

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON EPOC, CALCULADA MEDIANTE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

M.V. González Gutiérrez¹, J. Guerrero Velázquez², J.A. Sánchez Martínez³, F. Casas Maldonado⁴, F. González Vargas².

¹Servicio de Neumología, Hospital de Mataró, Barcelona. ²Servicio de Psiquiatría, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Ana de Motril, Granada. ⁴Servicio de Neumología, Hospital San Cecilio, Granada.

Proyecto de Investigación financiado por Fundación Neumosur 0/0000.

Resumen

Introducción: la asociación de la EPOC a ansiedad o a depresión constituye una dimensión importante de la enfermedad, pero sin embargo, a menudo, estas comorbilidades no son diagnosticadas. Los estudios disponibles sobre prevalencia de ansiedad y depresión, con frecuencia, disponen de tamaños de muestra pequeños y carecen de un diagnóstico de certeza mediante entrevista psiquiátrica estructurada.

Objetivo: el objetivo principal del estudio es calcular la frecuencia de asociación entre ansiedad o depresión y EPOC y determinar el grado de infradiagnóstico en nuestra muestra. Del mismo modo, se analizarán qué factores clínicos, funcionales y sociodemográficos distinguen a los pacientes EPOC con ansiedad o depresión del resto de la muestra, para identificar posibles factores de riesgo para estas comorbilidades, a tener en cuenta tanto en la práctica clínica como en sucesivos estudios.

Pacientes y método: se han estudiado 204 pacientes ambulatorios con EPOC estable, a los que se realizó un cribado de síntomas de ansiedad o depresión, mediante el cuestionario autoadministrable "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) y una confirmación posterior, mediante diagnóstico psiquiátrico. El diagnóstico final de ansiedad o depresión se ajustó a los criterios de la clasificación ICD 10.

Resultados: se confirmó la presencia de comorbilidad psiquiátrica (ansiedad o depresión) en un 36% de los pacientes. Al inicio del estudio, sólo un 8% de los incluidos había sido diagnosticado de ansiedad o depresión. Se constató un alto grado de acuerdo entre el HADS positivo y el diagnóstico psiquiátrico. La prevalencia de ansiedad o depresión asociadas a la EPOC se sitúa entre el 32 - 45%, con una confianza del 95%.

Conclusiones: el uso del cuestionario autoadministrado HADS en la práctica clínica habitual puede corregir el alto infradiagnóstico de la ansiedad y la depresión en los pacientes EPOC.

Palabras clave: EPOC, ansiedad, depresión, Hospital anxiety and depression scale, HADS, ICD 10.

PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN COPD PATIENTS, DIAGNOSED WITH PSYCHIATRIC CONFIRMATION

Abstract

Introduction: the association between COPD and anxiety or depression is an important dimension of the disease but frequently those comorbidities are undiagnosed. The available studies about anxiety and depression prevalence usually achieve small numbers of patients and lack of a certain diagnosis based on a structured psychiatric schedule.

Objective: the primary objective of the study is to estimate the frequency of the association between anxiety or depression and COPD and to determine the underdiagnosis level in our sample. The clinical, functional and social and demographics factors that characterize the COPD patients with anxiety or depression to identify possible risk factors for these comorbidities that should be considered both in clinical practice and future studies.

Patients and method: 204 out-patients with stable COPD were screened for anxiety and depression with the self-administered "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) and if positive, a psychiatric interview was made to confirm the diagnosis. The anxiety or depression final diagnosis was made according the ICD 10 criteria.

Results: the presence of psychiatric comorbidity (anxiety or depression) was confirmed in a 36% of the patients. At the beginning of the study only an 8% of the patients included were already diagnosed with anxiety or depression. The prevalence of anxiety or depression associated with COPD lies between 32-45% with a 95% confidence.

Conclusions: using the self-administered HADS in the clinical practice may correct the high underdiagnosis of anxiety and depression in COPD patients.

Key words: COPD, anxiety, depression, Hospital anxiety and depression scale, HADS, ICD 10.

Recibido: 16 de diciembre de 2013. Aceptado: 7 de octubre de 2014.

M.V. González Gutiérrez
mvglezgut@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las más recientes guías de práctica clínica en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reconocen que los pacientes con EPOC frecuentemente presentan depresión o ansiedad como comorbilidades y que ambas impactan negativamente sobre la evolución de la enfermedad, el control de los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud^{1,2}.

