



ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org



Ansiedad y EPOC

Myriam Calle Rubio, Juan Luis Rodríguez Hermosa* y María Jesús Gómez Nebreda

Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

RESUMEN

Palabras clave:

Ansiedad
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Depresión

Los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes en los pacientes que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero son escasamente diagnosticados y hay pocos datos publicados sobre esta asociación. Su prevalencia varía considerablemente según los estudios, pero es probable que sea mayor de la conocida en la actualidad. Sólo un tercio de estos pacientes recibe un tratamiento adecuado. Algunos fármacos, el tratamiento conductual y la atención por un equipo multidisciplinario pueden mejorar el tratamiento de estos trastornos en estos pacientes. Un buen ejemplo de ello es la rehabilitación respiratoria.

© 2009 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Anxiety and COPD

ABSTRACT

Keywords:

Anxiety
Chronic obstructive pulmonary disease
Depression

Symptoms of anxiety and depression are common in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) but are underdiagnosed and data on this association are scarce. The prevalence of anxiety and depression in COPD varies considerably among studies and is probably greater than is currently known. Only a third of these patients receives appropriate treatment. Certain drugs, behavioral therapy and a multidisciplinary approach can improve the management of these patients, a good example being respiratory rehabilitation.

© 2009 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza, principalmente, por una limitación progresiva al flujo aéreo, que no es totalmente reversible, y que se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal frente a partículas nocivas o gases, cuya causa principal es el tabaco¹. Pero, además, se ha ampliado la acepción de la enfermedad, que no se limita ya al daño pulmonar, sino que se contemplan repercusiones sistémicas diversas². Mientras que hace años todo el estudio de esta enfermedad se dirigía a la afectación pulmonar, ahora se reconocen otras alteraciones en el ámbito sistémico. También se asocian múltiples comorbilidades en estos individuos.

Entre otras, se ha observado un importante componente de ansiedad y de depresión en los pacientes que padecen una EPOC. No es de extrañar, puesto que la enfermedad afecta de forma diaria a sus relaciones sociales, a su actividad, al trabajo, a sus distracciones e, incluso, al descanso nocturno. Las alteraciones emocionales que experimentan

los pacientes que tienen una EPOC muchas veces hacen que las actividades profesionales y las posibilidades de ocio se reduzcan de forma sustancial, con la consiguiente repercusión en la esfera personal y familiar. Por tanto, estas circunstancias influyen, y mucho, en la percepción de la enfermedad por el paciente y en su calidad de vida, y le limitan en gran medida para realizar normalmente sus actividades cotidianas. Además, tienen un impacto importante en sus familias, en el ámbito social y en el curso de la enfermedad.

Prevalencia

La ansiedad y la depresión a menudo se observan conjuntamente en los pacientes con una EPOC. Las causas exactas de estos trastornos no han definido bien, y al respecto se han implicado diferentes variables en su aparición (tabla 1). El hábito tabáquico se ha reconocido ampliamente como la causa principal de la EPOC; a su vez, se han demostrado valores elevados de ansiedad y de depresión entre la población fumadora, lo que hace probable que el tabaquismo contribuya al desarrollo de ansiedad y depresión en estos enfermos.

Su prevalencia suele ser mayor que la comunicada para otras enfermedades crónicas y varía ampliamente según diferentes trabajos, como consecuencia de las discrepancias metodológicas de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlrhermosa@yahoo.es (J.L. Rodríguez Hermosa).

Tabla 1

Variables asociadas con la ansiedad y la depresión en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

| |
|--|
| Incapacidad física |
| Oxigenoterapia durante largo tiempo |
| Índice de masa corporal bajo |
| Disnea grave |
| FEV ₁ < 50% del valor teórico |
| Calidad de vida baja |
| Exacerbación reciente de la enfermedad |
| Presencia de comorbilidad |
| Vivir solo |
| Sexo femenino |
| Tabaquismo activo |
| Clase social baja |

FEV₁: Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

los estudios, la diversidad de las mediciones empleadas y del índice de gravedad de los pacientes incluidos³. Además, en muchas ocasiones, los síntomas de ansiedad y la depresión se confunden con los síntomas propios de la EPOC, lo que hace más difícil llegar a su diagnóstico⁴.

