



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL GENERAL
"DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"**

**"INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
NEUMOLOGÍA CLÍNICA**

**P R E S E N T A
DR. JULIÁN CUEVA G. CANTÓN.**

DIRECTOR DE TESIS

DR. EN M.C. FAVIO GERARDO RICO MÉNDEZ.



MEXICO, D.F.

MARZO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN

M. en C. JOSE LUIS MATAMOROS TAPIA

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. en M.C. FAVIO GERARDO RICO MÉNDEZ

PROFESOR TITULAR
CURSO UNIVERSITARIO EN LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGÍA
UMAE HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CO- INVESTIGADORES

DR. CARLOS LÓPEZ ELIZALDE.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE HIGIENE MENTAL
UMAE HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. RICARDO GERARDO HIDALGO LUNA.

MÉDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE HIGIENE MENTAL.
UMAE HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. LUIS GERARDO OCHOA JIMÉNEZ.

MÉDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGÍA
UMAE HOSPITAL GENERAL "GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RESUMEN

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de depresión en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que acuden a la consulta externa del Departamento Neumología del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” Centro Médico Nacional “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México D.F.

MÉTODO: Se realizó un estudio observacional y prospectivo en 50 pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años quienes tenían el diagnóstico de EPOC de acuerdo a la clasificación del GOLD, a los que se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) determinando la incidencia y correlacionando la severidad entre ambos grupos..

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La datos fueron recabados en una hoja de calculo de Excel utilizando una PC para posteriormente analizarlos con el programa SPSS [V15] y la correlacion de ambos subgrupos por medio de la correlación de Spearman

RESULTADOS: Del total de pacientes 33 fueron hombres (66%) y 17 mujeres (34) con un promedio de edad de 58 años y rango de 35 a 81 años. La severidad de la EPOC fue la siguiente: estadio I: 8 pacientes (16%); estadio II: 20 (40%); estadio III: 3 (6%); y estadio IV: 19 (38%). El análisis global demostró que el 68% (34) de los participantes presentaron depresión, La distribución por severidad fue: de leve a moderada en el 29% (10 pacientes); de moderada a severa: en el 41 % (14) y severa en el 29 % (10) pacientes (29%).

Al analizar el grado de depresión con la clasificación del GOLD se observó que el 6% (2) se encontraba en el estadio 1; el 38% (13) en el estadio II; el 6% en el estadio 3; y para el estadio IV, el 50% (17) pacientes. Al correlacionar ambos grupos no se observó una correlación directamente proporcional, con una p : 0.856.

Los ítems del instrumento que con más frecuencia fueron respondidos como positivos fueron 4: Cansancio, fatiga, pérdida de la energía, así como cambios en los hábitos del sueño.

CONCLUSIÓN: Este estudio demuestra que cerca del 70% de los pacientes con EPOC tienen cierto grado de depresión y que existe una correlación directamente proporcional entre la severidad y el grado de depresión.

ÍNDICE

Antecedentes Científicos.....	7
Material y Métodos.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	11
Bibliografía.....	15
Gráficas.....	18

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología sistémica, cuyo componente pulmonar se caracteriza por obstrucción no completamente reversible de la vía aérea (1). Actualmente, es la 4ª causa de mortalidad a nivel mundial, y se espera que en los próximos años el impacto de la enfermedad en cuanto a morbi-mortalidad se incremente (2).

Desde hace algunos años se ha mencionado que la EPOC, más que un proceso localizado en el parénquima pulmonar debe de ser considerada como una entidad multisistémica dado los diferentes hallazgos encontrados desde el punto de vista clínico y paraclínico como: Poliglobulia, osteoporosis, disminución de la masa muscular y depresión entre otras (3).

Un punto importante y que ha sido soslayado por el personal médico ha sido la depresión, mencionándose que incide directamente sobre la calidad de vida, motivo importante en la falta de apego al tratamiento (4) y como causal de muertes después de una exacerbación (5). Algunas investigaciones han mencionado que, al agregarse la ansiedad son elementos condicionantes en el incremento en los ingresos hospitalarios (6), y por ende en los costos de atención (7).

