



ORIGINAL

Prevalencia de síntomas depresivos y diagnóstico de sospecha de depresión en pacientes con EPOC



Enrique Barrueco-Otero^{a,*}, Belén Refoyo Matellán^b, Javier Martín Puente^c, Clara Viñado Mañes^d, Erica León Subías^d, Javier Olivera Pueyo^b y Consuelo Sancho Sanchez^e

^a Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de Barbastro (Huesca), España

^b Unidad de Salud Mental, Hospital General San Jorge, Huesca, España

^c Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Salamanca e IBSAL, Salamanca, España

^d Servicio de Neumología, Hospital de Barbastro (Huesca), España

^e Universidad de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 22 de abril de 2021; aceptado el 26 de septiembre de 2021

PALABRAS CLAVE

EPOC;
Depresión;
HADS;
Prevalencia;
Factores de riesgo

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia y factores predictores de depresión en pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y remitidos desde Atención Primaria a consultas de Neumología, servicios que comparten la atención al proceso EPOC.

Diseño: Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo con muestreo no probabilístico, transversal.

Emplazamiento: Dos consultas de neumología de dos hospitales de diferente nivel asistencial.

Participantes: Se diagnosticaron 293 pacientes de EPOC en fase estable de la enfermedad.

Intervenciones: Aplicación de cuestionarios clínicos habituales en la EPOC y test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Variables: Variables demográficas, clínicas y funcionales de la EPOC y escala de depresión del test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Resultados: Se incluyeron 229 hombres (78,16%) y 64 mujeres (21,8%), con una edad media de $68,2 \pm 10,3$ años, de los que 93 (31,7%) eran fumadores activos y 200 (68,3%) exfumadores. El 19,45% de los pacientes tenía diagnóstico clínico previo de depresión, pero mediante el test HADS se estableció el diagnóstico de sospecha en el 32,6%. Las variables predictoras fueron: ser mujer, vivir solo y variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad (volumen espiratorio forzado en 1 segundo [FEV1] postbroncodilatador, ser paciente de riesgo y fenotipo agudizador según criterios de la Guía Española de la EPOC [GesEPOC] y grados C y D de criterios *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* [GOLD]).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enbarbo@gmail.com (E. Barrueco-Otero).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102236>

0212-6567/© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: La prevalencia de la depresión en pacientes con EPOC es alta y está infradiagnosticada. El test diagnóstico HADS es útil para establecer el diagnóstico de sospecha en las consultas de Atención Primaria y Neumología. Existen factores personales y clínicos que pueden considerar predictores y servir de orientación para determinar en qué pacientes realizar el test HADS y, en función de los resultados, derivar al paciente a una Unidad de Salud Mental para confirmar o descartar el diagnóstico.

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

COPD;
Depression;
HADS;
Prevalence;
Risk factors

Prevalence of Depressive Symptoms, Predictive Factors, and Diagnosis of Suspicion of Depression in Patients with COPD

Abstract

Objective: to determine the prevalence of and predictive factors for depression in patients diagnosed with COPD and referred from primary care to pneumology departments, departments that share care for COPD patients.

Design: observational, multicentric, prospective with non-probabilistic sample, transversal study.

Setting: two pneumology visit offices at two hospitals offering different levels of care.

Participants: 293 patients diagnosed with COPD in a stable phase of the disease.

Interventions: Carryng out common clinical questionnaires in COPD & HADS.

Main measurements: Demographic, clinical, and functional variables of COPD, and HADS depression scale.

Results: Included were 229 men (78.16%) and 64 women (21.8%), with an average age of 68.2 ± 10.3 years of whom 93 (31.7%) were active smokers and 200 (68.3%) ex-smokers. 19.45% of patients had a previous diagnosis of clinical depression but the HADS test established a diagnosis of suspicion of depression in 32.6%. Predictive factors included: being female, living alone, and variables related to the severity of the disease (FEV1 postbronchodilator, being a high-risk patient, exacerbating phenotype criteria, and C and D GOLD criteria levels).