En los pacientes con una EPOC estable, la prevalencia de la depresión está entre el 10 y el 42%, mientras que la ansiedad se sitúa entre el 10 y el 19%. Son alteraciones muy frecuentes que pueden asociarse a cuadros de hostilidad o de irritabilidad más importantes que los que pueden observarse en las personas normales.

El mayor riesgo lo tienen los pacientes más graves y los que reciben una oxigenoterapia domiciliaria desde hace mucho tiempo; en este grupo, la prevalencia de la depresión supera el 60%⁵. No obstante, el deterioro psíquico está presente incluso en los enfermos más leves y no siempre se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. Un estudio en pacientes más leves (*The intermittent positive pressure breathing study*)⁶ obtuvo un resultado similar en la limitación psicossocial que otro con pacientes graves con oxigenoterapia domiciliaria (*The nocturnal oxygen therapy trial*)⁷.

Manifestaciones clínicas

El espectro de gravedad de los síntomas también es variado y va desde una repercusión leve o distimia hasta una depresión mayor. La frecuencia de la depresión menor o subclínica es probablemente muy superior a la conocida, por falta de reconocimiento de sus manifestaciones o ausencia de un diagnóstico médico adecuado; en un estudio se encontró que uno de cada 4 pacientes con una EPOC presentaba una depresión subclínica⁸.

La depresión en estos enfermos se puede observar de diferentes formas, como pesimismo, tristeza, dificultad de concentración o aislamiento social. Las manifestaciones de la ansiedad se reflejan por diferentes vías, como cansancio, irritabilidad, insomnio, cambios psicológicos y, otras veces, en forma de síntomas físicos, como agitación, taquicardia, palpitaciones o disnea.

La interrelación entre la disnea y la ansiedad es compleja y cada una de ellas empeora a la otra. No obstante, conviene recordar que la magnitud de la disnea en reposo no se correlaciona bien con los síntomas de ansiedad⁹.

La gravedad de los síntomas se ha relacionado con la puntuación total del cuestionario de calidad de vida de St. George y con el cuestionario de enfermedades respiratorias. Sobre todo se asocia con las mediciones de aislamiento social.

Impacto de la ansiedad y la depresión

En los pacientes con una EPOC, al igual que en otros que tienen enfermedades crónicas, la salud y el bienestar se relacionan con múltiples aspectos. Influyen cuestiones psicosociales (apoyo social, entorno familiar, depresión, ansiedad, estado de ánimo), demográficas

Tabla 2

Repercusión de la ansiedad y la depresión en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

| |
|--|
| Aumento del uso de corticoides |
| Incremento de las hospitalizaciones |
| Prolongación de la estancia hospitalaria |
| Mala adherencia al tratamiento |
| Disminución del estado funcional |
| Empeoramiento de la calidad de vida |
| Muerte prematura |
| Aumento del uso de recursos sanitarios |

(edad, nivel socioeconómico) y variables de la propia enfermedad (grado de disnea, gravedad de la enfermedad, tratamientos recibidos, capacidad funcional). La interacción de todos ellos determina un mejor o peor grado en la calidad de vida relacionada con la salud¹⁰.

El impacto de la ansiedad y la depresión en los pacientes con una EPOC, en sus familias y en la sociedad es significativo. Los costes sanitarios, las hospitalizaciones y, en general, el uso de los recursos médicos es mayor en ese grupo de pacientes. Si los síntomas de depresión y ansiedad no se detectan y se tratan de forma adecuada, ello repercute de forma importante en la propia EPOC y en el estado de salud general del paciente, incluso con un aumento de la mortalidad¹¹ (tabla 2).

Diagnóstico

Los consensos internacionales sobre el tratamiento de la EPOC recomiendan que estos pacientes tengan una historia clínica detallada, incluidos sus sentimientos de ansiedad o depresión y la búsqueda de posibles problemas de salud mental. Sin embargo, no hay acuerdo sobre cuál es el mejor método de cribado. En los trabajos de investigación se han empleado diversos cuestionarios, algunos autoadministrados y otros interrogados por el médico.

