

# Influencia de la depresión posterior a la enfermedad vascular cerebral en la recuperación física de los pacientes con secuela motora

***Influence of depression after the cerebral vascular disease in the physical recovery of patients with motor sequelae***

Edgard M. Rojas-Huerto<sup>1</sup>, Alejandro Villanueva-Ruska<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la presencia de depresión en pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) con secuela motora y su relación con la recuperación física. **Material y métodos.** Se evaluaron 180 pacientes internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, con diagnóstico de EVC, durante el período comprendido entre los años 2006-2007 mediante el índice de Barthel y la escala de Hamilton para depresión al mes y a los dos meses de ocurrido el evento, luego de recibir terapia de rehabilitación. **Resultados.** El 66,7% de pacientes presentaron depresión al mes del episodio y 33,8% a los dos meses del episodio. Se encontró que 71% fueron dependientes en sus actividades de la vida diaria al mes del evento, se redujo a 60% a los dos meses luego de recibir terapia de rehabilitación. El porcentaje de pacientes que se recuperaron físicamente fue mayor en el grupo de pacientes no deprimidos (69,9%) en relación a los pacientes deprimidos (29,4%) con diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión.** La depresión posterior a la enfermedad vascular cerebral influye negativamente en la recuperación física de los pacientes con secuela motora.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión posterior al EVC, EVC, Recuperación física.

## ABSTRACT

**Objective.** To determine the presence of depression after stroke in patients with motor sequelae and its relationship with physical recovery. **Methods.** We studied 180 patients with stroke at Guillermo Almenara National Hospital between 2006-2007. We interviewed this patients and evaluate them with the Barthel index and Hamilton scale for depression at the month and two months after the event. **Results.** We found 66,7% of patients with depression post stroke at the month and 33,8% of patients at the two months after the event. The 71% of this patients were dependent in their activities of daily living at the month of the event, and 60% of patients were dependent at two months after the stroke. Physical recovery was greater in non depressed patients (69,9%) than depressed patients (29,4%) with significant statistical differences. **Conclusions.** Depression post stroke has a negative influence in the physical recovery of patients with motor sequelae.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es una patología bastante frecuente en nuestro medio y es una de las principales causas de ingreso a las emergencias de nuestros hospitales,<sup>1</sup> es causa frecuente de incapacidad para la persona que la padece. La secuela más común que origina esta patología es el déficit motor en más de 50% de los casos,<sup>2</sup> que se traduce en una limitación para las actividades de la vida diaria del paciente.

1. Magíster en Medicina, médico neurólogo asistente del Servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), EsSalud.
2. Magíster en Medicina, médico psiquiatra del Servicio de Psiquiatría General del HNGAI, EsSalud.

Esta situación en gran medida afecta el estado de ánimo de estos pacientes,<sup>3,4</sup> que de la noche a la mañana se enfrentan a una realidad adversa, con cambios en relación con el entorno sociolaboral y tornarse en muchos casos personas dependientes. La depresión es un síntoma específico de la EVC y estaría íntimamente relacionada con la fisiopatología de la enfermedad.<sup>5-11</sup>

Durante nuestro trabajo clínico en el hospital, notamos con frecuencia que los pacientes con depresión post-EVC con el tiempo se ven afectados en su recuperación física. Esta observación no ha sido estudiada adecuadamente en nuestro medio y se desconoce cuántos de nuestros pacientes con secuela motora de EVC se deprimen y cuál es el rol que juega la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC.

El presente trabajo trata de establecer de qué manera influye la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC en los pacientes asegurados del Hospital Guillermo Almenara que fueron estudiados y seguidos durante seis meses posterior a la EVC.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 180 pacientes con secuela motora de EVC que tenían menos de un mes de enfermedad, quienes fueron sometidos a evaluación clínica neurológica y psiquiátrica para establecer la presencia de depresión y el tipo de secuela motora que presentaban, así como su capacidad de ejecución de las actividades de la vida diaria. No se consideró pacientes con componente apático abúlico que puedan manifestarse como deprimidos. Se utilizó como instrumento la escala de Hamilton y el índice de Barthel para la ejecución de actividades de la vida diaria (primer control). Luego se los separó en dos grupos (deprimidos y no deprimidos), en un segundo control se evaluó nuevamente el índice de Barthel y la escala de Hamilton en ambos grupos; después de haber recibido terapia física. Finalmente, se comparó la recuperación física en ambos grupos de acuerdo a los resultados obtenidos en ambos controles y de esta manera saber si existía diferencia significativa entre ambos grupos.