Conclusions: The prevalence of depression in patients with COPD is high and is infra-diagnosed. The HADS diagnostic test is useful for establishing a diagnosis of suspicion of depression at primary care and pneumology visit offices. There are personal and clinical factors that may be considered predictive and aid healthcare professionals in determining which patients should take the HADS test and, based on results, referring patients to the mental health department to confirm or reject the diagnosis.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El proceso asistencial integrado, suscrito por las principales sociedades científicas, señala la atención a la EPOC como un proceso compartido entre Atención Primaria y Neumología. Existe un importante infradiagnóstico debido a las dificultades existentes para el diagnóstico de certeza a través de la espirometría en Atención Primaria. Durante los últimos años las principales guías de práctica clínica (GPC) hacen especial hincapié en dos aspectos infravalorados: la importancia de agudizaciones y comorbilidades en el curso evolutivo y pronóstico de la enfermedad¹.

Diversos autores²⁻⁴ señalan un amplio número de comorbilidades. Van Manen et al.² reportaron mayor prevalencia en pacientes EPOC comparados con controles (73 vs. 64%), resultados corroborados en estudios ulteriores, si bien varían según la metodología y las características de la población estudiada⁵.

Se ha sugerido catalogar como manifestaciones sistémicas las alteraciones extrapulmonares directamente relacionadas con la enfermedad, como pérdida de peso y de masa muscular, y reservar el concepto de comorbilidad para las patologías asociadas frecuentemente a la EPOC. Las comorbilidades son, por tanto, el conjunto de alteraciones y trastornos asociados, por uno u otro motivo, a la EPOC y pueden ser causales, complicaciones, o intercurrentes con la propia enfermedad³. La línea de separación no está bien definida. Independientemente de si son enfermedades coincidentes o con una relación causal, su presencia aumenta la complejidad del paciente EPOC, el coste económico, induce errores en el diagnóstico y tratamiento⁴ y modifica la morbimortalidad⁶.

Los trastornos mentales, especialmente la depresión, condicionan la calidad de vida⁷, incrementan las agudizaciones y la mortalidad de la EPOC⁸. La interacción de disnea, ansiedad y depresión es un círculo vicioso bidireccional⁹.

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión de pacientes en el estudio

Criterios de inclusión
Pacientes diagnosticados de EPOC.
Remitidos por Atención Primaria a consultas de Neumología.
Capacitados para entender y responder los cuestionarios.
Otorgar consentimiento informado por escrito ante los mismos responsables de su atención rutinaria en las consultas.
Criterios de exclusión
No disponibilidad en la historia clínica de la información completa e imprescindible para establecer el diagnóstico de EPOC.
Deterioro cognitivo que significaba incapacidad para entender y responder los cuestionarios.
No otorgar consentimiento informado para participar en el estudio.

El objetivo del estudio ha sido analizar la prevalencia de depresión en pacientes con EPOC remitidos desde Atención Primaria a consultas de neumología, en un hospital de primer nivel y en otro de cuarto, así como la existencia de factores predictores que pudieran alertar de dicha posibilidad a los médicos responsables del diagnóstico y seguimiento de la EPOC.

Material y métodos

Diseño del estudio: Prospectivo de tipo transversal, con muestreo no probabilístico consecutivo; la fase de campo se llevó a cabo entre el 01 de noviembre de 2019 y el 15 de marzo de 2020. La inclusión de pacientes se interrumpió por el cierre de consultas por la incidencia COVID-19. Tras la reanudación parcial de consultas se decidió no incluir nuevos pacientes por considerar que el impacto de la pandemia en el estado anímico de los pacientes subsidiarios de inclusión ha sido importante y podría romper la homogeneidad de los resultados obtenidos hasta esa fecha. Fueron incluidos todos los pacientes con independencia de la edad, género, estadio de su EPOC o tratamiento. Los criterios de inclusión/exclusión se recogen en la [tabla 1](#).

El estudio se realizó siguiendo las recomendaciones de la declaración de Helsinki¹⁰ y se obtuvo el permiso del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud (CEIC) del centro promotor.

A los pacientes que aceptaron participar se le realizó una anamnesis respiratoria completa, una historia actualizada de tabaquismo y una espirometría con test broncodilatador para comprobar que cumplieran los criterios diagnósticos de EPOC. A todos se les realizaron el test COPD Assessment Test (CAT)¹¹ y la escala HADS¹²⁻¹⁴.

Estudio estadístico: para el análisis descriptivo se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de todas las variables cualitativas y la media y la desviación típica para las cuantitativas. La comparación de las puntuaciones se realizó mediante *t* de Student para muestras independientes.