En la depresión, los más usados son el *Patient health questionnaire* (PTH) 2 (con 2 preguntas breves) o su versión más extensa, con 9 preguntas y más útil para el seguimiento, el PTH-9. Para la ansiedad, los más empleados son el PTH-3 y el *Hospital anxiety and depression scale*, pero su validación es menor que la de los de la depresión. Otros cuestionarios que pueden considerarse son el *Primary care evaluation of mental disorders*, el *Center for epidemiologic studies-depression*, y el *Beck depression o anxiety inventory*¹². Se han establecido unos valores umbral para identificar a los individuos con un trastorno de ansiedad o de depresión. Estos cuestionarios se consideran más bien herramientas de cribado que de diagnóstico propiamente dicho, que en todo caso debe ser establecido por un profesional, con una entrevista clínica estructurada y siguiendo los criterios del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

La falta de conocimiento acerca de esta enfermedad, tanto por los pacientes como por los médicos, puede ser una de las razones del diagnóstico tardío. La EPOC por sí misma ya suele descubrirse habitualmente después de años de existir síntomas, más aún la ansiedad y la depresión que a menudo la acompañan. La falta de tiempo en las visitas y la ausencia de programas educativos supone también otra barrera en este problema. La colaboración entre los diferentes niveles asistenciales, atención primaria, neumólogos y profesionales en salud mental, puede mejorar esta situación.

Tratamiento

La ansiedad y la depresión pueden tratarse de forma eficaz con fármacos, un tratamiento cognitivo conductual y con programas de rehabilitación¹³. Sin embargo, sólo la mitad de los pacientes con una EPOC y una depresión mayor tiene un diagnóstico correcto. De éstos, sólo un tercio recibe una farmacoterapia apropiada o una psicoterapia correcta.

Algunos pacientes con EPOC muestran síntomas de depresión y ansiedad durante el curso de una exacerbación; en la mayoría de estos casos, las manifestaciones son transitorias y leves, y no requieren un tratamiento. Por contra, los episodios de depresión mayor necesitan de un tratamiento específico.

La ansiedad y los ataques de pánico se asocian con frecuencia a las agudizaciones, pero también se relacionan con el uso de betaagonistas adrenérgicos o dosis elevadas de corticoides.

La experiencia del tratamiento antidepressivo en los pacientes con una EPOC es escasa. La nortriptilina, un antidepressivo tricíclico, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor en pacientes con una EPOC¹⁴, así como en la ansiedad o el insomnio. Requieren un seguimiento médico y un control adecuado, puesto que tienen riesgo de cardiotoxicidad.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina tienen menor respaldo en los ensayos clínicos, pero buenos resultados en la práctica clínica y en otras enfermedades crónicas. Podrían ser una alternativa, especialmente en la ansiedad con depresión y con trastornos de pánico, dadas sus propiedades ansiolíticas. Como algunos de estos compuestos son inhibidores del citocromo P-450, pueden interferir con fármacos, como la teofilina, que se metabolizan por esta vía. La buspirona, un agonista del receptor de la serotonina, fue capaz de reducir la ansiedad y la depresión en un ensayo clínico¹⁵, con mejoría incluso de la capacidad de ejercicio. Sin embargo, estos beneficios no pudieron reproducirse en otro estudio. Las benzodiacepinas a dosis bajas también pueden ser eficaces, pero usándolas con precaución por su efecto sedante, especialmente en los pacientes con una hipercapnia.

La rehabilitación respiratoria y el ejercicio físico son útiles en los casos de depresión y ansiedad leves, pero no son adecuados, por sí solos, en la depresión mayor. El ejercicio físico produce unos cambios en los mecanismos biológicos que pueden ser beneficiosos para los pacientes con una depresión y ansiedad. Estos incluyen una regulación del eje hipotálamo-hipofisis-adrenal, un aumento de los opioides endógenos y una reducción de la inflamación sistémica. Además, la rehabilitación disminuye la morbilidad psicosocial en los pacientes graves y parece que mejora, asimismo, la ansiedad, la depresión y la disfunción cognitiva presente en muchos de estos casos¹⁶.

