

¿Qué Calidad de Vida tienen nuestros asmáticos?

*Aplicación de la Versión Española Reducida del "ASTHMA
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE" (AQLQ) O MINI-AQLQ.*

Autor: Judit Méndez Gómez

Director: Dr. Xavier Flor Escriche

Treball de Recerca: Convocatoria Junio 2010

Departament de Medicina/UAB

CERTIFICAT DEL DIRECTOR O CO-DIRECTOR DEL TREBALL DE RECERCA

El doctor **Xavier Flor Escriche**, especialista en Medicina Familiar i Comunitària, coordinador docent del CAP Chafarinas, professor Associat i doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona, fa constar,

Que el treball titulat *¿Qué Calidad de Vida tienen nuestros asmáticos? Aplicación de la Versión Española Reducida del “Asthma quality of life questionnaire (AQLQ) o Mini-AQLQ”* ha estat realitzat sota la meva direcció per la llicenciada **Judit Méndez Gómez**, trobant-se en condicions per poder ser presentat com a treball d’investigació de 12 crèdits, dins el programa de doctorat de Medicina interna (curs 2009-2010), a la convocatoria de juny.

Barcelona, vint-i-cinc de Maig de dos mil deu

ÍNDICE:

❖ Resumen	4
❖ Introducción	5-9
❖ Objetivos	9
❖ Impacto potencial esperado	9
❖ Material y Métodos:	
• Diseño y ámbito	10
• Muestra y selección de pacientes	10
• Criterios de exclusión	11
• Medidas e intervenciones	11-12
• Análisis de datos	13
❖ Resultados	13-14
❖ Conclusiones	15
❖ Discusión	16-18
❖ Anexos	19-23
❖ Bibliografía	24-27
❖ Agradecimientos	27

RESUMEN:

OBJETIVO:

Estudiar la calidad de vida (CV) de pacientes asmáticos y su relación con las diferentes variables.

MATERIAL Y MÉTODOS:

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo transversal

ÁMBITO DEL ESTUDIO: Centro urbano de Atención Primaria.

MUESTRA: 536 asmáticos registrados de entre 17 y 70 años

MEDIDAS E INTERVENCIONES:

Aplicación del Mini-AQLQ y análisis de las variables: edad, sexo, tabaquismo, patologías crónicas más prevalentes, ansiedad y/o depresión, rinitis alérgica, tipo de asma y grado de control. El Mini-AQLQ valora la CV en una escala del 1 al 7 (15 preguntas), donde 1 supone el mayor grado de discapacidad y 7 el mayor grado de autonomía. Todas las variables se recogieron del programa informático del centro con excepción del número de ingresos hospitalarios, tabaquismo, Índice de Masa Corporal (IMC), grado de control del asma y nivel de estudios, proporcionados por el propio paciente.

RESULTADOS

Edad media: 44,3 años (DE 17,2). Mujeres 71,3%. Según nivel de gravedad: Asma intermitente 55,4%, Persistente Leve 16,1%, Persistente Moderado 28,5%. Según el grado de control: Buen control 62,3%, Control Parcial 23%, No control 14,3%. Rinitis alérgica asociada: 38,5%. Media ingresos hospitalarios 0,13 (DE 0,75).

Existe relación estadísticamente significativa entre CV y tipo de asma ($p<0,001$) y CV y grado de control ($p<0,001$). Se observa también relación entre CV y asociación con ansiedad ($p=0,01$) y depresión ($p<0,001$).

CONCLUSIÓN:

A mayor gravedad y peor control del asma, peor CV. La asociación de asma con ansiedad y/o depresión comporta una peor CV. No se han observado diferencias con el resto de variables analizadas (tabaquismo, rinitis, lumbalgia, osteoporosis, artrosis, HTA, DLP, DM, glaucoma, FA), ni entre sexos ni grupos de edad.

Palabras claves : Asma, calidad de vida, Mini-AQLQ, atención primaria

INTRODUCCIÓN:

Desde la antigüedad son muchos los científicos que ya hacen mención a lo que hoy conocemos como asma. El término de asma propiamente dicho proviene del griego y significa “ahogante”, “dificultad en la respiración”. En la actualidad se define el asma como una *enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por una inflamación de las vías aéreas, en la que existe una amplia variedad de estímulos que pueden desencadenar una hiperrespuesta con la correspondiente obstrucción bronquial, que da lugar a una clínica de disnea, tos y sibilantes principalmente*^(1,2). Sin embargo esta definición anatómo-funcional del asma no incluye el aspecto de bienestar social, psicológico, laboral y de relación, datos subjetivos e indicadores de calidad de vida (CV).

