

Enfermedades cerebrovasculares

Artículo original

KRANION. 2007;7:130-5

Factores asociados a la presencia de depresión postictus

I. JIMÉNEZ, M. RODRÍGUEZ-YÁÑEZ, M.^a POUZO, M.^a SABUCEDO, M. BLANCO, S. ARIAS,
X. RODRÍGUEZ-OSORIO, R. LEIRA Y J. CASTILLO

RESUMEN

Introducción: la depresión es el trastorno del estado de ánimo que aparece con mayor frecuencia tras un ictus. Nuestro objetivo es evaluar la frecuencia de aparición de la depresión postictus en fase aguda e identificar los factores que se asocian a dicha aparición.

Pacientes y métodos: incluimos 134 pacientes con un primer episodio de ictus isquémico, excluyendo aquellos con antecedentes de depresión, ictus grave (NIHSS > 20), afasias graves o alteración del nivel de conciencia. La presencia de depresión se determinó en el momento del alta y al mes de evolución mediante la escala GDS (*Geriatric Depression Scale*) de Yesavage (> 11), utilizando los criterios diagnósticos DSM-IV.

Resultados: el 40,3% presentó depresión en el momento del alta y el 48,1% al mes. Al alta, el sexo femenino (52,0 vs 27,5%; p = 0,02), la viudedad (36 vs 10%; p < 0,001), el vivir con los hijos (36 vs 6,4%; p < 0,001) y la edad avanzada (76,6 ± 7,8 vs 69,5 ± 9,6 años; p = 0,02) se asociaron a la presencia de depresión. Los pacientes con depresión al mes pre-

ABSTRACT

Introduction: depression is the most frequent affective disorder that takes place after a stroke. Our objective is to study the frequency of poststroke depression in acute phase and factors associated with its presence.

Patients and methods: 40.3% of patients showed depression at discharge and 48.1% at one month. At discharge, female sex (52.0 vs. 27.5%; p = 0.02), widowhood (36 vs. 10%; p < 0.001), live with offspring (36 vs. 6.4%; p < 0.001), and age (76.6 ± 7.8 vs. 69.5 ± 9.6 years; p = 0.02) were associated with the presence of depression. At one month, patients with poststroke depression showed poor functional outcome (BI 70 [90, 100] vs. 100 [95, 100]; p = 0.001; mRS 2 [1, 3] vs. 1 [0, 2]; p = 0.03). Depression at discharge (47.6 vs. 9.9%; p < 0.001), female sex (60.9 vs. 21.0%; p < 0.001) and live with offspring (26.1 vs. 7.2%; p = 0.01) were associated with depression at one month. Variables independently associated with poststroke depression at discharge were live with offspring (OR: 7.62; IC 95% [1.35, 43.09]; p = 0.022) and at one month sex female

Laboratorio de Neuropsicología
Servicio de Neurología
Hospital Clínico Universitario
Universidad de Santiago de Compostela
Santiago de Compostela

Dirección para correspondencia:

Isabel Jiménez Martín
Laboratorio de Neuropsicología
Servicio de Neurología
Hospital Clínico Universitario
Trav. da Choupana, s/n
15706 Santiago de Compostela
E-mail: isajmartin@yahoo.es

sentaban un peor pronóstico funcional (IB 70 [90, 100] vs 100 [95, 100]; $p = 0,001$; ERm 2 [1, 3] vs 1 [0, 2]; $p = 0,03$). La presencia de depresión al alta (47,6 vs 9,9%; $p < 0,001$), el sexo femenino (60,9 vs 21,0%; $p < 0,001$) y el vivir con los hijos (26,1 vs 7,2%; $p = 0,01$) se asociaron a la presencia de depresión al mes. Las variables que se relacionan de forma independiente a la presencia de depresión al alta fueron el vivir con los hijos (OR: 7,62; IC 95% [1,35, 43,09]; $p = 0,022$) y al mes el sexo femenino (OR: 5,47; IC 95% [1,45, 20,67]; $p = 0,012$) y la presencia de depresión al alta (OR: 9,36; IC 95% [2,46, 35,59]; $p = 0,002$).

