

Artículo Original

Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA (*Estudio sobre la Prevalencia de depresión en pacientes Cardiovasculares*)

Prevalence of depression and anxiety in the cardiology consulting room. EPICA study

Gustavo H Cerezo¹, Augusto Vicario¹, Ruth Fernández², Julio Enders².

¹Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), ²Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 29 de Septiembre de 2017
Aceptado después de revisión
el 3 de Noviembre de 2017
www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses

Palabras clave:

Depresión. Ansiedad.
Cardiopatía coronaria.
Factores de riesgo.

Keywords:

Depression. Anxiety.
Vascular risk factors.
Coronary heart disease.

RESUMEN

Existe sobrada evidencia del vínculo entre depresión y/o ansiedad y las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de depresión se triplica en pacientes con cardiopatía isquémica siendo considerada un factor de riesgo e indicador pronóstico independiente.

Objetivos: Conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes asistidos en la consulta cardiológica ambulatoria y las asociaciones con la cardiopatía coronaria y los factores de riesgo.

Material y métodos: Durante 2 meses se encuestaron 1035 pacientes voluntariamente y anónimamente. Se obtuvieron datos sobre edad, sexo, factores de riesgo y enfermedad coronaria y se utilizó la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) auto-administrada.

Resultados: La edad promedio fue 61.23 ± 0.42 años (hombres 55.36%). La prevalencia de ansiedad fue 20.86% (n=216), la depresión 9.85% (n=102) y el trastorno combinado (ansiedad más depresión) 21.6% (n=69). La ansiedad predominó en el sexo femenino (26.6% vs 16.3%; $p=0.0002$). La ansiedad y depresión se asociaron con la cardiopatía coronaria solo en los hombres (ansiedad 56.3% vs. 43.6%; $p=0.006$ y depresión 58.1% vs. 21.2%; $p=0.0001$). Los factores de riesgo analizados no mostraron asociación con ninguno de los dos trastornos anímicos. La depresión y la ansiedad se asociaron con conductas de riesgo (tabaquismo y sedentarismo).

Conclusiones: Depresión y ansiedad están presentes con una elevada prevalencia entre los pacientes asistidos en los consultorios ambulatorios de cardiología. Ambos trastornos anímicos se asociaron con la cardiopatía isquémica solo en los hombres.

Prevalence of depression and anxiety in the cardiology consulting room. EPICA study

ABSTRACT

There is a significant body of evidence of the link between depression and / or anxiety and cardiovascular disease. The prevalence of depression is threefold in patients with ischemic heart disease, being considered an independent risk factor and prognosis marker.

Objective: To know the prevalence of depression and anxiety in outpatients that attended the cardiology consulting-room and its associations with coronary heart disease and others risk factors.

Material and methods: During 2 months we surveyed 1035 patients. The survey was voluntary and anonymous. Data on age, sex, risk factors and coronary heart disease were obtained and we used the self-administered Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Results: The mean age was 61.23 ± 0.42 years (men 55.36%). The prevalence of anxiety was 20.86% (n=216), depression 9.85% (n=102) and combined disorder (anxiety plus depression) 21.6% (n=69). Anxiety was more frequent in females (26.6% vs 16.3%, $p=0.0002$). Anxiety and depression were associated with coronary heart disease only in men (anxiety 56.3% vs. 43.6%, $p=0.006$ and depression 58.1% vs. 21.2%, $p=0.0001$). The vascular risk factors analyzed did not show association with either of the two mood disorders. Depression and anxiety were associated with risk behavior (smoking and sedentarism).

Conclusions: Depression and anxiety are commonly present with a high prevalence among outpatients that attended the cardiology consulting room. Both mood disorders were associated with ischemic heart disease only in men.

INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son desórdenes afectivos de alta prevalencia que alcanzan cifras del 5% y 3,5% respectivamente en la población general¹, es mayor en la mujer y aumenta en poblaciones con morbilidades médicas como la enfermedad cardiovascular. En los últimos 20 años el número de personas con depresión o ansiedad incrementó un 50%. En Argentina la depresión representa el 26.5% y la ansiedad el 6.4% de todos los trastornos mentales². Estas patologías tienen impacto negativo tanto a nivel personal y familiar como laboral y sanitario, siendo considerados un problema prioritario para la salud pública. La depresión es considerada un factor de riesgo para la enfermedad coronaria y su presencia en el curso de un infarto de miocardio es un predictor de mortalidad. Así, tanto la depresión como la enfermedad cardiovascular se convierten en factores de riesgo recíprocos.