La presencia de ansiedad o depresión en los pacientes con EPOC se asocia de forma significativa con una mayor mortalidad, mayor duración de las hospitalizaciones y peor automanejo de la enfermedad^{3,6}.

Además, las comorbilidades psicosociales alteran la capacidad física de los enfermos con EPOC al aumentar la percepción de sus síntomas, fundamentalmente de la disnea, que es el principal limitante de sus actividades^{7,8}.

Por último, los trastornos de la esfera emocional determinan, junto con las limitaciones físicas, el estado de salud percibido por los pacientes⁹. La ansiedad y la depresión asociadas a la EPOC, condicionan un deterioro mayor en la calidad de vida relacionada con la salud que el que se produce sólo por la propia EPOC^{2,10-12}.

En conclusión, la asociación de la EPOC a ansiedad o a depresión constituye una dimensión importante de la enfermedad, pero sin embargo, a menudo estas comorbilidades no son diagnosticadas. Las versiones más actualizadas de las guías de manejo de la EPOC ya recomiendan una valoración específica sobre el estado psicosocial de estos pacientes^{1,2,13}.

Establecer con precisión qué porcentaje de pacientes con EPOC presentan ansiedad o depresión resulta complejo. Los estudios realizados hasta ahora arrojan resultados muy variables entre sí. Esto se debe a que escogen grupos de pacientes en diferentes rangos de edad, con distintos grados de enfermedad y a que se utilizan diferentes criterios diagnósticos, siendo, en algunos casos, entrevistas estructuradas y en muchos otros cuestionarios autoadministrables diferentes o con distintos puntos de corte para considerar el diagnóstico de ansiedad o depresión. Otra deficiencia importante es la escasez de estudios con tamaños de muestra adecuados.

En concreto, la bibliografía disponible sitúa la prevalencia de depresión en la EPOC entre el 20% y el 60%¹⁴, lo que, a pesar de la dispersión, sugiere en cualquier caso que la asociación entre EPOC y depresión es muy frecuente. Si nos fijamos en los escasos estudios recientes que han utilizado una entrevista psiquiátrica estructurada aplicando unos criterios diagnósticos establecidos para estas enferme-

dades (ICD 10, DSM III, DSM IV...), encontramos más homogeneidad en los resultados, estimándose la prevalencia de depresión clínicamente significativa en EPOC entre el 16,7% - 33%¹⁵⁻¹⁷. Se dispone aún de menos datos sobre la prevalencia de los trastornos ansiosos en la EPOC, si bien la escasa bibliografía disponible sugiere que esta asociación también ocurre con una frecuencia alta¹⁸. Un estudio estimó la prevalencia de ansiedad en EPOC entre un 10 - 16%, utilizando procedimientos de diagnóstico estándar¹⁸. Recientemente, se publicaron los resultados sobre prevalencia de depresión y sus determinantes en una gran cohorte internacional de pacientes EPOC (2.180 sujetos), sin embargo, este estudio no valoró la presencia de ansiedad y consideró como casos de depresión los detectados mediante un cuestionario no específico para pacientes con síntomas somáticos equívocos, sin disponer de confirmación psiquiátrica¹⁹.

Por tanto, son necesarios estudios mejor diseñados para poder calcular de forma más rigurosa la prevalencia de la ansiedad y la depresión como comorbilidades de la EPOC²⁰. Hasta donde conocemos, no hay datos publicados sobre cohortes de pacientes españoles y por tanto no contamos con estimaciones en nuestro país.

Nuestro estudio pretende calcular la prevalencia de depresión o ansiedad en un grupo de pacientes con EPOC en seguimiento ambulatorio en consultas externas de neumología, mediante cribado con un cuestionario autoadministrable simple y adecuado para detectar estas comorbilidades en pacientes con enfermedades somáticas y la posterior confirmación del diagnóstico por un especialista en psiquiatría.

MÉTODOS

Selección de la muestra

Se seleccionaron pacientes con EPOC en fase de estabilidad clínica entre los atendidos en una consulta ambulatoria de neumología de un hospital de tercer nivel. La inclusión de pacientes se realizó de forma consecutiva, para procurar que la muestra pueda considerarse aleatoria y, por tanto, representativa de la población sometida a estudio.

Criterios de inclusión:

- FEV₁/FVC < 0,7 tras broncodilatación.
- Antecedente de tabaquismo, con un índice paquetes/año mayor o igual a 20, u otra exposición reconocida como capaz de desarrollar EPOC (biocombustibles, exposición laboral a irritantes inespecíficos u otros).

