



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
IULIU HAȚIEGANU  
CLUJ-NAPOCA



## RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

# CERCETARE

### Articole originale

## Factori care influențează asocierea anxietății și depresiei cu insuficiența cardiacă: studiu observațional

Asist. univ. dr. Sorina Rodica Pop<sup>1,2,5</sup>, Șef lucr. univ. dr. Sorina Livia Pop<sup>1,7</sup>, Șef de lucr. univ. dr. Codruța Mărginean<sup>1,7</sup>, Asist. univ. dr. Vlad Dascăl<sup>1,3,5</sup>, Asist. univ. dr. Bianca Olivia Cojan Mânzat<sup>1,2,5</sup>, Dr. Olimpia Simona Huluban<sup>3,5</sup>, Dr. Alexandru Țîpcu<sup>4,6</sup>, Dr. Andreea Cristina Macovei<sup>2,3,5</sup>, Conf. univ. dr. Aida Puia<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca Iuliu Hațieganu, România, <sup>2</sup>Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, <sup>3</sup>Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu" Cluj-Napoca, România, <sup>4</sup>Institutul Oncologic "Prof Dr Ion Chiricuță", Cluj-Napoca, România, <sup>5</sup>Medicină de familie, <sup>6</sup>Radioterapie, <sup>7</sup>Medicină internă

Primit: 15.01.2025 • Acceptat pentru publicare: 15.02.2025

### Rezumat

**Introducere:** Insuficiența cardiacă (IC) reprezintă o patologie cu mare amploare globală, asociată cu morbiditate și mortalitate semnificativă, capacitate funcțională redusă, calitate slabă a vieții și costuri ridicate de asistență medicală. Dintre comorbiditățile asociate IC, amintim bolile psihiatrice care sunt de multe ori subevaluate. Acest aspect este categoric îngrijorător, deoarece depresia, în rândul acestor pacienți, este o patologie comună și de lungă durată, cu potențial de înrăutățire a prognosticului.

**Scop:** Scopul cercetării este de a identifica prezența anxietății și depresiei la pacienții cu insuficiență cardiacă și de a analiza corelațiile existente între aceste tulburări psiho-emoționale și gradul insuficienței cardiace.

**Metodologie de cercetare:** Este un studiu observațional, multicentric, desfășurat pe parcursul a trei luni, care a evaluat prezența anxietății și depresiei la pacienții cu IC aflați în evidența medicului de familie. S-au înrolat pacienți cu vârsta peste 18 ani, cu diagnostic de insuficiență cardiacă confirmat de cardiolog, fără afecțiuni psihiatrice cunoscute și care au semnat consimțământul informat de participare la studiu. S-au utilizat trei chestionare: primul chestionar a cules date demografice despre pacient, cel de al doilea a înregistrat diferitele aspecte legate de boală și de îngrijire și cel de al treilea a evaluat nivelul de anxietate și de depresie al pacientului.

Pentru evaluarea anxietății și depresiei s-a fost folosit chestionarul „Hospital Anxiety and Depression Scale”. Datele referitoare la gradul insuficienței cardiace, durata de la confirmarea diagnosticului, tratamentul utilizat, numărul de consultații din ultimul an la diferiți specialiști au fost preluate din fișa medicală existentă la cabinetul medicului de familie.

**Rezultate:** Au fost înrolați 103 pacienți din 5 cabinete de medicină de familie urbane. Vârsta medie a participanților a fost 71,17±1,145. Pacienții de sex masculin au reprezentat 58,25% dintre participanți. Aproape două treimi (62,14%) dintre subiecți sunt cu IC clasa NYHA II, o treime (33,98%) IC clasa NYHA III și doar 3,88% sunt cu IC clasa NYHA IV. Durata mai mare de trei ani de la diagnosticul de IC a fost evidențiat la majoritatea pacienților din lot (78,64%). Un procent ridicat dintre pacienți (75,73%) au avut mai puțin de 3 consultații în ultimul an la medicul specialist cardiolog. Pacienții s-au prezentat pentru consultație

la medicul de familie mai frecvent: 60,19% au avut între 4-8 consultații în ultimul an și 25,24% au avut nevoie de peste 8 consultații în ultimul an la medicul de familie. Anxietatea a fost prezentă la 26,21% dintre subiecți, iar depresia s-a înregistrat la 32,04% dintre aceștia. Cu toate peste 90% dintre pacienți nu au fost consultați în ultimul an de medicul psihiatru. Gradul IC s-a corelat semnificativ statistic cu vârsta pacientului ( $p < 0.0001$ ), cu numărul de prezentări la cardiolog ( $p = 0.045$ ) și cu numărul de consultații la medicul de familie ( $p < 0.0001$ ). Atât depresia cât și anxietatea s-au corelat semnificativ statistic cu vârsta pacientului ( $p < 0.0001$ ), cu numărul de consultații la medicul de familie ( $p = 0.003$  respectiv  $p = 0.001$ ) și cu gradul IC ( $p = 0.009$  respectiv  $p = 0.007$ ). Factorii de risc pentru tulburările psiho-emoționale asociate IC sunt: vârsta, sexul feminin, statutul marital și educația scăzută.