A pesar de las recomendaciones generadas desde organismos científicos sobre la necesidad de realizar un tamizaje de los trastornos afectivos en pacientes con enfermedad cardiovasculares³, la depresión continúa siendo una condición sub-diagnosticada y sub-tratada. Sólo la cuarta parte de los pacientes con depresión o ansiedad son reconocidos en forma correcta y reciben tratamiento.

En muchas circunstancias, la falta de reconocimiento se debe a su expresión clínica pudiendo los síntomas somáticos (dolor precordial, cambios en el sueño, palpitaciones o fatiga), "ocultar" los síntomas psicológicos característicos (desesperanza, anhedonia o angustia e inquietud). En otras puede existir la superposición de síntomas depresivos y ansiosos, siendo frecuente la coexistencia de ambos trastornos. Incluso, para muchos autores la ansiedad y la depresión son dos estadios sintomáticos del mismo trastorno afectivo y no trastornos diferentes.

No obstante los resultados de los estudios sobre el tratamiento de la depresión y el pronóstico de la enfermedad cardiovascular son controversiales, el mismo mejora la calidad de vida de los pacientes y la adherencia a estilos de vida saludables.

En este contexto el objetivo fue conocer la prevalencia de la depresión y ansiedad en pacientes que concurren a la consulta ambulatoria de un centro especializado en patología cardiovascular de alta complejidad y asociarla con la presencia de factores de riesgo vasculares y/o enfermedad coronaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los meses de octubre y noviembre de 2016, se realizó una encuesta en la sala de espera de los consultorios de cardiología del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA). Se invitó a participar en forma voluntaria y anónima a todas las personas que asistían de lunes a viernes a los 12 consultorios. La misma fue voluntaria y anónima. Los datos obtenidos sobre edad, sexo, factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipemia, sedentarismo y tabaquismo) y la cardiopatía coronaria (infarto de miocardio, cirugía de

revascularización y angioplastia), fueron referidos por los pacientes. Para su análisis, la cardiopatía coronaria fue considerada como un conjunto y discriminada por cada una de las 3 condiciones referidas que la componen.

Se utilizó como herramienta para evaluar el status anímico la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD - *Hospital Anxiety and Depression*), una escala corta, auto-administrada, fácil de completar en la sala de espera de una institución médica y orientada a cuantificar el "malestar psíquico"⁴. Consta de 14 ítems, divididos en 2 sub-escalas, que permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en la atención primaria. Sus preguntas están referidas a los aspectos psicológicos de la ansiedad (impulsividad y agitación) y de la depresión (anhedonia) con exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) frecuentes en pacientes con enfermedades vasculares. La intensidad del síntoma se evalúa con una escala de tipo Likert con rango de 0 (nunca) a 3 (siempre), referida a los sentimientos experimentados en las 2 semanas previas. Un puntaje ≥ 11 puntos para cada escala indicó diagnóstico de depresión y/o ansiedad. Un puntaje entre 8 y 10 puntos indicó presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos y un puntaje ≤ 7 correspondió a participantes sin depresión ni ansiedad. La escala está validada para el idioma español y posee alta consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,85), alta confiabilidad test re-test ($r=0,75$) y rangos de sensibilidad entre 0,74 y 0,84, especificidad de 0,78 a 0,80.

Análisis estadístico

Para las variables mensurables tanto sociodemográficas como clínicas se realizó un análisis descriptivo a partir de las medidas de resumen, y en el caso de las variables categóricas a partir de sus frecuencias. En los análisis bivariados de las variables categóricas se empleó la prueba de chi-cuadrado ajustado e Irwin Fisher. En todos los casos las comparaciones se efectuaron con un nivel de confianza del 95%.

Consideraciones éticas

La encuesta cumple con las reglamentaciones locales e internacional vigentes y respetó las normas éticas para los estudios de investigación en seres humanos. La información fue anónima cumpliendo con la ley nacional de protección de datos personales (Ley N° 25.326). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética independiente del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA).

