

XXX

Congreso Nacional de
la Sociedad Española
de Medicina Interna

MESA REDONDA 21
INSUFICIENCIA CARDIACA, UNA ENFERMEDAD
PREVALENTE Y CON COMORBILIDAD ASOCIADA

**Depresión en insuficiencia cardiaca. Frecuente,
infradiagnosticada y poco tratada**

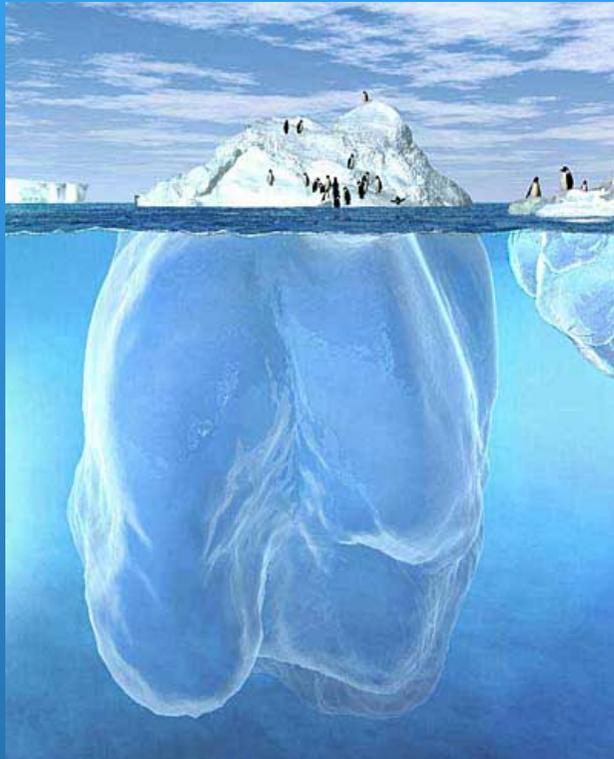
Dr. Oscar Aramburu Bodas

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

 **SEMI**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

Infradiagnosticada



Frecuente

Poco tratada



Frecuente

Prevalencia de Depresión en diferentes patologías

	D. Mayor	S. Depresivos
Diabetes	9 %	25 %
HTA	8 %	28 %
Obesidad	8 %	25 %
Asma	12 %	45 %
EPOC	16 %	47 %
I. Renal	17 %	40%
Cáncer	16 %	55 %
Artritis Reum.	15 %	33 %
C. Isquémica	10%	37 %
AVC	11%	28 %

**LA DEPRESIÓN ES UNA COMORBILIDAD
FRECUENTE**

Prevalencia

DEPRESIÓN MAYOR

SÍNTOMAS DEPRESIVOS



POBLACIÓN
GENERAL

5 - 9 % ♀

2 - 3 % ♂

12 - 20 %



ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR

15 - 25%

30 - 45 %



INSUFICIENCIA
CARDIACA

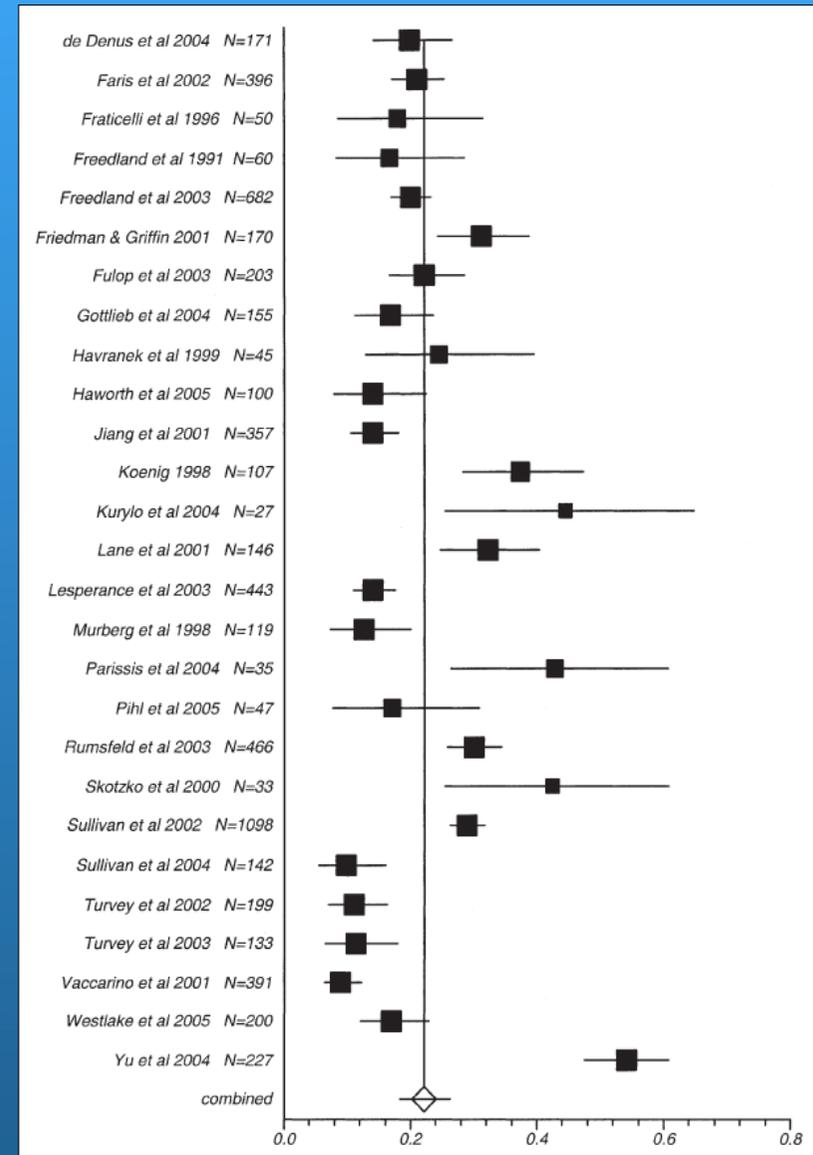
14 - 26 %

24 - 85 %

La Prevalencia de Depresión en la IC varía de 14 a 85 %



- Diferentes definiciones de depresión...
- Inclusión de diferentes tipos de depresión...
- Diversos criterios de selección y distintas poblaciones...
- Diferentes métodos y test diagnósticos...
- Diferentes diseños de los estudios...