**Concluzii:** Asocierea patologiei psiho-emoționale cu IC, este o realitate în cabinetele medicilor de familie, evaluarea acestor patologii implicând o echipă multidisciplinară. Medicul de familie este un coordonator important în identificarea tulburărilor psiho-emoționale asociate diferitelor afecțiuni cronice. Consultația medicului psihiatru reprezintă un element important în managementul pacientului cu IC.

Cuvinte cheie: *insuficiența cardiacă, depresia, anxietatea, echipa multidisciplinară*

## RESEARCH

### Original papers

#### Factors influencing the association of anxiety and depression with heart failure: an observational study

##### Abstract

**Introduction:** Heart failure (HF) is a disease with a global magnitude associated with significant morbidity and mortality. It also associated with reduced functional capacity, poor quality of life and high healthcare costs. Among the comorbidities associated with HF, psychiatric diseases are often undervalued. This aspect is definitely worrying, considering the fact that depression, among these patients is a common and persistent pathology with the potential to worsen the prognosis.

**Purpose:** The present study aimed to identify the presence of depression and anxiety in patients diagnosed with HF and to analyse the correlations between these psycho-emotional disorders and the stage of heart failure.

**Research methodology:** It is an observational, multicentre study, which assessed the presence of anxiety and depression in patients with HF submitted at general practitioner. Patients, enrolled in this study, are over 18 years with diagnosis of HF confirmed by the cardiologist, patients without psychiatric conditions and patients who signed the informed consent. Three questionnaires were used: the first questionnaire with demographic data about the subject, the second with various aspects of illness and the third which assessed the patients' level of anxiety and depression. For this, the "Hospital Anxiety and Depression Scale" questionnaire was used. The data regarding the NYHA class, the duration since diagnosis, the treatment used, and the number of consultations in the last year with different healthcare specialists were taken from the medical record at the general practitioner office. Eligibility criteria included the condition that patients have been diagnosed with HF, aged between 45-85 years, treat for cardiac pathology, without diagnosed psychiatric diseases. Exclusion criteria were patients with diagnoses in the psychiatric spectrum with or without treatment, patients with chronic alcoholism or abuse of other substances.

**Results:** 103 patients were enrolled, of which 60 (58.25%) were male. Almost two-thirds (62.14%) of the subjects had NYHA class II, and one-third (33.98%) NYHA class III. Four patients were recorded with NYHA class IV (3.88%). HF dates for the majority (78.64%) for more than 3 years. Among the evaluated patients, 75.73% presented for consultation less than 3 times in the last year to the medical specialist, but 60.19% had between 4-8 consultations with the general practitioner for problems related to HF. An anxiety score above the normal value was recorded in 26.21% of the subjects and over 32.04% had an abnormal depression score. However, 92.23% were not consulted by a psychiatrist. NYHA class of HF correlated statistically significantly with the age of the patient ( $p < 0.0001$ ), with the number of presentations to the cardiologist ( $p = 0.045$ ), with the number of consultations with the general practitioner ( $p < 0.0001$ ). The average depression score correlates with the age of the patient ( $p < 0.0001$ ) and with the number of consultations with the general practitioner ( $p = 0.003$ ). The anxiety score correlates with the patient's age ( $p < 0.0001$ ) and with the number of visits to the general practitioner ( $p = 0.001$ ). Also statistically significant correlations were between NYHA class of HF and anxiety ( $p = 0.007$ ) and depression ( $p = 0.009$ ).

**Conclusion:** Psycho-emotional pathology is by no means negligible in association with HF.

The general practitioner is an important pawn in the identification of psycho-emotional disorders associated with various chronic conditions. The multidisciplinary approach and referral to the psychiatrist for consultation is an important element of HF management that may increase the quality of life in this patients.

Keywords: *heart failure, depression, anxiety, multidisciplinary team*

## Introducere

Insuficiența cardiacă (IC) se caracterizează prin incapacitatea inimii de a pompa corespunzător sângele, în vederea menținerii unui flux sangvin satisfăcător către restul organelor. Principala cauză a IC este boala cardiacă ischemică, patologie care reprezintă și principala cauză de deces la nivel mondial (1). Se estimează că în 20230 decese printr-o boală cardiovasculară va atinge o valoare de 23 de milioane (2). În ciuda tratamentelor avansate și a monitorizării pacientului cu IC, aproape 50% dintre aceștia decedează în 5 ani de la diagnostic (3). Pacienții se confruntă cu oboseală și dispnee, toleranță redusă la efort și congestie sistemică sau pulmonară. Aceste simptome determină necesitatea internării frecvente a pacientului ceea ce determină creșterea costului de îngrijire pentru sistemul de sănătate (3). Prognosticul pacienților cu IC rămâne rezervat, o treime dintre pacienți nesupraviețuind mai mult de un an, din momentul diagnosticului (4). Raportându-ne la tiparul actual de prezentare a bolii, un model de îngrijire de succes a pacienților cu IC poate necesita o echipă multidisciplinară de clinicieni, care implementează soluții centrate pe pacient, mai degrabă decât pe specialitate, necesitând concentrare concomitentă pe impactul patologiilor pe care le poate asocia un astfel de pacient vulnerabil (5).