- c) Estabilidad clínica durante los últimos 3 meses, entendida por no haber precisado en ese tiempo ningún cambio en su tratamiento neumológico habitual.

Criterios de exclusión:

- Presentar una descompensación de alguna comorbilidad conocida en el momento de la realización de las encuestas o la entrevista psiquiátrica, o bien padecer una comorbilidad en grado avanzado.
- Diagnóstico de asma, u otra enfermedad obstructiva distinta de la EPOC.
- Presentar una limitación física que impida al sujeto llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.
- No prestar consentimiento informado.
- No ser capaz de cumplimentar adecuadamente las encuestas administradas.

Valoración de ansiedad o depresión

Se seleccionaron los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión mediante el cuestionario autoadministrable "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS)²¹, elaborado para aplicarse en pacientes con enfermedades médicas cuyos síntomas somáticos puedan simular algún síntoma emocional y validado tanto en pacientes con enfermedades crónicas como en la población general²², así como en pacientes con EPOC^{3,6}. Es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer), evitando cuestiones sobre la pérdida de energía. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en un rango 0 – 3. El marco temporal debe referirse a la semana previa.

Posteriormente, los casos que presentaron una puntuación igual o superior a 8 para alguna de las subescalas de ansiedad - depresión o una puntuación total igual o superior a 12, fueron valorados por un psiquiatra mediante entrevista estructurada, para confirmar el diagnóstico según los criterios ICD-10²³. Durante la entrevista psiquiátrica, se confirmó o descartó el diagnóstico inicial y se comprobó que el paciente no hubiese sufrido agudizaciones de su EPOC u otra comorbilidad.

Aquellos pacientes con puntuación positiva en el test HADS, que dispusiesen de un diagnóstico previo de ansiedad o depresión por un facultativo, no se sometieron a entrevista psiquiátrica, dándose por válido dicho diagnóstico.

Valoración funcional respiratoria

Los datos funcionales FVC, FEV₁ y FEV₁/FVC se obtuvieron a partir de espirometrías realizadas no más de 3 meses antes de la fecha de entrada en el estudio. Los valores espirométricos considerados son los obtenidos tras broncodilatación con 4 inhalaciones de salbutamol 100 microgramos, tal como recomienda la guía GOLD para el diagnóstico de EPOC². Los datos antropométricos necesarios para la espirometría se obtuvieron en el mismo momento de realizarla. Se llevó a cabo también un test de marcha de 6 minutos (T6MM) a todos los pacientes al entrar en el estudio. Todas estas técnicas las llevaron a cabo personal entrenado en las mismas, según los protocolos de SEPAR²⁴.

La disnea basal se midió mediante la escala del *Medical Research Council* (MRC).

Otras medidas

Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron a partir de la entrevista médica y la historia clínica del paciente, prestándose especial atención a concretar si estaba diagnosticado de ansiedad o depresión activas en el momento de entrar en el estudio y si dichos diagnósticos eran confiables.

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de las principales variables. Para las cualitativas, se han obtenido las frecuencias absolutas y relativas, y para las cuantitativas, la media y desviación típica o mediana y cuartiles, según normalidad de los datos. Para comprobar qué variables están asociadas con la ansiedad y la depresión, se han realizado contrastes de hipótesis. Para las variables cualitativas, se ha empleado el test de la chi-cuadrado o Fisher, según corresponda. Se aplicó el coeficiente Kappa de Cohen para comprobar la concordancia entre los resultados del cuestionario HADS y el diagnóstico del psiquiatra.

Para todos los contrastes, se considerará un nivel de significación de 0,05. El análisis se realizará con el software IBM SPSS Statistics 19.

RESULTADOS

Características generales de los participantes

Se incluyeron un total de 204 pacientes entre ju-

nio de 2010 y noviembre de 2011, con edades comprendidas entre los 34 y los 86 años (media 66), de los cuales el 90,2% fueron hombres. El FEV₁ promedio fue del 54% (17% - 101%), el IMC del 27,64 (14,88 - 40) y la media de consumo tabáquico fue de 56 paquetes/año, siendo fumadores activos el 26% de los pacientes incluidos. El 32,8% de los pacientes no habían sufrido ninguna exacerbación de su EPOC durante los 12 meses previos y el 41,2% había sufrido 2 o más agudizaciones, hasta un máximo de 5 en el caso de dos pacientes. La distancia media recorrida en T6MM fue de 462m (152m - 720m). Los pacientes presentaron un índice de BODE entre 1 y 7. Respecto al tipo de EPOC de la GOLD, 50 pacientes (24,5%) son tipo A, 24 (11,8%) tipo B, 39 (19,1%) tipo C y 91 (44,6%) tipo D. Estas características se resumen en las tablas 1 y 2.