Tabla 2 Grado de obstrucción (FEV1 postbroncodilatación)

Obstrucción	Frecuencia	Grado de obstrucción
Leve	42 (14,33%)	87,2 ± 13,3
Moderada	127 (43,34%)	60,5 ± 8,2
Grave	98 (33,45%)	41,4 ± 7,9
Muy grave	26 (8,87%)	25,1 ± 4,6

FEV1: volumen espiratorio forzado en 1 segundo.

El análisis de los factores que influyen en el diagnóstico psiquiátrico se realizó mediante regresión logística binaria. En cada situación, para conocer de manera univariante la estimación del riesgo, se utilizó el *Odds Ratio (OR)* con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

Por último, para la evaluación del conjunto de los factores predictores de depresión se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística, en el que se incluyeron las variables significativas en el análisis binario. En paralelo, se realizó otro análisis multivariante de todas las variables incluidas en el estudio.

Resultados

Entre los dos hospitales participantes en el estudio se incluyeron 293 pacientes. No se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables entre los grupos de pacientes incluidos en cada hospital. En total se incluyeron 229 hombres (78,16%) y 64 mujeres (21,8%). La edad media fue de 68,2 ± 10,3 años, mínimo de 40 y máximo de 91. El 43,3% (127) vive en el medio rural y el 56,7% (166) en el urbano. Viven solos 47 pacientes (19,5%). El peso medio fue de 74,4 ± 15,4 kg, mínimo de 38 y máximo de 165. La altura media fue de 165,8 ± 8,6 cm, mínimo de 140 y máximo de 191. El índice de masa corporal medio fue de 27, mínimo de 14 y máximo de 59.

En el momento de inclusión 93 (31,7%) aún fumaban y 200 (68,3%) no, aunque todos habían sido fumadores. La media de tiempo que los pacientes llevan fumando o habían fumado era de 39,7 ± 11,5 años. El consumo medio de cigarrillos/día era de 25,5 ± 13,6 y el índice paquetes-año (IPA) de 50,7 ± 29,9. En los exfumadores la media de años desde que dejaron de fumar fue de 11,7 ± 10,7. El tiempo medio desde el diagnóstico de EPOC hasta su inclusión fue de 6,6 ± 6,4 años.

Predominaba la disnea grados II y III en la escala mMRC (modified Medical Research Council) (29,7% y 18,9%, respectivamente); el valor medio del BODEx (Body mass, dysnea, exacerbation) fue 2,93 ± 1,99. En el último año el 47,4% de los pacientes no habían tenido agudizaciones y el 52,6% sí (número medio de 2 ± 1,4). La [tabla 2](#) recoge la gravedad de la obstrucción de la vía aérea predominando los pacientes con obstrucción moderada o grave.

Según la Guía Española de la EPOC [GesEPOC] el 64,5% de los pacientes se clasificaron como de alto riesgo y el 35,5% de bajo, el fenotipo más frecuente es el agudizador con enfisema (109 pacientes: 37,2%) y el menos el mixto (20 pacientes: 6,8%). Respecto de la clasificación *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* el grupo más frecuente, con 105 pacientes (35,8%), fue el grupo B,

Tabla 3 Variables que mostraron influencia en el análisis bivariante

Variable	Wald	Valor p	OR	IC (95%)
Género mujer	2,520	0,012	2,36	1,21 - 4,60
Vive solo	4,014	0,000	3,88	2,00 - 7,52
Edad	-2,013	0,044	0,97	0,94 - 0,99
CAT	3,627	0,000	1,08	1,03 - 1,13
BODEx	2,800	0,005	1,22	1,06 - 1,41
Obstrucción muy grave	2,398	0,016	4,70	1,32 - 16,70
Riesgo alto (GesEPOC)	3,135	0,002	3,24	1,55 - 3,78
Fenotipo agudizador (GesEPOC)	2,342	0,019	2,29	1,14 - 4,60
GOLD C	2,958	0,003	5,81	1,81 - 18,67
GOLD D	3,068	0,002	6,15	1,92 - 19,67

CAT: COPD Assessment Test; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; GesEPOC: Guía Española de la EPOC.

seguido de los C y D con 64 pacientes cada uno (21,8%). El menos frecuente fue el A (60 pacientes: 20,5%).