Factores que afectan a la Prevalencia de Depresión en la IC



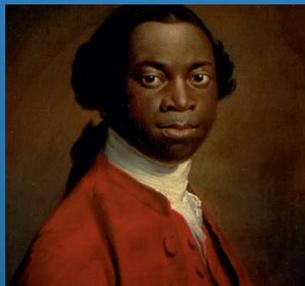
Género

x 1.5 en la mujer



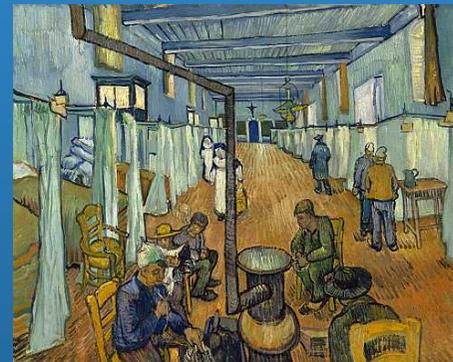
Edad

x 1.4 en < 60 años



Raza

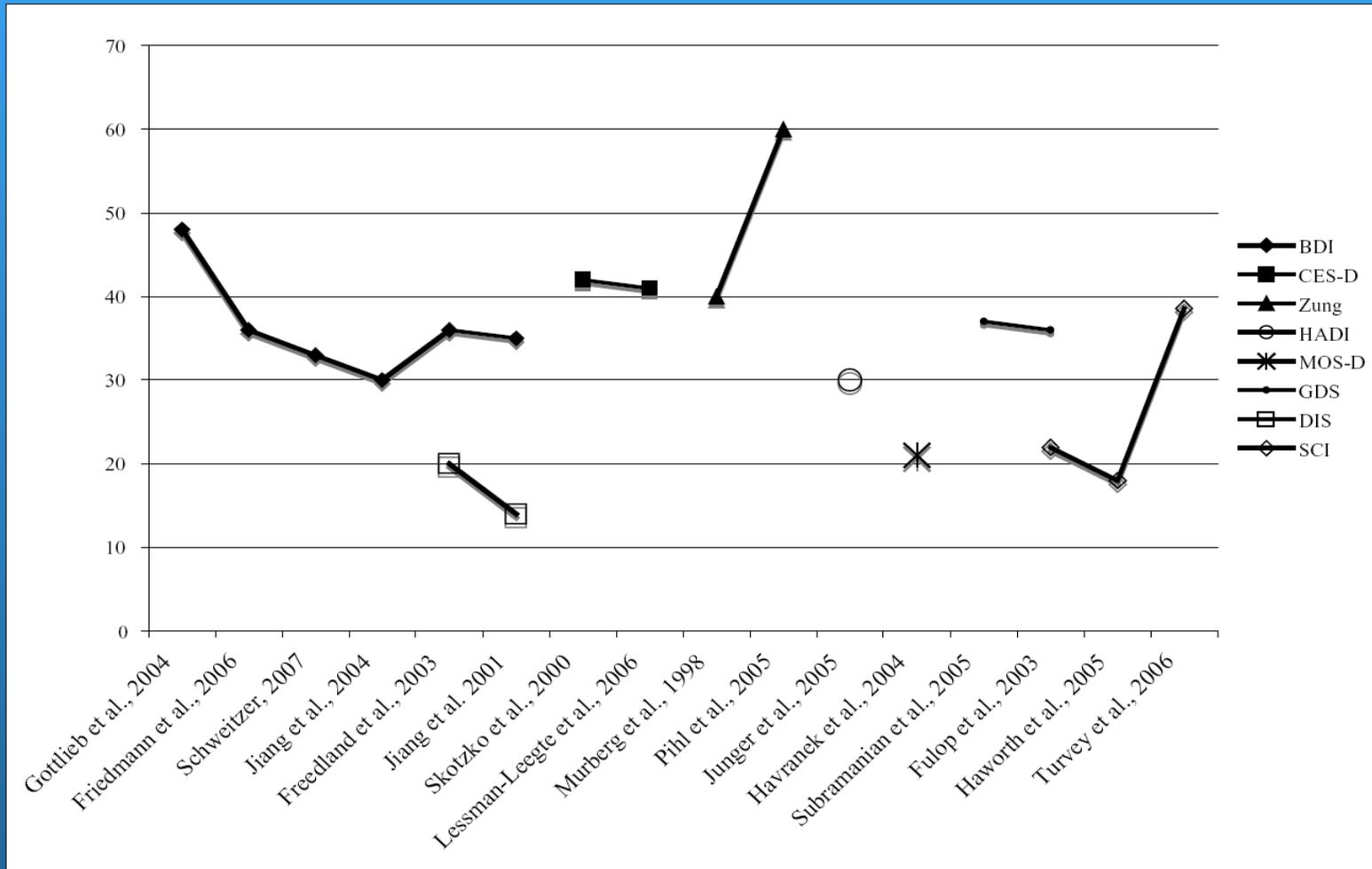
x 1.6 en caucásicos



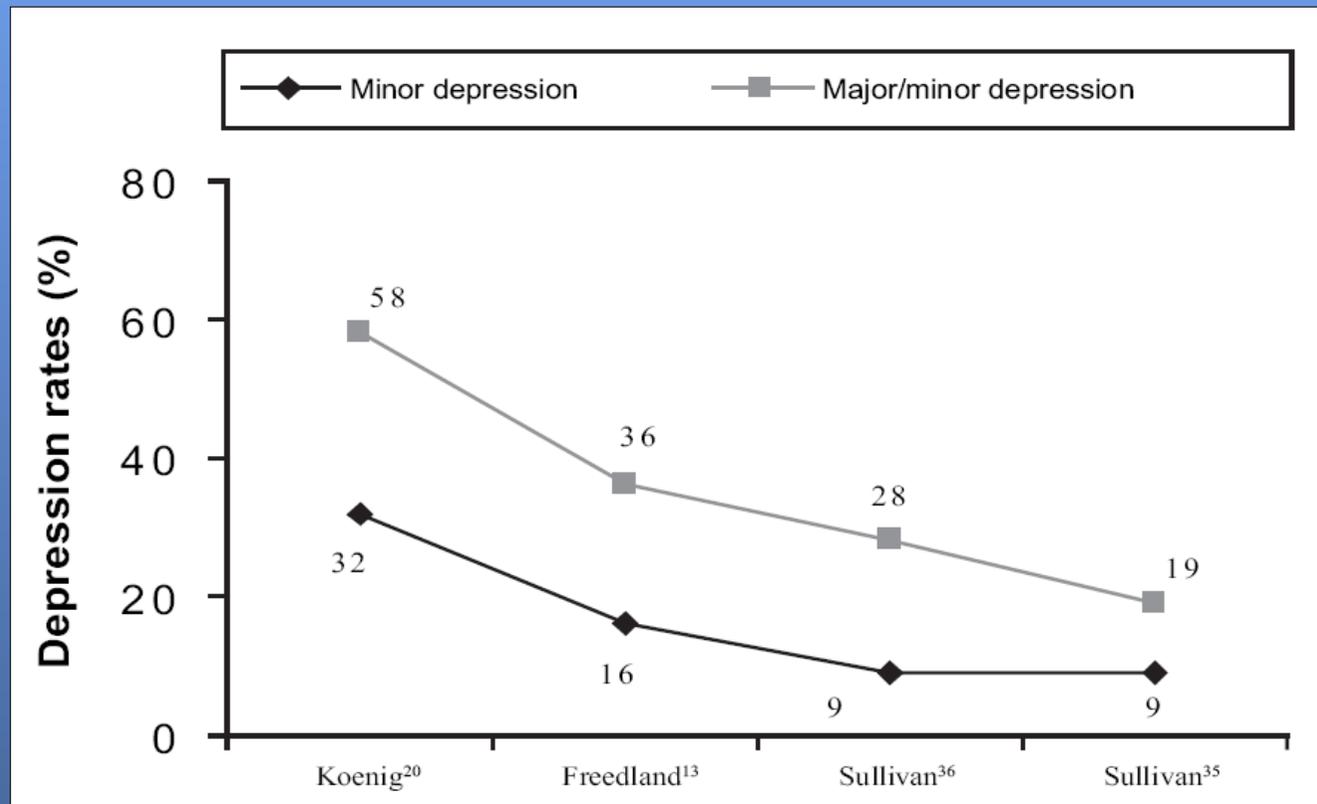
Régimen de atención

el doble en hospitalizados

Prevalencia de Depresión en IC según el Test Diagnóstico



Prevalencia de Depresión en IC según el tipo de depresión



Prevalencia de Depresión en IC según el tipo de estudio y el criterio diagnóstico

Estudio	Nº Pacientes	Prevalencia	Criterio
AHMED A. (U.S.A.) <i>Am J Geriatr Psychiatry</i> 2006;14:867-75	18.180	3.7%	Informe de Alta
MACCHIA A. (Italia) <i>Eur J Heart Fail</i> 2008;10:714-21	48.117	10.3%	Tratamiento Antidepresivo
OPTIMIZE-HF. (U.S.A.) <i>Am J Med</i> 2009;122:366-73	48.612	10.6%	Revisión historia clínica
FARIS R. (U.K.) <i>Eur J Heart Fail</i> 2002;4:541-51	396	21%	Registro clínico
O'CONNOR CM. (U.S.A.) <i>Arch Intern Med</i> 2008;168:2232-37	1.006	30%	BDI
HF-ACTION. (U.S.A.) <i>Am J Cardiol</i> 2009;103:1285-89	2.322	43%	BDI
LESMAN-LEEGTE I. (Holanda) <i>Eur J Heart Fail</i> 2006;8:634-40	572	48% ♀ 36% ♂	CES-D
FREEDLAND KE. (U.S.A.) <i>Psychosomatic Medicine</i> 2003;65:119-28	682 <i>hospital</i>	20% D. Mayor 16% D. Menor	DSM-IV
FALLER H. (Alemania) <i>Eur J Heart Fail</i> 2007;9:1018-23	231	13% D. Mayor 17% D. Menor	PHQ-9
GUALLAR-CASTILLON P. <i>Rev Esp Cardiol</i> 2006;59:770-8	433 <i>hospital</i>	48.5%	GDS Yesavage
LUPON J. <i>Rev Esp Cardiol</i> 2008;61:835-42	622 <i>ambulatorios</i>	25.2%	GDS Yesavage

Estudios Retrospectivos

Estudios Prospectivos

Infradiagnosticada

- ¿Infradiagnosticamos la depresión en la IC? ¿Por qué?
- Causas y patogenia de la depresión asociada a IC.
- ¿Disponemos de herramientas adecuadas para el diagnóstico?
- ¿Es útil para el paciente que dediquemos parte de nuestro “escaso tiempo” a su diagnóstico?: Implicaciones pronósticas.

Infradiagnosticada

Año 2008

Pacientes hospitalizados con Diagnóstico en Informe de Alta de Insuficiencia Cardíaca y de Depresión *



* % sobre el total de ingresos por IC

Fuente: Bases de Datos Hospitalarias

Infradiagnosticada

¿Por qué?

- Difícil de evaluar: puede reflejar stress psicológico ante la enfermedad, ser causada por la propia enfermedad, estar asociada al uso de fármacos, o ser dos procesos que coexisten.
- Para el clínico es más subjetivo el diagnóstico de un trastorno psicológico que el de otras comorbilidades en la IC: diabetes, anemia, fibrilación auricular, EPOC, insuficiencia renal, etc..
- Se pueden confundir algunos síntomas de IC y Depresión: Hay síntomas poco específicos.
- “Dificultades” para aplicar test diagnósticos.
- Escasa divulgación de la relación de los factores psicosociales y el pronóstico.
- Insuficiente entrenamiento de los clínicos en el diagnóstico de problemas psíquicos.
- Falta de motivación y de curiosidad de los clínicos hacia los problemas mentales.

Criterios diagnósticos de Depresión Mayor DSM-IV

Cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa, y provoca deterioro social y laboral:

1. Estado de ánimo depresivo (se siente triste o vacío).
2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades.
3. Pérdida o aumento significativo de peso, o pérdida o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o lentitud creciente de funciones psicomotoras.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos de muerte, o ideación suicida, recurrentes.

Síntomas no atribuibles al uso de fármacos o a una condición médica general

CLASIFICACIÓN

- **Ansiedad:** 15-20% de pacientes médicos. La ansiedad puede indicar una enfermedad psiquiátrica primaria, ser un componente o una reacción en enfermedad médica, o un efecto de algún fármaco.
 - Trastorno de pánico: ataques de pánico.
 - Ansiedad generalizada (se asocia con depresión con frecuencia)
 - Fobias
 - Trastornos por stress agudo o postraumático
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
- **Trastornos del humor, estado de ánimo, afectividad y conducta:**
 - Trastornos depresivos
 - Trastorno bipolar
 - Depresión asociada a enfermedades médicas

En algunos estudios no se diferencian los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, y frecuentemente son mixtos



The European Journal of Heart Failure 7 (2005) 803 – 808

The
European Journal
of
Heart Failure

www.elsevier.com/locate/ehj

Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction

J.E. Haworth^{a,*}, E. Moniz-Cook^a, A.L. Clark^b, M. Wang^a, R. Waddington^c, J.G.F. Cleland^b

^aDepartment of Clinical Psychology, Post Graduate Medical Institute, Hertford Building, University of Hull, Kingston-upon-Hull HU6 7RX, United Kingdom

^bDepartment of Academic Cardiology, University of Hull, Castle Hill Hospital, Cottingham HU16 5JQ, United Kingdom

^cInformation by Design, University of Hull, United Kingdom

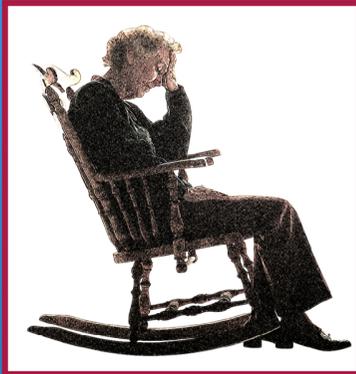
Trastornos Depresivos y Ansiedad en IC

Prevalence of mood disorders (DSM-IV definitions) diagnosed by the SCID-I in the interviewed participants ($n = 98$)

	Frequency	Percent
Depressive disorders	28	29
Major depressive episode	14	14
Dysthymic disorder	3	3
Minor depressive disorder	2	2
Brief depressive disorder	6	6
Adjustment disorder with depression	2	2
Panic disorder (PD)	8	8
Generalised Anxiety Disorder (GAD)	11	11
Mixed anxiety–depression disorder	1	1
No mood disorder	66	67

La Depresión duplica el riesgo de desarrollar IC

En mujeres y en
pacientes con
HTA ó IAM.