La intervención psicosocial podría incluirse, según la opinión de muchos expertos, en los programas de rehabilitación respiratoria, si bien es cierto que la evidencia científica al respecto aún no es suficiente. También se debería incorporar al programa recomendaciones referidas a las actividades domésticas y laborales, así como a las relaciones sexuales, el funcionamiento social, el cambio de papeles vitales, las decisiones sobre el final de la vida, etc. En definitiva, la intervención psicológica ha de dirigirse a facilitar el afrontamiento de la incapacidad física y de las consecuencias psíquicas que se derivan de vivir con una enfermedad crónica¹⁷.

Medidas educativas esenciales son también las que se orientan a mejorar el conocimiento de la enfermedad, a resaltar la importancia de la deshabitación tabáquica y a subrayar la necesidad de cumplir bien el tratamiento prescrito, incluidos la oxigenoterapia, el adecuado uso de los inhaladores, el control del sobrepeso, la introducción de las normas nutricionales específicas en los pacientes que tienen un índice de masa corporal bajo y la higiene bronquial.

Futuro

Aún quedan muchas cuestiones por aclarar en este tema. No se conoce la prevalencia real de la ansiedad y la depresión en los pa-

cientes con una EPOC, aunque casi todos los investigadores están de acuerdo en que las cifras reales actuales están infraestimadas. ¿Es diferente la ansiedad y la depresión de los pacientes con una EPOC de la de los que sólo tienen ansiedad o depresión, pero no EPOC? Se desconocen también los mecanismos exactos que promueven el desarrollo de estos trastornos en la EPOC o si hay factores predictores que permitan detectarlos de forma temprana y prevenirlos. El empleo de criterios diagnósticos estandarizados y de herramientas sencillas para el cribado puede facilitarlos. Son necesarios ensayos clínicos aleatorizados con diversos tratamientos farmacológicos para conocer el agente más adecuado en cada caso. Por último, está por definir la repercusión precisa de la enfermedad en los costes, la calidad de vida y el curso del proceso.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Celli BR, MacNee W, and committee members standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J*. 2004;23:932-46.
2. Agusti AG. COPD, a multicomponent disease: implications for management. *Respir Med*. 2005;99:670-82.
3. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005;127:1205-11.
4. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J*. 2008;31:667-77.
5. Lacasse Y, Rousseau L, Maltais F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil*. 2001;21:80-6.
6. Intermittent positive pressure breathing therapy of chronic obstructive pulmonary disease. A clinical trial. *Ann Intern Med*. 1983;99:612-20.
7. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. *Ann Intern Med*. 1980;93:391-8.
8. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of sub-threshold depression in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18:412-6.
9. Garuti G, Cilione C, Dell'Orso D, Gorini P, Lorenzi MC, Totaro L, et al. Impact of comprehensive pulmonary rehabilitation on anxiety and depression in hospitalized COPD patients. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2003;59:56-61.
10. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008;134:435-56S.
11. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Predictors of 1-year mortality in patients discharged from hospital following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing*. 2005;34:491-6.
12. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893-7.
13. Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND, Make BJ, Emery CF, Diaz PT, et al. Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2007;167:2345-53.
14. Borson S, McDonald GJ, Gayle T, Deffebach M, Lakshminarayan S, VanTuinen C. Improvement in mood, physical symptoms, and function with nortriptyline for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychosomatics*. 1992;33:190-201.
15. Argyropoulou P, Patakas D, Koukou A, Vasiliadis P, Georgopoulos D. Buspirone effect on breathlessness and exercise performance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*. 1993;60:216-20.
16. Emery CF, Schein RL, Hauck ER, MacIntyre NR. Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol*. 1998;17:232-40.
17. American College of Chest Physicians and American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2007;131:45-42S.