Dintre comorbiditățile asociate IC, tulburările psiho-emoționale sunt frecvent trecute într-un plan secundar. Prevalența semnelor clinice de deprecie în rândul pacienților cu IC este cuprinsă între 20 și 30% (5,6), 19% dintre pacienții cu IC au dezvoltat tulburare depresivă majoră, (7) dovădindu-se că de multe ori asocierea acestora poate avea un potențial dramatic asupra prognosticului pacienților cu IC (5). Depresia este un factor de risc independent pentru decompensarea cardiacă prin modificări ale funcției ventriculului stâng (8). Anxietatea se asociază insuficienței cardiace în aproximativ 13% , mai frecvent decât în populația generală (9).

Paleta de manifestări clinice care pot fi observate la acești pacienți sunt: sentimente persistente de tristețe, deznădejde, devalorizare personală, anxietate, iritabilitate sau neliniște, pierderea interesului pentru hobby-uri și activități, oboseală sau lentoare în mișcări, dificultăți de somn sau de concentrare, durere fără o cauză fizică clară, modificări ale apetitului sau ale greutății, și chiar gânduri de moarte sau sinucidere (10).

Pe de o parte, anxietatea duce la decompensare cardiacă, la apariția unor evenimente cardiace acute, influențează negativ aderența la tratament și calitatea vieții pacientului (10) iar pe de altă parte, patologia cardiacă în sine poate fi un factor declanșator al anxietății (11). Devine evidentă nevoia de screening al patologiilor psiho-emoționale pentru diagnosticul corect și pentru optimizarea tratamentului IC (12). Pacienții cu IC care asociază una din tulburările psiho-emoționale amintite au tendința la adoptarea unui comportament abuziv legat de fumat sau alcool, sunt mai predispuși la un comportament greșit, tentați să nu respecte recomandările medicilor, renunță la dieta sănătoasă, la exercițiul fizic uneori chiar la tratamentul recomandat (13).

## Scop

Scopul cercetării este de a identifica prezența anxietății și depresiei la pacienții cu IC.

## Material și metode

Studiul observațional a fost realizat în cinci cabinete de medicină de familie, pe parcursul a 3 luni (ianuarie -februarie-martie 2024) înrolând pacienții aflați în evidență cu IC care s-au prezentat pentru consultație la medicul de familie. Tabelul 1 sumarizează criteriile de includere și cele de excludere aplicate pentru constituirea lotului de pacienți.

Tabelul 1. Criteriile de eligibilitate pentru constituirea lotului de pacienți

Criterii de includere	Criterii de excludere
Pacienți confirmați cu IC de către medicul cardiolog	Pacienți fără diagnostic de IC
Pacienți cu vârsta peste 18 ani	Pacienți sub 18 ani
Pacienți fără boli psihiatrice cunoscute	Pacienți cu tulburări cognitive
Pacienți care au semnat consimțământul informat de participare la studiu	Pacienți cu diagnostic de depresie și anxietate
	Pacient cu abuz de alcool sau alte substanțe
	Pacienți care nu și-au exprimat acordul de participare

S-au utilizat trei chestionare: un chestionar care a cules datele demografice ale pacienților, al doilea a evaluat caracteristicile clinice ale bolii iar cel de al treilea a măsurat nivelul de anxietate și de depresie al fiecărui pacient.

Chestionarul demografic a înregistrat date despre vârstă, gen, mediul de locuit, educația, statut marital al pacientului.

Chestionarul clinic a înregistrat date referitoare la gradul IC, conform clasificării NYHA, durata de la stabilirea diagnosticului, numărul de consultații acordate de medicul de familie în ultimul an pentru aceste afecțiuni, numărul de consultații acordate de medicul specialist cardiolog pentru IC, numărul de internări în ultimul an pentru complicații legate de IC, numărul de consultații la medicul psihiatru în ultimul an. Aceste date au fost culese din fișa medicală a pacientului existentă la medicul de familie.

Pentru evaluarea anxietății și depresiei s-a utilizat „Hospital Anxiety and Depression Scale” elaborat de Zigmond și Snaith. Acesta este compus din 7 itemi pentru evaluarea anxietății și 7 itemi pentru evaluarea depresiei (15).

## Analiza statistică

Pentru analiza statistică s-au folosit testele Kolmogorov-Smirnov și Shapiro-Wilk. Analiza corelațiilor a fost făcută cu ajutorul testului Spearman. Compararea grupurilor a necesitat testele Mann-Whitney U și Kruskal-Wallis H. Toată analiza statistică a folosit programul IBM SPSS Statistics v.26.0.0.