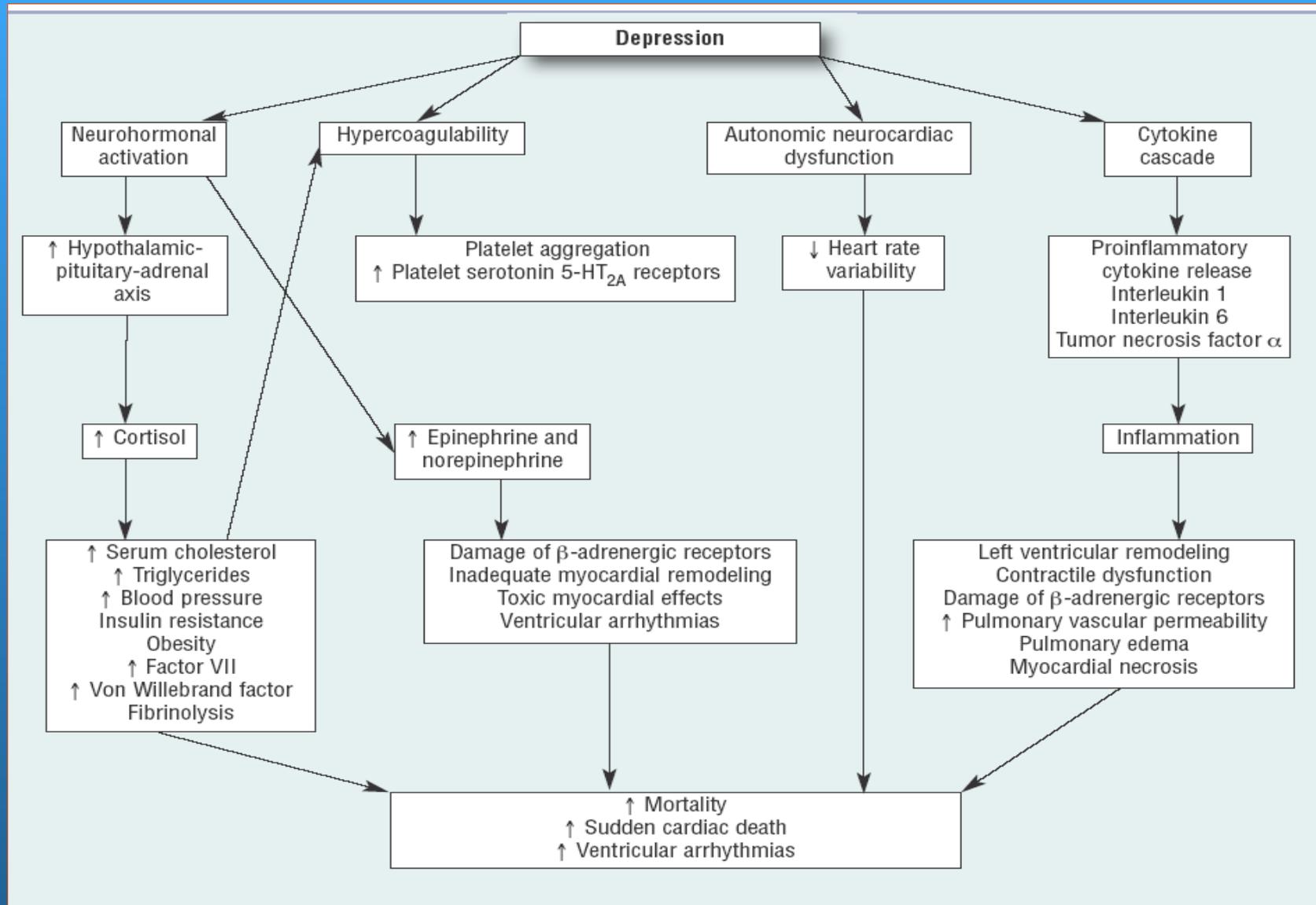


- Predisposición genética y personalidad
- Ambiente socio-familiar
- Cardiotoxicidad de algunos antidepresivos
- Potencia los factores de riesgo CV
- Enfermedad cerebrovascular asociada
- Menor esfuerzo terapéutico y de cuidados
- Peor adherencia al tratamiento
- Hiperactividad hipotálamo-adrenal
- Disregulación del S. N. Autónomo
- Aumento de agregación plaquetaria
- Respuesta inflamatoria
- Mayor comorbilidad



En la IC se triplica el riesgo de padecer Depresión

Modelo Fisiopatológico de Depresión e IC





Ayuda social



Espiritualidad



Descanso y Sueño



Fármacos



Cuidadores y Dependencia



Equipo sanitario



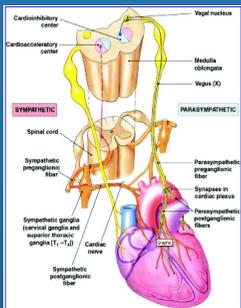
Capacidad funcional
Consumo O2 y Test 6 minutos



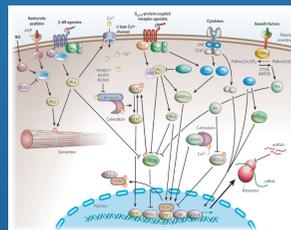
Patología



Familia



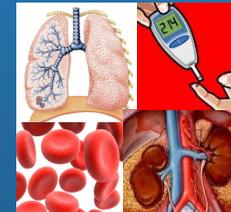
Disregulación SNS



Citoquinas, plaquetas y mediadores apoptosis



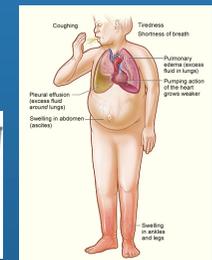
Flujo cerebral
Enfermedad CV

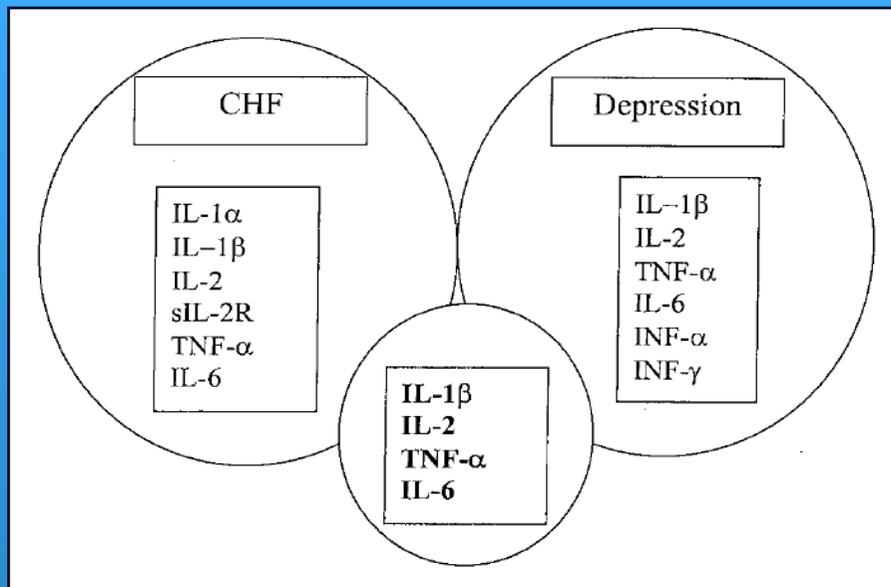


Comorbilidad



Síntomas, Estadio IC y NYHA





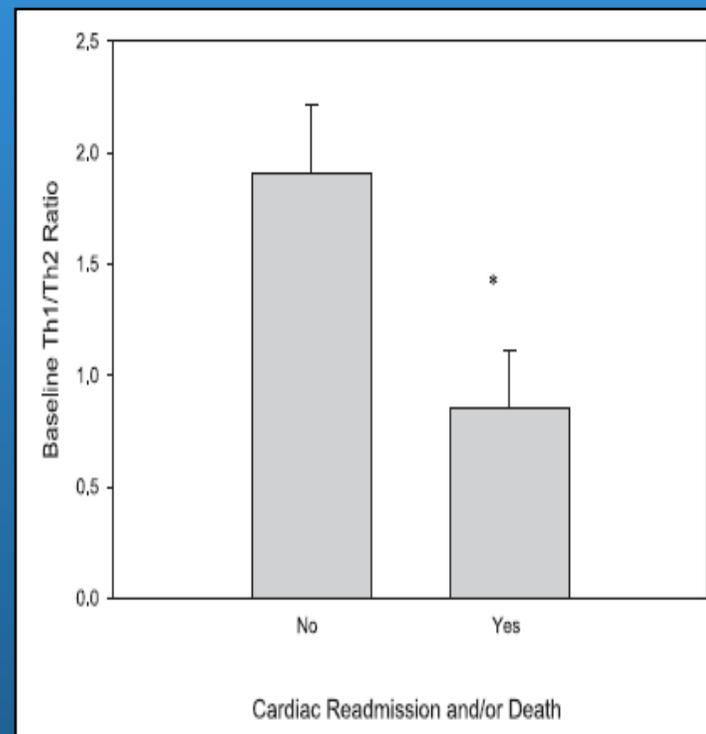
Inflamación, Depresión e IC

Citoquinas proinflamatorias y mediadores de apoptosis involucrados en la Insuficiencia Cardíaca y en la Depresión

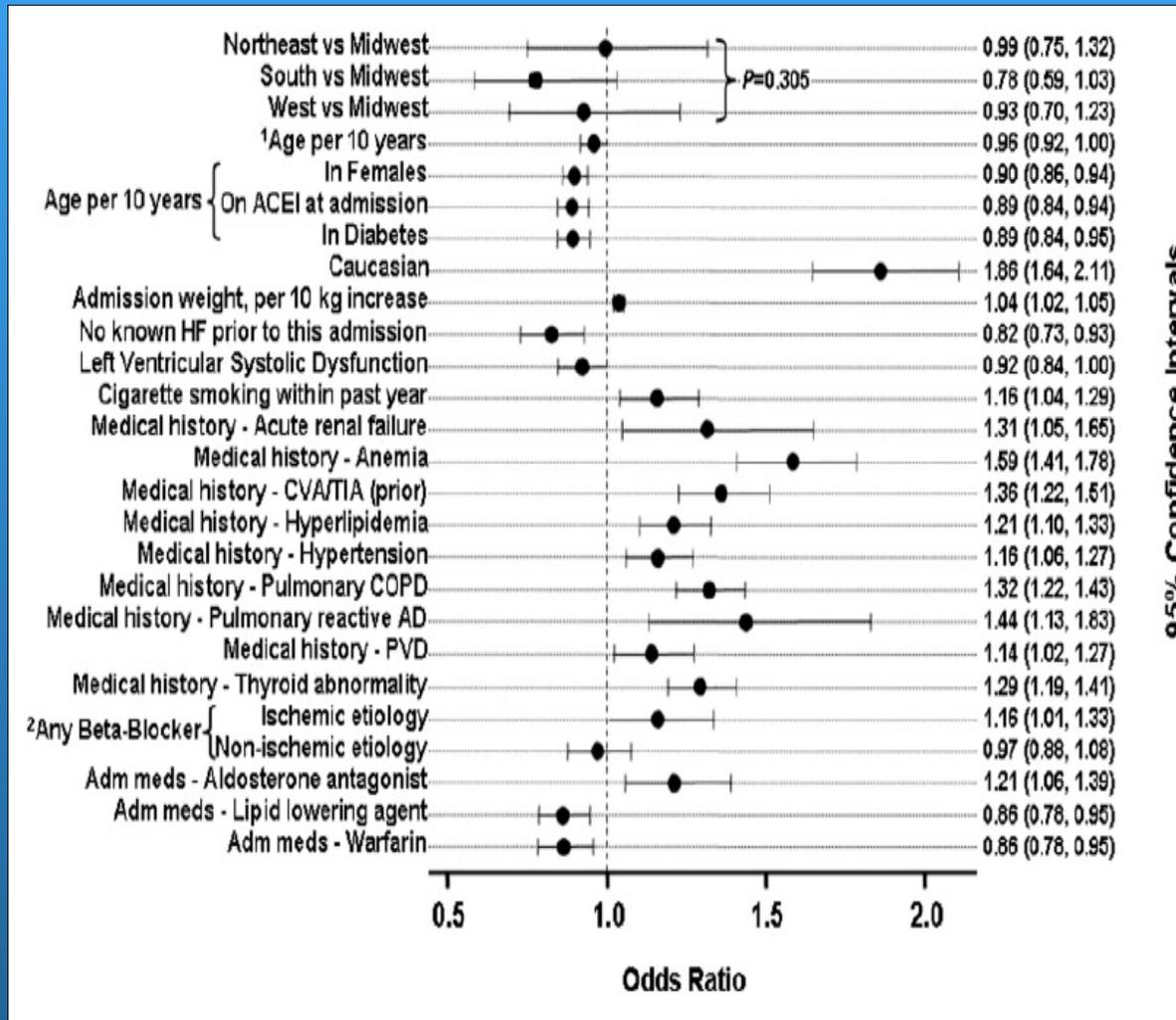
Plasma Levels of Circulating Cytokines and Apoptosis Mediators in Depressive and Nondepressive Patients With Heart Failure (means ± SEs)

Cytokine	Total Population (n = 35)	Patients With Depressive Symptoms (n = 15)	Patients Without Depressive symptoms (n = 20)	p Value
TNF-α (pg/ml)	7.0 ± 0.6	9.0 ± 1.1	5.6 ± 0.6	<0.05
Interleukin-6 (pg/ml)	4.9 ± 0.3	5.1 ± 0.4	4.7 ± 0.4	NS
Interleukin-10 (pg/ml)	5.9 ± 0.3	4.5 ± 0.3	6.9 ± 0.3	<0.001
Soluble Fas (ng/ml)	4.9 ± 0.2	5.1 ± 0.4	4.8 ± 0.3	NS
Soluble Fas ligand (pg/ml)	42 ± 2	47 ± 3	39 ± 2	<0.05
TNF α/interleukin-10	1.5 ± 0.2	2.3 ± 0.3	0.9 ± 0.1	<0.01
Interleukin-6/interleukin-10	0.9 ± 0.1	1.3 ± 0.2	0.7 ± 0.1	<0.01

