



Editorial

EPOC más allá de la función pulmonar: no se olviden de la depresión

COPD is More Than Just Lung Function: Let's Not Forget Depression



En un contexto de medicina personalizada se hace cada vez más necesario un abordaje multidisciplinar de los pacientes. Esto puede ser especialmente relevante en enfermedades crónicas de elevada prevalencia, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹. En esta, al igual que en otras enfermedades respiratorias crónicas, es frecuente que coexistan comorbilidades, como la depresión, que empeoran su calidad de vida, interfieren con la percepción de otros síntomas y agravan su pronóstico^{2–6}.

La depresión es más frecuente en los pacientes con EPOC que en la población general, aunque su prevalencia presenta importantes variaciones en función de diversos aspectos, como la población estudiada o los métodos y herramientas utilizados para su diagnóstico^{2,3}. Se calcula que aproximadamente el 25% de los pacientes con EPOC sufre de formas leves o subclínicas de depresión, que no suelen ser detectadas por los profesionales de la salud y, por consiguiente, no reciben tratamiento⁷.

Se han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo de depresión en los pacientes con EPOC, entre los que se incluyen la mayor intensidad de la disnea, el ser fumador activo, la presencia de otras comorbilidades, el bajo nivel educativo, el bajo estatus socioeconómico y, en general, la peor calidad de vida⁸. Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la asociación entre EPOC y depresión no han sido claramente establecidos, aunque entre ambas parece existir una relación bidireccional: la anhedonia, la apatía, la falta de motivación, la reducción de la actividad física, el aislamiento social y la sensación de la pérdida de control sobre la propia vida podrían ser características comunes entre ellas⁹. Los pacientes con EPOC sufren de fatiga, anorexia, dificultad respiratoria, pérdida de peso, disminución de actividad física y debilidad muscular, facilitando la aparición de síntomas depresivos, que se agravan cuando carecen de soporte social y emocional^{7,10}. Por otra parte, la depresión empeora la capacidad funcional y predice la limitación en actividades básicas de la vida diaria, y la dependencia a que da lugar incrementa los síntomas depresivos^{11,12}. Otros factores contribuyentes podrían ser cambios en el patrón de sueño y de alimentación, o la reducción de la actividad física, que conducen a debilidad, pérdida de energía y deterioro de los sistemas neurofisiológicos¹³.

La elevada prevalencia y el potencial impacto negativo de la depresión en la EPOC obligan a la investigación de síntomas depresivos en estos pacientes. Para ello se dispone, entre otros métodos, de una serie de escalas que han sido validadas para evaluar depresión en la EPOC, y que permiten detectar tanto a los pacientes con depresión establecida como a aquellos en riesgo de padecerla^{2,9,14}.

Entre ellas se encuentran el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HAD), la Escala de Depresión de Zung y Conde (SDS) o el *Center for epidemiological studies-depression* (CES-D). Constan de un número variable de ítems que evalúan estado de ánimo, actividades realizadas y determinados aspectos cognitivos y emocionales en los días previos a la entrevista, y que pueden ser cumplimentados fácilmente por el propio paciente.

Para mejorar los resultados del tratamiento el abordaje debería ser precoz y multidisciplinar. Según algunos autores, los fármacos antidepressivos parecen ser menos efectivos en las personas que padecen de EPOC, posiblemente con relación a la persistencia de síntomas respiratorios crónicos¹⁴. Sin embargo, el tratamiento farmacológico podría ser útil en muchos pacientes, por lo que no sólo no debe ser excluido, sino que debería ser ofrecido como parte de la estrategia terapéutica. Además, asesorar al paciente sobre hábitos de vida saludables, incluida la dieta y los ejercicios adecuados, y sobre los métodos para controlar la disnea, dando soporte emocional y apoyo psicológico, mejoran el cumplimiento del tratamiento y la reducción del tabaquismo, hábito relacionado con progresión de la EPOC y con la intensidad de los síntomas depresivos^{1,15}. Las intervenciones basadas en la cooperación del paciente, como la rehabilitación respiratoria, mejoran la disnea, aumentan la tolerancia al esfuerzo, disminuyen los síntomas de ansiedad, mejoran la depresión, aumentan la salud y reducen la frecuencia de las visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones¹.

Nos corresponde, por tanto, hacer un esfuerzo en el abordaje clínico de la EPOC centrado en cada paciente individual, incluyendo los aspectos psicológicos que interfieren o condicionan la evolución y su pronóstico.

Bibliografía

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2020. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19-WMV.pdf>.
2. Matte DL, Pizzichini MM, Hoepers AT, Díaz AP, Karloh M, Dias M, et al. Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respir Med*. 2016;117:164–71.
3. Martínez Rivera C, Costan Galicia J, Alcázar Navarrete B, García-Polo C, Ruiz Iturriaga LA, Herrejón A, et al. Factors associated with depression in COPD: a multicenter study. *Lung*. 2016;194:335–43.
4. Facal D, López-Lois B, Gonzalez-Barcala FJ. A Current Overview of the Psychological Aspects of Asthma in Adults. *Arch Bronconeumol*. 2020;56:475–6.

5. Martínez-García MÁ, Villa C, Dobarganes Y, Girón R, Maíz L, García-Clemente M, et al. RIBRON: el registro español informatizado de bronquiectasias. Caracterización de los primeros 1.912 pacientes. Arch Bronconeumol. 2021;57:28–35.
 6. De Miguel Díez J, Jiménez García R, López de Andrés A. Vivir con EPOC: el dolor también cuenta. Arch Bronconeumol. 2020;56:351–2.
 7. Arabyat RM, Raisch DW. Relationships between social/emotional support and quality of life, depression and disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an analysis based on propensity score matching. Ann Behav Med. 2019;20:1–10.
 8. Tsai TY, Livneh H, Lu MC, Tsai PY, Chen PC, Sung FC. Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. BMC Public Health. 2013;13:976.
 9. Paine NJ, Bacon SL, Bourbeau J, Tan WC, Lavoie KL, Aaron SD, et al. Psychological distress is related to poor health behaviours in COPD patients: Evidence from the CanCOLD study. Respir Med. 2019;146:1–9.
 10. Marengoni A, Vetrano DL, Manes-Gravina E, Bernabei R, Onder G, Palmer K. The relationship between COPD and frailty. Chest. 2018;154:21–40.
 11. Stamm TA, Pieber K, Crevenna R, Dorner TE. Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: a secondary analysis of population-based health survey data. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17:139.
 12. Murphy RA, Hagaman AK, Reinders I, Steeves JA, Newman AB, Rubin SM, et al. Depressive trajectories and risk of disability and mortality in older adults: longitudinal findings from the Health, Aging, and Body Composition Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016;228–35, 71A.
 13. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. Am J Psychiatry. 2018;175:631–48.
 14. Von Siemens SM, Jörres RA, Behr J, Alter P, Lutter J, Lucke T, et al. Effect of COPD severity and comorbidities on the result of the PHQ-9 tool for the diagnosis of depression: results from the COSYCONET cohort study. Respir Res. 2019;20:30.
 15. Stepankova L, Kralikova E, Zvolnska K, Pankova A, Ovesna P, Blaha M, et al. Depression and smoking cessation: evidence from a smoking cessation clinic with 1-year-follow-up. Ann Behav Med. 2017;51:454–63.
- María Teresa García Sanz^{a,*} y Francisco Javier González-Barcala^b
^a Atención Primaria. EOXI Pontevedra-Salnés, Ribadumia, España
^b Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maytegsanz@gmail.com (M.T. García Sanz).