Su prevalencia es elevada, aunque infradiagnosticada, y presenta una gran variabilidad geográfica, siendo más prevalente en regiones urbanas, y afectando sobre todo a extremos de edad (niños y ancianos). Se estima, según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, que actualmente podría estar afectando entre 100 y 150 millones de personas, con una mortalidad directa anual de 2 millones de personas. En la actualidad disponemos de dos grandes estudios, el European Community Respiratory Health Survey (ECRHS DE 1996)⁽⁴⁾, que estudia población adulta joven, y el International Study on Asthma and Allaergies in Children (ISAAC DE 1999)⁽⁵⁾, que estudia niños. En España a través del Estudio Europeo del Asma⁽⁶⁾, se observó una tasa del 1% en Huelva, un 1,1% en Galdakao, un 1,7% en Oviedo, un 3,5% en Barcelona a un 4,7% en Albacete. En el reciente trabajo de Martínez FD⁽⁷⁾ la prevalencia internacional se incrementa de forma progresiva en la segunda mitad del siglo pasado

para estabilizarse en el año 2001-2003 en el 7,3% i 6,9% de la población respectivamente.

Se trata de una enfermedad potencialmente mortal, pero que gracias al avance farmacológico de las últimas décadas ha pasado a ser una enfermedad crónica en la que su buen control condicionará la calidad de vida del paciente. En este punto los profesionales sanitarios jugamos un papel importante. No únicamente es necesario conocer la fisiopatología y los diferentes tratamientos, sino también es relevante tener la habilidad de instruir correctamente al paciente para su buen control, implicándolo en el conocimiento de la enfermedad, utilización de una técnica inhalatoria correcta, en definitiva, ayudar a aprender a convivir con esta patología. Con un abordaje correcto del proceso es una de las enfermedades crónicas más agradecidas, ya que en la mayoría de casos el enfermo recupera los parámetros de buen control de forma rápida.

En los últimos decenios el concepto, la fisiopatología, las pautas de tratamiento y, en general, el manejo del asma, han cambiado de forma importante. El asma ha pasado de ser una enfermedad aguda, que cursaba con crisis, a ser de evolución crónica, lo cual ha obligado a los profesionales a utilizar técnicas de educación sanitaria para su control óptimo ⁽¹⁾. La obstrucción ha sido considerada como el mecanismo fisiopatológico más importante del asma, si bien actualmente sabemos que es el resultado final de un complejo proceso, que tiene su raíz en la inflamación de las vías aéreas. Este concepto de que la inflamación es el mecanismo más importante en la fisiopatología del asma ha sido demostrado no tan sólo con los estudios histoquímicas, sino también con la mejoría clínica de los pacientes y la normalización de la estructura del epitelio bronquial con el tratamiento con antiinflamatorios, sobre todo con los corticoesteroides ^(1,2,3),

constituyendo un “antes y un después” tras la introducción de estos fármacos en su tratamiento. La variabilidad es una característica típica de esta enfermedad. Ésta se observa en la distribución de la prevalencia, en la presentación de síntomas, en el grado de obstrucción bronquial, en la necesidad de fármacos, en la implicación de los diferentes factores desencadenantes. Actualmente los fármacos para el asma son muy eficaces y sabemos cómo combinarlos para obtener el mayor beneficio. Ahora bien, ¿Para qué nos sirven todos estos aspectos sí no ponemos en práctica un plan de educación sanitaria con nuestro enfermo? Todos estos apartados son imprescindibles para que el asmático alcance un correcto control de su enfermedad, con una buena **calidad de vida** acorde con los nuevos conocimientos científicos. Pese a los esfuerzos de muchas sociedades científicas para mejorar el manejo del asma, que pasa por una mayor formación del personal sanitario, una organización interdisciplinaria y la concienciación de la importancia de la enfermedad como problema de salud, todavía no se ha conseguido de forma satisfactoria ^(1,2,3).

Además la mayoría de las muertes por asma podrían evitarse. En comparación con la de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la mortalidad por asma es baja. La mortalidad se incrementa en el periodo 1980 a 1995 para volver a disminuir en el periodo 2001-2004. con la particularidad de que las muertes ocurrían en pacientes de edad superior o igual a 65 años y en mujeres ⁽⁷⁾. En España, la mortalidad por asma es muy inferior a la del resto de Europa, para el grupo de edad de 5-34 años, la tasa de mortalidad oscila entre $0,15 \pm 0,29$ por 100.000 habitantes en 1983 a $0,30 \pm 0,004/100.000$ habitantes en 1989. En general, se considera que un 50% del coste total de la enfermedad está ocasionado por los costes directos, y el otro 50%, por los indirectos. Un buen diagnóstico, tratamiento y control puede mejorar la **calidad de vida**

del paciente y minimizar los costes sociales y económicos ⁽⁸⁾. Juega un papel muy importante la educación sanitaria ⁽⁹⁾.