Niveles de Citoquinas y Pronóstico



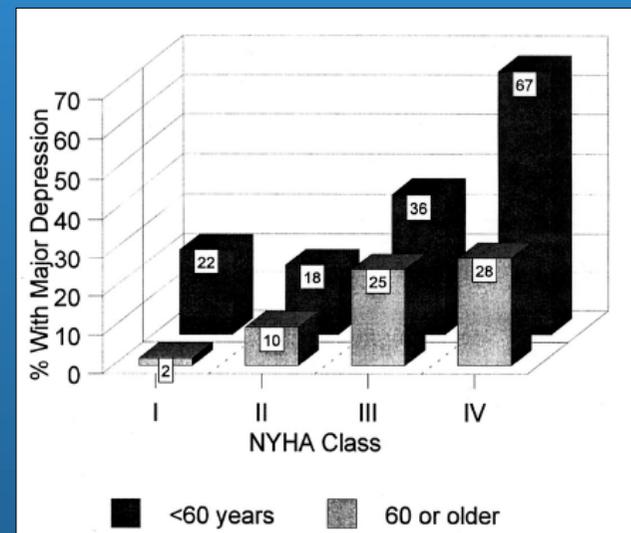
Predictores de Depresión en IC



Am J Med 2009;122:366-73

Variable	Odds Ratio
Living alone	2.81
Economic burden	2.92
Alcohol abuse	3.02
KCCQ overall score (per 10 points lower score)	1.22

J Am Coll Cardiol 2004;44:2333-8



Psychosom Med 2003;65:119-28

Diagnóstico de Depresión



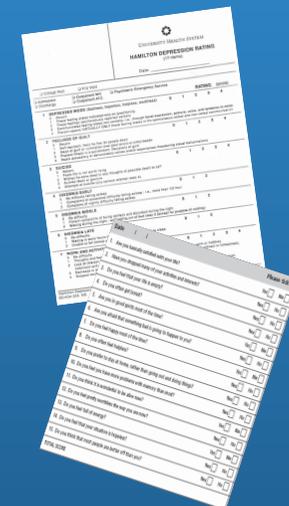
Entrevistas
estructuradas



Cuestionarios

Diagnóstico de Depresión

Instrumento	Método	Items	Tiempo (minutos)
DIS (DSM-IV) Diagnostic Interview Schedule	Entrevista estructurada	-	90 - 120
CIDI (DSM-IV) Composite International Diagnostic Interview	Entrevista estructurada	-	90 - 120
HAMD ó HRS-D Hamilton Rating Scale for Depression	Entrevista semi-estructurada	22 ó 17	25 - 30
MADRS Montgomery and Asberg Depression Rating Scale	Entrevista semi-estructurada	10	10 - 15
BDI Beck Depression Inventory	Auto-cuestionario	21 ó 13	10 - 15
CES-D Center for Epidemiological Studies -Depression Scale	Auto-cuestionario	20	5 - 7
ZDI ó SDS Zung Self-rating Depression Scale	Auto-cuestionario	20	5 - 7
GDS Yesavage Geriatric Depression Scale	Cuestionario Si / No	30 ó 15	10 - 15
HADS ó HADI (A + D) Hospital Anxiety and Depression Scale	Auto-cuestionario	7 + 7	5 - 7
MOS-D Medical Outcomes Survey - Depression	Auto-cuestionario	8	5 - 7
Otros: MADRS, BRMES, MMPI, PHQ-9, GHS.			



Depresión e IC: Pronóstico

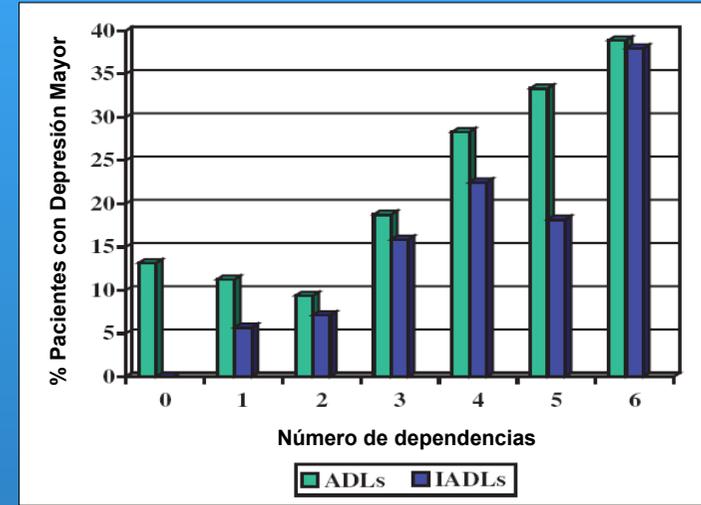
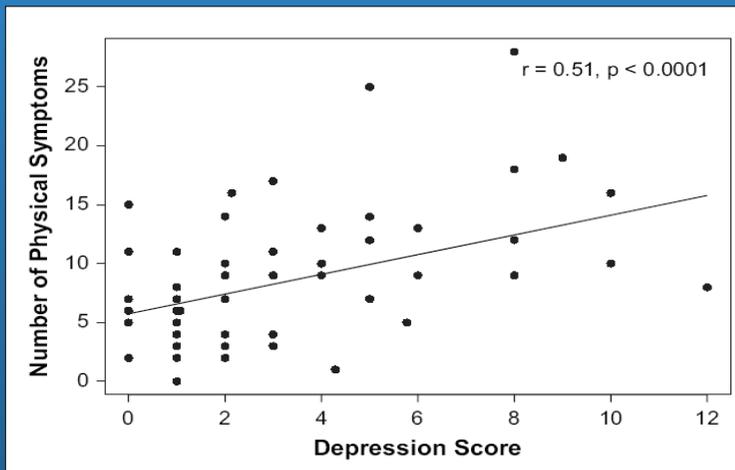