RESULTADOS

Se obtuvieron 1035 encuestas. La edad promedio de los encuestados fue $61,23 \pm 0,42$ años (rango 18 a 92 años). La edad promedio no difirió entre hombres y mujeres ($61,6 \pm 0,5$ vs. $60,7 \pm 0,6$). Presentándose una mayor frecuencia del sexo masculino en la muestra (55.36 % vs. 44.6%; $p 0.0006$). La prevalencia de ansiedad en la muestra total (HAD-A ≥ 11 pts.) fue 20.86% ($n=216$), la depresión (HAD-D ≥ 11 pts.) el

TABLA 1.

Características de la muestra y distribución de las frecuencias totales y por sexo de los factores de riesgo, la enfermedad coronaria y los trastornos anímicos

VARIABLES	Total n (%)	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Valor P
Características de la muestra				
Edad (años)*	61,2 ± 0,4	60,7 ± 0,6	61,6 ± 0,5	0.07
Sexo (fem)		44,6% (462)	55,3% (573)	0.006
Factores de riesgo vascular				
• Hipertensión	561 (54,20)	244 (52,81)	317 (55,32)	0.42
• Diabetes	158 (15,26)	55 (11,90)	103 (17,98)	0.006
• Colesterol elevado	337 (32,75)	155 (33,98)	182 (31,76)	0.44
• Fumador	103 (9,95)	51 (11,04)	52 (9,08)	0.29
• Sedentarismo	473 (45,70)	217 (46,97)	256 (44,68)	0.46
Enfermedad Coronaria				
C. Coronaria**	375 (36,23)	121 (26,19)	254 (44,32)	<0.0001
• Infarto de miocardio	332 (32,07)	110 (23,81)	222 (38,74)	<0.0001
• Cirugía de revascularización miocárdica	117 (11,30)	28 (6,06)	89 (15,53)	<0.0001
• ATC/stent	185 (17,87)	53 (11,47)	132 (23,04)	<0.0001
Trastornos anímicos				
• Síntomas ansiosos	208 (20,09)	90 (19,48)	118 (20,59)	0.65
• Ansiedad	216 (20,86)	123 (26,62)	93 (16,23)	0.0002
• Síntomas depresivos	139 (13,42)	60 (12,99)	79 (13,79)	0.90
• Depresión	102 (9,85)	47 (10,17)	55 (9,60)	0.90

(* media ± DE. (** C: Coronaria representa la totalidad de (IM+CRM+ATC/stent); ATC: Angioplastia Transluminal Coronaria

TABLA 2.

Asociaciones entre factores de riesgo y cardiopatía coronaria por sexo con ansiedad

VARIABLES	Síntomas ansiosos (HAD-A 8-10 pts.)			Diagnóstico Ansiedad (HAD-A ≥ 11 pts.)		
	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Valor P	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Valor P
Factores de riesgo						
• Hipertensión	46 (51,1)	58 (49,1)	0.77	61 (49,5)	58 (62,3)	0.06
• Diabetes	12 (13,3)	15 (12,7)	0.89	15 (12,2)	12 (12,9)	0.87
• Colesterol	33 (36,6)	40 (33,9)	0.67	40 (32,5)	36 (38,7)	0.34
• Fumador	7 (7,7)	16 (13,5)	0.18	20 (16,2)	10 (10,7)	0.24
• Sedentarismo	41 (45,5)	61 (51,6)	0.38	68 (55,2)	56 (60,2)	0.46
Enfermedad Coronaria						
• E. coronaria*	24 (29,62)	57 (70,37)	0.002	31 (43,66)	40 (56,33)	0.006
• Infarto de miocardio	20 (22,2)	52 (42,07)	0.001	29 (23,5)	35 (37,6)	0.02
• Cirugía de revascularización miocárdica	3 (3,3)	22 (18,6)	0.0008	6 (4,8)	11 (11,8)	0.06
ATC/stent	11 (12,2)	24 (20,3)	0.12	12 (9,7)	19 (20,4)	0.02

(* E: Coronaria representa la totalidad de (IM+CRM+ATC/stent) ; ATC: Angioplastia Transluminal Coronaria, HAD: Hospital Anxiety and Depression

9.85% (n=102) y el trastorno combinado (ansiedad más depresión) 21.6% (n=69) (Figura 1). Entre los participantes con depresión el 58.8% fueron mayores de 60 años (p=0.001). El 21.5% de los pacientes con depresión presentaron síntomas ansiosos y el 28.7% de los pacientes con ansiedad presentaron síntomas depresivos. El diagnóstico de ansiedad predominó en el sexo femenino (26.6% vs. 16.3%; p=0.0002).