La frecuencia exacta de la depresión se desconoce ya que varía mucho entre las diversas publicaciones existentes, que va desde un 7% a un 42% (8), esta diferencia se debe muy probablemente a la inexistencia de un instrumento que permita su estandarización (9). Sin embargo, se ha demostrado que la prevalencia es mayor en comparación a otros pacientes portadores de otras enfermedades crónicas degenerativas: diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial sistémica (HAS), la cardiopatía isquémica (CI), el cáncer (CA) y la enfermedad vascular cerebral (EVC) (10,11), e incluso es conocido que mujeres fumadoras, tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad (12). A pesar de diversas publicaciones aún no se encuentra una relación entre la gravedad de la EPOC y la presencia y severidad de la depresión (13),

La depresión es un trastorno episódico, sin embargo, frecuentemente recurrente, en donde hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que realiza la persona (11). El diagnóstico se establece de forma clínica, aunque para estudios epidemiológicos, se han utilizado diversos instrumentos, a través de los cuales se puede sospechar el diagnóstico de depresión (8).

Se han descrito diversos instrumentos para medir la depresión y EPOC entre los que contamos; *Beck Depression Inventory, BDI* (14), entrevistas directamente con psicólogos aplicando los criterios del DSM IV (11), el *Center for Epidemiological Studies Depression, CES-D* (15), el *Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD* (7), entre otros. El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) (16), ha sido el más utilizado en estudios sobre frecuencia de depresión en pacientes portadores de EPOC (17), ya que se requiere únicamente entre 5 y 10 minutos para completarlo, puede ser aplicado por un entrevistador o de forma auto administrada y utilizado en grandes poblaciones. El cuestionario tiene la característica que puede ser utilizado desde los 13 años hasta la etapa adulta e indica la presencia y el grado de síntomas depresivos, que coinciden con los del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). En nuestro país fue validado desde el año de 1998 en residentes de la Ciudad de México (18),

El objetivo del presente estudio, fue determinar la incidencia de depresión en pacientes en una muestra de pacientes con el diagnóstico establecido de EPOC y su posible correlación de acuerdo al grado de severidad.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio observacional y prospectivo, en la Clínica de EPOC del Departamento de Neumología del la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” Centro Médico Nacional “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México D.F. Previo a su realización se obtuvo la autorización del Comité de Ética e Investigación de la unidad y firmado el consentimiento informado de cada uno de los pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de sexo masculino y femenino, con edades mayores de 18 años, Los pacientes fueron reclutados de Diciembre del 2008 a Enero del 2009 y quienes tenían establecido el diagnóstico de EPOC acorde a los criterios establecidos por *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), siendo subclasificados en estadio I, II, III y IV (19). No fueron incluidos dentro del estudio los pacientes con diagnóstico previo de depresión, ni con tratamiento antidepresivo. El tamaño de la muestra fue por conveniencia.

Los pacientes fueron citados durante el periodo de estudio a las diez de la mañana donde en un consultorio con adecuada iluminación y sin interrupciones se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (16) , instruyendo al paciente para que seleccionara la frase que mejor describiese la forma como se sintió en las dos semanas previas. Con base a las respuestas obtenidas, se determinó la severidad de la misma estatificándose de la siguiente forma: ausencia, leve a moderada, moderada a severa, y severa (16). Los datos fueron recolectados en una hoja de recolección de datos y vaciados en una hoja de calculo (Excel) El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva y para determinar su correlación se utilizó la S de Spearman (20).

RESULTADOS

Se aplicaron 50 encuestas. El promedio de edad fue de 58 años (rango de 35 a 81 años), de los cuales el 66% (33) fueron hombres y el 34% (17) mujeres. La severidad de la EPOC fue clasificada como: Estadio I: 8 pacientes (16%); estadio II: 20 (40%); estadio III: 3 (6%); y estadio IV: 19 (38%). Gráfica 1.

El 68% (34) del total presentaron depresión, mientras que, el 32% (16) de los participantes se encontraban en rangos normales. La distribución por severidad de la depresión fue de leve a moderada 10 pacientes (29%); moderada a severa: 14 (41.17%); y severa 10 pacientes (29%) Gráfica 2. Y acorde al estadio de la EPOC se encontró. Estadio I: 2 pacientes (5.8%); estadio II: 13 (38.2%); estadio 3: 2 (5.8%), y estadio IV: 17 pacientes (50%). El análisis estadístico demostró que no existe una correlación directamente proporcional entre la severidad de la depresión y el grado de obstrucción al flujo aéreo, con 0.036273813, y un nivel de confianza (95%) de 0.374417662, siendo no estadísticamente significativo, con un valor de p: 0.856.