La puntuación media en el CAT fue de $14,6 \pm 6,9$ puntos. Se analizó el impacto clínico según la misma escala utilizada por Jiménez et al.¹⁵. Así, 83 pacientes (28,3%) no refieren impacto en su calidad de vida o es muy bajo (CAT: ≤ 10), y 210 (71,7%) sí; de ellos 162 (55,3%) tienen impacto medio (CAT: 11-20), 40 (13,6%) alto (CAT: 21-30) y 8 (2,73%) muy alto (CAT: 31-40).

La puntuación media en la escala de depresión del test HADS en el conjunto de la población incluida es de $5,62 \pm 4,8$; 197 pacientes (67,23%) tenían una puntuación ≤ 7 que es el punto de corte establecido, 26 (8,87%) de 8-9 y 70 (23,89%) ≥ 10 .

De los 293 pacientes 57 (19,45%) tenían diagnóstico clínico previo de depresión. La puntuación media en el test HADS en este grupo fue $8,38 \pm 5,56$, significativamente superior ($p = 0,000$) al grupo sin diagnóstico previo ($4,59 \pm 4,28$). La puntuación fue 3,8 puntos más alta para los pacientes con diagnóstico previo de depresión, lo que confirma la utilidad del test utilizado. Se estableció el diagnóstico de sospecha en 96 pacientes (32,6%) (puntuación en el test HADS > 7), con un valor medio de $8,61 \pm 0,5$ para los considerados posibles y de $12,67 \pm 2,3$ para los probables.

Este test permite también comparar los valores globales obtenidos por los pacientes, sumando las puntuaciones de las escalas de ansiedad y depresión. La puntuación media fue de $11,07 \pm 8,8$, con un valor mínimo de 0 y máximo de

37. Los pacientes sin diagnóstico previo muestran un valor medio de $8,80 \pm 7,65$ frente a $16,61 \pm 10,18$ en los pacientes con diagnóstico previo de depresión. La diferencia respecto al grupo no diagnosticado es significativa ($p = 0,000$), siendo 8,2 puntos superior.

Se realizaron análisis bivariante y multivariante para determinar la influencia de las variables incluidas en el estudio en la probabilidad de que los pacientes pudieran padecer una depresión. Los resultados observados en el bivariante y correspondientes a factores con influencia se recogen en la [tabla 3](#).

Las variables para las que no se observó una asociación estadísticamente significativa fueron lugar de domicilio, peso, índice de masa corporal (IMC), variables relacionadas con el consumo de tabaco, disnea, test de la marcha, exacerbaciones, grados de obstrucción leve, moderado y grave, y grados A y B de la clasificación GOLD.

Los resultados del análisis multivariante de las variables que previamente habían demostrado significación estadística en el análisis binario se recogen en la [tabla 4](#).

Se realizó también un análisis multivariante de todas las variables incluidas en el estudio. Los resultados de las que mostraron significación se recogen en la [tabla 5](#).

Las variables descritas en ambas tablas ([tablas 4 y 5](#)) resultaron ser, por tanto, las más influyentes en el diagnóstico de depresión.

Se estudiaron los valores predictivos positivo y negativo para los puntos de corte establecidos, encontrándose para

Tabla 4 Resultados del análisis multivariante de las variables que habían mostrado significación estadística en el análisis binario

Variable	Wald	Valor p	OR	IC (95%)
GÉNERO MUJER	1,833	0,067	2,19	0,94 - 5,07
VIVE SOLO	3,015	0,003	3,56	1,56 - 8,13
EDAD	-1,066	0,286	0,98	0,94 - 1,01
CAT	1,998	0,046	1,06	1,00 - 1,12
BODEx	-0,641	0,522	0,91	0,70 - 1,19
OBSTRUCCIÓN MUY GRAVE	1,07	0,285	2,54	0,46 - 14,08
RIESGO ALTO (GesEPOC)	1,347	0,178	2,15	0,70 - 6,60
FENOTIPO AGUDIZADOR (GesEPOC)	1,081	0,280	1,71	0,64 - 4,53
GOLD C	1,274	0,203	2,55	0,60 - 10,80
GOLD D	0,663	0,507	1,71	0,34 - 8,48

CAT: COPD Assessment Test; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; GesEPOC: Guía Española de la EPOC.

Tabla 5 Resultados del análisis multivariante de todas las variables incluidas en el estudio

Variable	Wald	Valor p	OR	IC (95%)
Género mujer	2,145	0,032	4,56	1,14 -18,31
Vive solo	3,167	0,002	5,94	1,97-17,92
Fumador activo	2,539	0,011	4,30	1,39 -13,26
CAT	2,239	0,025	1,10	1,01-1,21

CAT: COPD Assessment Test.