Diagnóstico de ansiedad y depresión

En el cribado de ansiedad o depresión mediante las subescalas del HADS, hemos considerado como positiva una puntuación igual o mayor de ocho en cualquiera de ellas, para conseguir una alta sensibilidad. Por este mismo motivo, nuestro punto de corte para los casos sospechosos de padecer ansiedad o depresión ha incluido también los casos con una puntuación total en el cuestionario HAD mayor o igual a 12, dado que existen estudios previos con el HAD en EPOC que la utilizan.

La puntuación total en el HADS fue de $10,98 \pm 7,19$, con una media de $6,26 \pm 4,08$ en la subescala de ansiedad y de $4,77 \pm 3,59$ en la subescala de depresión. Nuestra herramienta de despistaje con el punto de corte seleccionado detectó síntomas significativos de ansiedad o depresión en 79 pacientes (39%), encontrándose, por tanto, según el cuestionario HADS, una prevalencia de ansiedad o depresión entre el 32 - 45%, con una confianza del 95%. De estos 79 pacientes, 15 ya estaban diagnosticados previamente a su entrada en el estudio y se consideraron casos confirmados. Además, hubo 3 pacientes diagnosticados de ansiedad o depresión de forma previa al reclutamiento que, sin embargo, no alcanzaron la puntuación de corte en el test HADS. Los 64 pacientes que cumplían criterios de posible ansiedad o depresión con el HADS, pero en los que se desconocía que sufrieran dichas patologías, fueron valorados mediante entrevista psiquiátrica, confirmándose el diagnóstico en 56 de los 64 pacientes. Por tanto, en nuestra muestra de 204 pacientes, 74 padecían ansiedad o depresión asociadas a la EPOC, lo que supone el 36% de los sujetos incluidos. El porcentaje de pacientes diagnosticados antes de entrar en el estudio era tan

sólo del 9%. Nuestro estudio permite estimar la prevalencia de ansiedad o depresión en pacientes EPOC, confirmadas mediante diagnóstico psiquiátrico, entre un 30% y un 43%, con un nivel de confianza del 95%.

Factores asociados a ansiedad o depresión en la muestra

Al comparar los pacientes con un diagnóstico final de ansiedad o depresión con el resto de la muestra, encontramos que los pacientes con ansiedad y depresión eran más jóvenes, con un nivel de estudios superior, activos laboralmente, sin pareja actual (solteros, separados/divorciados o viudos) y sin apoyo familiar. En cuanto a las características de la EPOC, los pacientes con ansiedad o depresión confirmadas habían presentado un mayor número de agudizaciones en el año previo, referían un mayor grado de disnea basal, recorrían una menor distancia en el T6MM y presentaban una mayor puntuación del índice BODE (tabla 3). En nuestra muestra, no se encontraron diferencias entre los pacientes con y sin comorbilidad psiquiátrica en cuanto a sexo, hábito tabáquico, alcoholismo, presencia de comorbilidad cardiovascular, FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, ingresos hospitalarios por agudización de EPOC o uso de oxigenoterapia domiciliaria.

Tampoco encontramos relación con el tipo de EPOC, según la clasificación GOLD, aunque hay una clara tendencia a una mayor frecuencia de ansiedad o depresión entre los pacientes más sintomáticos (tipos D y B) con respecto a los pacientes menos sintomáticos (tipos A y C), que roza la significación estadística ($p = 0,065$) como se recoge en la tabla 4.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio investiga la presencia de ansiedad o depresión en pacientes con EPOC que realizan un seguimiento habitual en una consulta externa especializada de neumología, garantizando que cumplían los criterios diagnósticos de esta enfermedad, según los criterios de *Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*², y habiendo excluido otras enfermedades respiratorias que puedan cursar con obstrucción crónica al flujo aéreo. Además, se han reclutado 204 pacientes, lo que supone un tamaño de muestra de los más altos disponibles en este tipo de estudios, si excluimos los estudios poblacionales^{25, 26}, en los que el diagnóstico de EPOC es más cuestionable. En cuanto al diagnóstico de ansiedad o depresión, se han considerado únicamente los casos confirmados mediante diagnóstico psiquiátrico, según los criterios ICD 10²³, lo que supone una ventaja sobre la mayoría de estudios que sólo han realizado cues-