Se seleccionaron a pacientes asegurados con antecedentes de un solo episodio de EVC y secuela motora con menos de un mes de enfermedad, que acudieron al Hospital Guillermo Almenara en el período de octubre de 2006 a septiembre de 2007 y que recibieron terapia de rehabilitación posterior al evento.

Se excluyó a pacientes con compromiso del sensorio a consecuencia de la EVC, pacientes con deterioro cognitivo severo o alteración severa en el lenguaje a consecuencia de la EVC, pacientes con antecedentes de tumores cerebrales o enfermedades neurológicas degenerativas previas al episodio de la EVC y pacientes con antecedentes de depresión previa a la EVC.

Los pacientes seleccionados fueron evaluados mediante la escala de depresión de Hamilton y el índice de Barthel en un primer control antes del mes de esta enfermedad.<sup>12-15</sup>

Estos datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos individual para cada paciente. Posteriormente, se realizó un segundo control a los dos o tres meses de iniciada la enfermedad, tanto para la escala de Hamilton como para el índice de Barthel,<sup>14,15</sup> a fin de establecer si persistía la depresión y su limitación en las actividades de la vida diaria, luego de haber recibido terapia de rehabilitación.

Los resultados del segundo control, también fueron registrados en la ficha de recolección de datos individual. Luego, se comparó los puntajes obtenidos con ambas escalas en ambos controles con la finalidad de determinar la persistencia de la depresión y si existió recuperación física.

Los pacientes con secuela motora de EVC y/o sus familiares directos a su cuidado fueron entrevistados mediante la escala de Hamilton para depresión y el índice de Barthel en dos momentos diferentes.

Los puntajes obtenidos en la escala de Hamilton y el índice de Barthel en la evaluación de pacientes con secuela motora de EVC tanto al mes de ocurrido el ictus (primer control) como a los dos o tres meses del mismo (segundo control) fueron consignados en una ficha de recolección de datos.

Los pacientes con puntaje mayor de 15 puntos en la escala de Hamilton fueron considerados como pacientes con depresión. Asimismo, los pacientes con puntajes obtenidos en el índice de Barthel menores a 60 puntos, fueron considerados dependientes. Los puntajes obtenidos en cada paciente tanto al primer como segundo control fueron comparados, determinándose que aquellos que presentaron un índice de Barthel con una diferencia superior a 10 puntos a favor del segundo control, fueron considerados como pacientes con recuperación física.

Mediante cuadros estadísticos y tablas de frecuencias se estableció el porcentaje de pacientes deprimidos tanto en el primer como segundo controles. También se determinó el porcentaje de pacientes dependientes para sus actividades

de la vida diaria para ambos controles. Luego, se evaluó la recuperación física de los pacientes en base a los datos obtenidos en el índice de Barthel de ambos controles.

Se determinó mediante cuadros estadísticos la relación existente entre los pacientes deprimidos y su recuperación física mediante la prueba estadísticas no paramétrica de ji cuadrado.

## RESULTADOS

Se estudiaron 195 pacientes con secuela motora de EVC y se evaluó la presencia de depresión en cada uno de ellos mediante la escala de Hamilton y su limitación para las actividades de la vida diaria mediante el índice de Barthel.

Catorce pacientes fueron separados del estudio debido a fallecimiento a consecuencia de la EVC o sus complicaciones y un paciente a consecuencia de mal diagnóstico, quedando al final 180 pacientes para el estudio.

Las edades fluctuaron entre 40 y 92 años, siendo el promedio de edad 65 años. De los 180 pacientes 117 (65%) fueron varones y 63 (35%) fueron mujeres.

En cuanto al grado de instrucción, siete pacientes (3,9%) fueron analfabetos, 93 pacientes estudiaron primaria (51,7%), 53 pacientes estudiaron secundaria (29,4%), mientras que 27 pacientes tuvieron educación superior (15%).