Conclusiones: el 40,3% de los pacientes desarrolla depresión al alta, y el 48,1% al mes, lo que se asocia a una peor situación funcional. El sexo femenino, la edad avanzada y el vivir con los hijos se asocian a la presencia de depresión.

Palabras clave: Depresión. Ictus. Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno del estado de ánimo que aparece con mayor frecuencia tras un ictus¹. Aproximadamente, el 40% de las personas que sufren un ictus presentan depresión, la mitad de ellos cumpliendo criterios de depresión mayor, y el resto de depresión menor².

Se considera que la depresión que aparece tras el ictus es precoz cuando lo hace dentro de los primeros 3 meses, y tardía cuando lo hace posteriormente. No obstante, otros autores proponen clasificarla como aguda cuando sucede dentro del primer mes, subaguda cuando lo hace entre el primero y el sexto mes, y crónica cuando aparece después de los 6 meses³. Se han encontrado algunas diferencias en cuanto a la frecuencia de aparición de la depresión postictus, observándose que es más frecuente durante el primer año, disminuyendo a partir del mismo⁴⁻⁶, aunque otros autores encuentran que la aparición de la depresión se mantiene constante durante las fases tempranas, medias o tardías⁷. Sin embargo, parece que existen diferencias en cuanto a las características de la depresión y el momento de aparición, observándose una asociación entre la localización y la aparición de depresión cuando sucede en las primeras 3 semanas, pero no cuando aparece a los 3 meses⁸, y una mayor frecuencia de aparición de depresión en fase aguda en los pacientes jóvenes⁹. Asimismo, parece haber

(OR: 5,47; IC 95% [1,45, 20,67]; $p = 0,012$) and the presence of depression at discharge (OR: 9,36; IC 95% [2,46, 35,59]; $p = 0,002$).

Conclusion: 40.3% of patients showed poststroke depression at discharge, and 48.1% at one month, which is related to poor outcome. Female sex, age and live with offspring are associated with poststroke depression. (Kranion. 2007;7:130-5)

Corresponding author: Isabel Jiménez Martín, isajmartin@yahoo.es

Key words: Depression. Stroke. Epidemiology.

diferencias en cuanto a las características de los síntomas acompañantes de la depresión cuando sucede de manera precoz o tardía. La depresión mayor postictus que aparece de manera precoz se asocia con mayor frecuencia a la aparición de síntomas vegetativos que cuando sucede de forma tardía. La depresión menor que sucede de manera precoz tras el ictus se asocia a una función social más pobre y a una frecuencia mayor de síntomas melancólicos, vegetativos y psicológicos¹⁰. Sin embargo, hay muy pocos estudios que evalúen la depresión en los primeros días tras el ictus, y los datos son contradictorios.

Nuestro objetivo es evaluar la frecuencia de aparición de la depresión postictus en fase aguda (en el momento del alta hospitalaria y el primer mes), e identificar los factores que se asocian a la aparición de dicha depresión.

PACIENTES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva 134 pacientes con un primer episodio de ictus isquémico. Excluimos aquellos pacientes con antecedentes previos de depresión, enfermedades hepáticas, hematológicas o inmunológicas, alteraciones en la función tiroidea y diabetes descompensada. Asimismo, se excluyeron aquellos pacientes con ictus grave (NIHSS > 20), afasias graves, alteración del nivel de conciencia,

esperanza de vida inferior a 1 mes o que rehusaran participar en el estudio.

