



EDITORIAL

Insuficiencia cardíaca y depresión en personas mayores. Relevancia de la comorbilidad y del tratamiento conjunto



Heart failure and depression in older adults. Relevance of comorbidity and integrated treatment

Francesc Formiga^{a,b,*} y Andrés Losada^c

^a Programa de Geriátría, Servicio medicina Interna, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Systemic Diseases and Ageing Group, Cardiovascular, Respiratory and Systemic Diseases and Cellular Ageing Program, Translational Medicine Area, Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye un importante problema de salud a nivel mundial por su elevada prevalencia, incidencia y morbimortalidad, así como el gran consumo de recursos sanitarios asociado, siendo una patología que afecta especialmente a las personas de mayor edad^{1,2}.

Por su parte, la depresión también es una enfermedad muy común en las personas mayores, siendo el trastorno afectivo más frecuente en este grupo de edad y con el agravante de que, en muchas ocasiones, está infradiagnosticada³. Es importante detectar la depresión a tiempo, ya que su presencia se asocia con un aumento global de la mortalidad y puede producir múltiples consecuencias negativas, especialmente en la calidad de vida, en el paciente y en su familia, y también multiplica las visitas ambulatorias y el gasto sanitario⁴.

Si ambas entidades son frecuentes en las personas mayores, es de esperar que coexistan. Se han descrito prevalencias de entre el 10 al 60%, variando según los métodos de detección de la depresión, el estadio, el momento o el lugar (hospital, domicilio) de la IC en que se evalúa dicha coexistencia^{5–7}.

Las personas de sexo femenino, que nunca se han casado, mayores de 60 años y con baja renta económica tienen mayor riesgo de depresión relacionada con IC⁷. Es importante tener en cuenta que se ha descrito un aumento del riesgo de suicidio en los pacientes con IC y depresión especialmente alto durante los meses siguientes al diagnóstico de la IC⁸. Respecto a la fracción de eyección (FE) se ha establecido que la asociación es más importante en los pacientes con IC con FE preservada en comparación con aquellos con IC con FE reducida⁹.

Una de las primeras reflexiones que deben plantearse, es si esta coexistencia es solo casual o bien causal. Son varias las hipótesis que apoyan la existencia de causalidad y bidireccionalidad, y

que cada una de ellas actúe negativamente sobre la otra¹⁰. Así se han reportado diversos factores que parecen favorecer la asociación. Entre estos, además de factores psicológicos y conductuales como la adherencia a hábitos saludables, también se han señalado mecanismos fisiopatológicos como la activación neurohormonal, mediadores de la inflamación, hipercoagulabilidad o el mecanismo autorregulador del flujo sanguíneo cerebral y la hipoperfusión, con una potencial interacción de estos factores entre sí¹⁰.

Un importante reto en la práctica clínica es el de diagnosticar la posible coexistencia de depresión en los pacientes con IC, ya que, en ocasiones, pueden semejarse los síntomas (cansancio, alteraciones del sueño, pérdida de peso, alteración de la memoria, etc.)⁶. En una interesante revisión sistemática, se reporta que los cuestionarios informados por el paciente son más utilizados que aquellos calificados por médicos, incluido el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria que son algunos de los más usados⁶. Es evidente que la edad avanzada y las comorbilidades añaden dificultad al diagnóstico de la depresión, pero en nuestra opinión, lo básico es pensar en ello y entrevistar al paciente en su búsqueda.

Como parecía lógico, la coexistencia de ambas enfermedades empeora el pronóstico. Los pacientes con IC y depresión tienen peor calidad de vida, más reingresos e incluso mayor mortalidad que las personas con IC sin depresión⁶. Esta última puede favorecer el aislamiento social y la baja adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica⁶.

El tratamiento debe ser el óptimo para ambas patologías, y esto incluye el uso de betabloqueadores, especialmente en la IC con FE reducida, que en ocasiones no se usan, malinterpretando su posible relación con la depresión¹¹, aunque su empleo no queda tan claro en la IC con FE preservada¹². Al mejorar la sintomatología de la IC, optimizando el tratamiento, se mejora la depresión como nos muestra un reciente artículo en el que se trata con sacubitrilo-valsartán¹³.