La Tabla 1 muestra las características de la muestra, prevalencia de los factores de riesgo, la cardiopatía coronaria (IM, CRM, ATC), la depresión y la ansiedad en la muestra

total y por sexo. En el análisis de distribución de frecuencias solo la diabetes predominó en los hombres (11.9% vs 17.9%; p=0.006). La cardiopatía coronaria en conjunto y en cada una de sus formas fue más prevalente en los hombres (44.3% vs. 16.1%; p<0.0001). Las asociaciones entre factores de riesgo y cardiopatía coronaria por sexo con la ansiedad se muestran en la Tabla 2 y con la depresión en la Tabla 3. Hubo una franca asociación entre la ansiedad y depresión con la cardiopatía coronaria en conjunto y en cada una de sus formas (IM, CRM o ATC/stent) en el sexo masculino

TABLA 3.

Asociaciones entre factores de riesgo y cardiopatía coronaria por sexo con depresión

Variables	Síntomas depresivos (HAD-D 8-10 pts.)			Diagnóstico Depresión (HAD-D \geq 11 pts.)		
	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Valor P	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Valor P
Factores de riesgo						
• Hipertensión	39 (65,0)	48 (60,7)	0.60	29 (61,7)	36 (65,4)	0.69
• Diabetes	9 (15,0)	14 (17,7)	0.66	8 (17,0)	8 (14,5)	0.73
• Colesterol	24 (40,0)	34 (43,0)	0.71	15 (31,9)	17 (30,9)	0.91
• Fumador	10 (16,6)	8 (10,1)	0.25	11 (23,4)	9 (16,3)	0.37
• Sedentarismo	30 (50,0)	48 (60,7)	0.20	31 (65,9)	42 (76,3)	0.24
Cardiopatía coronaria						
• C. Coronaria*	16 (26,6)	44 (55,6)	0,001	10 (21,2)	32 (58,1)	0,000
• Infarto de miocardio	13 (21,6)	40 (50,6)	0,005	9 (19,1)	30 (54,5)	0,0002
• Cirugía Revascularización miocárdica	2 (3,3)	18 (22,7)	0,0012	3 (6,3)	14 (25,4)	0,010
• ATC/stent	7 (11,6)	16 (20,2)	0.17	4 (8,5)	16 (29,0)	0,009

(*) E: Coronaria representa la totalidad de (IM+CRM+ATC/stent); ATC: Angioplastia Transluminal Coronaria, HAD: Hospital Anxiety and Depression

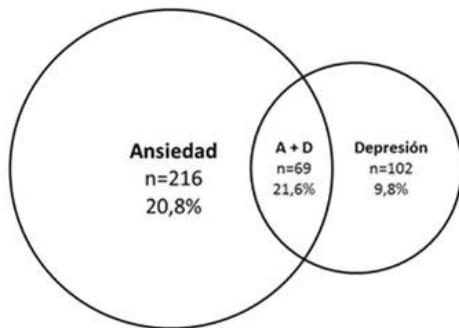


FIGURA 1.

Prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno combinado en la muestra estudiada.

(ansiedad 56.3% vs. 43.6%; $p=0.006$ y depresión 58.1% vs. 21.2%; $p=0.000$). Los factores de riesgo analizados no mostraron asociación con ninguno de los trastornos anímicos estudiados.

La Tabla 4 muestra las asociaciones entre la severidad de la escala HAD con las conductas de riesgo (tabaquismo y sedentarismo). Tanto la ansiedad como la depresión se asociaron con el tabaquismo y el sedentarismo. El tabaquismo fue más frecuente entre los participantes con HAD-A altos (≥ 11) respecto a los participantes con HAD-A bajos (≤ 7) (13.8% vs. 8.9%; $p=0.003$) e igual comportamiento presentó el HAD-D en relación al tabaquismo (19.6% vs. 8.8%; $p=0.001$). El sedentarismo fue más frecuente en los participantes con HAD-A altos (57.4% vs. 38.9%; $p=0.000$) y HAD-D altos (71.5% vs. 42.8%; $p=0.000$) comparado con los participantes con HAD-A y HAD-D bajos. La asociación entre sedentarismo y HAD-D parece responder a una relación dosis-respuesta (HAD-D ≤ 7 el 42.8%, HAD-D 8-10 el 56.1% y HAD-D ≥ 11 el 71.5%) (Figura 2). No hubo diferencia de sexo respecto a las asociaciones con conductas de riesgo vascular y severidad de la escala HAD.