Todos los pacientes que acudieron al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen presentaban un tiempo de enfermedad menor o igual a 30 días, y tenían secuela motora que los limitaba en sus actividades de la vida diaria.

De los 180 pacientes, 129 (71,7%) correspondieron a secuela de EVC isquémico y 51 pacientes (28,3%) a secuela de EVC hemorrágica. Durante el primer control (dentro del primer mes de ocurrida la EVC) 120 pacientes (66,7%) presentaron depresión y 60 pacientes (33,3%) no la presentaron (Tabla 1). Durante el segundo control, a los dos a tres meses de enfermedad y luego de terapia de rehabilitación, 68 pacientes con secuela motora de EVC (38%) presentaron depresión y 112 pacientes no la presentaron (62%) También se evidencia la disminución en el porcentaje de pacientes deprimidos en el segundo control con respecto al primero (de 66,7 a 37,8%). Este hecho se presenta tanto en la EVC isquémica como en la hemorrágica en donde el porcentaje de pacientes deprimidos es menor en el segundo control (Tabla 1).

En cuanto a la limitación de las actividades de la vida diaria durante el primer control se encontró que 128 pacientes (71%) eran físicamente dependientes, es decir que tuvieron un puntaje menor de 60 puntos y 52 pacientes (29%) eran físicamente independientes, con un puntaje mayor de 60 puntos en el índice de Barthel (Tabla 2). Para cada tipo de EVC, los porcentajes de pacientes dependientes en sus actividades de la vida diaria fueron similares, correspondiendo un 72% para los pacientes con EVC isquémica y 69% para la EVC hemorrágica.

Sometidos a pruebas estadísticas, no se encontraron diferencias altamente significativas entre los tipos de EVC y su dependencia física, lo cual nos sugiere que la frecuencia de pacientes dependientes que requieren terapia de rehabilitación es independiente del tipo de EVC (Tabla 2).

En el segundo control, a dos o tres meses de ocurrida la enfermedad, 108 pacientes (60%) continuaban siendo

**Tabla 1.** Depresión post-EVC, según tipo de EVC, Hospital Nacional Guillermo Almenara 2006-2007. Primer y segundo controles.

Tipo de EVC	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
• Primer control						
– Isquémico	89	69,0	40	31,0	129	71,7
– Hemorrágico	31	61,0	20	39,0	51	28,3
Total	120	66,7	60	33,3	180	100,0
• Segundo control						
– Isquémico	43	33,0	86	67,0	129	71,7
– Hemorrágico	25	49,0	26	51,0	51	28,3
Total	68	37,8	112	62,2	180	100,0

**Tabla 2.** Limitación de las actividades de la vida diaria en pacientes con secuela de EVC, Hospital Nacional Guillermo Almenara 2006-2007. Primer y segundo controles.

Tipo de EVC	Dependiente (1-60 puntos)		Independiente (> 60 puntos)		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
• Primer control						
– Isquémico	93	72,0	36	28,0	129	71,7
– Hemorrágico	35	69,0	16	31,0	51	28,3
Total	128	71,0	52	29,0	180	100,0
Ji cuadrado = 0,08 valor de p = 0,6438963						
• Segundo control						
– Isquémico	77	60,0	52	40,0	129	71,7
– Hemorrágico	31	61,0	20	39,0	51	28,3
Total	108	60,0	72	40,0	180	100,0
Ji cuadrado = 0,02 valor de p = 0,89256584						

dependientes, en tanto que 72 pacientes (40%) fueron independientes en sus actividades de la vida diaria (Tabla 2). Como puede ser comparado en ambos controles, se aprecia una reducción en el porcentaje de pacientes físicamente dependientes para el segundo control, tanto para los EVC isquémicos, como los EVC hemorrágicos, lo cual nos indica que la terapia de rehabilitación ejerce una influencia positiva en los pacientes con secuela motora en su limitación para las actividades de la vida diaria.

