

Resumen de ponencias

XXX

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

VIII Congreso de la Sociedad
de Medicina Interna
de la Comunidad Valenciana

MESA REDONDA:
Insuficiencia cardiaca una enfermedad
prevalente y con morbilidad asociada

El síndrome cardio - renal y su tratamiento

Dr. Miguel Camafort Babkowski

Valencia 18 - 21 Noviembre 2009

**XXX Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
Medicina Interna**

RESUMEN DE PONENCIAS

© De los textos: los autores, 2010



Coordinación editorial:

JARPYO EDITORES, S.A.

Av. de Concha Espina, nº 9, 1º dcha. 28016 Madrid Tel. 91 314 43 38 Fax 91 314 44 99

Plaza Eguilaz nº 8 bis, 3º, 3. 08017 Barcelona Tel. 93 203 04 46 Fax 93 203 02 62

e - mail: editorial@jarpyo.es • www.jarpyo.es

Patrocinado por Laboratorios Menarini

Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos, material fotográfico, dibujos o cuadros contenidos en el presente libro, ya sea por medio mecánico, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Insuficiencia cardiaca, una enfermedad prevalente y con comorbilidad asociada

Moderador:

Dr. Francesc Formiga Pérez

UFISS de Geriatria.

Servicio Medicina Interna.

Hospital Universitario de Bellvitge.

L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.



El síndrome cardio - renal y su tratamiento

Resumen de la ponencia presentada por:

Dr. Miguel Camafort Babkowski

Servicio de Medicina Interna.

Hospital Comarcal Móra d'Ebre.

Tarragona.

El Dr. Camafort comenzó recordando que son conocidas las interacciones corazón - riñón. Existe, por una parte, una regulación de volumen y de la presión arterial a través de la homeostasis de Na^+ y agua; por otra parte, el riñón regula el balance de electrolitos y ácido básico, tiene además una función hormonal (eritropoyesis - tono vascular) y de depuración de productos del catabolismo, por su parte, el corazón regula la presión de perfusión y el flujo periférico, su actividad eléctrica depende de los electrolitos y del equilibrio ácido - base, y la contractilidad depende del O_2 , del volumen circulante y de la homeostasis hidroelectrolítica, tiene además una función hormonal (ANP - BNP).

Por ello entre un 39 - 49% de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) leve/moderada tienen enfermedad cardiovascular (ECV). Los pacientes con ECV "supervivientes" presentan un daño progresivo en corazón y riñón. La pro-

gresión de la ERC implica una mayor prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC). Se ha visto además que existe un empeoramiento de la función renal en pacientes hospitalizados por IC. La insuficiencia cardiaca se complica frecuentemente con insuficiencia renal, el aumento de creatinina ocurre inmediatamente después del ingreso; existe un empeoramiento de la FR en > 70% pacientes ingresados por IC. El tratamiento de los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca está limitado frecuentemente por un empeoramiento de la insuficiencia renal, resistencia a diuréticos, etc. La enfermedad renal es un factor de riesgo independiente de morbilidad y mortalidad CV; esto sucede independientemente de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo. Además, datos del GISSI - HF nos indican que esto sucede ya en fases precoces de la enfermedad renal, como la microalbuminuria.

¿Que define el síndrome cardio - renal?

Existe una ausencia de consenso en la definición, ya que es una situación caracterizada por el inicio y/o progresión de una insuficiencia renal secundaria a IC. Se usa también para describir los efectos deletéreos directos e indirectos de una función renal alterada en el corazón y el aparato circulatorio, y viceversa, que se inician y perpetúan en una alteración combinada de los dos órganos a través de una compleja combinación de mecanismos de retroalimentación neurohormonales. También se refiere a pacientes con IC que no toleran IECAs/ARA por razones distintas de la tos o angioedema, resistencia diurética.

Básicamente hay que tener en cuenta que el síndrome cardio - renal proviene de alteraciones fisiopatológicas interrelacionadas. Por todo ello es evidente que necesitamos una nueva clasificación del síndrome cardio - renal, que tenga en cuenta: la base fisiopatológica, el marco temporal y la naturaleza de la lesión concomitante (cardíaca y renal).