Tabla 6 Características clínicas de los pacientes incluidos en ambos estudios

	Barrueco-Otero E. 293	González Gutiérrez V. 204
Número de pacientes		
Varones	229 (78,6%)	184 (90,2%)
Edad	68,2 (40-91)	66 (34-86)
FEV1	54,8% ± 19,5	54% (17-101%)
IMC	27 (14-59)	27,64 (14,88-40)
IPA	50,7	56
Fumadores activos	93 (31,7%)	53 (26%)
Exacerbadores	154 (52,6%)	84 (41,2%)
Distancia (6 mm)	329 (50-590)	462 m (152-720)

FEV1: volumen espiratorio forzado en 1 segundo; IMC índice masa corporal; IPA índice paquetes-año; 6 mm: test de la marcha de 6 minutos.

la escala de depresión un valor predictivo positivo muy bajo (28,99) siendo el valor predictivo negativo de 88,9 y para la escala global en pacientes mayores de 65 años un valor predictivo positivo bajo (45,07) siendo el valor predictivo negativo de 85,59. Estos valores predictivos indican que el test HADS podría ser de más utilidad para descartar la sospecha diagnóstica de depresión que para identificar aquellos que pudieran padecerla.

Discusión

La depresión es una comorbilidad frecuente en los pacientes con EPOC y que, a diferencia de otras comorbilidades, como las cardiovasculares, es poco tenida en cuenta, posiblemente porque se trata de una enfermedad cuyo diagnóstico exige una entrevista clínica en una Unidad de Salud Mental y porque no existe una prueba objetiva (*gold estándar*) para establecer el diagnóstico que evitase tener que derivar al paciente a dicha Unidad.

La gran variedad de test utilizados, junto a las diferencias de las poblaciones, hace muy difícil establecer comparaciones entre estudios. Otro factor de confusión es la dificultad existente para diferenciar los cuadros clínicos de ansiedad y depresión, frecuentes ambos en pacientes con EPOC y en muchas ocasiones solapados. Nuestros resultados hacen referencia exclusivamente a los pacientes con depresión.

El rango de prevalencias es muy amplio y oscila entre el 25% de Kühl et al.¹⁶ hasta el 47% de Yohannes et al.¹⁷ o el 49% de Laurin et al.¹⁸, todos ellos estudios de referencia. Un reciente metaanálisis de Matte et al.¹⁹ en *Respiratory Medicine* analiza la prevalencia en pacientes con EPOC y en controles, siendo del 27,1% en los primeros y del 10% en los segundos, valores próximos a los observados en otro metaanálisis por Zhang et al.²⁰ (25% y el 11,7%,

respectivamente). En un estudio reciente llevado a cabo en 2018 en Shangai, Xiao et al.²¹ señalan una prevalencia del 13,1% notablemente inferior a la mayoría de las referencias previas existentes en la literatura.

Entre los autores españoles Miravittles et al.²², utilizando el cuestionario de Beck (BDI) encuentra una prevalencia de algún grado de depresión en el 74,6% de los 836 pacientes incluidos en el estudio DEPREPOC. De ellos el 51,5% tendrían depresión en grados moderado o severo. En otro estudio González et al.²³, que utiliza el test HADS, y en una población de características similares a la nuestra, encuentran una prevalencia del 39%. En nuestro caso el porcentaje de pacientes en los que se pudo establecer el diagnóstico de sospecha mediante el test de HADS fue del 32,7%, próximo al publicado por estos autores. La similitud de las poblaciones estudiadas por ambos grupos de trabajo permite comparar estrechamente los resultados de ambos estudios (tabla 6). En su estudio se pudo observar que 18 pacientes (9%) estaban diagnosticados clínicamente de depresión de forma previa a la inclusión, y finalmente se estableció el diagnóstico de sospecha en 79 pacientes (39%) y en nuestro caso estaban previamente diagnosticados 57 (19,45%) y se estableció el diagnóstico de sospecha en 96 (32,76%). En ambos estudios pasar el test HADS sirvió para incrementar notablemente la sospecha diagnóstica y justificar el envío de los pacientes a una Unidad de Salud Mental.