tionarios, permitiendo estos únicamente valorar la presencia de síntomas de ansiedad o depresión pero no extrapolar un diagnóstico de certeza. Hasta donde conocemos, de los estudios que realizan entrevista psiquiátrica²⁶, sólo el de Kunik et al²⁷ cuenta con un número mayor de pacientes. Sin embargo, dicho estudio contemplaba cualquier enfermedad respiratoria crónica y consideraba una única espirometría, por lo que los resultados pueden no ser representativos de los pacientes con EPOC. Además, escoge los pacientes con obstrucción de entre un grupo de enfermos respiratorios que habían puntuado alto en un screening de ansiedad y depresión, lo que interfiere la estimación adecuada de su prevalencia.

En nuestra muestra de 204 pacientes con EPOC estable, encontramos una frecuencia de ansiedad o depresión, confirmada mediante diagnóstico psiquiátrico, del 36% (IC del 95% entre 30 y el 43%). El hecho de que las mujeres estén poco representadas en nuestra muestra (30/204) explicaría que, a diferencia de otros estudios que encuentran una mayor prevalencia de estas patologías en mujeres con EPOC^{19, 28, 29}, en el nuestro no se alcancen diferencias estadísticamente significativas (p 0,18).

De los estudios que conocemos, con unos criterios de inclusión rigurosos para la EPOC y un diagnóstico psiquiátrico de certeza, que contemple tanto ansiedad como depresión, existen sólo otros tres³⁰⁻³² con un tamaño de muestra cercano (137, 116 y 143 sujetos respectivamente).

La prevalencia detectada por Yohannes³⁰ y Laurin³¹ fue de 47 y 49% respectivamente. Es de destacar que esos dos estudios contaban con aproximadamente un 50% de mujeres. Esto podría explicar que nuestra prevalencia de comorbilidad psiquiátrica sea cercana, pero algo inferior a la obtenida por ellos. De hecho, el estudio de Laurin³¹, que analiza los resultados por género, encuentra ansiedad o depresión en el 38% de los hombres, lo que es una frecuencia superponible a la de nuestro estudio.

Laurin obtiene una frecuencia significativamente mayor de ansiedad que de depresión, al igual que sucede en nuestro estudio. Yohannes³⁰, sin embargo, encuentra una mayor frecuencia de depresión, diferencia que podría explicarse porque los pacientes de su muestra tienen un importante grado de discapacidad que, a su vez, es el factor más fuertemente relacionado con padecer depresión, según sus propios resultados. En nuestra muestra, por el contrario, todos los pacientes mantienen una adecuada autonomía.

En cuanto al estudio de Kühl³², la frecuencia de depresión es del 12%, en rango muy similar a nuestros datos. Sin embargo, la prevalencia global de an-

siedad o depresión resulta inferior (25%), pero podría deberse a que el número de pacientes con trastorno por ansiedad generalizada probablemente sea inferior al real, como los propios autores admiten, ya que no consideraron la ansiedad generada por la propia enfermedad.

Respecto a nuestro objetivo principal, que era calcular la prevalencia de ansiedad o depresión en pacientes EPOC hay, por tanto, una interesante correlación entre los resultados de nuestro estudio y los datos de los tres autores que habían llevado a cabo estudios similares previamente.

En nuestro estudio, las comorbilidades psiquiátricas son más frecuentes en pacientes más jóvenes, mientras que en estudios previos no se había encontrado asociación con la edad. Esto puede deberse a que tengamos una mayor proporción de pacientes menores de 65 años y a que la edad no está categorizada en los otros estudios. En concreto, el de Yohannes³⁰ trata específicamente de población geriátrica (edad media, 73 años). En cuanto a la situación laboral, sólo está recogida en el estudio de Laurin³¹, pero en torno al 90% de los sujetos estaban jubilados, mientras que en nuestro estudio hay un 27% de pacientes en activo. A su vez, la alta proporción de pacientes jubilados del estudio de Laurin podría ser un dato indirecto de que fuesen sujetos más mayores.

En cuanto al nivel de estudios, sólo el estudio de Kühl³² analiza esta variable sin encontrar asociación, pero puede deberse a que tan sólo 14 de los 143 sujetos de la muestra tenían estudios superiores, de modo que la representación pudo no ser suficiente para encontrar significación estadística.

