solo 2 de éstos pacientes continuaban en tratamiento por dichas patologías. 111 pacientes (93.2%) manifestaron tener una buena red de apoyo. 9 de los pacientes (7.5%) refirieron problemas de relación con sus familias y pobre apoyo frente al evento cardiaco.

## DISCUSION

La mayoría de los pacientes entrevistados manifestaron presencia de síntomas afectivos posteriores al evento cardiaco. 26 pacientes cumplieron criterios diagnósticos para Trastorno Adaptativo con alteración de las emociones, 16 pacientes, 10 de ellos mujeres, cumplieron criterios diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor. 6 para Trastorno de ansiedad generalizada y 8 para Disfunción Familiar, 1 para Duelo, según el DSM IV-R. 25 pacientes refirieron presentar síntomas afectivos previos al evento pero no habían consultado por eso por lo cual no habían sido diagnosticados previamente. Esta patología mental hubiera podido contribuir para el desarrollo de la enfermedad coronaria. El síntoma predominante fue el insomnio asociado por los pacientes a dificultades en acomodarse a la hora de dormir y a pensamientos negativos acerca de su estado de salud. La ansiedad y la

tristeza fueron síntomas frecuentes que los pacientes asociaron con el hecho de sentirse dependientes de sus familias y del personal médico para su recuperación y a fantasías negativas con respecto a que sus vidas ya no fueran como antes. También asociaron dichos sentimientos a la dificultad en cambio del estilo de vida como mantener una alimentación sana y hacer ejercicio. En general, los pacientes evaluados contaron con una buena red de apoyo. Sus familias estuvieron pendientes de todo el proceso de recuperación y casi siempre los acompañaron a sus citas y ejercicios en el programa.

Los síntomas afectivos son frecuentes en pacientes coronarios antes y después de sufrir un evento agudo. Dichos pacientes requieren ser manejados por un grupo interdisciplinario que evalúe su recuperación en todas las áreas incluyendo la salud mental. La respuesta de los pacientes ante la evaluación de su estado emocional es positiva. Encuentran un espacio para expresar sus inquietudes al respecto y se adhieren mejor al tratamiento si se toma en cuenta su aspecto emocional. Se requieren estudios más completos y con mayor número de pacientes para identificar plenamente las características de la asociación entre depresión y ansiedad y enfermedad coronaria a largo plazo. Es importante que todos los profesionales en salud estén atentos a identificar síntomas afectivos antes, durante y después de los cuadros agudos cardiacos para ofrecer a los pacientes una atención oportuna.

### Anexo 1

#### ***Criterios diagnosticos según el DSM IV***

#### ***Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos***

- A. *La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.*
- B. *Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:*
  1. *Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.*

2. *Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)*

C. *La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.*

D. *Los síntomas no responden a una reacción de duelo.*

E. *Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.*

*Especificar si*

*Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.*

*Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.*

*Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.*

*F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]*

*F43.28 Con ansiedad [309.24]*

*F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]*

*F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]*

*F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]*

*F43.9 No especificado [309.9]*

### ***Criterios para el episodio depresivo mayor***

A. *Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.*

*Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.*

1. *Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable*

2. *Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)*

3. *Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables*

4. *Insomnio o hipersomnia casi cada día*

5. *Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)*

6. *Fatiga o pérdida de energía casi cada día*

7. *Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)*

8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)*

9. *Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse*

B. *Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.*

C. *Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*

D. *Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).*

E. *Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Aristizabal J. F, Troncoso, S. Depresión y Factores de Riesgo en Pacientes Coronarios Internados en el Hospital de Caldas, año 2001. Archivos de Medicina, Universidad de Manizales. 2002; 3: 47-50
1. González, M, Sánchez, M, Burgos, M. Síntomas Depresivos en Pacientes con Cardiopatía Coronaria. Med. Int. Mex. 2008; 3(24): 204-209
2. Deirdre, L, Douglas, C, Ring, C. The Prevalence and Persistence of Depression and Anxiety following myocardial infarction. British Journal of Health Psychology. 2002; 7:11-21
3. García, V, Del Villar, V, García y García, E. La Depresión tras el Infarto Agudo de Miocardio. An.Med.Interna, 2007; 24(7): 346-351
4. Lane, D, Carrol, D, Ring, C, Beevers, D. Do Depression and anxiety predict recurrent coronary events 12 months after myocardial infarction? QJ Med. 2000; 93: 739-744
5. Benninghoven, D, Kaduk, A, Wiegand, U, Specht, T. Influence of Anxiety on the Course of Heart Disease after Acute Myocardial Infarction-Risk Factor or Protective Function? D. Psychother Psychosom. 2006; 75: 56-61
6. Martens, E, Nykliced, I, Szabo, B, Kupper, N. Depression and anxiety as predictors of heart rate variability after myocardial infarction. Psychological Medicine. 2008; 38: 375-383
7. Denollet, J, Sttrik, J, Lousberg, R, Honig, A. Reconognizing Increased Risk of Depressive Comorbidity after Myocardial Infarction: Looking for 4 Symptoms of Anxiety-Depression. Psychother Psychosom. 2006; 75:346-352
8. Fauerbach, J, Thombs, b, Fogel, J. Depression Following Acute Myocardial Infarction: A Prospective Relationship Whit Ongoing Health and Function. Psychosomatics. 2005; 46(4): 355-361
9. Dickens, C.M, Percival, C, McGowan, L, Douglas, J, Tomenson, B, Cotter, L et.al. The Risk Factors for Depression in First Myocardial Infarction Patients. Psychological Medicine. 2004; 34: 1083-1092
10. Pier, C, Shandley, k, Fisher, J, Burstein, F, Nelson, M, Piertman, L. Identifying the Health and Mental Health Information Needs of People with Coronary Heart Disease, with and without Depression. MJA. 2008; 188: S142-S144