## Rezultate

Lotul studiat a inclus 103 participanți selectați în funcție de criteriile de includere. Caracteristicile socio-demografice prezentate în Tabelul 2 arată că peste jumătate dintre subiecți (58.25%) au fost de sex masculin.

Majoritatea pacienților (80.58%) au provenit din mediul urban explicat prin faptul că medicii de familie participanți la aceasta cercetare au cabinetul în oraș.

Două treimi dintre participanții la studiu au fost căsătoriți, restul locuind singuri, datorită pierderii partenerului de viață (28.16%).

Doar 18.45% au fost persoane active în câmpul muncii, majoritatea fiind cu statut de pensionar. Doar 9.71% au fost pensionari de invaliditate determinată de boala cardiacă.

Vârsta medie a participanților a fost de  $71.17 \pm 11.623$  (minima 45 de ani și maxima 94 de ani). Majoritatea pacienților din lot au avut studii liceale (70.87%).

Tabel 2. Caracteristicile socio-demografice ale pacienților cu IC incluși în studiu

Variabila	Caracteristici	Eșantion N (%)
Mediul de locuit	Urban	83 (80.58%)
	Rural	20 (19.42%)
Genul	Masculin	60 (58.25%)
	Feminin	43 (41.75%)
Status marital	Căsătorit	65 (63.11%)
	Divorțat	1 (0.97%)
	Văduv	29 (28.16%)
	Singur	8 (7.77%)
Activitatea economică	Angajat	19 (18.45%)
	Pensionar de vârstă	73 (70.87%)
	Pensionar de boală	10 (9.71%)
	Nesalarat	1 (0.97%)
Educația	Studii primare	12 (11.65%)
	Studii medii	73 (70.87%)
	Studii superioare	18 (17.48%)
Vârsta medie	Medie $\pm$ SD	71,17 $\pm$ 11.623
Repartiția pe vârste	Sub 50 ani	4 (3.88%)
	Peste 50 ani	99 (96.12%)

Majoritatea pacienților (75.73%) din lotul studiat au efectuat mai puțin de 3 consultații pentru IC la medicul de specialitate în ultimul an.

Mult mai frecvente au fost consultațiile acestor pacienți la medicul de familie. Aproape două treimi dintre pacienți (60.19%) s-au prezentat în ultimul an între 4 - 8 ori și un sfert din subiecți (25.24%) au beneficiat de peste 8 consultații. Jumătate dintre acești pacienți (53.40%) nu au avut nevoie de nici o internare în spital în ultimul an.

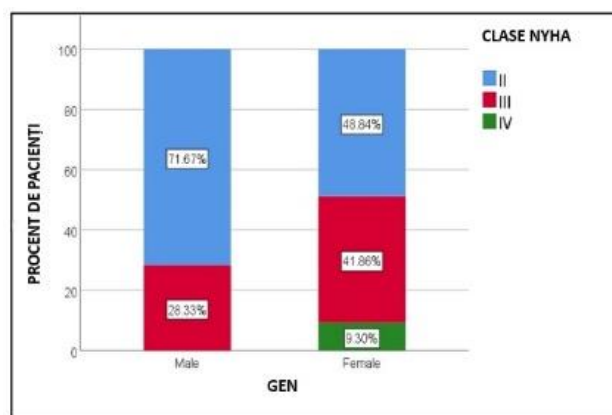
Procentul celor care au avut nevoie de mai mult de 3 internări în spital în ultimul an pentru IC a fost scăzut, doar 13.59% (Tabelul 3). Majoritatea (78,64%) au fost confirmați cu diagnosticul de IC cu mai mult de 3 ani în urmă.

Tabelul 3. Caracteristicile clinice ale pacienților incluși în lotul cercetat

Variabila	Caracteristica	Număr de subiecți N(%)
Gradul IC	Clasa NYHA II	64 (62.14%)
	Clasa NYHA III	35 (33.98%)
	Clasa NYHA IV	4 (3.88%)
Durata de la diagnosticul IC	Sub 3 ani	22 (21.36%)
	Peste 3 ani	81 (78.64%)
Numărul de consultații la cardiolog pentru IC în ultimul an	Mai puțin de 3	78 (75.73%)
	Mai mult de 3	25 (24.27%)
Numărul de consultații la MF pentru IC în ultimul an	Sub 1	1 (0.97%)
	1-3	14 (13.59%)
	4-8	62 (60.19%)
	Peste 8	26 (25.24%)
Numărul de consultații la medicul psihiatru în ultimul an	Nici una	95 (92.23%)
	Mai puțin de 3	6(5.83%)
	Mai mult de 3	2(1.94%)
Numărul de internări în spital pentru IC în ultimul an	Nici una	55(53.40%)
	Mai puțin de 3	34(33.01%)
	Mai mult de 3	14(13.59%)
Scorul de depresie (HADS)	Normal (< 7 pct)	60 (58.25%)
	Borderline (7-10 pct)	10 (9.71%)
	Patologic (>10 pct)	33 (32.04%)
Scorul de anxietate (HADS)	Normal (< 7 pct)	59 (57.28%)
	Borderline (7-10 pct)	17 (16.50%)
	Patologic (>10 pct)	27 (26.21%)

Majoritatea pacienților din lotul studiat au avut IC Clasa NYHA II (62.14%), și Clasa NYHA III (33.98%). Doar 4 pacienți (3,88%) au avut IC Clasa NYHA IV. Repartiția pacienților arată că majoritatea bărbaților (71.67%) au avut IC clasa NYHA II (Figura 1). Grupul pacienților arată o distribuție relativ egală între cele cu IC clasa NYHA II (48.84%) și cele cu IC clasa NYHA III (41.86%).