Entre nuestros resultados es de destacar también la alta concordancia entre el HADS positivo (según nuestros criterios de selección) y el diagnóstico psiquiátrico confirmatorio de ansiedad o depresión que, calculado mediante el estadístico Kappa de Cohen, ha sido 0,885 $p < 0,001$, lo que supone un muy alto grado de acuerdo, mayor que el obtenido con otros puntos de corte utilizados habitualmente (tabla 5).

En cuanto a las limitaciones de nuestros resultados, cabe destacar que, como se ha comentado anteriormente, la muestra cuenta con una escasa representación de mujeres con EPOC. Además, pocos sujetos precisaron ingreso hospitalario (30/204), lo que podría influir en que no se encuentre asociación entre el número de ingresos y la presencia de ansiedad o depresión. Por último, los pacientes que puntuaron por debajo del punto de corte en la HADS no fueron valorados por un psiquiatra, lo que ha podido subestimar la prevalencia de estas comorbilidades.

Tabla 1: Características demográficas y clínicas de los pacientes (n=204).

		N (%)		N (%)
Sexo	Hombre	184 (90,2)	Mujer	20 (9,8)
Edad	≥65 años	118 (57,8)	<65 años	86 (42,2)
Situación Laboral	Jubilado	149 (73,0)	Activo/baja	55 (27,0)
Estudios	No/Primarios	154 (75,5)	Sec./Superiores	50 (24,5)
Apoyo Familiar	Si	195 (95,6)	No	9 (4,4)
Hábito tabáquico actual	No	151 (74,0)	Si	53 (26,0)
Consumo alcohol ≥30 g/día	No	149 (73,0)	Si	55 (27,0)
Comorbilidad Cardiovascular	No	182 (89,2)	Si	22 (10,8)
Autonomía completa (se vale totalmente)	Si	170 (83,3)	No	34 (16,7)
Fármacos no respiratorios	0-3	144 (70,6)	≥ a 4	60 (29,4)
Disnea mMRC	0-1	91 (44,5)	2-3	113 (55,4)
Número de agudizaciones	0-1	120 (58,8)	≥2	84 (41,2)
Ingreso hospitalario último año	No	174 (85,3)	Si	30 (14,7)
FEV ₁ <50%	No	114 (55,9)	Si	90 (44,1)
Distancia T6MM <350 m	No	172 (84,3)	Si	32 (15,7)
Comorbilidad cardiovascular	No	182 (89,2)	Si	22 (10,8)

Tabla 2: Valores caracterizadores de la EPOC en nuestra muestra (n=204).

	Media (DE)	Mínimo	Máximo
Edad	66,2 (9,5)	34	86
ICAT	56,3 (21,7)	0	120
IMC	27,6 (4,4)	14,9	40,1
CVF (ml)	2.930 (794)	1180	5870
CVF%	78,7 (18,7)	35	130
FEV ₁ (ml)	1591 (578)	520	4050
FEV ₁ %	54,2 (17,1)	17	101
FEV ₁ /CVF%	53,8 (9,7)	22,4	68,9
Distancia recorrida T6MM (metros)	462,1 (98,3)	152	720
Tipos de EPOC de GOLD	A	50 (24,5)	
	B	24 (11,8)	
	C	39 (19,1)	
	D	91 (44,6)	

Tabla 3: Variables asociadas con la presencia de ansiedad o depresión en pacientes con EPOC (n=204).