Es conocido que ciertos **factores pueden influir** sobre la calidad de vida de los pacientes asmáticos, tales como las exacerbaciones ⁽³⁾, los ingresos hospitalarios debidos al asma, el índice de masa corporal (IMC) ^(10,11), el tabaquismo, la edad, el sexo, la asociación con otras patologías crónicas o con patologías psiquiátricas (ansiedad y/o depresión) ⁽¹²⁾, el nivel socioeconómico ⁽¹³⁾ o el efecto de programas educacionales ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾ entre otros ⁽¹⁶⁾. El cuestionario de AQLQ (Juniper) es un buen instrumento validado de estudio en la calidad de vida de los asmáticos ^(15,17).

Existe también cierta evidencia que sugiere que existe relación entre asma y aumento de la sintomatología psiquiátrica y trastornos mentales (TSM), aunque la validez, la fuerza y la especificidad de estas relaciones no están bien establecidas, y menos en el ámbito de la atención primaria ^(18,19,20,21,22). En un estudio realizado en la ciudad de Barcelona ⁽²³⁾ con una muestra de 338 asmáticos mayores de 14 años, 31,1 % presentaron diagnóstico de TSM. Entre ellos: trastorno depresivo 43,5%, Trastorno por ansiedad 40,6%, Trastorno somatoform 3,9%, Trastorno bipolar 0,8% y otros en el 10,9%. Los pacientes con asma de tipo más grave presentaron más prevalencia de TSM(p:0,001). Los asmáticos con TSM sufrían más crisis (p:0,005) y necesitaron más medicación broncodilatadora de rescate (p: 0,053). Por esto pensamos que existe una alta prevalencia de TSM en la población asmática con predominio de trastornos depresivos. Los pacientes con diagnóstico de TSM presentan más crisis y mayor necesidad de broncodilatadores de rescate ⁽²³⁾ y probablemente una peor **calidad de vida**.

Existe pues una relación entre la calidad de vida de los pacientes con asma y sus diferentes dimensiones (síntomas, limitación de actividades, función emocional, y estímulos ambientales) y variables clínicas (gravedad del asma , tipo de asma , ingresos por asma, exacerbaciones). Se desconoce la influencia de estos factores en la calidad de vida de los pacientes asmáticos de nuestro centro, por este motivo y bajo la **hipótesis** de que intervienen en cuanto a una peor calidad de vida se realiza este estudio.

OBJETIVO:

1. Describir la calidad de vida de los pacientes asmáticos mediante el cuestionario mini-AQLQ y sus diversas dimensiones.
2. Estudiar la relación entre calidad de vida y la influencia que tienen diferentes variables.

IMPACTO POTENCIAL ESPERADO:

Consideramos que detectar un estado de mala calidad de vida en nuestros asmáticos podría contribuir a optimizar el tratamiento. Los pacientes se adaptan a su limitación y muchos no consultan al profesional sanitario correspondiente. Revisando la literatura no se encuentran estudios realizados en el ámbito de atención primaria que relacionaran calidad de vida con asma.

Por otro lado se desconoce también la influencia real de ciertas variables, mencionadas anteriormente y que se desarrollarán en apartados siguientes. Por este motivo y bajo la hipótesis de que podrían influir negativamente en la calidad de vida de nuestros pacientes se realiza este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño y ámbito:

Se realizó un estudio Transversal descriptivo en un centro urbano de Atención Primaria de Barcelona que atiende una población asignada de 17500 personas mayores de 15 años con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Muestra y Selección de los pacientes:

Todos los asmáticos de entre 17 y 70 años asignados al centro y con diagnóstico de asma al menos en el último año previo al inicio del estudio. Se escogió este rango de edad debido a que el cuestionario con el que se trabajó únicamente está validado para el mismo. Se decide trabajar con toda la muestra ya que se acepta un porcentaje de pérdidas del 40 % según datos publicados en anteriores trabajos con la misma población⁽¹⁶⁾. Los pacientes fueron seleccionados a partir del registro informático (eCAP) de pacientes asmáticos (Código J 45) del centro, siendo reclutados de manera consecutiva hasta completar el tamaño muestral requerido. El tamaño de la muestra se decidió en función de un error alfa bilateral de 0,05, una precisión mínima de 0,07, asumiendo el peor caso posible ($p=0,5$) precisándose para ello un mínimo de 196 pacientes.

Criterios de exclusión:

Fueron los siguientes: los clasificados como asma grave (puesto que la mayoría son controlados a nivel hospitalario); los que se negaran a participar; aquellos con dificultad para trasladarse al centro; los que presentasen alguna de las siguientes patologías: demencia, trastornos mentales graves (TSM), disminuidos psíquicos, alteraciones neurológicas discapacitantes y neoplasias terminales; y también aquellos en los que existiese una barrera idiomática importante y enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias y fibrosis pulmonar.