Figura 1. Distribuția pe sexe a severității IC



Semnele clinice de depresie au apărut la 32.04% dintre pacienți iar cele de anxietate la 26.21%. Majoritatea subiecților (92.23%) nu au avut nici o evaluare psihiatrică de specialitate în ultimul an. Scorul mediu de depresie și de anxietate a fost asemănător ( $7.23 \pm 5.312$  respectiv  $7.17 \pm 5.072$ ).

O parte dintre pacienți au avut scoruri borderline de depresie și de anxietate (9.71% respectiv 16.5%), evoluția acestora fiind de multe ori spre forme clinice de depresie și anxietate.

S-au analizat corelațiile existente între cele 3 entități patologice, rezultatele fiind sumarizate în Tabelul 4.

Vârsta pacientului se corelează slab pozitiv dar înalt semnificativ statistic cu scorul mediu de depresie, anxietate și cu gradul de insuficiență cardiacă ( $p < 0.0001$ ).

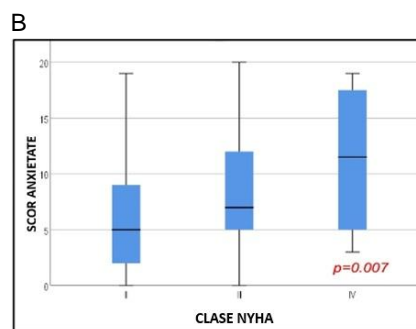
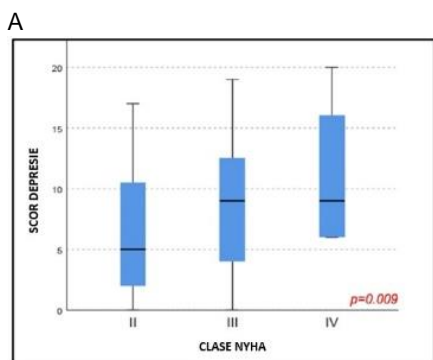
Între nivelul de educație al pacientului s-a observat că există o corelație semnificativă statistic dar slabă negativă ( $r_h = -0.236$ ;  $p = 0.016$ ) doar cu scorul mediu de depresie ceea ce arată că un nivel redus de înțelegere a bolii și a tratamentului poate duce la apariția depresiei.

Tabel 4. Corelațiile dintre insuficiența cardiacă, anxietate și depresie

Variabila	Testul Spearman	Scorul mediu de depresie	Scorul mediu de anxietate	Stadiul IC
Vârsta	Coef de corelație Valoarea p	0.347 <0.0001	0.353 <0.0001	0.369 <0.0001
Educația	Coeficient de corelație Valoarea p	-0.236 0.016	-0.160 0.107	-0.177 0.074
Stadiul IC	Coeficient de corelație Valoarea p	0.255 0.009	0.264 0.007	1.00
Nr de consultații la cardiologie în ultimul an	Coeficient de corelație Valoarea p	-0.138 0.165	-0.058 0.561	-0.19 0.045
Nr de consultații la medicul de familie în ultimul an	Coeficient de corelație Valoarea p	0.291 0.003	0.391 0.001	0.507 <0.0001
Nr consultații la psihiatru în ultimul an	Coeficient de corelație Valoarea p	0.047 0.638	0.142 0.151	0.205 0.38
Nr de internări în ultimul an	Coeficient de corelație Valoarea p	-0.059 0.554	0.192 0.052	-0.154 0.120
Scorul de depresie	Coeficient de corelație Valoarea p	1.00	0.612 <0.0001	0.255 0.009
Scorul de anxietate	Coeficient de corelație Valoarea p	0.612 <0.0001	1.00	0.264 0.007

Există o corelație semnificativă statistic între severitatea IC și scorul de anxietate și depresie ( $p = 0.007$  respectiv  $p = 0.009$ ) dar cu coeficienți slab pozitivi ( $\rho = 0.264$  respectiv  $\rho = 0.255$ ). (Figura 2). Cu cât IC este mai avansată, povara simptomelor determină simptomatologie psiho-emoțională asociată.