Los ítems del instrumento que con más frecuencia fueron respondidos positivamente fueron los relacionados con cansancio, fatiga, pérdida de energía, así como cambios en los hábitos del sueño. Llama la atención de que de los pacientes deprimidos el 23% de ellos respondieron positivamente al hecho de haber tenido ideas suicidas.

En cuanto a la co-morbilidad en EPOC y la presencia de depresión, 5 eran portadores de DM2 (14%), 19 de HAS (55%), 2 tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica (5.8%), y sólo 1 paciente tenía antecedente de cáncer de mama.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado en México, que identifica plenamente la asociación de depresión en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica la cual se elevó en nuestro estudio hasta un 68% cifras que contrastan con las investigaciones de van Ede L., y cols., vertidas en el año de 1999 quienes reportan una frecuencia del 42% (8).

La diferencia tan importante puede ser explicada por varios factores:

1.- Condiciones ambientales.

A) El hecho de vivir en una zona urbana y conurbada del DF con una población de cerca de 22 millones de habitantes;

B) La presencia de cerca de 4 millones de vehículos que condicionan serios problemas en la fluidez del tránsito terrestre (21);

C) El tiempo de traslado de su casa a la zona laboral lo que implica transbordar más de dos vehículos diariamente;

D) Serios problemas de contaminación ambiental lo que origina problemas la actividad física (Ejercicio) y

E) las múltiples marchas y plantones que diariamente se presentan en la ciudad de México,

2.- Condicionantes Económicos. Nuestra población en términos generales esta compuesta por pacientes de medio socio económico medio bajo y bajo los que presentan dificultad para mantener en forma decorosa a sus familia.

3.- Condicionantes Médico Sociales. Caracterizados por falta de información tanto del médico para el paciente como los Sistemas de Salud para el paciente.

4.- Físicos. A) Siendo uno de los factores más importantes ya que los pacientes se saben conocedores de una enfermedad crónica y poco reversible creando así

una inquietud constante por pensar que el diagnóstico vertido por el especialista tiene una connotación mortal;

B) A medida que avanza la edad existe un incremento de la disnea que, en los "Items", que fueron explorados se refleja aquel que se refiere a la "fatiga", misma que al incrementarse da como resultado una sensación de "minusválido" y totalmente dependiente que no acepta el paciente y

C) La administración de oxígeno suplementario apoya la invalidez y acrecienta la incapacidad para las actividades sociales y laborales. Todas estas condicionantes son elementos importantes para que el paciente presente un estado de depresión constante, que lo lleva incluso a la presencia de ideas suicidas las que se observaron en el 23% de nuestros pacientes situación que justifica plenamente un apoyo psicológico y medidas de terapéuticas del orden farmacológico amén de proporcionarle al paciente terapia ocupacional y de rehabilitación (22), por lo que, el manejo interdisciplinario de la EPOC, no debería ser ajeno a todas las instituciones de salud.

Es sabido que la depresión es una de las manifestaciones extrapulmonares de la EPOC, sin embargo, aún se desconoce su fisiopatología y aunque se han descrito varias teorías, desde: La presencia de marcadores inflamatorios; (3), La suspensión del hábito tabáquico (23), la tos persistente crónica (15); y la presencia de disnea lentamente progresiva acompañada de fatiga y sensación de dependencia (Oxígeno) e incapacidad y dependencia creciente (24).

Sea cual fuere la etiología de la depresión en pacientes con EPOC, es importante su identificación, ya que influye fuertemente en la evolución del paciente. La repercusión se circunscribe prioritariamente a la falta de apego al tratamiento, incremento en el número de ingresos hospitalarios y mala calidad de vida (4, 7). Aún más importante, es el hecho de que el tratamiento broncodilatador aún con incremento en los parámetros funcionales respiratorios, no necesariamente se acompaña de una mejoría en cuanto a los síntomas depresivos (25).

En nuestro estudio, se tuvo un mayor número de hombres que de mujeres. Lo cual probablemente sea debido a la prioridad que se le da en la familia por ser principalmente el proveedor económico. Una segunda explicación es el hecho de que el hábito tabáquico, y dada nuestra idiosincrasia, era considerado una adicción preferentemente en los hombres, aunque actualmente se considera que incluso, el hábito tabáquico es mayor en mujeres (1). Es posible que en forma futura se presenten más casos de depresión en mujeres.