Se consideraron pérdidas del estudio el no localizar a los pacientes después de siete intentos vía telefónica en diferentes horarios y los que no acudiesen después de citarlos dos veces.

Medidas e intervenciones:

El estudio fue precedido de una prueba piloto de 20 pacientes, seleccionados aleatoriamente con el fin de detectar errores del diseño y entrenar a los encuestadores. El protocolo fue llenado por el personal sanitario participante en el estudio. Se recogieron las siguientes variables:

1. Variables descriptivas: edad, sexo, hábito tabáquico, número de patologías crónicas asociadas que puedan darse en ambos sexos de entre las 10 más prevalentes de la zona, trastorno psiquiátrico asociado (ansiedad y/o depresión), existencia de rinitis alérgica, IMC y nivel de estudios.
2. Variables relacionadas con el asma: tipo de asma, número de ingresos hospitalarios relacionados con el asma, exacerbaciones en los últimos tres años.

3. Variables relacionadas con la calidad de vida: dimensión de síntomas, limitación de actividades, función emocional y dimensión de estímulos ambientales.

Todas las variables fueron recogidas a través del programa informático del centro con excepción del número de ingresos hospitalarios, hábito tabáquico, IMC, grado de control del asma y nivel de estudios, que fueron proporcionadas por el propio paciente (Hoja de recogida de datos: **anexo 1**). Los pacientes fueron clasificados en función de la gravedad y del grado de control del asma siguiendo los criterios de la GINA 2006 ⁽¹⁾. Por definición, una exacerbación en cualquier semana la convierte en una semana con asma no controlada. En cuanto al grado control, las preguntas al respecto fueron analizadas haciendo referencia a la sintomatología del mes previo (**Anexo 2**).

Para valorar la CV se administró la versión española reducida del “Asthma Quality of Life Questionnaire” (AQLQ) o Mini-AQLQ ⁽¹⁷⁾, que consta de 15 preguntas validadas, valoradas en una escala del 1 al 7 (donde 1 representa el mayor grado de discapacidad y 7 el mayor grado de autonomía), agrupadas dentro de cuatro áreas: síntomas, limitación de actividades, función emocional y estímulos ambientales (**Anexo 2**). Al tratarse de un cuestionario autoadministrado, en aquellos pacientes con dificultades para su lectura (analfabetos, déficits visuales) se procedió a la lectura literal del mismo. Si el paciente presentaba una crisis asmática en el momento del contacto telefónico se contactó nuevamente después de un mes tal y como recomienda la versión original del cuestionario.

Análisis de datos:

El análisis de datos se realizó con el programa informático SPSS 12.0. Las proporciones se compararon mediante la prueba de la *ji al cuadrado* y las medias mediante la *t de Student-Fisher* o las pruebas correspondientes si no se cumplieron sus condiciones de aplicación. La correlación entre el cuestionario Mini-AQLQ y las variables del estudio se llevó a cabo mediante el *coeficiente de correlación de Spearman*. El estudio de los factores asociados a la calidad de vida, se realizó mediante el *cálculo de las odds ratio (OR)*, acompañadas de su intervalo de confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariante mediante modelos de regresión logística, en la cual la variable dependiente fue el resultado del test Mini-AQLQ y las variables independientes aquellas significativas en el análisis bivariante y aquellos que se consideraron significativas a nivel clínico. Se consideró estadísticamente significativo cualquier resultado con una $p<0,05$.

RESULTADOS:

De 536 asmáticos registrados y después de aplicar los criterios de inclusión, se analizaron 250 entre 17-70 años. La edad media fue de 44,3 años (DE 17,2), 71,3% de las cuales fueron mujeres (**Tabla 1**). Según el nivel de estudios se encontró: analfabetos 6,1%, estudios primarios 45,9%, secundarios 37,7%, diplomaturas 5,7%, y licenciaturas universitarias en el 4,1%.

El 19,3% de los casos eran fumadores, con una media de paquetes/año de 5,80. La media de ingresos hospitalarios fue de 0,13 (DE 0,75). El tipo de asma fue: Asma intermitente 55,4%, persistente leve 16,1% y persistente moderada 28,5%. Aplicando la

clasificación según el grado de control (GINA 2006) se encontró que el asma estaba bien controlada en el 62,3%, parcialmente controlada en el 23% y mal controlada en el 14,3% (**tablas 2 y 3**). La rinitis alérgica estaba asociada en el 38,5% de los asmáticos.

Las patologías crónicas asociadas más frecuentes en el área geográfica donde se realizó el estudio fueron: HTA 23,8%, DM 5,7% hipercolesterolemia 18,4, Fibrilación auricular 0,4%, infarto de miocardio 0,4%, glaucoma 2%, cataratas ningún caso, lumbalgia 13,1%, osteoporosis 4,5% y artrosis 11,1% (**Tabla 2**). La asociación con depresión se encontró en el 20,5% de los casos, con ansiedad en el 29,5% y ambas a la vez en el 14,3%. Del total de la muestra se encontraban en tratamiento con antidepresivos el 11,9%, ansiolíticos el 18% y el 2,5% realizaban psicoterapia.