Figura 2. Corelația dintre gradul de insuficiență cardiacă a pacientului și scorul de depresie (A) și cel de anxietate (B)



Peste jumătate dintre pacienții cu IC clasa NYHA III și IV au mai mult de 8 prezentări la medicul de familie în ultimul an, un consult la mai puțin de 45 de zile, pentru simptome legate de patologia cardiovasculară.

S-a evidențiat o corelație pozitivă înalt semnificativă statistic între severitatea IC și numărul de prezentări la cabinetul medicului de familie ( $p < 0.0001$ ). De asemenea s-au identificat corelații semnificative statistic între numărul de vizite anuale la medicul de familie și scorul de depresie ( $p = 0.003$ ) și cel de anxietate ( $p = 0.001$ ).

S-au analizat dacă asocierea depresiei și anxietății cu IC este corelată cu anumite particularități ale pacientului (Tabelul 5).

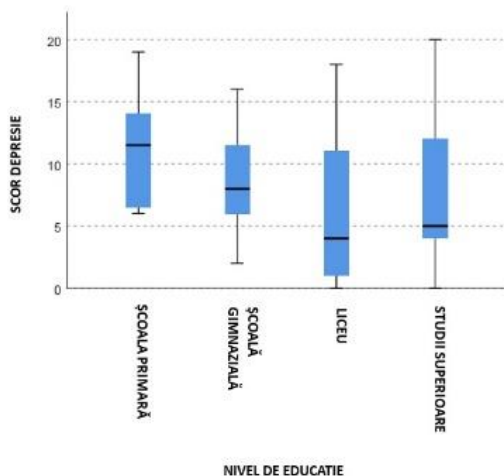
Tabelul 5. Corelațiile dintre caracteristicile pacienților și apariția anxietății și depresiei

Caracteristica	Aspecte	Scorul de depresie	p	Scorul de anxietate	p
Genul	Bărbat	5.95±5.044	0.003	5.85±4.715	0.002
	Femeie	9.02±5.212		9.00±5.033	
Mediul de locuit	Urban	7.33±5.306	0.729	7.27±4.859	0.483
	Rural	6.85±5.461		6.75±5.999	
Gradul de educație	Studii elementare	11.08±4.209	0.016	10.92±7.267	0.074
	Studii medii	8.32±3.959		7.84±3.976	
	Studii superioare	5.87±5.299		6.02±4.541	
Status marital	Căsătorit	6.35±4.540	0.005	6.63±4.632	0.087
	Văduv	10.21±6.061		8.93±5.650	
	Singur	4.50±4.000		6.00±5.155	
Intervalul de timp de la momentul diagnosticului	<3 ani	6.27±5.522	0.267	7.59±5.787	0.796
	>3 ani	7.49±5.259		7.05±4.894	

Semnificativ statistic persoanele de sex feminin cu IC dezvoltă depresie ( $p = 0.003$ ) și anxietate ( $p = 0.002$ ) mai mult decât populația de sex masculin.

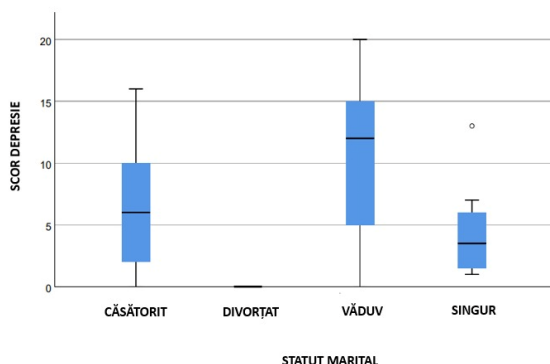
Datorită dificultăților de înțelegere a informațiilor furnizate despre boală, persoanele cu educație redusă au avut un scor mediu de depresie semnificativ mai mare decât cei cu educație medie și superioară ( $p = 0.016$ ) (Figura 3).

Figura 3. Corelația dintre scorul de depresie și gradul de educație a pacientului ( $p=0.016$ )



Persoanele văduve au înregistrat scoruri de depresie semnificativ mai mari față de cei căsătoriți datorită stresorilor cumulați ( $p=0.005$ ) (Figura 4).

Figura 4. Corelația dintre scorul de depresie și statutul marital al pacientului ( $p=0.005$ )



## Discuții

Studiul efectuat arată că frecvența cu care apare depresia în rândul pacienților cu IC din România este de 32.04%, fiind mai mare decât rezultatele altor studii similare unde aceasta este între 21,5% - 30% (6,15). Depresia este considerată un puternic factor independent de risc pentru dezvoltarea IC chiar la pacienți fără boala cardiacă, riscul fiind estimat la 46% față de subiecții sănătoși (16). Prin mecanisme încă neelucidate complet, depresia determină decompensarea cardiovasculară, apariția de evenimente cardiace recurente, crește numărul de spitalizări, scade calitatea vieții pacientului, înrăutățește prognosticul pacientului cu IC și crește mortalitatea prin această boală (5,17). Activarea trombocitelor și creșterea markerilor inflamatori reprezintă mecanisme patogenetice comune ale IC și depresiei. (18)

Peste un sfert dintre pacienții cu IC din lotul cercetat au experimentat diferite grade de anxietate, aproape dublu (26.21%) față de procentul arătat de alte studii din literatura (16,17). Anxietatea determină în special apariția evenimentelor cardiovasculare acute prin mecanisme puțin cunoscute. Peste două treimi dintre pacienți relatează diferite îngrijorări cu privire la incertitudinea evoluției bolii. Este de remarcat procentul de 10-15% de pacienți cu scor borderline de anxietate și depresie a căror screening este important deoarece intervențiile precoce de consiliere psihologică, comunicare asupra bolii, tratamentului și evoluției ar avea efect benefic în prevenirea apariției formelor clinice (19).