La definición más aceptada es la de Ronco (1) que lo define como un trastorno fisiopatológico del corazón y de los riñones por el cual la disfunción aguda o crónica, de un órgano, puede inducir a la disfunción aguda o crónica del otro. Los biomarcadores pueden contribuir a un diagnóstico precoz de SCR y a una intervención terapéutica oportuna. El uso de esta clasificación puede ayudar a: caracterizar a los grupos de pacientes, proporcionar el fundamento para las estrategias de tratamiento específicas, permitiendo el diseño de futuros ensayos clínicos.

¿Que tipos de SCR conocemos?

SCR Tipo I (síndrome cardio - renal agudo)

Empeoramiento rápidamente progresivo de la función cardiaca (p. ej.: Shock cardiogénico agudo o ICC agudamente descompensada) que provoca una daño agudo renal.

SCR Tipo II (síndrome cardio - renal crónico)

Anomalías crónicas en la función cardiaca (p. ej.: IC crónica y congestiva) que provoca una enfermedad renal crónica progresiva y potencialmente permanente.

SCR Tipo III (síndrome reno - cardiaco agudo)

Empeoramiento rápidamente progresivo de la función renal (p. ej.: isquemia renal aguda o glomerulonefritis) que provocan alteraciones cardiacas agudas (p. ej.: insuficiencia cardíaca, arritmia, isquemia miocárdica).

SCR Tipo IV (síndrome reno - cardiaco crónico)

Enfermedad renal crónica (p. ej.: enfermedad glomerular o intersticial crónica) que contribuyen a una función miocárdica deprimida, hipertrofia miocárdica y/o aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

SCR Tipo V (síndrome cardio - renal secundario)

Enfermedades sistémicas (p. ej.: diabetes mellitus, sepsis) que provocan disfunción cardiaca y renal.

Es muy importante el diagnóstico precoz de una insuficiencia renal aguda (IRA); en desarrollo puede ayudar a cambios precoces en el manejo e iniciar precozmente el tratamiento, suspendiendo precozmente maniobras agresivas. El NGAL se ha revelado como un marcador prometedora en este sentido.

¿Como tratamos el síndrome cardio - renal?

Diuréticos: Añadir una tiazida puede tener efecto sinérgico con el diurético de asa, un antagonista de la aldosterona puede añadir su efecto sinérgico al efecto propio como bloqueante neurohormonal, la perfusión continua de diuréticos

también se ha utilizado, pero no hay suficiente evidencia en ninguna de estas opciones.

Inotrópicos: Pueden mantener la función renal y aumentar la diuresis, mejorando hemodinámicamente. Con dopamina se ha observado mejoría hemodinámica. Otras opciones son levosimendan, milrinona y dobutamina. No hay suficiente evidencia, no hay estudios en cuanto a objetivos de pronóstico.

Nesiritide: Hay resultados contradictorios y no parece haber una clara mejoría a dosis habituales, parece que a dosis mínimas, no hipotensoras, podría haber cierta mejoría de la función renal. No hay suficiente evidencia en este momento.

Antagonistas de la vasopresina: Son acuareéticos, disminuyen el volumen circulante y mejoran la hiponatremia. Los datos de los que disponemos con tolvaptan (ACTIV, EVEREST) muestran que, aunque no existe una mejoría en la mortalidad,

es un tratamiento efectivo, seguro y sin empeoramiento de la función renal. Aunque no tenemos aún evidencia, los resultados son prometedores.

Antagonistas del receptor de la adenosina A₁: Disminuyen la vasoconstricción de la arteriola aferente y la reabsorción de Na⁺ en el túbulo proximal. Los datos de los que disponemos con Rolofilina son prometedores, pero habrá que esperar a estudios en marcha, aún no hay suficiente peso de evidencia.

Ultrafiltración: Sí ha demostrado resultados prometedores.

En resumen, concluyó el Dr. Camafort, debe conocerse bien esta entidad, hacer un diagnóstico precoz, y no hay en este momento claras alternativas terapéuticas.



Depresión en insuficiencia cardíaca: frecuente, infradiagnosticada y poco tratada

Resumen de la ponencia presentada por:
Dr. Óscar Aramburu Bodas
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla.