↓ Duración del test de ejercicio cardiopulmonar

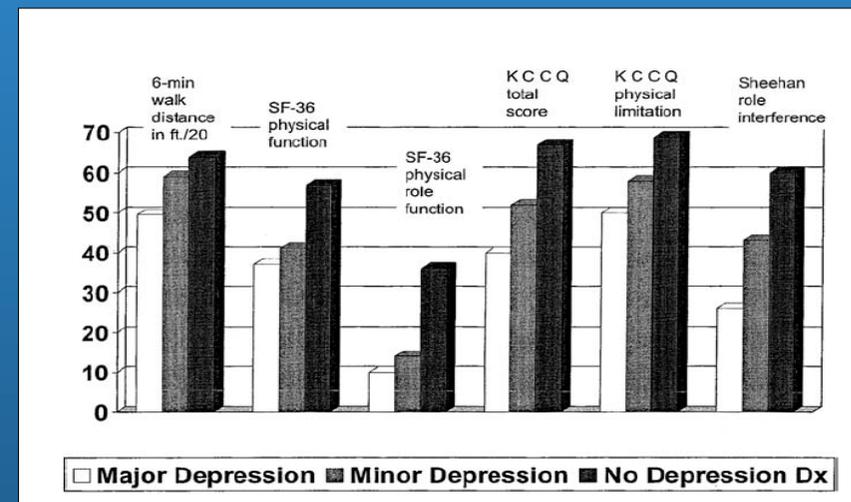


↓ Distancia en el test de los 6 minutos

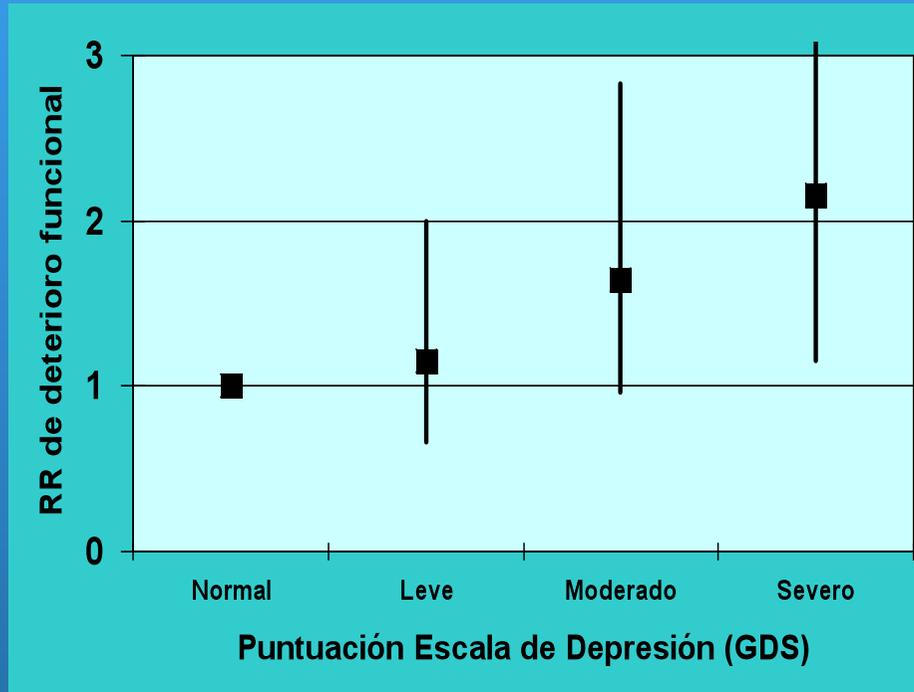
↑ Síntomas físicos



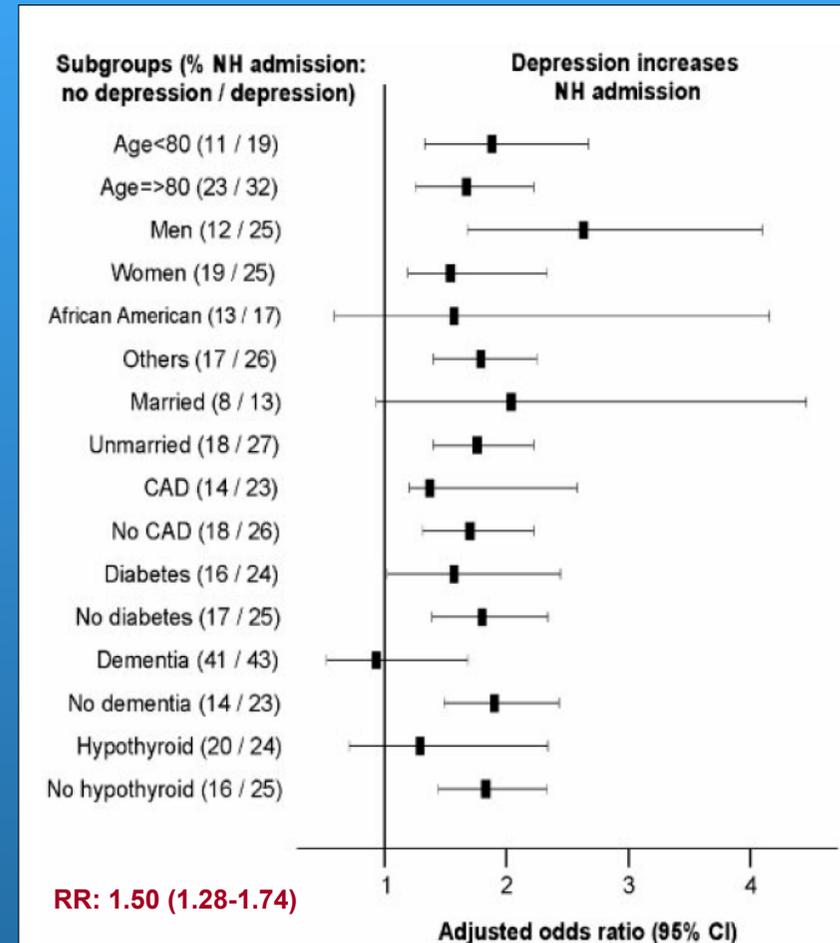
Peor estado funcional y peor QoL



Depresión e IC: Pronóstico

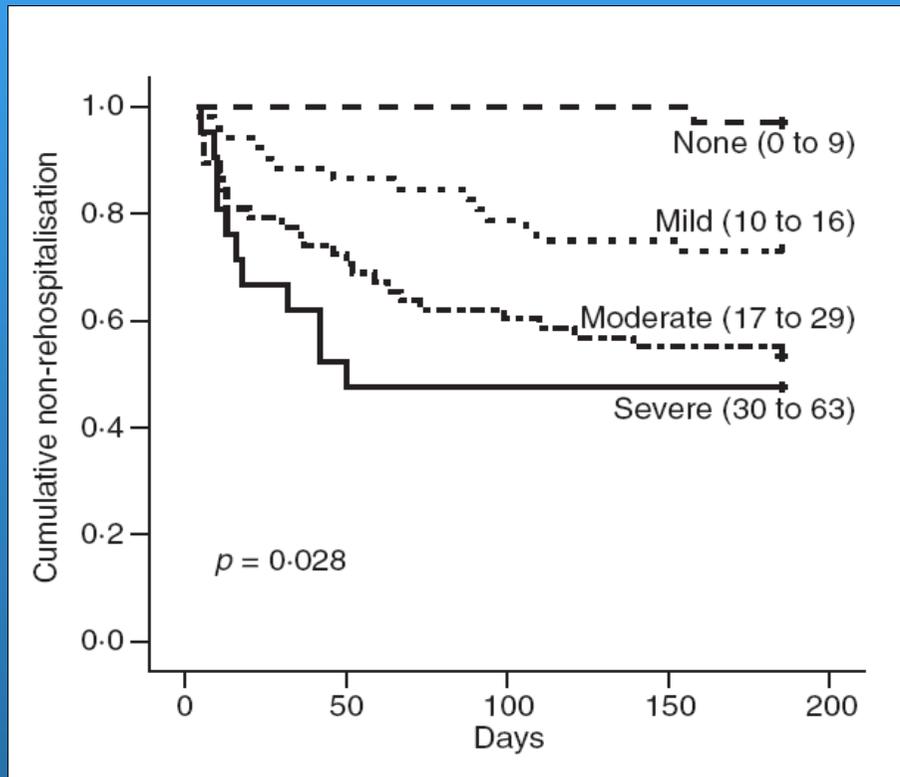


Deterioro funcional según nivel de depresión
 Riesgo Relativo (IC 95%)



Riesgo de Institucionalización asociado a
 Depresión en IC

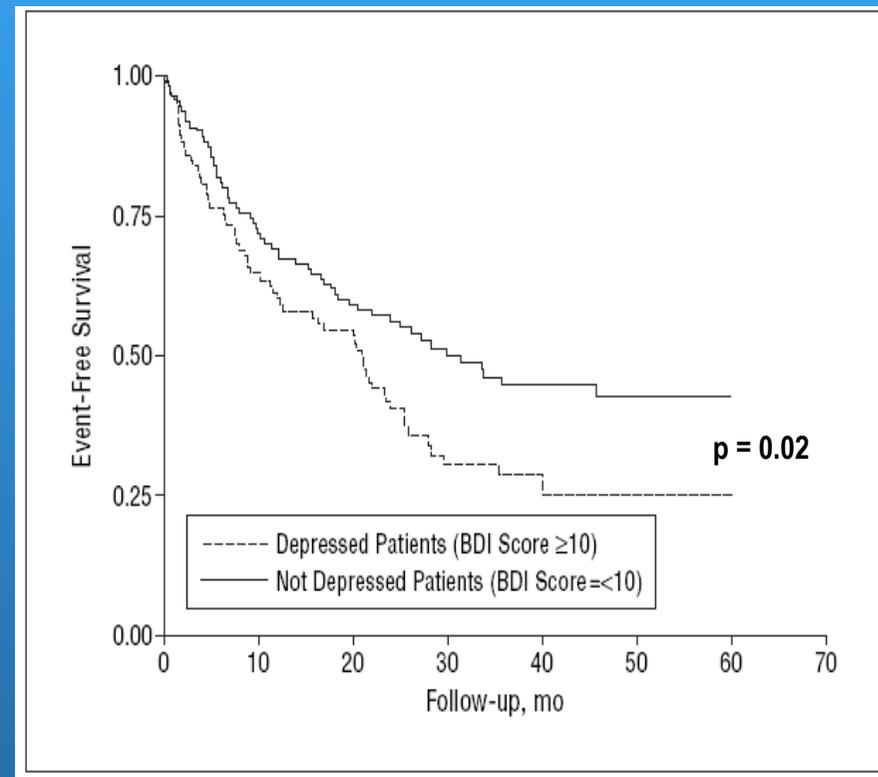
Depresión e IC: Pronóstico



Curvas de rehospitalización

Pacientes con IC - FEP

Beck Depression Inventory

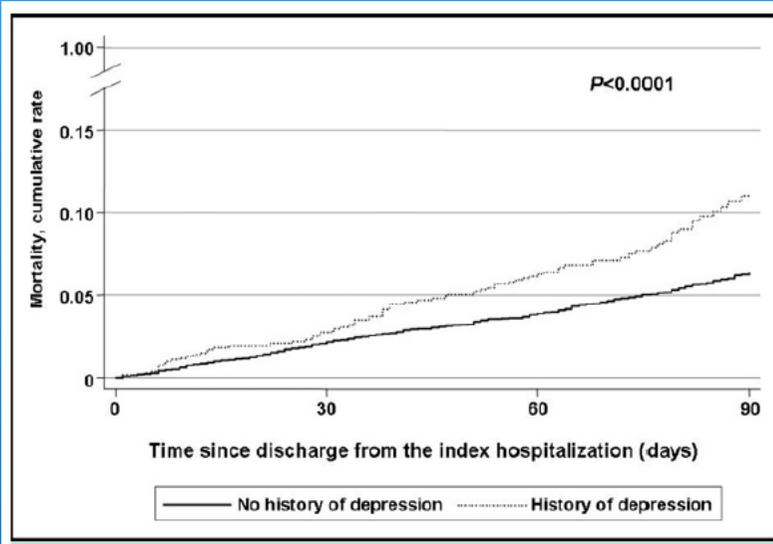


Curvas de tiempo libre de eventos

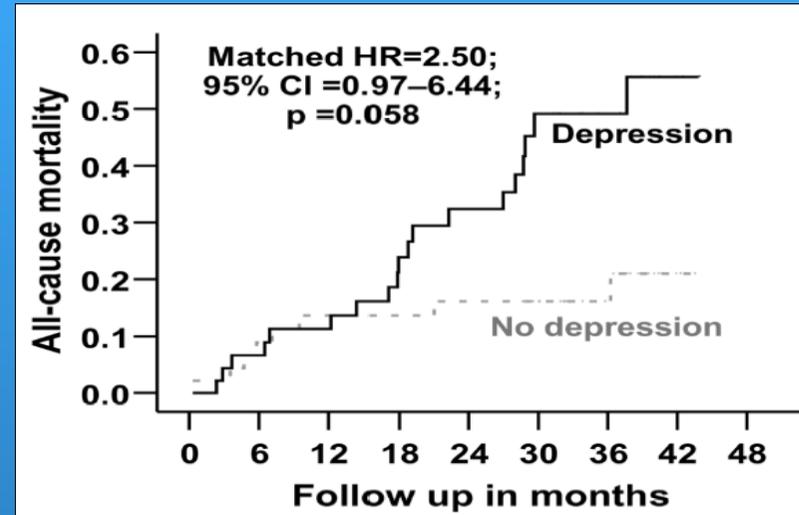
Pacientes con IC - FED

Beck Depression Inventory

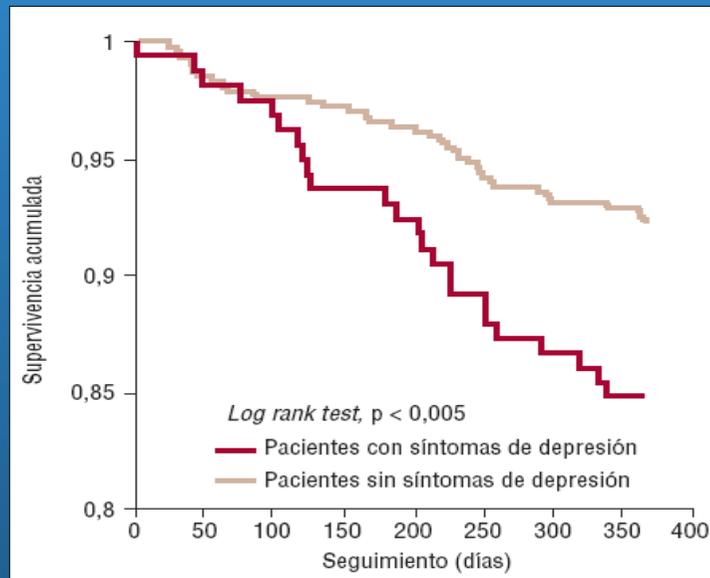
Depresión e IC: Mortalidad



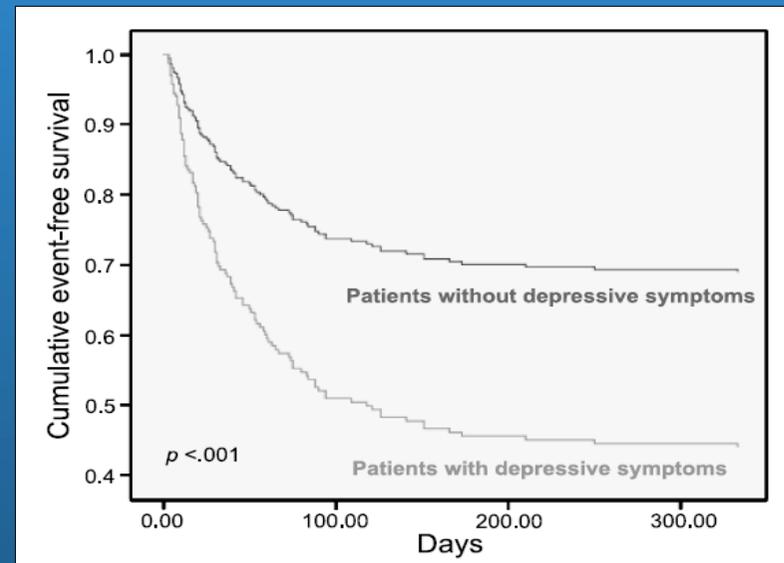
Am J Med 2009;122:366-73



Compr Ther 2007;33:65-70



Rev Esp Cardiol 2008;61:835-42



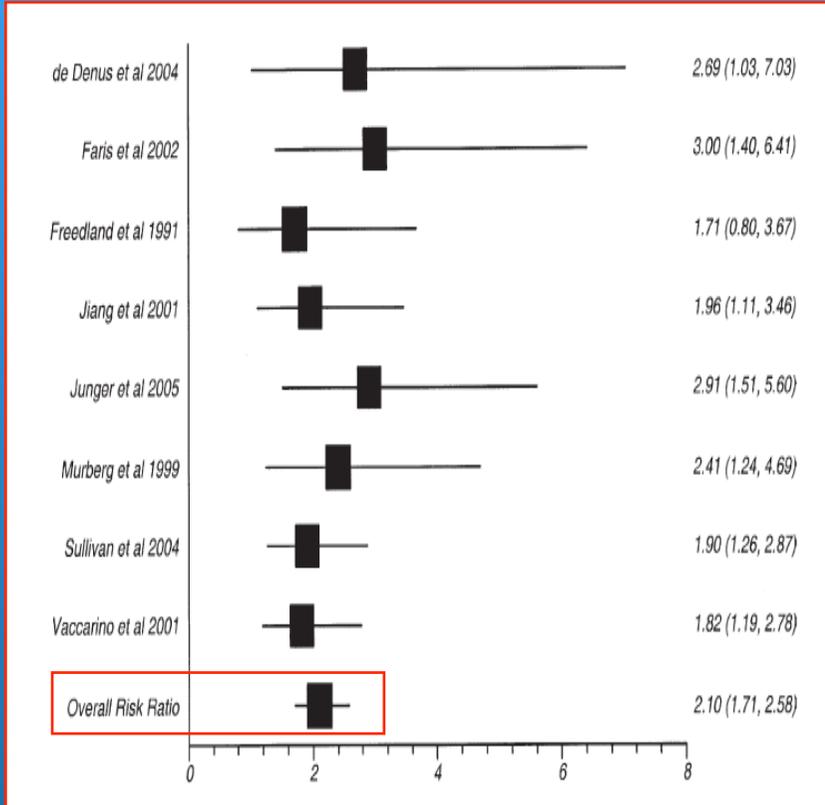
J Cardiovasc Nur 2009;24:299-305

Pronóstico

Depression in Heart Failure

A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes

Thomas Rutledge, PhD,*† Veronica A. Reis, BSc,*‡ Sarah E. Linke, BA,§
Barry H. Greenberg, MD, FACC,† Paul J. Mills, PhD†
San Diego and Los Angeles, California