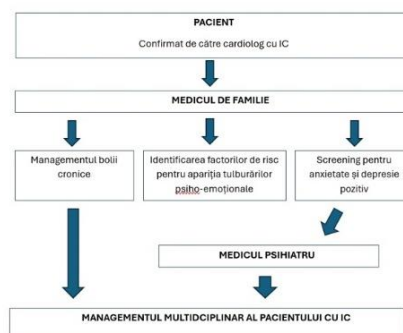
Pornind de la acest fapt dovedit pentru populația din România, am căutat factori care ar putea explica asocierea mai frecventă a tulburărilor psiho-emoționale cu IC. Corelațiile efectuate a arătat că persoanele de sex feminin sunt mai vulnerabile pentru dezvoltarea depresiei și anxietății ( $p=0.003$  respectiv  $p=0.002$ ). Persoanele văduve au avut un scor de depresie semnificativ mai mare față de persoanele căsătorite și chiar față de persoanele singure ( $p=0.005$ ). Acestea au un fond emoțional afectat prin pierderea partenerului de viață și adaptarea la patologia cardiovasculară este mult afectată determinând evoluție reciproc nefavorabilă. Educația elementară stă la baza unui scor mare de depresie datorită dificultăților de înțelegere a informațiilor legate de boală.

Din nefericire, atât anxietatea cât și depresia determină modificări comportamentale nedorite ale pacienților cu IC: reducerea aderenței la schimbarea stilului de viață, renunțarea la dietă și la exercițiile fizice, adoptarea unei vieți sedentare, nepăsare față de tot ce se întâmplă, reluarea fumatului, consumului de alcool sau substanțe nocive, abuz de medicamente, renunțarea la socializare, izolare (19,20).

Vârsta pacientului reprezintă un risc important și nemodificabil atât pentru IC cât și pentru patologia psihiatrică. Cu atât mai mult, pe măsură ce vârsta și boala înaintază, atenția trebuie îndreptată și spre tulburările psiho-emoționale asociate care pot să înrăutățească prognosticul pacientului cu IC.

Este nevoie de un management multidisciplinar al pacientului cu insuficiență cardiacă, echipă în care medicul de familie are rol important de coordonator (Figura 5).

Figura 5. Algoritmul de management multidisciplinar al pacientului cu IC



Medicul de familie este primul solicitat de către pacient atunci când apar simptome legate de patologia cardiovasculară. Prezentarea pacientului la medicul specialist cardiolog sau internist se face fie pentru controlul planificat în vederea evaluării clinice și a conduitei terapeutice, fie pentru apariția de simptome și semne clinice de decompensare cardiovasculară.

De multe ori simptomatologia apărută are la baza anumite tulburări psiho-emoționale care sunt somatizate de către pacient. Se observă numărul mare de consultații anuale la medicul de familie care se corelează cu stadiile avansate ale IC dar și cu scorul de anxietate și depresie.

Evaluarea holistică efectuată de medicului de familie este esențială având următoarele obiective:

- identificarea corectă a semnelor de decompensare cardiovasculară;
- screeningul anxietății și depresiei;
- identificarea factorilor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor psiho-emoționale.

Ghidurile europene sugerează importanța utilizării precoce de instrumente de depistare a tulburărilor psiho-emoționale pentru un bun management corect al insuficienței cardiace. (21,22,23). Un instrument util și simplu de utilizat în practica clinică este HADS.

Echipe multidisciplinare trebuie completată cu medicul psihiatru care alături de cardiolog, medicul internist și medicul de familie să asigure un management de calitate a IC. Medicul de familie își păstrează rolul de coordonator al îngrijirii asigurând consultația de prim contact și recomandarea atitudinii corecte de gestionare a pacientului.

### Concluzii

Anxietatea și depresia reprezintă comorbidități asociate frecvent cu IC, asociere care poate influența negativ evoluția bolii.

Medicul de familie are un rol deosebit de important în identificarea obiectivă a anxietății și depresiei, consultația de monitorizare a IC fiind un moment oportun pentru evaluarea tulburărilor psiho-emoționale a pacientului cardiac.

Folosirea unui instrument validat de evaluare a depresiei și anxietății poate identifica atât formele clinice cât și prezența unor aspecte subclinice, ceea ce permite o identificare timpurie a tulburărilor psiho-emoționale la pacienții cu IC.