Todos los pacientes fueron ingresados en la unidad de ictus, y tratados según las recomendaciones del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología¹¹. En el momento del ingreso se recogieron datos acerca de la historia clínica, incluyendo factores de riesgo vascular, muestras sanguíneas para estudio rutinario, tomografía computarizada (TC) cerebral, electrocardiograma, radiografía de tórax y ultrasonografía carotídea. En la TC de ingreso se evaluó la presencia o no de leucoaraiosis. Los subtipos etiológicos fueron clasificados según criterios TOAST¹². Se evaluó la gravedad del ictus al ingreso, en el momento del alta y al mes mediante la escala NIHSS¹³. El pronóstico funcional se evaluó mediante la escala de Rankin modificada (ERm) y el índice de Barthel (IB) en el momento del alta y al mes. Entre los días 4-7 se realizó una nueva TC cerebral para la determinación de la localización, clasificando las lesiones en corticales (frontal, parietal, temporal u occipital), ganglios basales o fosa posterior. El volumen del infarto, mediante la fórmula $0,5 \times a \times b \times c$ (donde «a» y «b» son los diámetros mayores en sentido perpendicular y «c» el número de secciones de 10 mm donde aparece la lesión).

Evaluación neuropsicológica

En el momento del ingreso se recogieron datos acerca de los antecedentes familiares de depresión o enfermedad psiquiátrica, estado civil, nivel educativo y personas con las que vive. La presencia de depresión se determinó en el momento del alta y al mes de evolución mediante la escala GDS (*Geriatric Depression Scale*) de Yesavage, utilizando los criterios diagnósticos DSM-IV. Se consideró depresión mayor cuando estaban presentes al menos cinco síntomas depresivos según los criterios DSM-IV y depresión menor cuando presentaban tres o cuatro de estos criterios.

Análisis estadístico

Los resultados fueron expresados como porcentajes para variables categóricas y como la media (desviación típica) o la mediana (cuartiles) para las variables continuas, dependiendo de si seguían o no una distribución normal. Las proporciones fueron comparadas usando el test de χ^2 y el test de Student o Mann-Whitney para la comparación de variables continuas entre grupos. Aquellas variables que resultaron sig-

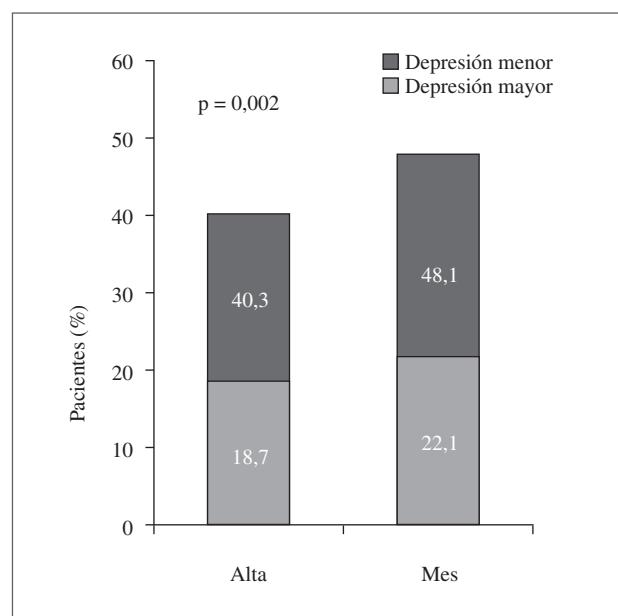


Figura 1. Porcentaje de pacientes con depresión mayor y menor en el momento del alta y al mes.

nificativas en el modelo univariado se sometieron a un análisis de regresión logística para determinar su independencia.

Se consideraron estadísticamente significativos aquellos valores de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete informático SPSS 14.0 para Windows XP.

RESULTADOS

De los 134 pacientes, 90 (67,2%) fueron varones, con una edad media de $70,4 \pm 10,9$ años. Treinta pacientes no completaron la revisión al mes, por lo que 104 pacientes fueron válidos para el análisis: nueve pacientes no acudieron a la revisión al mes, cinco se encontraban encamados o con dificultades para el transporte al hospital, cuatro se encontraban ingresados por otros motivos en el momento de la evaluación, y en 12 pacientes no se pudo contactar.

