

IMPATTO DI ANSIA E DEPRESSIONE SULLA PROGNOSI DELLE RIACUTIZZAZIONI DELLA BPCO

a cura della Redazione

Commento a: Martínez-Gestoso S, García-Sanz MT, Carreira JM, Salgado FJ, Calvo-Álvarez U, Doval-Oubiña L, Camba-Matos S, Peleteiro-Pedraza L, González-Pérez MA, Penela-Penela P, Vilas-Iglesias A, González-Barcala FJ. Impact of anxiety and depression on the prognosis of copd exacerbations. *BMC Pulm Med.* 2022 Apr 29;22(1):169. doi: 10.1186/s12890-022-01934-y. Erratum in: *BMC Pulm Med.* 2022 May 30;22(1):213. PMID: 35488330.

La gestione multidisciplinare dei pazienti è essenziale nelle malattie croniche come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), dove le comorbidità, in particolare depressione e ansia, possono compromettere la qualità della vita, influire sulla percezione dei sintomi e peggiorare la prognosi (1,2). Sebbene siano consigliate valutazioni di ansia e depressione, le quali hanno nei pazienti con BPCO una prevalenza stimata dell'8-80% e del 2-96% rispettivamente (3), il loro impatto sulla prognosi della BPCO è ancora oggetto di dibattito.

Lo studio osservazionale prospettico di Martínez-Gestoso e colleghi si propone perciò di determinare la prevalenza di queste condizioni nelle esacerbazioni acute della BPCO e di valutarne l'influenza sulla prognosi.

Lo studio è stato condotto in vari centri della Galizia (Spagna), tra ottobre 2016 e ottobre 2018 e ha coinvolto pazienti ricoverati per riacutizzazioni della BPCO. I pazienti sono stati identificati dai registri di ammissione ospedaliera, escludendo quelli con compromissione cognitiva avanzata. La diagnosi, la gravità iniziale e le esacerbazioni acute della BPCO sono state definite seguendo i criteri GOLD (4), mentre i sintomi di ansia e depressione sono stati valutati tramite la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (5). I fascicoli medici dei pazienti sono stati riesaminati un anno e mezzo dopo la conclusione del periodo di indagine per determinare il numero di ricoveri, classificati in precoci (entro i primi 15 giorni dalla dimissione) e tardivi (dal giorno 16 al termine dello studio) (6), e la mortalità.

Solo il 46,8% dei pazienti arruolati (288 su 615 pazienti) ha completato il questionario HADS ed è stato incluso nell'analisi. L'età media era di 73,7 anni (deviazione standard 10,9), con l'84,7% di sesso maschile. La prevalenza di ansia e depressione "possibi-

le" (HADS ≥ 8) era del 68,2% e 67,7% rispettivamente, mentre ansia e depressione "probabile" (HADS ≥ 11) è stata attestata rispettivamente nel 35,4% e 41,7% dei pazienti. Il 60,4% dei pazienti ha manifestato sintomi sia di ansia che di depressione. La durata media del ricovero è stata di 6,8 giorni (deviazione standard 5,6), con una mortalità ospedaliera dell'1,4%. Durante il periodo di studio, 18 pazienti (6,3%) sono stati riammessi precocemente, mentre il 41% è stato riammesso tardivamente. La mortalità a 18 mesi è stata del 47%. L'analisi univariata ha mostrato una probabilità più elevata di riammissione tardiva e una mortalità più bassa a 18 mesi nei pazienti con ansia e depressione. L'analisi multivariata ha associato la depressione probabile a un rischio più elevato di riammissione tardiva (OR 2,06, IC al 95% 1,28; 3,31), indipendentemente dalla funzione polmonare, e a un rischio più basso di mortalità a 18 mesi (OR 0,57, IC al 95% 0,37; 0,90). Non è stata riscontrata alcuna relazione significativa tra prognosi e ansia probabile o ansia/depressione possibile. Uno studio precedente ha riscontrato un lieve effetto protettivo dei disturbi d'ansia sulla mortalità ospedaliera (7). Tuttavia, la presenza di depressione sembra essere un fattore indipendente per le riacutizzazioni della BPCO, suggerendo che la sua identificazione precoce e un approccio multidisciplinare potrebbero migliorare la prognosi di entrambe le condizioni. Va notato che questo studio ha alcune limitazioni, tra cui la percentuale relativamente bassa di partecipanti e la mancanza di informazioni sul trattamento delle condizioni di ansia e depressione e su altre variabili influenti sulla prognosi. Cionondimeno, considerando l'elevata prevalenza di ansia e depressione nei pazienti affetti da BPCO, gli autori sottolineano l'importanza fondamentale di riconoscere tali condizioni nella gestione della malattia.

Bibliografia

1. García-Sanz MT, González-Barcala FJ. COPD is more than just lung function: Let's not forget depression. *Archivos de Bronconeumología* (English Edition). 2021 Aug;57(8):519–20.
2. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, et al. [Translated article] Spanish COPD guidelines (GesEPOC) 2021: Updated pharmacological treatment of stable COPD. *Arch Bronconeumol.* 2022 Jan;58(1):T69–81.



3. Blakemore A, Dickens C, Chew-Graham CA, Afzal CW, Tomenson B, Coventry PA, et al. Depression predicts emergency care use in people with chronic obstructive pulmonary disease: a large cohort study in primary care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019;14:1343–53.
4. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2021 Report. https://goldc.opd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf. Accessed 11 January 2024.
5. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25(4):277–83.
6. García-Sanz MT, Cánive-Gómez JC, García-Couceiro N, Senín-Rial L, Alonso-Acuña S, Barreiro-García A, et al. Factors associated with the incidence of serious adverse events in patients admitted with COPD acute exacerbation. *Ir J Med Sci.* 2017 May;186(2):477–83.
7. Schoepf D, Heun R. Anxiety disorders and physical comorbidity: increased prevalence but reduced relevance of specific risk factors for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015 Aug;265(5):387–98.