**Acknowledgments:** Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

**Conflict de interese:** nu există

### Bibliografie

1. Biswas S, Malik AH, Bandyopadhyay D, Gupta R, Goel A, Briasoulis A, et al. Meta-analysis Comparing the Efficacy of Dobutamine Versus Milrinone in Acute Decompensated Heart

- Failure and Cardiogenic Shock. *Curr Probl Cardiol.* 2023;48(8):101245.
2. Fawzy AM, Lip GYH. Cardiovascular disease prevention: Risk factor modification at the heart of the matter. *Lancet Reg Health West Pac.* 2021;17:100291.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2014;129:e28–e292.
4. McDonald M, Virani S, Chan M, Ducharme A, Ezekowitz JA, Giannetti N, et al. CCS/CHFS Heart Failure Guidelines Update: Defining a New Pharmacologic Standard of Care for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *Can J Cardiol.* 2021;37(4):531-546.
5. Lee D, Masoudi FA, McKelvie R, Parent MC, Poon S, Rajda M, et al. CCS/CHFS Heart Failure Guidelines Update: Defining a New Pharmacologic Standard of Care for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *Can J Cardiol.* 2021;37(4):531-546.
6. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023 Jan 18;118(17):3272-3287. Available from: doi: 10.1093/cvr/cvac013. Erratum in: *Cardiovasc Res.* 2023 Jun 13;119(6):1453.
7. Sokoreli I, de Vries JJ, Pauws SC, Steyerberg EW. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev* 2016; 21: 49–63.
8. Sullivan M, Levy WC, Russo JE, Spertus JA. Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. *J Card Fail.* 2004;10:390–6.
9. Sbolli M, Fiuzat M, Cani D, O'Connor CM. Depression and heart failure: the lonely comorbidity. *Eur J Heart Fail.* 2020 Nov;22(11):2007-2017. Available from: doi: 10.1002/ejhf.1865. Epub 2020 May 29. PMID: 32468714.
10. Easton K, Coventry P, Lovell K, Carter LA, Deaton C. Prevalence and measurement of anxiety in samples of patients with heart failure: meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31:367–79
11. Kim YH, Kim SH, Lim SY, Cho GY, Baik IK, Lim HE, et al. Relationship between depression and subclinical left ventricular changes in the general population. *Heart.* 2012;98(18):1378-83.
12. Stewart GC, Cascino T, Richards B, Khalatbari S, Mann DL, Taddei-Peters WC, et al. Ambulatory advanced heart failure in women: a report from the REVIVAL registry. *JACC Heart Fail* 2019;7: 602–611.
13. Zhang X, Zhao Q, Wang M, Yang M, Fan X. Fear of movement and its associated psychosocial factors in heart failure patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2023;22(3):273-281.
14. Rashid S, Qureshi AG, Noor TA, Yaseen K, Sheikh MAA, Malik M, et al. Anxiety and Depression in Heart Failure: An Updated Review. *Curr Probl Cardiol.* 2023;48(11):101987
15. Huffman JC, Smith FA, Fricchione GL, Januzzi JL, Nadelman S, Pirl WF. Depression and failure of cholesterol lowering after acute myocardial infarction. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12.
16. Pop RS, Mosoiu DV, Puia A, Tint D. Comparison of the Burden Evolution of the Family Caregivers for Patients With Cancer and Nononcological Diseases Who Need Palliative Care: A Prospective Longitudinal Study. *Palliat Med Rep.* 2023;4(1):161-168.
17. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harv Rev Psychiatry.* 2018;26(4):175-184.
18. Van der Kooy K, van Hout H, Marwijk H, Marten H, Stehouwer C, Beekman A. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(7):613-26.
19. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaulden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med.* 2001;161(15):1849-56.
20. Mommersteeg PMC, Schoemaker RG, Naudé PJW, Eisel ULM, Garrelds IM, Schalkwijk CG, et al. Depression and markers of

- inflammation as predictors of all-cause mortality in heart failure. *Brain Behav Immun*. 2016;57:144-150.
21. Campbell P, Rutten FH, Lee MM, Hawkins NM, Petrie MC. Heart failure with preserved ejection fraction: everything the clinician needs to know. *Lancet*. 2024;403(10431):1083-1092. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(23)02756-3. Epub 2024 Feb 14. Erratum in: *Lancet*. 2024 Mar 16;403(10431):1026.
  22. Mazón-Ramos P, Álvarez-Álvarez B, Ameixiras-Cundins C, Portela-Romero M, García-Vega D, Rigueiro-Veloso P, et al. An electronic consultation program impacts on heart failure patients' prognosis: implications for heart failure care. *ESC Heart Fail*. 2022;9(6):4150-4159.
  23. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-2200. Available from: doi: 10.1093/eurheartj/ehw128. Epub 2016 May 20. Erratum in: *Eur Heart J*. 2018 Mar 7;39(10):860. doi: 10.1093/eurheartj/ehw383. PMID: 27206819.