x 2



+ 1 mes
+ 6 meses



x 2

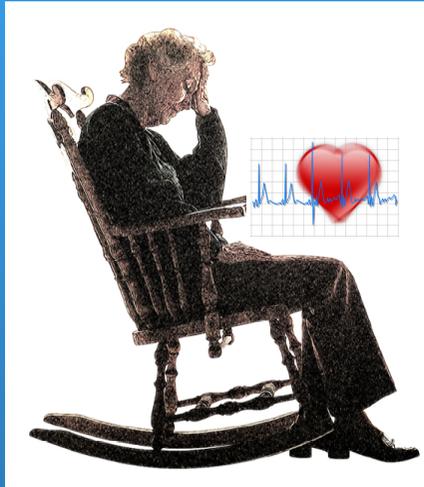


RR
2.1 (1.7 - 2.6)



+ 29%

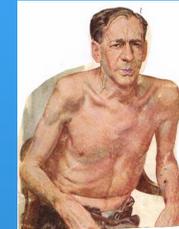
Consecuencias de la Depresión en la IC



**Menos procedimientos
en los ingresos pero mayor
estancia hospitalaria**



Mas síntomas



Peor calidad de vida



**Mayor uso de los servicios
y de los costes sanitarios**



Mas reingresos



Aumento de la mortalidad



Poco tratada

- Las guías no suelen incluir recomendaciones sobre tratamiento de Depresión en IC
- Reconocer y tratar la Depresión requiere hábito y actitud positiva hacia la efectividad del tratamiento
- ¿Conocemos todas las opciones terapéuticas?
- ¿Hay tratamientos adecuados de la depresión que mejoren el pronóstico (*calidad de vida, morbilidad, mortalidad*) de nuestros pacientes con IC?

Paciente 19-0003



- Datos Basales
- Seguimientos
- Tratamientos**
- Finalización

Numero de Tratamiento	Grupo Terapéutico	Indicar Fecha Inicio	Indicar Fecha Final	Borrar
Tratamiento 1	Diuréticos de Asa	12-06-2008		
Tratamiento 2	Beta-Bloqueantes	12-06-2008		
Tratamiento 3	Otros	12-06-2008		
Tratamiento 4	Otros	12-06-2008		
Tratamiento 5	Otros	12-06-2008		
Tratamiento 6	Inhibidores de la Bomba de Protones	12-06-2008		
Tratamiento 7	Otros	12-06-2008		
Tratamiento 8	Estatinas	12-06-2008		
Tratamiento 9	Anticoagulantes	12-06-2008		
Tratamiento 10	Antidiabéticos Orales	12-06-2008	17-09-2008	
Tratamiento 11	Antidiabéticos Orales	17-09-2008		

Nuevo Tratamiento



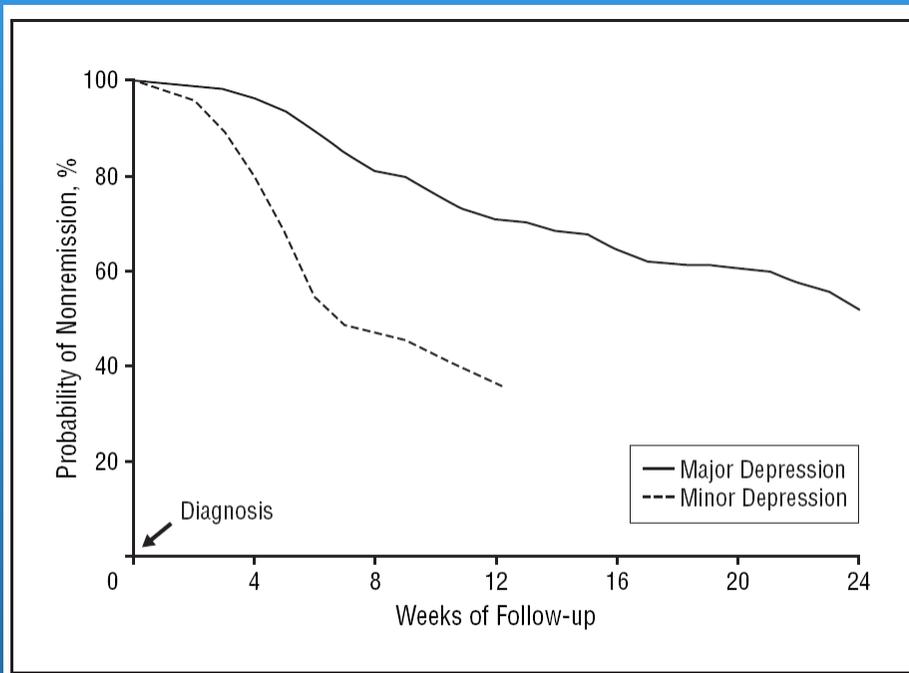
Registro RICA
OCTUBRE 2009

581
pacientes válidos

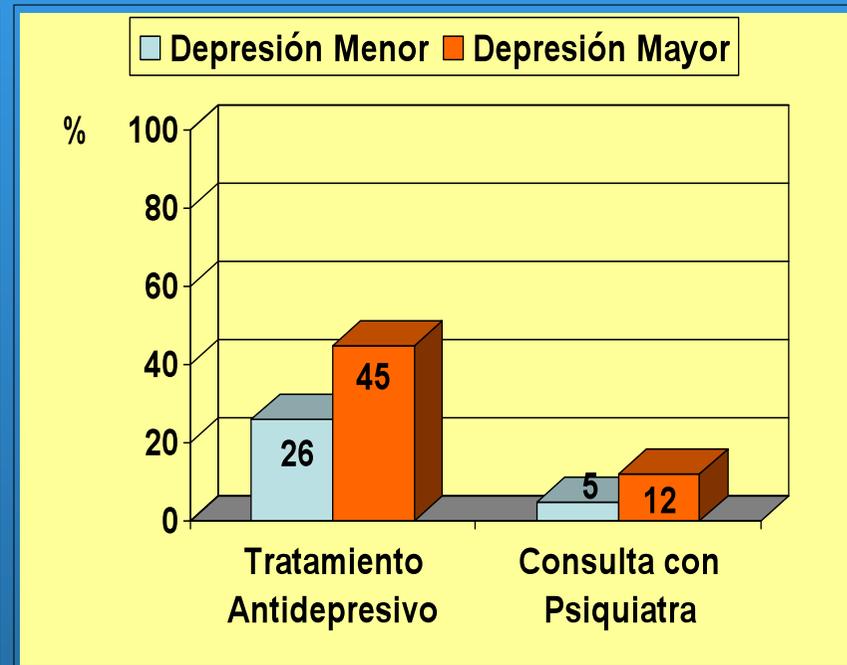
Tratamiento con
Antidepresivos

11.5 %

Poco tratada... y persistente



Curso evolutivo de la Depresión a las 24 semanas de diagnóstico



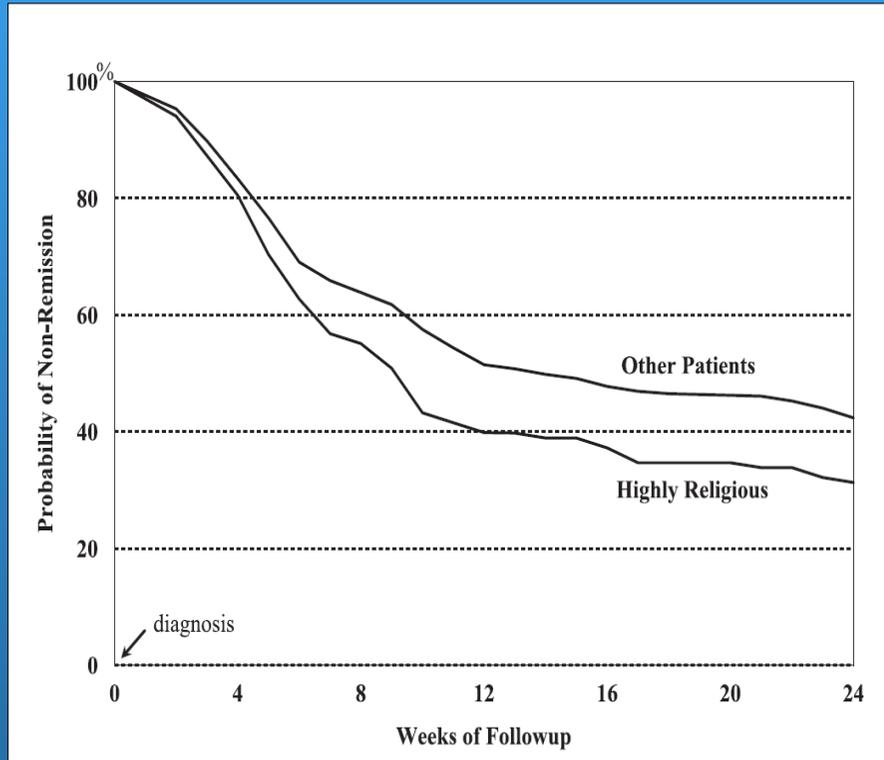
Pacientes con Depresión que reciben tratamiento y consulta con el Psiquiatra