	Presentación de ansiedad o depresión		
	No	Sí	P
Variables sociodemográficas	N (%)	N (%)	
	130 (63,7)	74 (36,3)	
Sexo			0,18
Hombre	120 (65,2)	64 (34,8)	
Mujer	10 (50,0)	10 (50,0)	
Edad			<0,001
≥65 años	87 (73,7)	31 (26,3)	
<65 años	43 (50,0)	43 (50,0)	
Situación laboral			0,001
Jubilado	105 (70,5)	44 (29,5)	
Activo/baja transitoria	25 (45,5)	30 (54,5)	
Nivel de estudios			0,008
No/primarios	106 (68,8)	48 (31,2)	
Secundarios/superiores	24 (48,0)	26 (52,0)	
Estado civil			0,003
Casado/pareja	117 (68,0)	55 (32,0)	
Soltero/separado/viudo	13 (40,6)	19 (59,4)	
Apoyo sociofamiliar			0,01
Si	128 (65,6)	67 (34,4)	
No	2 (22,2)	7 (77,8)	
Grado de autonomía personal			0,03
Se vale totalmente	114 (67,1)	56 (32,9)	
Alguna limitación	16 (47,1)	18 (52,9)	
Variables clínicas y funcionales			
Disnea mMRC			0,01
0	11 (78,6)	3 (21,4)	
1	53 (68,8)	24 (31,2)	
2	52 (66,7)	26 (33,3)	
3	14 (40,0)	21 (60,0)	
Número de agudizaciones			0,01
0-1	85 (70,8)	35 (29,2)	
2 ó mas	45 (53,6)	39 (46,4)	
FEV1%			0,9
≥50%	72 (63,2)	42 (36,8)	
<50%	58 (64,4)	32 (35,6)	
Distancia Recorrida T6MM			0,03
≥350m	115 (66,9)	57 (33,1)	
<350m	15 (46,9)	17 (53,1)	
BODE			0,004
<4	109 (69,0)	49 (31,0)	
≥4	21 (45,7)	25 (54,3)	

Tabla 4: Ansiedad o depresión según tipos de EPOC de la GOLD (n=204).

	Presentación de ansiedad o depresión		
	No	Sí	P
	N (%)	N (%)	
	130 (63,7)	74 (36,3)	
Tipos DE EPOC			0,3
A	35 (70,0)	15 (30%)	
B	15 (62,5)	9 (37,5)	
C	28 (71,8)	11 (28,9)	
D	52 (57,1)	39 (42,9)	
Tipos D y B versus A y C			0,065
Tipos D y B	67 (58,3)	48 (41,7)	
Tipos A y C	63 (70,8)	26 (29,2)	

Tabla 5: Concordancia entre distintos puntos de corte del cuestionario HDA y el diagnóstico psiquiátrico de ansiedad o depresión en la EPOC (n=204).

	Diagnóstico psiquiátrico de Ansiedad o Depresión		
	No	Sí	Kappa (p)
	N (%)	N (%)	
Puntos de corte Cuestionario HDA	130 (63,7)	74 (36,3)	
Subescalas A o D ≥ 8 o P.total ≥ 12 puntos			0,885 (<0,001)
No	122 (97,6)	3 (2,4)	
Si	8 (10,1)	71 (89,9)	
Subescalas A o D ≥ 8			0,871 (<0,001)
No	126 (94,0)	8 (6,0)	
Si	4 (5,7)	66 (94,3)	
Subescalas A o D ≥ 9			0,775 (<0,001)
No	127 (87,0)	19 (13,0)	
Si	3 (5,2)	55 (94,8)	
Subescalas A o D ≥ 11			0,537 (<0,001)
No	129 (77,2)	38 (22,8)	
Si	1 (2,7)	36 (97,3)	

CONCLUSIONES

Nuestro estudio confirma que la presencia de comorbilidades psiquiátricas en los pacientes con EPOC es muy frecuente y que están infradiagnosticadas en un alto grado. En nuestra muestra, un 36% de los pacientes padecían ansiedad o depresión, si bien tan sólo un 8% habían sido diagnosticados. En concreto, la depresión se ha encontrado en un 17% de los pacientes (IC 12 - 22%), cifra muy cercana a la de los pacientes oncológicos avanzados en cuidados paliativos, entre los que la prevalencia de depresión, en base a estudios con diagnóstico mediante entrevista psiquiátrica, se sitúa en torno al 20 - 30%³³.

Al contrastar la escala HADS con el diagnóstico obtenido mediante entrevista psiquiátrica, se ha podido comprobar que es una herramienta muy fiable en los casos positivos, que permite detectar de forma sencilla y con una alta confianza la coexistencia de ansiedad o depresión con EPOC, con la ventaja añadida de que se trata de un instrumento autoadministrable y con un cálculo fácil y rápido, que puede ser incorporado de forma sencilla en la práctica clínica habitual. Además, se ha mostrado útil valorar no sólo la puntuación de cada subescala por separado, sino también la puntuación total del cuestionario.

Los pacientes EPOC más jóvenes, con mayor nivel de estudio, con mayor grado de disnea y mayor número de agudizaciones, presentan con más frecuencia ansiedad o depresión.