El Dr. Aramburu comenzó su intervención recordando que la depresión es una patología muy frecuente en enfermedades crónicas. Así, la prevalencia de depresión observada en diferentes patologías es: en la diabetes un 25%, en la hipertensión un 28%, en pacientes obesos un 25%, en pacientes asmáticos un 45%, en la EPOC 47%, en la insuficiencia renal 40%, en pacientes oncológicos un 55%, en pacientes con artritis reumatoide un 33%, en cardiopatía isquémica 37%, y en el accidente vascular cerebral un 28%. La depresión es, por tanto, una comorbilidad frecuente, ya en la población general se calcula que la prevalencia de síntomas depresivos es de un 12% a un 20%, y la de la depresión mayor de un 5% a un 9%, en mujeres, y de un 2% a un 3% en hombres. En la enfermedad cardiovascular la prevalencia de síntomas depresivos es de un 15% a un 25%, y la de la depresión mayor de un 30% a un 45%, por otra parte en la insuficiencia cardíaca la prevalencia de síntomas depresivos es de un 14% a un 26%, y la de la depresión mayor de un 24% a un 85%. La preva-

lencia pues, de cualquier manifestación depresiva, en la insuficiencia cardíaca varía de un 14% al 85%.

¿A qué se debe esta variación en la prevalencia de los síntomas depresivos en la insuficiencia cardíaca?

El Dr. Aramburu comentó que ello se debe a los diferentes criterios utilizados para definir la depresión que hace que se incluyan diferentes tipos de ésta patología, diversos criterios de selección y distintas poblaciones, diferentes métodos y tests diagnósticos y diferentes diseños de los estudios.

De los diferentes estudios epidemiológicos se ha observado una mayor prevalencia en la mujer (una vez y media más), una mayor prevalencia en edades más jóvenes, sobre todo en menores de 60 años (1,4 veces más), así como en pacientes de raza caucásica (1,6 veces) y en hospitalizados, observándose en este grupo el doble de prevalencia.

Sin embargo, a pesar de esta variabilidad la depresión, en insuficiencia cardiaca, está infradiagnosticada.

¿A qué se debe éste fenómeno?

La depresión en la insuficiencia cardiaca tiene múltiples causas: por un lado puede reflejar, únicamente, stress psicológico ante la enfermedad, además puede, también, ser causada por la propia enfermedad, o bien estar asociada al uso de algunos fármacos, o finalmente puede tratarse de dos procesos que coexisten. Además de ello, y aunque los criterios diagnósticos de depresión están claros (Tabla 1), para el clínico es más subjetivo el diagnóstico de un trastorno psicológico que el de otras comorbilidades de la IC, como son la diabetes, la anemia, la fibrilación auricular, la EPOC, la insuficiencia renal, etc.

Además se pueden confundir algunos síntomas de IC y depresión; por una parte, hay síntomas poco específicos; por otro lado, en ocasiones, encontramos "dificultades" para aplicar los tests diagnósticos. Existe además una escasa divulgación de la relación de los factores psicosociales y el pronóstico, hay una preparación insuficiente de los clínicos

en el diagnóstico de los problemas psíquicos, y una falta de motivación y de curiosidad, por parte de éstos, hacia los problemas mentales.

Por todos estos motivos los datos de los que disponemos, obtenidos de los informes de altas de los Servicios de Medicina Interna de Andalucía, nos confirman que la depresión está infradiagnosticada también en nuestro medio.

Si buscamos aquellos pacientes hospitalizados con diagnóstico, en el informe de alta, de insuficiencia cardiaca y de depresión, vemos que en los diferentes hospitales andaluces varía entre un 0% a un 11% sobre el total de ingresos por insuficiencia cardiaca (Fuente: CMBDH de diferentes hospitales andaluces).

Clasificación

¿Existe alguna interacción entre la IC y la depresión?

Parece ser que así es, ya que se ha visto que la depresión duplica el riesgo de padecer insufi-

Tabla 1 : Criterios diagnósticos de Depresión Mayor (DSM - IV)

Deben observarse cinco o más de los siguientes síntomas, presentes durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa, y provocan 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.

ciencia cardiaca y la IC triplica el riesgo de padecer una depresión, en ello influyen diferentes factores, como una predisposición genética y de personalidad, el ambiente socio - familiar, la cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, la influencia de los factores de la enfermedad cardiovascular, como son la enfermedad cerebrovascular asociada, con un menor esfuerzo terapéutico y de cuidados, una peor adherencia al tratamiento, una hiperactividad hipotálamo - adrenal, una disregulación del Sistema Nervioso Autónomo, un aumento de agregación plaquetaria y de la respuesta inflamatoria. Ello se ha propuesto como un modelo fisiopatológico de depresión e IC.

¿Cómo debe realizarse el diagnóstico de la depresión en el paciente con IC?

