



IC-52. - TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO E INSUFICIENCIA CARDIACA. ANÁLISIS POST-HOC DEL ESTUDIO GESAIC

J. Grau Amorós¹, P. Salamanca Bautista², E. Guisado Espartero³, O. Aramburu Bodas⁴, A. Serrado Iglesias¹, J. Torres Martínez¹, F. Formiga⁵, J. Arias Jiménez⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes del registro GESAIC según reciban o no tratamiento antidepresivo (TAD), así como el significado pronóstico del TAD para mortalidad o reingreso en el año posterior a un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

Métodos: Análisis de la cohorte GESAIC, reclutada en 9 servicios de Medicina Interna entre octubre de 2005 y marzo de 2006, de forma consecutiva y con un seguimiento posterior de un año. Los casos incluidos debían cumplir con los criterios de Framingham y recogidos en un formulario diseñado específicamente para el estudio que incluía el TAD al ingreso y al alta del episodio de ICA. Para este estudio seleccionamos los pacientes con TAD al alta y se compararon con el resto. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0 considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Estudiamos un total de 211 pacientes, con una edad media de $77,7 \pm 9,5$ años y predominio de mujeres (59%). De ellos, 27 (12,8%) tenían prescrito TAD al ingreso; en 6 se retiró al alta, en 2 se inició durante su ingreso y en 1 caso no constaba la información al alta conformando el grupo con TAD durante el seguimiento 22 casos (10,4%). Entre las variables clínicas registradas, los pacientes con TAD mostraban diferencias significativas en el índice de Barthel ($67,5 \pm 27,3$ vs $86 \pm 20,1$; $p = 0,005$), antecedentes de ictus (36,45 vs 15,5%; $p = 0,022$) y una mayor prevalencia de anemia (77,3% vs 47,9%; $p = 0,009$) con un valor de Hb al alta sensiblemente inferior ($10,6 \pm 1,9$ vs $12,2 \pm 2$; $p = 0,002$). En el seguimiento al año, ocurrieron 56 fallecimientos (26,7%); 49 (26,1%) en el grupo control y 7 (31,8%) en el grupo TAD. Además, reingresaron 115 pacientes, 103 (54,8%) en el grupo control y 12 (54,5%) en el grupo TAD; fueron por IC, 70 (37,2%) y 8 (36,4%) respectivamente. No encontramos diferencias estadísticas significativas en relación al TAD con respecto a la mortalidad o la morbilidad consideradas por separado o de forma combinada.

Discusión: La tasa TAD encontrada se sitúa levemente por encima de la prevalencia de depresión mayor en la población general pero por debajo de lo esperado inicialmente al confluir en nuestra cohorte varios factores que favorecen la depresión como la propia IC, edad superior a los 65 años y una mayor proporción de mujeres. No realizamos test diagnósticos de depresión y, probablemente la prevalencia está subestimada al limitarnos exclusivamente a los pacientes en que se les mantiene o

inicia TAD al alta de un episodio de IC aguda. Como hallazgo no esperado está la mayor utilización de TAD en los pacientes con anemia, un factor potencialmente corregible

Conclusiones: 1. El 10,4% de los pacientes con ICA reciben TAD. 2. La enfermedad vascular cerebral, un mayor grado de dependencia y la presencia de anemia se asocian con mayor uso de TAD. 3. En nuestra cohorte, el uso de TAD no se asoció con mayor morbimortalidad.