La Estrategia en EPOC del Plan Nacional de Salud en España y la guía del *National Institute for Health and Clinical Excellence* sólo contempla la valoración de ansiedad y depresión en pacientes severos^{13, 34}. No obstante, nuestro estudio confirma los hallazgos de otros investigadores en cuanto a la ausencia de relación entre el FEV₁ y la presencia o no de comorbilidad psiquiátrica³⁵. En nuestro estudio, hemos encontrado una fuerte tendencia a presentar mayor incidencia de ansiedad o depresión en los pacientes más sintomáticos, aunque sin llegar a alcanzar la significación estadística, pero no hemos encontrado relación con el grado de severidad, según la clasificación de la guía GOLD, de modo que la asociación entre EPOC y ansiedad o depresión debe considerarse en todos los pacientes con EPOC.

Por último, son necesarios nuevos estudios que permitan establecer qué porcentajes de falsos negativos puede comportar el cribado de comorbilidades psiquiátricas en EPOC mediante el HADS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miravittles M, Soler-Cataluna JJ, Calle M et al. Spanish

- COPD Guidelines (GesEPOC): pharmacological treatment of stable COPD. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Arch Bronconeumol. 2012; 48 (7): 247-57.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013. Available from: <http://www.goldcopd.org/>.
 3. Ng TP, Niti M, Tan WC et al. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. Arch Intern Med. 2007; 167 (1): 60-7.
 4. Cully JA, Graham DP, Stanley MA et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. Psychosomatics. 2006; 47 (4): 312-9.
 5. Dahlen I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. Chest. 2002; 122 (5): 1633-7.
 6. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. Eur Respir J. 2005; 26 (3): 414-9.
 7. Alvarez-Gutierrez FJ, Miravittles M, Calle M et al. [Impact of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: results of the EIME multicenter study]. Arch Bronconeumol. 2007; 43 (2): 64-72.
 8. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2012; 185 (4): 435-52.
 9. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2001; 56 (11): 880-7.
 10. Kim HF, Kunik ME, Molinari VA et al. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. Psychosomatics. 2000; 41 (6): 465-71.
 11. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of sub-threshold depression in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Geriatr Psychiatry. 2003; 18 (5): 412-6.
 12. Yohannes AM, Roomi J, Waters K et al. Quality of life in elderly patients with COPD: measurement and predictive factors. Respir Med. 1998; 92 (10): 1231-6.
 13. National Clinical Guideline Centre. (2010) Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. London: National Clinical Guideline Centre. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English>.
 14. Norwood R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. Curr Opin Pulm Med. 2006; 12 (2): 113-7.
 15. Eiser N, Harte R, Spiros K et al. Effect of treating depression on quality-of-life and exercise tolerance in severe COPD. Copd. 2005; 2 (2): 233-41.
 16. van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW et al. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. Thorax. 2002; 57 (5): 412-6.
 17. Stage KB, Middelboe T, Stage TB et al. Depression in COPD--management and quality of life considerations. Int J Chron Obst Pulm Dis. 2006; 1 (3): 315-20.
 18. Brenes GA. Anxiety and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Impact, and Treatment. Psychosom Med. 2003; 65 (6): 963-70.
 19. Hanania NA, Mullerova H, Locantore NW et al. Determi-

- nants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011; 183 (5): 604-11.
20. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008; 134 (Suppl 4): 43s-56s.
 21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67 (6): 361-70.
 22. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosomat Res*. 2002; 52 (2): 69-77.
 23. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Available in <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
 24. Garcia-Rio F, Calle M, Burgos F et al. Spirometry. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49 (9): 388-401.
 25. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psych*. 2011; 33 (3): 217-23.
 26. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care*. 2013; 58 (5): 858-66.
 27. Kunik ME, Roundy K, Veazey C et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005; 127 (4): 1205-11.
 28. Di Marco F, Verga M, Reggente M et al. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respir Med*. 2006; 100 (10): 1767-74.
 29. Tsai TY, Livneh H, Lu MC et al. Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2013; 13 (1): 976.
 30. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatr*. 2000; 15 (12): 1090-6.
 31. Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL et al. Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD. *Chest*. 2007; 132 (1): 148-55.
 32. Kuhl K, Schurmann W, Rief W. Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *Int J Chron Obst Pulm Dis*. 2008; 3 (4): 727-36.
 33. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J et al. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med*. 2002; 16 (2): 81-97.
 34. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
 35. Doyle T, Palmer S, Johnson J et al. Association of anxiety and depression with pulmonary-specific symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Psychiatr Med*. 2013; 45 (2): 189-202.