De los 104 pacientes que completaron el estudio, 54 (40,3%) presentaban depresión en el momento del alta, diagnosticándose en 25 (18,7%) de depresión mayor. Al mes el porcentaje de depresión (48,1%) y de depresión mayor (22,1%) fue mayor que en el momento del alta ($p = 0,002$ y $p < 0,001$, respectivamente) (Fig. 1). Ocho pacientes (7,7%) que no presentaban depresión en el momento del alta desarrollaron depresión mayor durante el primer mes.

Encontramos que, en el momento del alta, las variables que se asociaron a la presencia de depresión fueron el sexo femenino (52,0 vs 27,5%; $p = 0,02$), la viudedad (36 vs 10%; $p < 0,001$), el vivir con los hijos (36 vs 6,4%; $p < 0,001$) y la edad avanzada ($76,6 \pm 7,8$ vs $69,5 \pm 9,6$ años; $p = 0,02$). No se encontró ninguna relación con la gravedad del ictus determinada mediante la escala NIHSS, el grado de afectación funcional, la localización o el volumen del infarto (Tabla 1). El análisis de regresión logística muestra que sólo vivir con los hijos (OR: 7,62; IC 95% [1,35, 43,09]; $p = 0,022$) se asocia de forma independiente a la presencia de depresión en el momento del alta.

Las variables relacionadas con la presencia de depresión al mes fueron el haber presentado depresión en el momento del alta (47,6 vs 9,9%; $p < 0,001$), el sexo femenino (60,9 vs 21,0%; $p < 0,001$) y el vivir con los hijos (26,1 vs 7,2%; $p = 0,01$). Al igual que en el caso de la depresión al alta, no se encontró ninguna relación entre la presencia de depresión y la gravedad del ictus, la localización o el volumen del infarto, sin embargo se observó que los pacientes con depresión al mes presentaban un peor pronóstico funcional (IB 70 [90, 100] vs 100 [95, 100]; $p = 0,001$; ERm 2 [1, 3] vs 1 [0, 2]; $p = 0,03$) (Tabla 2). El análisis de regresión logística muestra que sólo el sexo femenino (OR: 5,47; IC 95% [1,45, 20,67]; $p = 0,012$) y haber presentado depresión en el momento del alta (OR: 9,36; IC 95% [2,46, 35,59]; $p = 0,002$) se asocia de forma independiente a la presencia de depresión al mes del ictus.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos encontrado que el 40,3% de los pacientes que sufren un ictus presentan depresión en el momento del alta, cumpliendo el 19% criterios de depresión mayor, encontrando que al mes la frecuencia de depresión es mayor. Datos similares se encuentran en otros estudios^{2,4-6,14}, en los que tampoco se encuentra ninguna relación entre la aparición de depresión y la localización o el subtipo etiológico del ictus. Sin embargo, en la revisión realizada por Hackett, et al.⁷ no se encuentran diferencias en la frecuencia de aparición de la depresión en fase aguda o más tardía; no obstante, existen factores que pueden estar influyendo en estos datos, como el tipo de población o los diferentes criterios para el diagnóstico de depresión utilizados en los diferentes estudios.

Hemos encontrado que, al igual que en la población general^{15,16}, la depresión postictus es más frecuente en mujeres³, a pesar de que otros estudios no en-

cuentran dicha asociación^{17,18}. La edad es otro de los factores que hemos encontrado asociado a la presencia de depresión, tal y como ocurre en los casos de población general^{16,19}, sin embargo, algunos autores encuentran que los pacientes jóvenes desarrollan depresión con mayor frecuencia en la fase aguda tras el ictus^{9,20}.

En nuestra muestra hemos encontrado que los pacientes con depresión al mes presentan un peor pronóstico funcional, independientemente de la gravedad del ictus determinada mediante la escala NIHSS. Este dato sugiere que la depresión puede condicionar un peor pronóstico funcional por sí misma, independientemente de las secuelas físicas. Sin embargo, éste es un aspecto controvertido, ya que algunos autores no encuentran una asociación entre la gravedad del ictus y la presencia de depresión²¹, pero otros demuestran que los pacientes más graves presentan depresión con mayor frecuencia²².