Respecto al tratamiento antiasmático de base se objetivó que el 40,2% no realizaban ningún tipo de tratamiento, el 36,1% estaban con Beta 2 agonistas de corta duración, el 29,9% beta 2 de larga duración, 48% corticosteroides inhalados (dosis bajas 11,1%, dosis medias 27%, dosis altas 11,1%), 2% con corticosteroides orales, 11,5% antileucotrienos, 1,2% teofilinas, 5,7 anticolinergicos y 0,4% cromonas.

La media de puntuación global para el test de calidad de vida fue de 5,44 (DE 1,32). Puntuación media por dimensiones: Síntomas 5,45 (DE 1,56), Limitación de Actividades 5,89 (DE 1,27), Función Emocional 5,70 (DE 1,64), Estímulos ambientales 4,69 (DE 1,61) (**Tabla 1**).

Se observó que existe una relación directamente proporcional entre CV, tipo de asma, grado de control, ansiedad y depresión. Las personas con trastorno mixto de ansiedad-depresión presentaron peor CV.

CONCLUSIONES:

Como principal conclusión de este estudio encontramos que a mayor gravedad y peor control del asma, peor CV. También se pudo objetivar que los pacientes asmáticos viven peor la clínica relacionada con los estímulos ambientales.

Además de esto también se objetivó que las personas con trastorno de ansiedad-depresión puntuaban con una peor CV tanto en las preguntas relacionadas con función emocional, como en las relacionadas con sintomatología, limitación de actividades y estímulos ambientales.

No se encontró relación con el resto de variables analizadas (rinitis alérgica, tabaquismo, lumbalgia, osteoporosis, artrosis, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, glaucoma, fibrilación auricular), ni se vieron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad.

DISCUSIÓN:

En este trabajo se ha pretendido conocer la calidad de vida de asmáticos adultos en el ámbito de atención primaria en un centro de Barcelona ciudad, tema muy poco trabajado en España. Con él hemos pretendido demostrar que el médico de familia también debe hacer el abordaje del asma como una patología crónica más para así mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

Dado que las personas con trastorno mixto de ansiedad-depresión presentaron peor CV tanto en la puntuación global como por cada dimensión por separado es necesario que los sanitarios que atendemos pacientes asmáticos tengamos presente que la esfera afectiva juega un papel predominante en la calidad de vida de los mismos y como ya se ha mencionado anteriormente, hemos de abordar e intentar mejorar su esfera afectiva ya que esto repercute positivamente en el tipo de asma, evolución de la misma, y en definitiva en su calidad de vida.

Así mismo es importante ser consciente que el asmático muchas veces limita su funcionalidad de manera inconsciente y acepta su limitación. Detectar un estado de mala calidad de vida, reflexionar con el paciente sobre ello e implicarlo en el seguimiento y autocuidado de su enfermedad y posterior abordaje de la comorbilidad asociada como ciertos trastornos mentales, pueden contribuir de forma importante a optimizar su tratamiento y por lo tanto mejorar su calidad de vida. En muchas ocasiones los pacientes se acostumbren y se adaptan se adaptan a su limitación y en muchos casos no consultan al profesional sanitario correspondiente.

En nuestro estudio destacan los pocos ingresos hospitalarios, el alto porcentaje de asma del tipo intermitente y la aceptable calidad de vida de estos pacientes asmáticos. Así mismo destacamos favorablemente el alto porcentaje de asmáticos bien controlados, mucho mejor que revisiones previas en otros centros, que oscilan desde 10% al 45%^(25,26,27). Todo ello responde, bajo nuestro punto de vista, a un buen seguimiento y conocimiento de los asmáticos por parte de este equipo, que se ha dedicado al abordaje del tema de respiratorio en profundidad (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, principalmente) desde hace años.

Dificultades y limitaciones del estudio.

Se decidió trabajar con toda la muestra ya que se aceptaron unas pérdidas del 40 % según datos publicados en anteriores trabajos con la misma población ⁽²⁴⁾, que según nuestra opinión supone la principal limitación y dificultad del estudio.

Como se ha mencionado anteriormente los pacientes con asma grave fueron excluidos dado que la mayoría se controlan en ámbito hospitalario y hacen difícil su seguimiento desde atención primaria comportando con ello una cierta limitación a nuestro estudio. El tipo de asma analizada fue, no obstante, intermitente, persistente ligera y persistente moderada. Sin embargo, según estudios previos realizados en el centro ⁽²⁴⁾ el porcentaje de asmáticos graves fue del 5%, por lo que no se consideró un volumen importante de pérdidas.