TRATAMIENTO

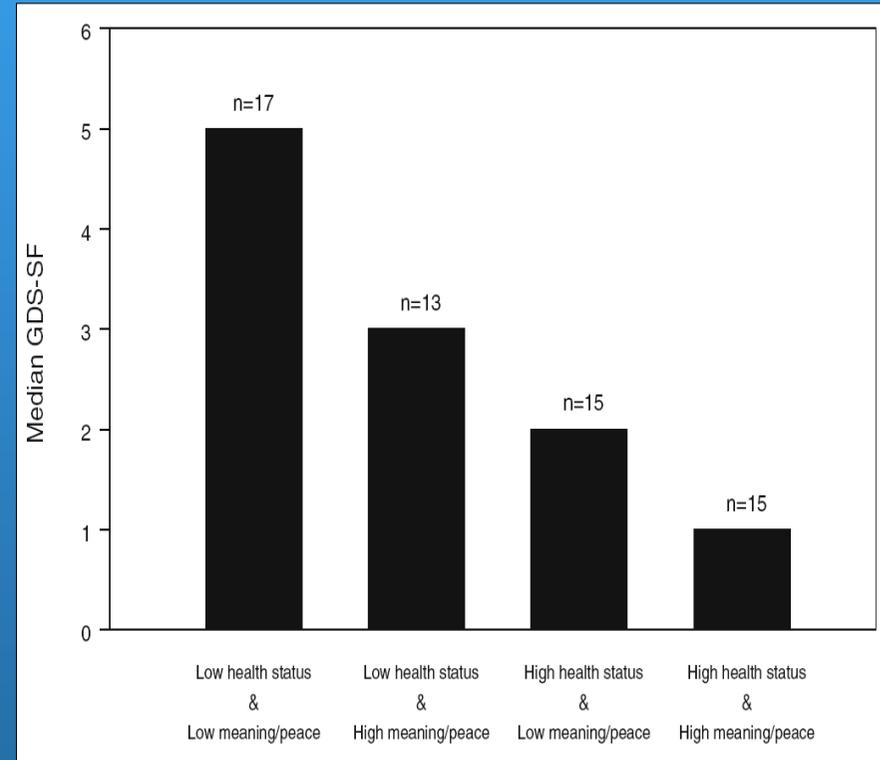
- **Espiritualidad y Meditación**
- **Tratamiento anti-stress**
- **Programas psicoeducativos**
- **Conocimiento de la enfermedad y autocuidados**
- **Ejercicio físico - Rehabilitación**
- **Fármacos**



Influencia positiva de la religiosidad y espiritualidad sobre la Depresión en IC



Curso evolutivo de la Depresión en IC según el nivel de religiosidad



Relación de la espiritualidad / estado de salud sobre los síntomas depresivos

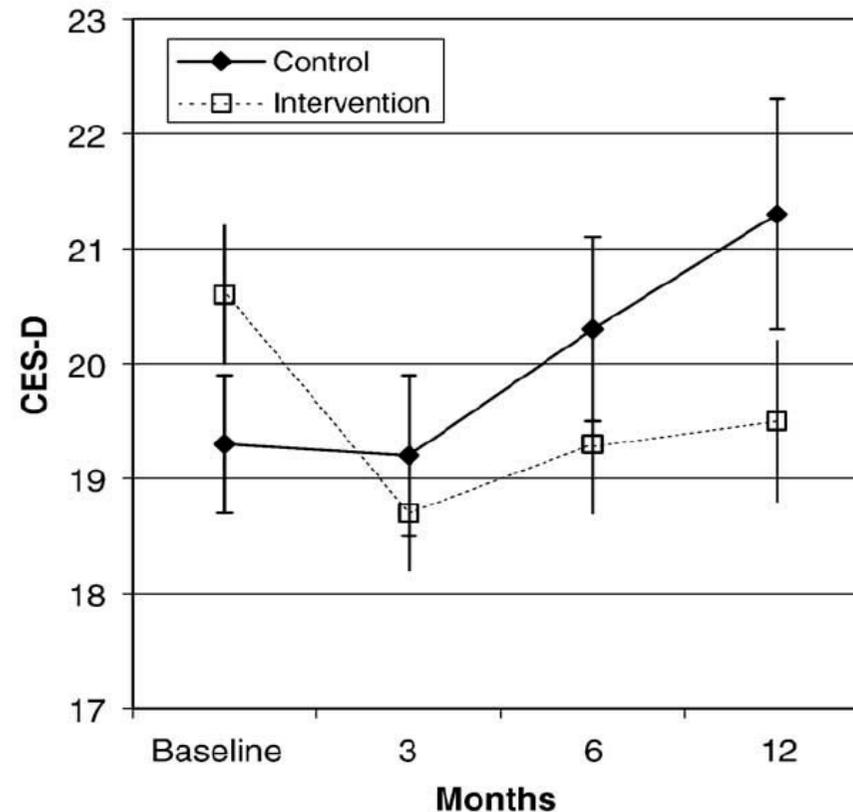


Terapia Psicoeducativa en Depresión e IC

- Estudio prospectivo
- 208 adultos con FE \leq 40%.
- Intervención psico-educativa semanal (8 semanas) vs tratamiento convencional

The Support, Education, and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): A mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure

Martin J. Sullivan, MD,^a Laura Wood, RN, BSN,^b Jennifer Terry, MS, LPC, CRC,^b Jeff Brantley, MD,^b Ann Charles, BFA,^b Vicky McGee, MA,^b Diane Johnson, PhD,^b Mitchell W. Krucoff, MD,^c Beth Rosenberg, MD,^c Hayden B. Bosworth, PhD,^b Kirkwood Adams, MD,^c and Michael S. Cuffe, MD^b *Chapel Hill and Durham, NC*



Fármacos disponibles para tratar la Depresión en IC

Cardiac effects of antidepressants

Categories	Dosage (mg/day, start to maximum)	Overview of cardiac side effects
Tricyclic antidepressants		Relatively contraindicated in acute MI and QT delay or AV block Increased PQ and QRS interval [101], increased QT variability [50] Ventricular arrhythmias, fibrillation, and heart block when overdosed [50] Decrease of all HRV components [41] Tachycardia [50,102] Increase of sudden cardiac death in patients with ischemic heart disease [50] No influence on myocardial contractility [105,107]
• Nortriptyline	30–300	Hypertension, orthostatic hypotension [102,103] Usually well tolerated
Serotonin reuptake inhibitors		No effect on HRV, conduction interval, no hypertension [47,106 107 108] Theoretical risk of enhanced bleeding tendency and haemorrhages [112–114]
• Fluoxetine	20–80	Drug interactions (inhibition of cytochrome P450 isoenzymes) [81]
• Paroxetine	20–50	Minor changes with increased supine systolic BP, decreased HR, increased EF [106] Increased systolic BP [107]
• Sertraline	50–200	Increased QTc interval, severe bradycardia [109] Inhibition of nitrogen oxide (NO) synthetase [111]
• Citalopram	20–60	No influence on HR, standing or supine BP [108] No effect on HRV or left ventricular function [47]

Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors

- Venlafaxin 75–375
- Mirtazapine 15–45

Selective norepinephrine reuptake inhibitors

- Reboxetin 8–12

Norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors

- Bupropion 150–300
- MAO-inhibitors
- Tranlycypromin 10–20

Trazodone 100–600

Hypericum 900

Mood stabilizers

- Lithium
- Carbamazepine 200–1600
- Valproate 500–2100
- Lamotrigine 25–200

Antipsychotics

Usually well tolerated

Dose-dependent increase in BP [115]
 Weight gain, possible leg oedema [81]
 Small increase in BP [116]
 Not recommended

Tachycardias [81]
 No significant effect on HR, EF or cardiac conduction [117]

Significant increase in BP [117]
 Tolerated but limited use
 No ECG changes [81]
 Effects on BP, hypertensive crises with highly tyramine-containing foods [81]
 Increased digoxine, orthostatic hypotension, ventricular arrhythmias, AV blocks [81]

Not recommend for poly-drug treatment
 Pronounced P450 enzyme interactions [81]

Tolerated
 ECG changes (ST elevation, T flattening or inversion) without increase of mortality [81]

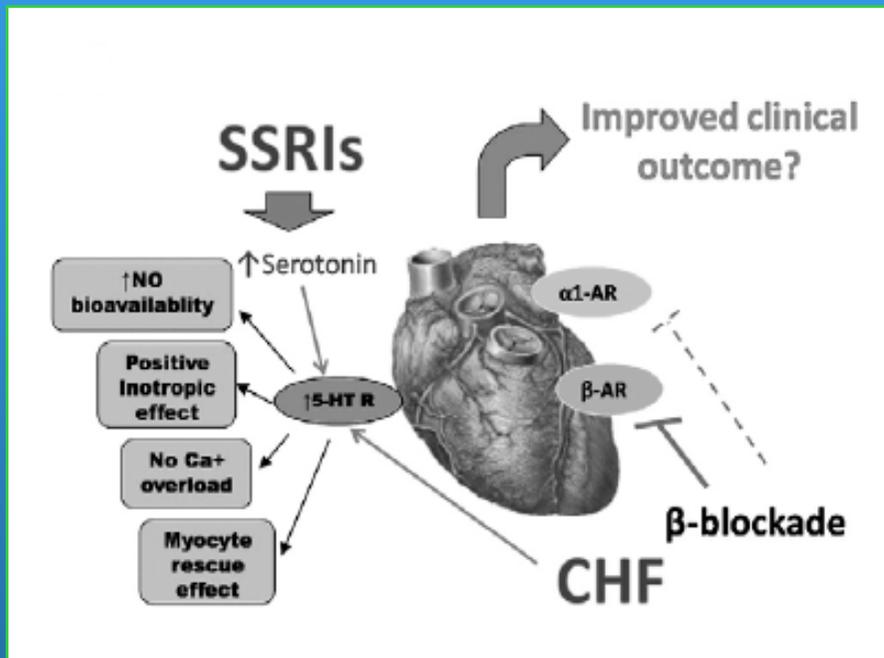
Possible conduction abnormalities like AV-block or aystolia [118]

No cardiac effects reported [81]
 No cardiac effects reported [81]

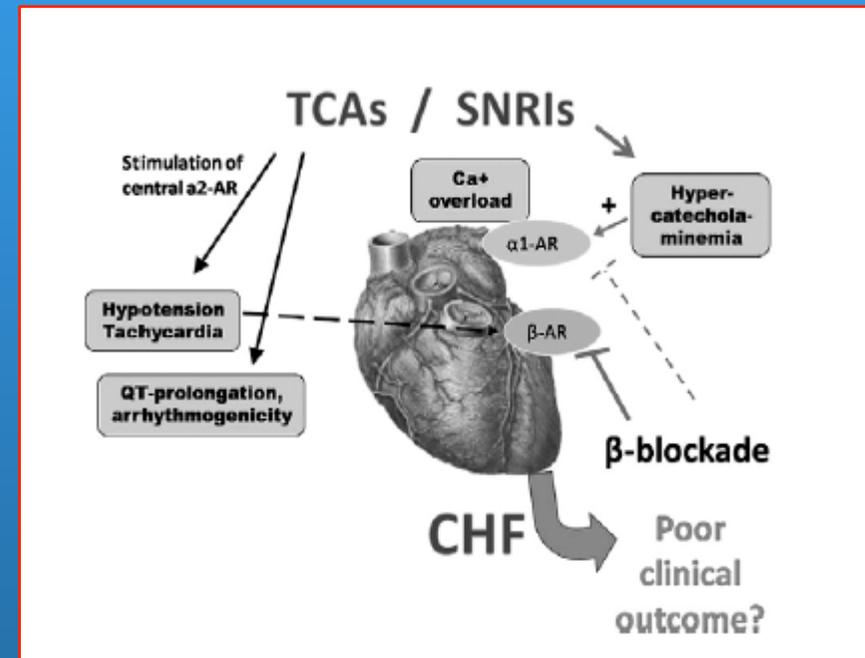
With careful indication only
 Increased QTc interval [81]

Elección de antidepresivos en IC

Mecanismos de acción e interacción con β -bloqueantes



Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (SSRIs)



Tricíclicos (TCAs) e Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (SNRIs)