Hemos observado que los pacientes que presentan depresión con mayor frecuencia viven con sus hijos. Sin embargo, puede ser que otros factores que obliguen al paciente a convivir con los hijos, como la viudedad, la enfermedad o discapacidad del cónyuge, u otros factores sociofamiliares que no hemos recogido en nuestro estudio, puedan estar contribuyendo al desarrollo de depresión. Es importante señalar que en nuestra población la familia suele responsabilizarse del cuidado del paciente. Ninguno de los pacientes de nuestro estudio estaba institucionalizado en una residencia y el 95% mantenía un contacto diario con su familia. Un estudio realizado sobre población anciana sana encontró que la relocalización de los pacientes que vivían solos hacia un cambio de residencia influye en el estado de ánimo, de forma que cuando ésta era voluntaria era beneficiosa para el estado de ánimo, pero cuando se realizaba de forma forzada se relacionaba con un mayor índice de depresión²³. En nuestro caso, el hecho de convivir con los hijos implica en ocasiones un cambio de residencia, lo cual también podría contribuir a la presencia de depresión.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. La principal es que los pacientes con ictus o trastornos del lenguaje graves o alteraciones del nivel de conciencia fueron excluidos. Esto puede ocasionar un sesgo de selección y puede subestimar la prevalencia de la depresión postictus, pero la razón por la que se excluyeron del estudio es que estos pacientes no pueden ser valorados de manera objetiva. Otra limitación es el corto periodo de seguimiento, que no nos per-

Tabla 1. Estudio univariado. Variables asociadas a la presencia de depresión mayor al alta

	No depresión al alta n = 109	Depresión al alta n = 25	p
ERm previa	0	0	0,716
Edad (años)	69,5 ± 9,6	76,6 ± 7,8	0,016
Sexo (% mujeres)	27,5	52,0	0,019
NIHSS al ingreso	2 (1,5)	3 (1,7)	0,470
Lateralización de la lesión (% izquierda)	48,6	52,0	0,466
Volumen del infarto (cc)	9,6 ± 13,6	9,5 ± 19,9	0,947
Leucoaraiosis (%)	19,3	32,2	0,573
Etiología (TOAST)			0,060
Aterotrombótico (%)	13,7	4,0	
Cardioembólico (%)	21,6	44,0	
Lacunar (%)	27,5	32,0	
Indeterminado (%)	37,3	20,6	
Localización de la lesión			0,085
Frontal (%)	32,1	8	
Parietal (%)	7,3	0	
Temporal (%)	5,5	4	
Occipital (%)	8,3	20	
Ganglios basales (%)	21,1	32	
Fosa posterior (%)	17,4	28	
Otros (%)	8,3	8	
Viudedad	10,1	36	0,001
Vive con los hijos	6,4	36	< 0,001
NIHSS al alta	1 (0,2)	0 (0,3)	0,969
IB al alta	100 (80, 100)	100 (60, 100)	0,216
ERm al alta	2 (1,3)	3 (1,3)	0,213

Tabla 2. Estudio univariado. Variables asociadas a la presencia de depresión mayor al mes