Los síntomas ansiosos más frecuentes entre los encues-

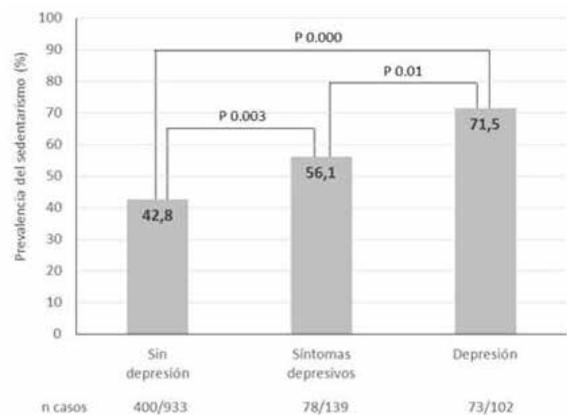


FIGURA 2.

Relación dosis-respuesta entre severidad de la depresión y sedentarismo

tados fueron: tensión (44,5%), las ideas de preocupación (41,2%), el nerviosismo (30,8%); en tanto los síntomas depresivos fueron la lentitud de pensamiento (32,4%), la anhedonia (29,1%) la desesperanza (16,2%) y la tristeza (15,3%). Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y no hubo diferencias respecto a los hombres en los síntomas depresivos (Tabla 5). En el grupo ≥ 60 años los síntomas depresivos tales como los trastornos psicómotores (36,2% vs. 26,4%; $p=0.0001$) y la desesperanza (18,3% vs. 12,8%; $p=0.02$) fueron más frecuentes comparado con los < 60 años. En tanto los síntomas ansiosos tensión (49,8% vs. 41,2%; $p=0.006$), nerviosismo (37% vs. 25,5%; $p=0.000$) y miedo (11,8% vs. 8,1%; $p=0.05$) fueron más frecuentes en los < 60 años comparados con los mayores.

DISCUSIÓN

En la muestra de pacientes encuestados se ha detectado una elevada prevalencia de ansiedad 20,8%, depresión 9,8% y trastorno combinado (ansiedad más depresión)

TABLA 4.

Asociación entre conductas de riesgo vascular (fumador/sedentarismo) y severidad de la escala HAD (ansiedad y depresión).

		HAD ≤ 7 ^(a) n (%)	HAD 8-10 ^(b) n (%)	HAD ≥ 11 ^(c) n (%)	Valor p (ab)	Valor p (bc)	Valor p (ac)
	n	819 (79,1)	208 (20)	216 (20,8)			
Ansiedad	Fumador	73 (8,9)	23 (11)	30 (13,9)	0.31	0.40	0.03
	Sedentario	349 (38,9)	102 (49)	124 (57,4)	0.09	0.08	0.000
	n	933 (90,1)	139 (13,4)	102 (9,8)			
Depresión	Fumador	83 (8,8)	18 (12,6)	20 (19,6)	0.12	0.16	0.001
	Sedentario	400 (42,8)	78 (56,1)	73 (71,5)	0.003	0.01	0.000

HAD: Hospital Anxiety and Depression

TABLA 5.

Síntomas ansiosos y depresivos. Distribución de las frecuencias totales y por sexo