Debe realizarse a través de cuestionarios y de entrevistas estructuradas. Además, los datos del test de ejercicio cardiopulmonar, del test de deambulación de los 6 minutos, del estado funcional y de la calidad de vida nos indican que el paciente con IC y depresión tienen peor pronóstico. Por ello la coexistencia de depresión e IC implica que se multiplique por dos el riesgo de urgencia, hospitalización y de muerte.

¿Cuáles son las consecuencias de la depresión en la IC?

Que el paciente presente mas síntomas, con una peor calidad de vida, un mayor uso de los servicios y un aumento de los costes sanitarios, con menos procedimientos en los ingresos pero mayor estancia hospitalaria, y más reingresos, y finalmente mayor mortalidad.

Las guías no suelen incluir recomendaciones sobre tratamiento de la depresión en paciente con IC; por ello, ¿cuáles son las medidas más adecuadas para el tratamiento? son, básicamente, la espiritualidad y meditación, los tratamientos anti - stress, los programas psicoeducativos, el ejercicio físico y la rehabilitación. En cuanto a fármacos, se debe recomendar: evitar tricíclicos, de primera elección serían los SSRIs (paroxetina, sertralinao, citalopram) y también parecen eficaces y seguros algunos SNRIs (duales), deben mantenerse los β - bloqueantes.

El tratamiento mejora los síntomas depresivos, aumenta la capacidad para el ejercicio, mejora la calidad de vida, mejora las funciones cognitivas y la adherencia al tratamiento, y disminuye el grado de dependencia.

Estos síntomas no son atribuibles al uso de fármacos o a una condición médica general.



Enseñanzas de la comorbilidad en insuficiencia cardiaca desde el estudio RICA

Resumen de la ponencia presentada por:

Dr. Manuel Montero Pérez - Baquero

Servicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario Reina Sofía.

Córdoba.

El Dr. Montero comenzó su intervención recordando que el índice de comorbilidad de Charlson es una de las escalas más ampliamente utilizadas y se ha validado para predecir la mortalidad al cabo de 12 meses. Un estudio en nuestro país ha demostrado su utilidad pronóstica para predecir la mortalidad y el reingreso a los 30 y 365 días del alta hospitalaria.

Dado que los registros continuos de pacientes son útiles para conocer las modificaciones en el tiempo de las características de estos pacientes, se planteó el registro RICA con la finalidad de conocer las características clínicas y evolutivas de los pacientes con IC, determinar los factores predictores pronósticos durante el ingreso y evaluar los indicadores de calidad asistencial, incorporando recomendaciones posteriores para la mejora de la práctica clínica. Para ello se seleccionó una población diana, que fueron los enfermos con insuficiencia cardiaca que ingresan en el hospital. Seleccionando aquellos que cumplían como criterio de inclusión la presencia de IC según la defini-

ción de la Sociedad Europea de Cardiología. Se obtuvo un consentimiento informado autorizando la inclusión de datos en el registro informático, y se definieron como criterio de exclusión la IC secundaria a hipertensión pulmonar, y la negativa a participar en el estudio. RICA es, por tanto, un registro multicéntrico de cohortes, con inclusión en el momento del ingreso del paciente y con información de la evolución a los 30, 90, 365 días y, posteriormente, cada año. El ámbito de estudio fueron 52 hospitales del ámbito nacional, y entre el 9 de marzo de 2008 y el 28 de septiembre de 2009, se recogieron datos de 581 pacientes. Los datos basales nos muestran que la edad media en años fue de 77,5, los días de estancia media de 11,1, la media del índice de Barthel 83,6, el IMC medio de 28,8, la PA sistólica media de 140,5, y la frecuencia cardiaca media de 89,9, con una hemoglobina media de 12,2, y un sodio de 138,8, y un aclaramiento de creatinina (según fórmula de Cockcroft Gault) de 53,2, y finalmente una FEVI de 50,2%.

Las conclusiones del seguimiento de esos 581 pacientes fueron que son factores independientes del pronóstico:

- a) Grado de insuficiencia renal.
- b) Sexo masculino.
- c) Mayor estancia media.
- d) Toma de antidepresivos.

e) Peor clase funcional de la NYHA.

El Dr. Montero agradeció el apoyo de los miembros del registro RICA y de Laboratorios Menarini, quien apoya este registro.

Referencias:

1. Ronco C, et al. *J Am Coll Cardiol* 2008;52: 1527–39.