Las puntuaciones obtenidas en nuestros pacientes son ligeramente superiores a las de los pacientes de González et al.²³, tanto en la escala de depresión (5,62 ± 4,8 vs. 4,77 ± 3,59) como en la puntuación global (11,07 ± 8,8 vs. 10,98 ± 7,19). Es decir, que tanto en las puntuaciones observadas con el test HADS como en las prevalencias existe gran coincidencia en ambos estudios que, por otra parte, se basan en el mismo test y en poblaciones de características similares. Ambos ponen de manifiesto la alta prevalencia

de depresión en pacientes con EPOC y la utilidad del test HADS para establecer el diagnóstico de sospecha.

Una reciente publicación²⁴ en la que se analiza la prevalencia y determinantes de la EPOC en España a partir de los datos recogidos en el estudio EPISCAN II, indican en el grupo de EPOC una prevalencia del 14,5% correspondiendo el 10,1% a casos posibles y el 4,4% a casos probables, diagnósticos establecidos en base al test HADS.

Otro aspecto interesante es conocer los factores que pueden determinar la existencia de depresión en pacientes con EPOC. Los factores con significación estadística en el análisis bivalente se recogen en la [tabla 3](#). Se observa la influencia de factores personales (género o vivir solo), y factores relacionados con la gravedad de la enfermedad (grado de obstrucción, riesgo alto y fenotipo agudizador según GesEPOC, pertenecer a grupos C y D según GOLD) como los que más aumentan la probabilidad de padecer depresión.

Al realizar un análisis multivariante con las variables que habían demostrado significación en el bivalente se siguen observando niveles de probabilidad con las mismas variables, aunque lógicamente con odd ratio inferiores a las observadas en el binario. Por último, al incluir en el multivariante todas las variables recogidas en el estudio se pudo observar que ser mujer y vivir solo fueron las más determinantes.

Este tipo de estudios incluyen pocas mujeres; sin embargo, ser mujer es un factor determinante entre la población general. En nuestro estudio el 21,8% eran mujeres, porcentaje superior al observado en otros estudios, por lo que el hecho de que se reafirme como factor predictor en todos los análisis realizados otorga mayor significación a este hallazgo.

Una cuestión controvertida es la influencia de la edad ya que, *a priori*, sería plausible pensar que a mayor edad existiría mayor posibilidad de depresión como sucede en la población general. Sin embargo, en nuestro estudio observamos que la edad influía en sentido inverso: a menor edad mayor posibilidad de depresión. Este hallazgo coincide con el observado por González et al²³ que encuentran también que los pacientes más jóvenes con EPOC tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión. Junto con la influencia del género la edad es otro de los factores que merecen ser investigados con profundidad en la relación EPOC-depresión.

Algunas de estas variables han sido señaladas también como determinantes en estudios realizados en la población general, pero no hemos encontrado en la literatura estudios similares que nos permitan comparar nuestros resultados. Únicamente el estudio de Miravittles et al.²² relaciona la depresión con peor valor del CAT, aunque con OR muy inferiores a los observados en nuestros pacientes.

Como señalan Izquierdo et al.²⁵ es difícil valorar el impacto de las comorbilidades en el curso evolutivo de la EPOC en la vida real, incluyendo ingresos y mortalidades, pero posiblemente la depresión sea la menos valorada de todas, como demuestra que en el análisis mediante BIG Data de los procesos que figuran en los diagnósticos asociados al ingreso en una cuantía superior al 10% no figure la depresión, posiblemente porque no se recoge en las historias clínicas. Si en el futuro de la EPOC la calidad asistencial es clave²⁶ será preciso tener más presente, en las GPC y, especialmente, en la práctica clínica real el papel de comorbilidades como

la depresión, por lo que debería tratar de identificarse o descartarse su existencia en todos los pacientes con EPOC.

Durante muchos años se ha centrado la atención en el proceso compartido de EPOC entre atención primaria y neumología en el infradiagnóstico y la calidad de la espirometría. Como señala Perez-Manchón²⁷, más allá de la espirometría, es preciso realizar una valoración integral de la EPOC que incluya la calidad de vida y mortalidad asociada a comorbilidad y esta valoración integral debe incluir trastornos mentales como la depresión, que por otra parte condicionan la adherencia terapéutica del paciente y por tanto la propia evolución clínica.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

1. La atención al proceso asistencial EPOC es una responsabilidad compartida de atención primaria y neumología.
2. Existe un infradiagnóstico elevado de esta enfermedad.
3. La EPOC cursa con numerosas comorbilidades, entre las que se encuentra la depresión, que no es suficientemente valorada en el seguimiento de estos pacientes.