La recuperación física de los pacientes según el tipo de EVC, muestra que el 54% de pacientes se recuperaron en su segundo control, en tanto que el 46% no se recuperaron. En el caso de la EVC isquémica, 74 pacientes (57%) se recuperaron, y en la EVC hemorrágica 24 pacientes (47%) se recuperaron. Sometidos a pruebas estadísticas, no se encontró diferencia significativa en la recuperación

física entre ambos tipos de EVC y su comportamiento fue similar para ambos grupos (Tabla 3).

En la Tabla 4 se muestra la relación entre la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC y la presencia de depresión en dichos pacientes. Los pacientes con depresión se recuperaron en un porcentaje mucho menor (29,4%) en relación a los pacientes que no tenían depresión (69,6%). Asimismo, existe un porcentaje mayor de pacientes con depresión post-EVC que no se recuperaron (70,6%) en relación al porcentaje de pacientes no deprimidos que no se recuperaron (30,4%). Sometido a la prueba estadística del ji cuadrado se aprecia que una diferencia altamente significativa entre los grupos estudiados, lo que muestra una fuerte asociación negativa entre la depresión y la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC.

**Tabla 3.** Distribución de pacientes por recuperación física, según tipo de EVC, Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2006-2007.

Tipo de EVC	Se recuperó		No se recuperó		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
• Isquémico	74	57,0	55	43,0	129	71,7
• Hemorrágico	24	47,0	27	53,0	51	28,3
Total	98	54,0	81	46,0	180	100,0

**Tabla 4.** Distribución de pacientes por recuperación física según depresión Hospital Nacional Guillermo Almenara 2006-2007.

Depresión	Se recuperó		No se recuperó		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
• Isquémico	74	57	55	43	129	71,7
• Hemorrágico	24	47	27	53	51	28,3
Total	98	54	81	46	180	100,0

Ji cuadrado 27.61 valor de  $p = 0,0000001$   
Odds ratio 0,18; RR 0.42

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio, según el tipo de EVC, mostraron una relación incrementada a favor del EVC isquémico en relación al hemorrágico (cuadro 1 y 2), tal como lo indican Deza y colaboradores en nuestro medio,<sup>1</sup> quienes encontraron que la EVC isquémica es más frecuente que la EVC hemorrágica, con una frecuencia de 75% y 25%, respectivamente y con datos internacionales que señalan una frecuencia de 80% para la EVC isquémica y 20% para la hemorrágica.<sup>2</sup>

Con relación a la frecuencia de los casos de depresión encontrados en el presente estudio (Tabla 1) concuerdan con los encontrados por otros investigadores, quienes encuentran una frecuencia de 30% a 60% de depresión post-EVC en pacientes hemipléjicos dentro de los dos primeros años de ocurrida la EVC.<sup>16-20</sup> Estos datos varían de acuerdo a las diferentes poblaciones de estudio, diferentes metodologías de evaluación psiquiátrica y de seguimiento.

En el caso del EVC isquémico en su primer control, 93 pacientes (72%) eran físicamente dependientes y 36 pacientes (28%) eran independientes (Tabla 2). En el segundo control, 77 pacientes (60%) eran dependientes, y 52 pacientes independientes (40%), expresándose un aumento en el porcentaje de pacientes independientes en el segundo control (Tabla 3).

En el caso del EVC hemorrágico, 35 pacientes (69%) eran dependientes en el primer control y 16 pacientes (31%) eran independientes. En el segundo control, 31 pacientes (61%) fueron dependientes, y 20 pacientes (39%) fueron independientes, notándose un aumento en el porcentaje de pacientes independientes para el segundo control.

La recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC fue mayor en pacientes no deprimidos que en los deprimidos, con diferencias estadísticamente

significativas, lo cual nos permite concluir que la depresión influye negativamente en la recuperación física de estos pacientes (cuadro 5 y 6), tal como se encuentran en otros estudios clínicos realizados en otras poblaciones.<sup>21-25</sup>

Estos hallazgos confirman nuestra hipótesis de que la depresión influye negativamente en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC.