Estudios con fármacos en Depresión e IC

Estudio y Diseño	Fármaco	Nº Pacientes	Resultado
Estudio abierto Glassman AH. JAMA 1983;250:1997-2001	Imipramina	15	No cambios en FEVI Hipotensión severa
Ensayo cruzado doble ciego Roose SP. J Clin Psychopharmacol 1987;7:247-51	Imipramina Bupropion	10	No cambios en FEVI Bupropion no produce hipotensión
Estudio abierto Cohn JB. Clin Ther 1993;15:114-26	Trimipramina	22	Mejora el score de depresión ↑ Transitorio de intervalo QT
Estudio abierto Lespérance F. Can J Psychiatry 2003;48:695-701	Nefazodona	24	Mejora el score de depresión ↑ intervalo QT (no el QTc)
Estudio abierto de seguridad Roose SP. Am J Psychiatry 1991;148:512-6	Bupropion	36	No efectos adversos graves Abandono en 14% por HTA
Estudio abierto de seguridad Roose SP. Am J Psychiatry 1998;155:660-5	Fluoxetina	27	↓ Frecuencia cardiaca un 6% ↑ FEVI un 7%
E. C. controlado doble ciego Gottlieb SS. Am Heart J 2007;153:868-73	Paroxetina	28	Mejoría significativa de depresión y QoL
Diseño mixto (simple ciego y abierto) Alves TC. Psychosomatics 2007;48:22-30	Citalopram Sertralina	13 5	Mejoría del deterioro cognitivo en pacientes con depresión e IC
E. C. controlado doble ciego Fraguas R. Contemp Clin Trials 2009;30:205-11	Citalopram	37	Cambios en score depresión: No diferencias

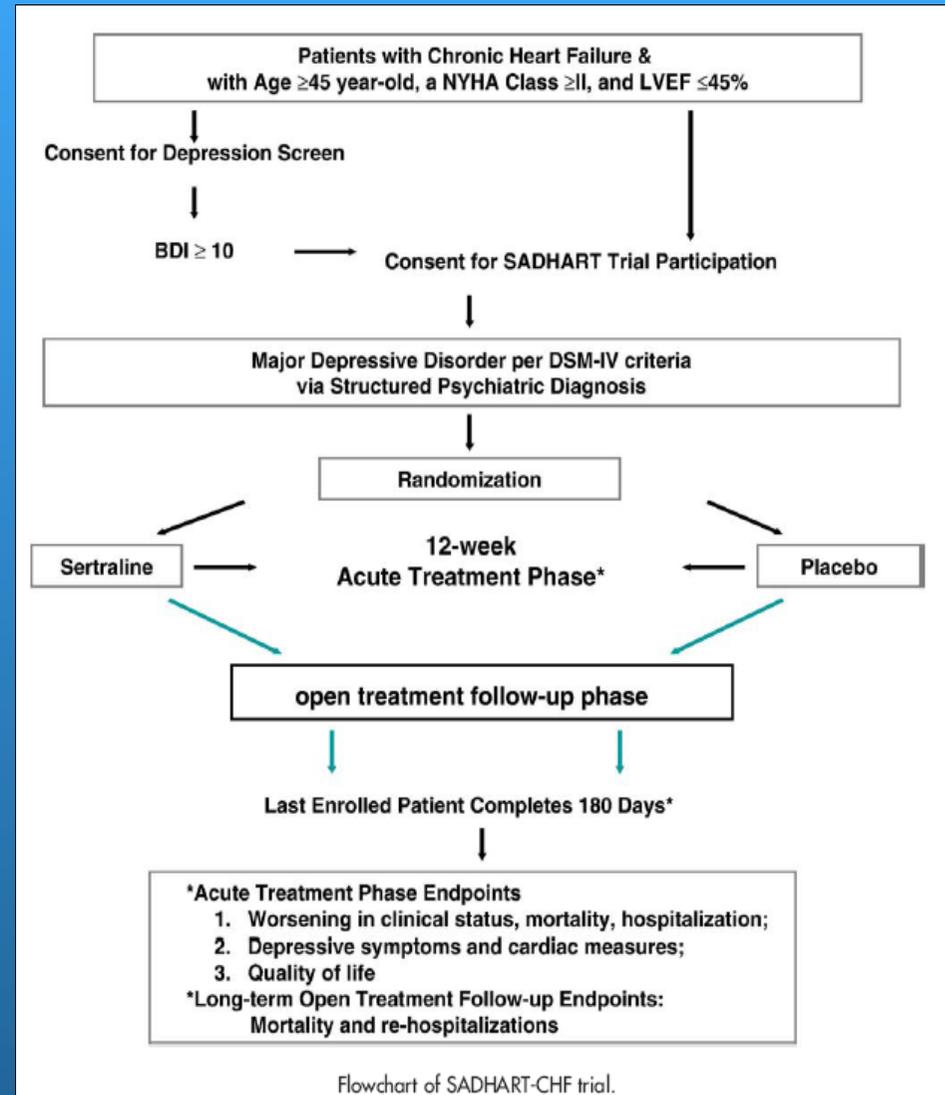
Ensayos clínicos en curso en Depresión e IC

Safety and Efficacy of Sertraline for Depression in Patients with CHF (SADHART-CHF): A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for major depression with congestive heart failure

Wei Jiang, MD,^{a,b} Christopher O'Connor, MD, FACC,^b Susan G. Silva, PhD,^{a,c} Maragatha Kuchibhatla, PhD,^d Michael S. Cuffe, MD, FACC,^b Dwayne D. Callwood, MD,^{b,e,f} Bosh Zakhary, MD,^g Elizabeth Henke, MD,^h Rebekka M. Arias, BS,^c and Ranga Krishnan, MD^a for the SADHART-CHF Investigators *Durham, Chapel Hill, and Burlington, NC; and Danville, VA*



- Pacientes con IC, ≥ 45 años, NYHA II-IV y FEVI $\leq 45\%$, BDI ≥ 10
- Sertralina 200 mgr (N=234) vs Placebo (N=235), 12 semanas + programa enfermero de soporte e intervención (en ambos grupos)
- Resultados a 12 semanas: Mejoría en QoL, estabilidad de síntomas, estado funcional, limitación física y autocuidados en ambos grupos sin diferencias significativas
- Conclusión: A corto plazo, el programa de enfermería es muy útil,... la sertralina no tanto
- El estudio sigue para valorar morbimortalidad



Ensayos clínicos en curso en Depresión e IC



Rationale and design of a randomised, controlled, multicenter trial investigating the effects of selective serotonin re-uptake inhibition on morbidity, mortality and mood in depressed heart failure patients (MOOD-HF) ☆

Christiane E. Angermann ^{a,*}, Götz Gelbrich ^{b,1}, Stefan Störk ^a, Andreas Fallgatter ^c, Jürgen Deckert ^c, Hermann Faller ^d, Georg Ertl ^a
on behalf of the MOOD-HF Investigators

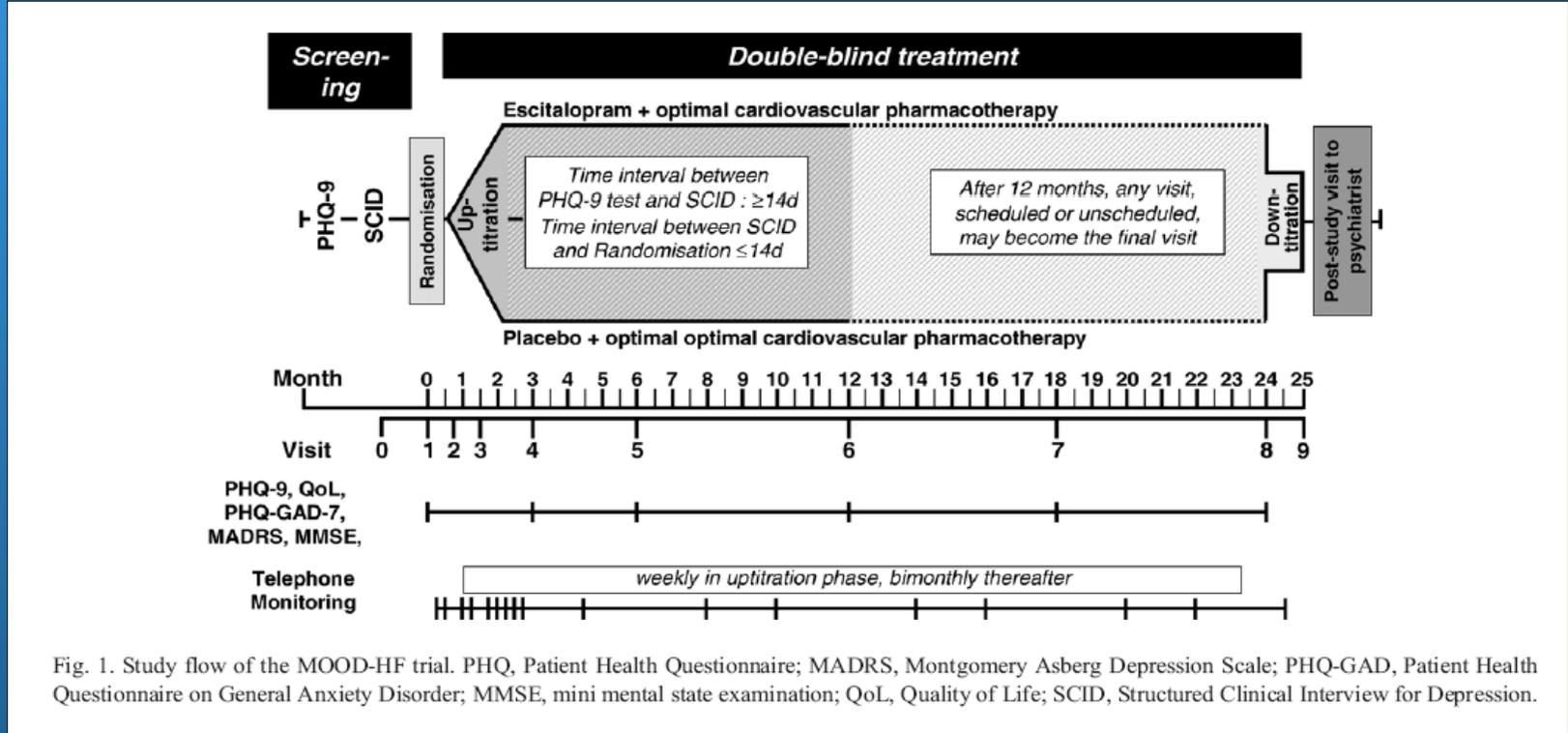


Fig. 1. Study flow of the MOOD-HF trial. PHQ, Patient Health Questionnaire; MADRS, Montgomery Asberg Depression Scale; PHQ-GAD, Patient Health Questionnaire on General Anxiety Disorder; MMSE, mini mental state examination; QoL, Quality of Life; SCID, Structured Clinical Interview for Depression.

TRATAMIENTO

Se debe recomendar:

- Fomento de espiritualidad, meditación y relajación.
- Incluir en Programas Psicoeducativos y de mejora del conocimiento de la enfermedad y autocuidados
- Realizar ejercicio físico y Programas de Rehabilitación

Cuando se prescriban Fármacos:

- Evitar Tricíclicos
- Primera elección: SSRIs (*paroxetina, sertralina o citalopran*)
- También parecen eficaces y seguros algunos SNRIs (duales)
- Mantener los β -bloqueantes

Efectos del Tratamiento de la Depresión en IC



Mejora los
síntomas
depresivos

Mejora
la calidad
de vida



Aumenta la
capacidad
para el
ejercicio

Disminuye el
grado de
dependencia



Mejora funciones
cognitivas y
adherencia a tto.



CONCLUSIONES

- La Depresión presenta una alta prevalencia en la IC
- La Depresión asociada a IC aumenta la morbimortalidad, el consumo de recursos y el gasto sanitario
- Es una comorbilidad infradiagnosticada, por ello se debe hacer screening rutinario para su detección
- Disponemos de diversos métodos diagnósticos. En Medicina Interna aconsejamos utilizar test sencillos (formulario de síntomas), y si es preciso confirmar con consulta a Psiquiatra
- Su tratamiento mejora los síntomas depresivos y la calidad de vida física y mental
- Utilizar terapia psicoeducacional y rehabilitación física
- Como fármacos de primera línea se deben emplear los SSRIs

Gracias por su atención



Albufera en Diciembre