Que aporta este estudio

1. Actualización de la prevalencia de depresión en pacientes con EPOC.
2. Utilidad del test HADS para el diagnóstico de sospecha en la práctica clínica real en este tipo de pacientes.
3. Estudio de los factores predictores de depresión en pacientes con EPOC.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Aten Primaria*. 2012;44:425–37.
2. Van Manen JG, Bindels PJE, Jzermans CJ, Svan der Zee J, Bottema BJAM, Schadé E. Prevalence of comorbidity in patients with a chronic airway obstruction and controls over the age of 40. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:287–93.

3. de Miguel Díez J, Gómez García T, Puente Maestu L. Comorbilidades de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2010;46 Supl 11:20–5.
4. Izquierdo JL. Comorbilidades en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2016;52:547–8.
5. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52:69–77.
6. Divo M, Cote C, de Torres JP, Casanova C, Marin JM, Pinto-Plata V, et al. Comorbidities and Risk of Mortality in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:155–61.
7. Burgel PR, Escamilla R, Perez T, Carré P, Caillaud D, Chanez P, et al. Impact of comorbidities on COPD-specific health-related quality of life. *Respir Med*. 2013;107:233–41.
8. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:315–30.
9. Fahey P, Cochrane B, Smith S. Bidirectional Associations Between Clinically Relevant Depression or Anxiety and COPD: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest*. 2013;144:766–77.
10. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64 Asamblea General. Brasil: Fortaleza; 2013.
11. Jones PW, Tabberer M, Chen WH. Creating scenarios of the impact of COPD and their relationship to COPD Assessment Test (CAT™) scores. *BMC Pulm Med*. 2011;11:42.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–70.
13. Fahey P, Cochrane B, Smith S. Bidirectional Associations Between Clinically Relevant Depression or Anxiety and COPD: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest*. 2013;144:766–77.
14. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón MT. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anal Psicol*. 2015;31:494–503.
15. Jiménez-Ruiz C, Pascual Lledó FJ, Cícero Guerrero A, Cristóbal Fernández M, Mayayo Uribarri M, Villar Laguna C. Análisis de la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que dejan de fumar. *Semergen*. 2018;44:310–5.
16. Kühl K, Schürmann W, Rief W. Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3:727–36.
17. 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 Geriatric Psychiatry*. 2000;15:1090–6.
18. Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL, Dupuis G, Lacoste G, Cartier A, et al. Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD. *Chest*. 2007;132:148–55.
19. Matte DL, Pizzichini MM, Hoepers AT, Diaz AP, Karloh M, Dias M, et al. Prevalence of depression in COPD: a systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respir Med*. 2016;117:154–61.
20. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, Fu E, Mak A. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:217–23.
21. Xiao T, Qiu H, Chen Y, Zhou X, Wu K, Ruan X, et al. Prevalence of anxiety and depression symptoms and their associated factors in mild COPD patients from community settings, Shanghai China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2018;18:89, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1671-5>.
22. Miravittles M, Molina J, Quintano JA, Campuzano A, Pérez J, Roncero C, et al. Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD. *Respir Med*. 2014;108:1615–25.
23. González-Gutiérrez MV, Guerrero Velázquez J, Morales García C, Casas Maldonado F, Gómez Jiménez FJ, González Vargas F. Predictive Model for Anxiety and Depression in Spanish Patients with Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Bronconeumol*. 2016;52:151–7.
24. Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler JJ, García Rio F, et al. Prevalence and determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Arch Bronconeumol*. 2021;57:61–9.
25. Izquierdo JL, Morena D, González Y, Paredero JM, Pérez B, Graziani D, et al. Manejo clínico de la EPOC en situación de vida real. Análisis a partir de bigdata. *Arch Bronconeumol*. 2021;57:94–100.
26. Ancochea J, Soriano JB. COPD in Spain at the Start of a New Decade. *Arch Bronconeumol*. 2021;57:1–2.
27. Perez-Manchón D, Álvarez-García GM. Valoración integral de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Calidad de vida y mortalidad asociada a comorbilidad. *Aten Primaria*. 2017;49:255–6.