Respecto a la depresión, el abordaje no es tan uniforme. En la revisión sistemática realizada por Ishak et al.⁶ se señala que las seis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

intervenciones más comunes para el tratamiento son los fármacos antidepresivos, las intervenciones integrales/colaborativas, la psicoterapia, el ejercicio, la educación y otras no farmacológicas. Si bien se han informado mejorías asociadas al uso de antidepresivos, los efectos más significativos han sido señalados para la psicoterapia (tratamientos cognitivo-conductuales)⁶. Además de por su mayor eficacia, esta última tiene ventajas adicionales que incluyen la inexistencia de efectos adversos asociados con la IC, puede individualizarse a las características de cada paciente y proporciona recursos a las personas que reducen el riesgo de recaídas¹⁴. Con respecto al tratamiento farmacológico, tanto la revisión de Ishak et al.⁶ como otras¹⁴ concluyen que los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina son los fármacos de primera elección para pacientes con IC y problemas emocionales como la depresión o la ansiedad^{14,15}. Creemos que una recomendación muy a tener en cuenta sería la de no usar antidepresivos tricíclicos, que no estarían sugeridos por sus potenciales efectos secundarios (arritmias, hipotensión, etc.) tanto para la población de mayor edad en general como, especialmente, para aquellos con IC asociada¹⁵.

En conclusión, destacamos la importancia de que los profesionales que atienden a pacientes mayores con IC deben ser proactivos en detectar la posible coexistencia de depresión y, si se confirma la asociación, tratarla de manera adecuada.

Bibliografía

1. Chivite D, Franco J, Formiga F. Chronic heart failure in the elderly patient. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:237–46.
2. Díez-Villanueva P, Salamanca J, Ariza-Solé A, Formiga F, Martín-Sánchez FJ, Bonanad Lozano C, et al. Impact of frailty and other geriatric syndromes on the clinical management and prognosis of elderly ambulatory patients with heart failure. A prospective and multicentre study. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55:29–33.
3. Taylor WD. Clinical practice Depression in the elderly. *N Engl J Med.* 2014;371:1228–36.
4. Sarró-Malquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depression in the elderly: prevalence and associated factors. *Semergen.* 2013;39:354–60.
5. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25:1209–21.
6. Ishak WW, Edwards G, Herrera N, Lin T, Hren K, Peterson M, et al. Depression in heart failure: a systematic review. *Innov Clin Neurosci.* 2020;17:27–38.
7. Chobuo MD, Khan S, Agbor VN, Rahman E, Foryoung JB, Jolayemi A, et al. 10-Year trend in the prevalence and predictors of depression among patients with heart failure in the USA from 2007-2016. *Int J Cardiol.* 2020;301:123–6.
8. Liu C-H, Wang J-H, Weng S-C, Cheng Y-H, Yeh M-K, Bai M-Y, et al. Is heart failure associated with risk of suicide? *J Card Fail.* 2018;24:795–800.
9. Chandra A, Alcalá MAD, Claggett B, Desai AS, Fang JC, Heitner JF, et al. Associations between depressive symptoms and HFpEF-related outcomes. *JACC Heart Fail.* 2020;8:1009–20.
10. Liguori I, Russo G, Curcio F, Sasso G, Della-Morte D, Gargiulo G, et al. Depression and chronic heart failure in the elderly: an intriguing relationship. *J Geriatr Cardiol.* 2018;15:451–9.
11. Kim C, Duan L, Phan DQ, Lee MS. Frequency of utilization of beta blockers in patients with heart failure and depression and their effect on mortality. *Am J Cardiol.* 2019;124:746–50.
12. Formiga F, Palau P, Nuñez J. Beta-blockers in heart failure with preserved ejection fraction: Prescribe or deprescribe? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55:129–30.
13. Cacciatore F, Amarelli C, Maiello C, Pratlillo M, Tosini P, Mattucci I, et al. Effect of Sacubitril-Valsartan in reducing depression in patients with advanced heart failure. *J Affect Disord.* 2020;272:132–7.
14. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and anxiety in heart failure: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2018;26:175–84.
15. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016;37:2129–200.