Por otro lado esperábamos encontrar también relación entre CV, tabaquismo y rinitis, sin embargo no se han constatado diferencias estadísticamente significativas.

Existe además dificultad de comparar nuestro trabajo con la literatura debido a los pocos estudios aplicando el miniAQLQ y especialmente en el ámbito de atención primaria. Hace falta más investigación en este campo.

Por otro lado no se trata de un trabajo multicéntrico, sin embargo, y como línea de futuro pretendemos diseñar un proyecto que implique a otros centros de atención primaria, consiguiendo un tamaño muestral mayor y más representativo.

Anexo 1 (a)

Hoja de recogida de datos (1)

NOMBRE Y APELLIDOS (iniciales):

TELÉFONO:

UBA:

NÚMERO DE HISTORIA:

FECHA:

Completar con ecap hasta el número 7:

1- EDAD (años):

2- SEXO:

- Hombre
- Mujer

3- PATOLOGIAS CRÓNICAS ASOCIADAS (últimos 3 años):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> IAM | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> DM-II | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Lumbalgia | |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Artrosis | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | | | |

4- ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA ASOCIADA (ansiedad/ depresión) (DSM-IV) (últimos 3 años):

NO

- Ansiedad
- Tr. de angustia sin agorafobia
 - Tr. de angustia con agorafobia
 - Agorafobia sin historia de tr. de angustia
 - Fobia específica
 - Fobia social
 - Tr. obsesivo-compulsivo
 - Tr. por estrés postraumático
 - Tr. por estrés agudo
 - Tr. de ansiedad generalizada
 - Tr. de ansiedad debido a (enfermedad médica), con ansiedad generalizada, con crisis de angustia, con ataques obsesivo-compulsivos
 - Tr. de ansiedad inducido por sustancias
 - Tr. de ansiedad no especificado
 - Otros

- Depresión
- Tr. depresivo mayor, episodio único
 - Tr. depresivo mayor, episodio recidivante
 - Tr. Distímico
 - Tr. depresivo no especificado
 - Otros

Ambas

¿Tratamiento? (en caso afirmativo)

- Antidepresivos
- No tratamiento
- Ansiolíticos
- Otros:
- Psicoterapia (psicólogo, terapia de grupo...)

5- RINITIS ALERGICA ASOCIADA:

- Si
- No

6- EXACERBACIONES DE LA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS:

7- TRATAMIENTO DE BASE DEL ASMA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> antileucotrienos |
| <input type="checkbox"/> β_2 -adrenérgicos inhalados de acción corta | <input type="checkbox"/> teofilinas |
| <input type="checkbox"/> β_2 -adrenérgicos inhalados de acción prolongada | <input type="checkbox"/> anticolinérgicos |
| <input type="checkbox"/> corticoides inhalados | <input type="checkbox"/> cromonas |
| <input type="checkbox"/> dosis bajas (< 500 mcg bude o beclo // < 250 mcg fluticasona) | <input type="checkbox"/> otros |
| <input type="checkbox"/> dosis medias (500-1000 mcg bude o beclo // 250-500 mcg fluticasona) | |
| <input type="checkbox"/> dosis altas (>1000 mcg bude o beclo // > 500mcg fluticasona) | |
| <input type="checkbox"/> corticoides orales | |

Hoja de recogida de datos (2)

Completar con el paciente presente a partir de aquí:

8.- INGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS:

9.- IMC (Kg/m²):

10.- TABACO:

- No fumador
- Exfumador (> 1 año sin fumar)
- Fumador (_____ paquetes / año) 1. N° cigarrillos al día x años fumándolos (para cada período de tiempo)
20
2. Media de las cantidades de los diferentes períodos

11.- TIPO DE ASMA:

a) Según gravedad: (tabla 1)

- Intermitente
- Persistente leve
- Persistente moderada

b) Según el nivel de control: (tabla 2)

- Controlada
- Parcialmente controlada
- No controlada

12.- NIVEL CULTURAL:

- Analfabeto (no sabe leer y/o escribir)
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Diplomatura universitaria
- Licenciatura universitaria



Anexo 2 (a)

Paciente:

Fecha:

Cuestionario de Calidad de vida: Versión reducida (Spanish versión) auto-administrado.

Le rogamos responda a todas las preguntas señalando con un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha encontrado durante las dos últimas semanas debido al asma.