	Total n (%)	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Valor P
Ítems sub-escala de ansiedad (HAD-A)				
(1) ¿Se siente tenso o nervioso?	461(44,5)	226 (48,9)	235 (41,01)	0.011
(3) ¿Experimenta inquietud como que algo malo fuera a suceder?	215(20,7)	113 (24,4)	102 (17,8)	0.009
(5) ¿Se cruzan ideas de preocupaciones por la mente?	427(41,2)	206 (44,5)	221 (38,5)	0.001
(7) ¿Puede sentarse y relajarse?	310(29,9)	149 (32,2)	161 (28,09)	0.147
(9) ¿Tiene sensaciones extrañas, como vacío en el estómago o el pecho?	154(14,8)	88 (19,04)	66 (11,5)	0.000
(11) ¿Se siente inquieto, como si tuviera que estar en movimiento?	319(30,8)	148 (32,03)	171 (29,8)	0.448
(13) ¿Tiene sentimientos de pánico?	99(9,56)	58 (12,5)	41 (7,1)	0.003
Ítems sub-escala de depresión (HAD-D)				
(2) ¿Se siente como si estuviera lento?	336(32,4)	157 (33,9)	179 (31,2)	0.349
(4) ¿Sigues disfrutando de las cosas que disfrutaba en forma habitual?	302(29,1)	140 (30,3)	162 (28,2)	0.475
(6) ¿Perdió en interés en su apariencia?	42(4,05)	19 (4,1)	23 (4,01)	0.936
(8) ¿Puede reír y ver las cosas alegres de la vida?	87(8,4)	51 (11,03)	36 (6,2)	0.006
(10) ¿Enfrenta el futuro con optimismo?	168(16,2)	73 (15,8)	95 (16,5)	0.736
(12) ¿Se siente contento?	159(15,3)	73 (15,8)	86 (15,0)	0.725
(14) ¿Puede disfrutar de un buen libro, el cine o un programa de TV?	155(14,9)	70 (15,1)	85 (14,8)	0.887

HAD-A: Hospital Anxiety and Depression - Ansiedad; HAD-D: Hospital Anxiety and Depression - Depression.

21.6%, respecto a la población general. La prevalencia de depresión es algo inferior a la comunicada en otras publicaciones sobre el tema 12% (Ford y col.⁵); y 18.7% (Smolderen y col.⁶). La ansiedad en la población con enfermedades cardiovasculares es menos estudiada siendo los hallazgos detectados en la población estudiada también inferiores a los obtenidos por otros autores, 18.4% (Haworth y col.⁷) y 36% (Suzuki y col.⁸).

La combinación de síntomas depresivos y ansiosos es frecuente. Se pudo detectar que 69 de los 318 participantes con diagnóstico de depresión o ansiedad presentaban un trastorno combinado. Aunque el impacto de este trastorno combinado ha sido menos estudiado, en una muestra de 221 pacientes, Suzuki y col. observaron que la mortalidad a 4 años era mayor en el 21% de los pacientes que presentaban depresión y ansiedad en forma conjunta (HR 2.75; p=0.01)⁸.

El hecho de que el 58.8% de los participantes con depresión y factores de riesgo vascular fueran >60 años alienta la hipótesis del componente vascular en el desarrollo de la depresión de inicio tardío⁹. Los factores de riesgo no-controla-

dos en edades tempranas de la vida son causa de la injuria vascular del cerebro que compromete el funcionamiento de áreas críticas involucradas en la regulación del ánimo (corteza orbito-frontal) incrementando la vulnerabilidad a desarrollar depresión en etapas tardías de la vida¹⁰. De esta manera, la enfermedad vascular podría "predisponer, precipitar o perpetuar" un síndrome depresivo en los adultos mayores¹¹.

Este trabajo muestra fuerte asociación entre los trastornos anímicos (ansiedad / depresión) y la cardiopatía coronaria en todas sus formas: infarto de miocardio (IM), angioplastia trasluminal coronaria o cirugía de revascularización miocárdica, solo en el sexo masculino. La asociación ansiedad / depresión persistió con la sola presencia de síntomas ansiosos o depresivos aislados.

Desde hace más de 2 décadas que la depresión es considerada un factor de riesgo independiente para las enfermedades coronarias y viceversa¹². Los resultados del *Precursor Study*⁵, mostraron que la depresión duplicaba el riesgo (RR=2.12) de cardiopatía coronaria o IM, riesgo que persiste hasta 10 años después del primer episodio depresivo aun

sido tratados, y Frasure-Smith y col¹³, informaron que la presencia de depresión, en el curso de un infarto de miocardio, incrementa el riesgo de mortalidad pos-infarto 4 veces en relación a la severidad del cuadro depresivo¹⁴.

El tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedad coronaria es aún materia de debate dado lo controvertido de sus resultados. Tanto el estudio *SADHART* (*Sertraline Anti-Depressant Heart Attack Trial*)¹⁵, como el *ENRICH* (*Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease*)¹⁶ no mejoraron los índices pronósticos de enfermedad coronaria (disminución de la mortalidad), y sus resultados fueron opuestos a otros previos, como los del registro *TRIUMPH*⁶ (*Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status*) que confirmó el riesgo de mortalidad a 1 año pos-infarto solo se confinaba a pacientes con depresión no tratada, en comparación con los pacientes no depresivos (10.8% vs 6.1%; HR 1.91) y los pacientes con depresión tratada en forma adecuada.