Algunos autores mencionan que la frecuencia de depresión, además de estar en relación con el descenso del VEF1, es mas frecuente en mujeres que en hombres, debido muy probablemente a la mayor labilidad emocional en este género (12).

Los hallazgos vertidos de este estudio, demuestran la necesidad de explorar aún más este campo a fin de realizar las maniobras terapéuticas necesarias a fin de abatir la problemática ocasionada por la depresión que puede llegar incluso al intento de suicidio , por lo que el apoyo psicológico que se debe de ofrecer es parte fundamental para la evolución de la enfermedad e instaurar áreas de rehabilitación pulmonar con el objetivo de puede mejorar la sintomatología desde el punto de vista respiratorio y el cuadro depresivo con el que cursan los pacientes con EPOC (22, 26, 27, 28).

Un punto importante consiste en la íntima relación entre la gravedad de la depresión y la de la EPOC. En el presente estudio a pesar de lo pequeño de la población estudiada y de no encontrarse una correlación estadística, existe una tendencia directamente proporcional entre estas variables: a mayor grado de la EPOC mayor grado de depresión.

En conclusión, nuestro estudio demuestra una correlación directamente proporcional entre la gravedad de la EPOC y la Depresión Sin embargo, aún quedan muchas interrogantes, como; ¿ El tratamiento antidepressivo mejorará en una población mexicana la calidad de vida?, o ¿ Sí se logrará disminuir el número

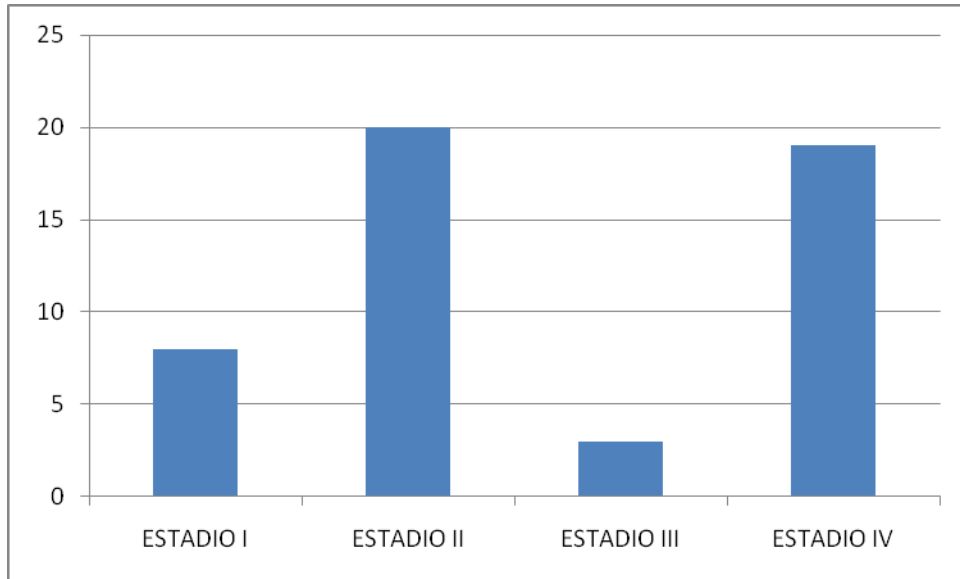
de exacerbaciones así como la severidad de la misma?,y Si un manejo adecuado podrá contribuir a un descenso en el costo total en el manejo de los pacientes portadores de EPOC?, entre otras muchas interrogantes

BIBLIOGRAFÍA:

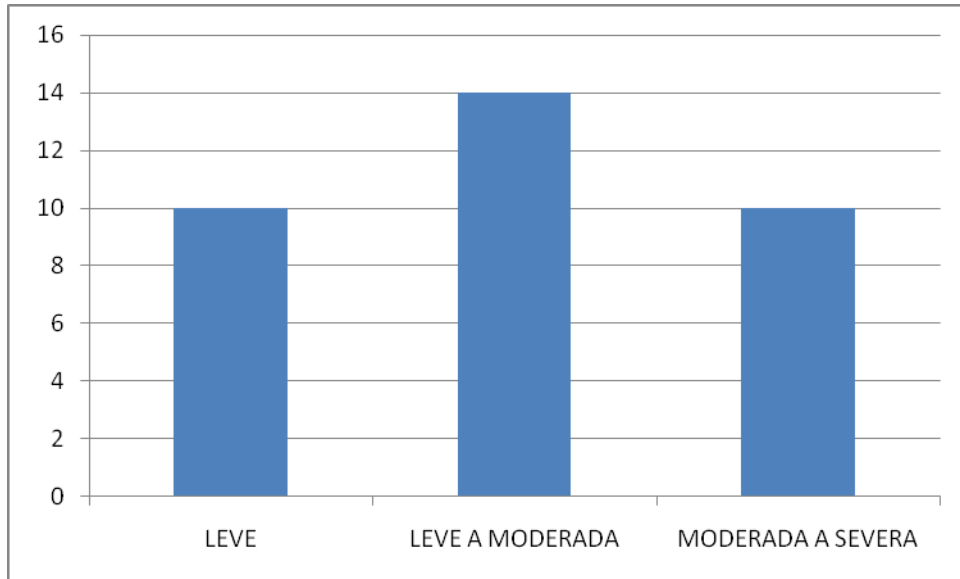
1. Mannino D. COPD. Epidemiology, Prevalence, Morbidity and Mortality, and Disease Heterogeneity. *Chest* 2002, 121: 121S-6S.
2. Mannino DM, Watt G, Hole D, y cols. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2006; 27: 627-43.
3. Wouters EFM. Chronic obstructive pulmonary disease -5: Systemic effects of COPD. *Thorax* 2002; 57: 1067-70.
4. George J, Kong DCM, Thoman R, y cols. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest* 2005; 128: 3198-204.
5. Norweg AM, Whiteson J, Demetis S, Rey M. A new functional status outcome measure of dyspnea and anxiety for adults with lung disease. *J Card Pulm Rehabil* 2006; 26: 395-404.
6. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, y cols. Risk factors for rehospitalization in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J* 2005; 26: 414-9.
7. Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest* 2002; 122: 1633-7.
8. van Ede L, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax* 1999; 54: 688-92.
9. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease. Effect on mortality, hospital readmisi3n, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007; 167: 60-7.
10. Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Depression and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Impact on survival. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:320-3.

11. American Psychiatric Association. DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson, Barcelona, 2001.
12. Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL, y cols. Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD. *Chest* 2007; 132: 148-55.
13. Light RW, Cerril EJ, Despars JA, Gordon G, Mutalipassi L. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. Relationship to functional capacity. *Chest* 1985; 87: 35-8.
14. Beck AT, Ward CH, Medelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 1961; 4: 561-71.
15. Diopinigaitis P, Tso R, Banauch G. Prevalence of depressive symptoms among patients with chronic cough. *Chest* 2006; 130: 1839-43.
16. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Inventario de depresión de Beck. Segunda Edición Manual. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2006.
17. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, y cols. Anxiety and Depression in COPD. Current understanding, unanswered questions and research needs. *Chest* 2008; 134: 43S-56S.
18. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21: 26-31.
19. De: *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2007. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
20. Dawson B, Trapo R. Bioestadística Médica, 4ª edición. Editorial Manual Moderno. México, 2005.
21. De: <http://inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005/localidad/iter/default.asp?s=est&c=10395> accesado el 02-02-09.
22. Güell R, Resqueti V, Sangenis M, y cols. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest* 2006; 129: 899-904

23. van Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, IJzermans CJ, van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002; 57: 412-6.
24. Pembroke TPI, Rasul F, Hart C, Smith GD, Stansfeld SA. Psychological distress and chronic obstructive pulmonary disease in the Renfrew and Paisley (MIDSPAN) study. *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60: 789-92.
25. Wagena EJ, Arrindell WA, Wouters EFM, van Schayck CP. Are patients with COPD psychologically distressed? *Eur Respir J* 2005; 26: 242-8.
26. Paz-Diaz H, Montes de Oca M, López JM, Celli BR. Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 86: 30-6
27. Kozora E, Tran ZV, Make B. Neurobehavioral improvement after brief rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardpulm Rehabil* 2002; 22: 426-30.
28. Williams-Hernández J. La importancia del manejo emocional ante un diagnóstico clínico desfavorable. *Neumología y Cirugía de Tórax* 2007; 66: 182-4.



GRAFICA 1. Severidad de la EPOC de los participantes en el estudio.



GRAFICA 2. Severidad de la depresión en los pacientes con EPOC.