EN GENERAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS:

	Siempre 1	Casi siempre 2	Parte del tiempo 3	Parte del tiempo 4	Poco tiempo 5	Nunca 7
1. NOTÓ QUE LE FALTABA EL AIRE debido al asma?	1	2	3	4	5	7
2. Sintió que le molestaba el POLVO, o tuvo que evitar un lugar debido al POLVO?	1	2	3	4	5	7
3. Se sintió FRUSTRADO O IRRITADO debido al asma?	1	2	3	4	5	7
4. Sintió molestias debido a la TOS?	1	2	3	4	5	7
5. TUVO MIEDO DE NO TENER A MANO SU MEDICACIÓN PARA EL ASMA?	1	2	3	4	5	7
6. Notó una sensación de AHOGO U OPRESIÓN EN EL PECHO?	1	2	3	4	5	7
7. Sintió que le molestaba el HUMO DEL TABACO, o tuvo que evitar un lugar debido al HUMO DEL TABACO?	1	2	3	4	5	7
8. Tuvo DIFICULTADES PARA DORMIR BIEN POR LA NOCHE debido al asma?	1	2	3	4	5	7

EN GENERAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS:

	Siempre 1	Casi siempre 2	Parte del tiempo 3	Parte del tiempo 4	Poco tiempo 5	Nunca 7
9. Se sintió PREOCUPADO POR	1	2	3	4	5	7
10. Sintió SILBIDOS O PITOS en	1	2	3	4	5	7
11. Sintió que le molestaba o tuvo que evitar salir de casa debido AL TIEMPO O A LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA?	1	2	3	4	5	7

Anexo 2 (b)

¿HASTA QUÉ PUNTO EL ASMA LE HA LIMITADO PARA HACER ESTAS ACTIVIDADES DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS?

	Totalmente limitado	Extremada- mente limitado	Muy limitado	Moderada- mente limitado	Algo limitado	Poco limitado	Nada limitado
12. ESFUERZOS INTENSOS (como darse prisa, hacer ejercicio, subir escaleras corriendo, hacer deporte)	1	2	3	4	5	6	7
13. ESFUERZOS MODERADOS (como caminar, hacer las tareas del hogar, trabajar en el jardín o en el huerto, hacer la compra, subir escaleras sin correr)	1	2	3	4	5	6	7

¿HASTA QUÉ PUNTO EL ASMA LE HA LIMITADO PARA HACER ESTAS ACTIVIDADES DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS?

	Totalmente limitado	Extremada- mente limitado	Muy limitado	Moderada- mente limitado	Algo limitado	Poco limitado	Nada limitado
14. ACTIVIDADES SOCIALES (como hablar, jugar con niños/animales domésticos, visitar a amigos/familiares)	1	2	3	4	5	6	7
15. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU TRABAJO (tareas que tiene que hacer en su trabajo*)	1	2	3	4	5	6	7

* Si no está trabajando, responda a esta pregunta pensando en las tareas que tiene que hacer la mayoría de los días.

CLAVE DE LAS DIMENSIONES:

Síntomas: 1, 4, 6, 8, 10

Limitación de actividades: 12, 13, 14, 15

Función emocional: 3, 5, 9

Estímulos ambientales: 2, 7, 11

Tabla 1

	EDAD	INGRESOS HX ULTIMOS 3 AÑOS	Nº PAQ AÑO	IMC	Puntuación GLOBAL	Puntuación SINTOMAS	Puntuación LIMITACION ACTIVIDADES	Puntuación FUNCION EMOCIONAL	Puntuación ESTIMULOS AMBIENTALES
Media	44,28	0,13	5,80	27,27	5,438	5,455	5,89	5,70	4,689
Mediana	45,00	0,00	0,00	27,00	5,930	6,000	6,25	6,30	5,000
Desviación estándar	17,236	0,751	11,416	6,030	1,3174	1,5561	1,273	1,637	1,6077

Tabla 2

Patologías crónicas asociadas más prevalentes y Porcentajes			
Hipertensión arterial	23,8%	Osteoporosis	4,5%
Dislipemia	18,4%	Glaucoma	2%
Lumbalgia	13,1%	FA	0,4%
Artrosis	11,1%	IAM	0,4%
Diabetes mellitus	5,7%	Cataratas	0

BIBLIOGRAFÍA:

1. Global Iniciative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006. NHLBI/WHO Workshop report. National Institute of Health Publication No. 02-3659. www.ginasthma.org. Revised 2008
2. Plaza V, Álvarez FJ, Casan P, Cobos N, López A, Llauger MA, et al. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Arch Bronconeumol 2003; 39 (Supl 5): 1-42.
3. Lloyd A, Price D, Brown R. The impact of asthma exacerbations on health-related quality of life in moderate to severe asthma patients in the UK. Prim Care Respir J. 2007 Feb;16(1):22-7.
4. Variations in the prevalence of respiratory symptoms , self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J 1996; 9: 687-95.
5. Aguinaga I, Arnedo A, Bellido J, Guillen F, Suarez MM. The prevalence of asthma-related symptoms in 13-14-year-old children from 9 Spanish populations. The Spanish Group of the ISAAC Study (International Study of Asthma and Allergies in Chidhood). Med Clin (Barc) 1999;112: 171-5.
6. Grupo Español del Estudio Europeo del Asma . Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de hiperreactividad bronquial y asma en adultos de cinco áreas españolas . Med Clin (Barc) 1996; 106: 761-7.
7. Martinez FD. Trends in Asthma Prevalence, Admission Rates, and Asthma Deaths. Respir Care 2008;53(5): 561–565.
8. Sanz A. Factores moduladores del coste del asma (II). Offarm 2003;22(11): 134-8.
9. Nabera K y Grupo de Trabajo de Asma de la SemFyC. Manejo del Asma en Atención Primaria. Aten Primaria 1998; 21: 557-84.