No obstante los referidos resultados, el tratamiento con fármacos antidepressivos reduce los síntomas depresivos y ansiosos, disminuye las hospitalizaciones, mejora la adherencia a los tratamientos indicados y evita conductas de riesgo (tabaquismo, obesidad y sedentarismo).

En la muestra encuestada hubo clara asociación entre ambos trastornos anímicos con tabaquismo y sedentarismo, no así con otros factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes o colesterol elevado. Tanto la presencia de depresión y de ansiedad se asociaron con conductas de riesgo respecto a los participantes sin depresión ni ansiedad, sin que hubiere diferencias entre hombres y mujeres.

La asociación entre depresión y sedentarismo responde a una relación dosis-respuesta. El sedentarismo fue más frecuente entre los participantes con diagnóstico de depresión (71.5%) comparado con los que presentaban solo síntomas depresivos (56.1%) y con quienes no tenían depresión (42.8%). Estos hallazgos avalan en parte la necesidad de tratar la depresión en pacientes con cardiopatía coronaria independiente de los controversiales resultados de los estudios randomizados, fundamentalmente por la existencia de mecanismos indirectos (conductas de riesgo) que asocian los trastornos afectivos con la enfermedad cardíaca¹⁷.

Finalmente los síntomas depresivos referidos por los encuestados se centran en la anhedonia y la tristeza, sin diferencias en su presentación entre hombres y mujeres. En tanto los síntomas ansiosos como la inquietud y las ideas de preocupación fueron la principal queja entre el sexo femenino, respecto al masculino. Los síntomas ansiosos (tensión, nerviosismo y miedo) fueron más frecuentes en el grupo <60 años y los síntomas depresivos (lentitud psicomotriz y desesperanza) fueron más frecuentes en los ≥60 años.

Es de destacar la utilidad de la escala *HAD* (*Hospital Anxiety and Depression*), cuyas preguntas se focalizan en síntomas psicológicos dejando de lado los somáticos muy presentes en los pacientes con afecciones cardiovasculares y que pueden incluso enmascarar los trastornos afectivos.

CONCLUSIONES

El presente trabajo destaca la importancia de reconocer los cuadros depresivos como los ansiosos en los pacientes portadores de patologías cardíacas. Confirma la fuerte asociación de ambos trastornos afectivos (depresión y ansiedad) con la cardiopatía coronaria, de manera preferente en el sexo masculino, y advierte como la adherencia a conductas de riesgo (tabaquismo, sedentarismo) es mayor en los pacientes con depresión y/o ansiedad, incluso en algunos casos con relación dosis-respuesta.

Estas afirmaciones obligan a realizar un tamizaje sistemático para detectar depresión y ansiedad, para llegar al diagnóstico e implementar el tratamiento adecuado de estos trastornos afectivos, para ver si con ello se logra modificar la evolución de la cardiopatía coronaria, mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a estilos de vida saludables y así mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes.

Reconocimientos.

Los autores agradecen la invaluable contribución y compromiso de la Lic. Nuria Olza, Coordinadora del Departamento de Docencia e Investigación del ICBA y la Sra. Cintia P. Longinotti, Coordinadora Administrativa de Medicina Ambulatoria del ICBA en la preparación del material y organización del trabajo de campo. Al Laboratorio Lepetit por la importante tarea de difundir los resultados del estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates. World Health Organization 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
2. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En Rodríguez J editors. Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC; 2009.
3. Lichtman JR, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008; 118 (17): 1768-75.
4. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
5. Ford DE, Mead LA, Chang PP, et al. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. *Arch Int Med* 1998; 158: 1422-6.
6. Smolderen KG, Buchanan DM, Gosch K, et al. Depression Treatment and 1-Year Mortality After Acute Myocardial Infarction: Insights From the TRIUMPH Registry (Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status). *Circulation* 2017; 135 (18): 1681-9.
7. Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark AJ, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail* 2005; 7 (5): 803-8.
8. Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *J Cardiol* 2014; 64 (6): 456-62.
9. Armstrong N, Meoni L, Carlson M, et al. Cardiovascular risk factors and risk of incident depression throughout adulthood among men: The John Hopkins Precursor Study. *J Affect Disorders* 2017; 214: 60-6.