	No depresión al mes n = 81	Depresión al mes n = 23	p
ERm previa	0	0	0,221
Edad (años)	69,6 ± 9,2	75,8 ± 9,7	0,090
Sexo (% mujeres)	21,0	60,9	< 0,001
NIHSS al ingreso	2 (1, 5)	4 (2, 6)	0,072
Lateralización de la lesión (% izquierda)	53,2	56,5	0,486
Volumen del infarto (cc)	8,3 ± 11,7	14,4 ± 23,2	0,450
Leucoaraiosis (%)	21,0	17,4	0,919
Etiología (TOAST)			0,124
Aterotrombótico (%)	15,8	4,3	
Cardioembólico (%)	21,1	34,8	
Lacunar (%)	25,0	39,1	
Indeterminado (%)	38,2	21,7	
Depresión al alta (%)	9,9	47,8	< 0,0001
Localización de la lesión			0,318
Frontal (%)	30,1	21,7	
Parietal (%)	4,8	0	
Temporal (%)	6	0	
Occipital (%)	9,6	13	
Ganglios basales (%)	22,9	30,4	
Fosa posterior (%)	22,9	21,7	
Otros (%)	3,6	13	
Viudedad	13,3	21,7	0,314
Vive con hijos	7,2	26,1	0,012
NIHSS al mes	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,259
IB al mes	100 (95, 100)	70 (90, 100)	0,001
ERm al mes	1 (0, 2)	2 (1, 3)	0,031

mite evaluar el efecto de la institucionalización prolongada que se puede producir en algunos pacientes.

En conclusión, podemos decir que la depresión es una enfermedad que se asocia con frecuencia al ictus y que aumenta durante el primer mes. La depresión postictus es más frecuente en mujeres de edad avanzada que suelen vivir con sus hijos, y puede influir en la situación funcional del paciente, independientemente de la gravedad del ictus o el volumen de infarto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon WA, Hibbard MR. Poststroke depression: an examination of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:658-63.
2. Starkstein SE, Robinson RG. Depression following cerebrovascular lesions. *Semin Neurol* 1990;10:247-53.
3. Carod-Artal FJ. Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Rev Neurol* 2006;42:169-75.
4. Carota A, Staub F, Bogousslavsky J. Emotions, behaviors and mood changes in stroke. *Curr Opin Neurol* 2002;15:57-69.
5. Carod-Artal FJ, González-Gutiérrez JL, Egido-Herrero JA, Varela-De Seijas E. Depresión postictus: factores predictivos al año de seguimiento. *Rev Neurol* 2002;35:101-6.
6. Morris PL, Robinson RG, Raphael B. Prevalence and course of depressive disorders in hospitalized stroke patients. *Int J Psychiatry Med* 1990;20:349-64.
7. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005;36:1330-40.
8. Cummings JL, Mega MS. Disturbances of mood and affect: cerebro-vascular disease. En: *Neuropsychiatry and behavioural neuroscience*. Nueva York: Oxford University Press; 2003. p. 206.
9. Robinson RG, Stark LB, Kubos KL, Price TR. A two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: findings during the initial evaluation. *Stroke* 1983;14:736-41.
10. Tateno A, Kimura M, Robinson RG. Phenomenological characteristics of poststroke depression: early vs. late onset. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:575-82.
11. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science; 2004.
12. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke* 1993;24:35-41.
13. Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke* 1989;20:864-70.
14. Caeiro L, Ferro JM, Santos CO, Figueira ML. Depression in acute stroke. *J Psychiatry Neurosci* 2006;31:377-83.
15. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
16. Heun RY, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry* 2005;20:199-204.
17. Naess H, Nyland HI, Thomassen L, Aarseth J, Myhr KM. Mild depression in young adults with cerebral infarction at long-term follow-up: a population-based study. *Eur J Neurol* 2005;12:194-8.
18. Berg A, Palomäki H, Lehtihalmes M, Lönnqvist J, Kaste M. Poststroke depression: an 18-month follow-up. *Stroke* 2003;34:138-43.
19. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
20. Robinson RG. Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annu Rev Med* 1997;48:217-29.
21. Herrmann M, Bartels C, Schumacher M, Wallesch CW. Poststroke depression. Is there a pathoanatomic correlate for depression in the postacute stage of stroke? *Stroke* 1995;26:850-6.
22. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005;36:2296-301.
23. Armer JM. Elderly relocation to a congregate setting: factors influencing adjustment. *Issues Ment Health Nurs* 1993;14:157-72.