- 10-. Chiang LC, Tzeng LF, Fu LS, Huang JL.** Testing a questionnaire to measure asthma-related quality of life among children. *J Nurs Scholarsh*.2006;38(4):383-6.
- 11-. Kalpaklioglu AF, Kara T, Kurtipek E, Saygun M.** Effect of body mass index on quality of life in allergic/asthmatic patients. *Allergy Asthma Proc*. 2006 Nov-Dec;27(6):499-503.
- 12-. Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M.** What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? . *Chest*. 2006 Oct;130(4):1039-47.
- 13-. Blanc PD, Yen IH, Chen H, Katz PP, Earnest G, Balmes JR, Trupin L, Friedling N, Yelin EH, Eisner MD.** Area-level socio-economic status and health status among adults with asthma and rhinitis. *Eur Respir J*. 2006 Jan;27(1):85-94
- 14-. Urek MC, Tudoric N, Plavec D, Urek R, Koprivc-Milenovic T, Stojic M.** Effect of educational programs on asthma control and quality of life in adult asthma patients. *Patient Educ Couns*. 2005 Jul;58(1):47-54.
- 15-. Juniper EF, Gyatt GH, Ferrie PJ, Griffith LE.** Measuring the quality of life in asthma. *Am Rev Respi Dis* 1993; 147:832-8
- 16. Flor Escriche Xavier.** Tesis Doctoral. Estudio de la patología asmática en el equipo de Atención Primaria Chafarinas (1999-2003). Base de dades TDX. <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0620106-223627/>. 21 juny 2006
- 17. Juniper EF, Buist AS, Cox FM, Ferrie PJ, King DR.** Asthma Quality of Life Questionnaire Validation of a Standardized Version of the Asthma Quality of Life Questionnaire *Chest* 1999;115;1265-1270

- 18.** Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M. What is worse for Asthma control and quality of life. *Chest* 2006;130:1039-1047
- 19.** Ortega AN, McQuaid EL, Canino G, Goodwin RD, Fritz GK. Comorbidity of Asthma and Anxiety and Depression in Puerto Rican Children. *Psychosomatics* 45:2, March-April 2004
- 20.** Richardson LP, Lozano P, Russo J, McCauley E, Bush T, Katon W. Asthma Symptom Burden: Relationship to Asthma Severity and Anxiety and Depression Symptoms. *Pediatrics* 2006;118:1042-1051
- 21.** Katon WJ, Richardson L, Russo J, Lozano P, McCauley E. Quality of mental health care for youth with asthma and comorbid anxiety and depression. *Med Care.* 2006 Dec;44(12):1061-3.
- 22.** Kullowatz A, Kanniess F, Dahme B, Magnussen H, Ritz T. Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respir Med.* 2007 Mar;101(3):638-44. Epub 2006 Aug
- 23.** Vigata JM, Castan X, Dominguez N, Crespo A, Cortiella MJ, Flor X. Salut mental i Asma: influeixen els trastorns de salut mental en la Morbilitat de l'asma?. COMUNICACIÓ ORAL en el 3r Congrés Català de Salut Mental. Memorial Carolina Méndez. 23-25 febrer 2006..
- 24.** Vigatà JM, Flor X, Rodriguez M. Crisis asmáticas en atención primaria. *FMC* 2006; 13(8):424-34.
- 25.** De Miguel Díez J, et als. Control of Persistent Asthma in Spain: Associated Factors. *J Asthma.* 2008 Nov;45(9):740-6.
- 26.** Chapman KR, Boulet LP, Rea RM, Franssen E . Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. *Eur Respir J.* 2008 Feb;31(2):320-5. Epub 2007 Oct 24.

- 27.** Prieto L, Badiola C, Villa JR, Plaza V, Molina J, Cimas E. Asthma control: do patients' and physicians' opinions fit in with patients' asthma control status? *J Asthma*. 2007 Jul-Aug;44(6):461-7.

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutor y director del trabajo, Xavier Flor Escriche.

A mis compañeras y amigas Roser Poblet Cortés, Laia Lamarca Fornell y Neus Dominguez Núñez, por su ayuda en el trabajo de campo.

A M^a Victoria Feijoo, técnica de salud SAP Dreta de Barcelona Ciudad, por su ayuda con el análisis de los datos.