Se recomienda evaluar la presencia de depresión en los pacientes con secuela motora de EVC, e iniciar terapia antidepressiva precoz con la finalidad de permitir una mayor recuperación física del paciente en sus actividades de la vida diaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deza Bringas L, Aldave R. Descripción epidemiológica intrahospitalaria de desórdenes vasculares cerebrales. *Rev Neuropsiquiat.* 1990;53:50-57
2. Castillo Sánchez J, Álvarez Sabin J, Martí-Villalta J, Martínez Vila E, Matias-Guiu J. Manual de enfermedades vasculares cerebrales. J.R. Prous; 1990.
3. Birkett PD. Psiquiatría clínica y accidente cerebrovascular. Editorial Masson S.A. 1998. p. 231-232.
4. Treisman GJ, Lykitsos CG, Lipsey JR, Morris P, Robinson RG. Does stroke cause depression? *J Neuropsychiatr.* 1998;10:103-107.
5. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke. Results of the Finnstroke. *Stroke.* 1998;29:368-372.
6. Morris PL, Robinson R, Raphael B, Hopwood MJ. Lesion location and post stroke depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosc.* 1996; 8:399-403.
7. Starkstein S, Robinson G, Price R. Comparison of cortical and subcortical lesions in the production of post stroke mood disorders. *Brain.* 1987;110:1045-1059.
8. Barry S, Dinan TG. Alpha-2 adrenergic receptor function in post stroke depression. *Psychol Med.* 1990;10:305-309.
9. Berrios GE. Neuropsiquiatría del daño cerebral. *Rev Neuropsiquiatría* 1996;59:41-56,
10. Mayberg H, Robert G, Dean F, Rajesh P. PET imaging of cortical S2 serotonin receptors after stroke: lateralized changes and relationship to depression. *Am J Psychiatry.* 1988;145:937-943.
11. Iacoboni M, Padovani A, Di Piero V, Lenzi G. Post stroke depression: relationships with morphological damage and cognition over time. *J Neurol Sci.* 1995;4:209-16.

12. Hamilton M. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1960;23:56-62.
13. Bech P, Kastrup M, Rafaelsen O. Brief overview of the rating scales for states of anxiety, depression, mania and schizophrenia with corresponding syndromes in DSM-III. *Acta Psychiatr Scand. Suppl* 1988; 73:10-29.
14. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 1979;60:14-17.
15. Dewick T, Clive E, Skilbeck M, Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke. *Arch Med Rehabil.* 1983;64:30-35.
16. Eastwood R, Rifat S, Nobbs H. Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry.* 1989;154:195-200.
17. Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients A 3 year longitudinal study. *Stroke.* 1993;24:976-982.
18. Andersen G, Vestergaard K, Riis J, Lauritzen L. Incidence of post stroke depression during the first year in a large unselected stroke population using a valid standardized rating scale. *Am Psychiatr Scand.* 1994;90:190-195.
19. Burvill PW, Johnson GA, Jamrosik KD, Anderson CS, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. Prevalence of depression after stroke: The Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatry.* 1995;166:320-27.
20. Rajamanmar R, Robert G, Alastar J, Tordd K, Thomas R. Functional impairment associated with acute post stroke depression: the stroke data bank study. *J Neuropsychiat Clin Neurosc.* 1998;10: 26.
21. Santus G, Ranzenigo A, Caregnato R, Inzoli MR. Social and family integration of hemiplegic elderly patients 1 year after stroke. *Stroke.* 1990;21:1019-22.
22. Frieland J, McColl MA. Social support and psychosocial dysfunction after stroke: buffering effects in community sample. *Arch Phys Med Rehabil.* 1987;68:475-480.
23. Parikh RM, Robinson R, Lipsey JR, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR. The impact of post stroke depression on recovery in activities of daily living over two year follow up. *Arch Neurol.* 1990;47:785-9.
24. Loong CK, Kenneth NK, Paulim ST. Post stroke depression: outcome following rehabilitation. *Aust N Z J Psychiat.* 1995;4:609-14.
25. Robinson R, Lipsey J, Krishna R, Price T. Two year longitudinal study of post stroke mood disorders: comparison of acute onset with delay onset depression. *Am J Psychiatry* 1986;10:143.

**Correspondencia del autor**

Edgard Rojas Huerto.

Av. Aviación 2320 Dpto. 204, San Borja. Lima 41, Perú.  
edgarrojas3112@yahoo.com