

Diferencias en calidad de vida de pacientes hospitalizados con EPOC y asma

MA. GUADALUPE AGUILAR ESTRADA*
MA. DE LOURDES GARCÍA GUILLÉN†

* Adscrita al Servicio Clínico 5 Enfermedades de la Vía Aérea.
Clínica de EPOC, INER Ismael Cosío Villegas.

† Jefe del Servicio Clínico 5 Enfermedades de la Vía Aérea. Clínica de EPOC, INER Ismael Cosío Villegas.

Trabajo recibido: 14-XI-2006; aceptado: 12-XII-2006

RESUMEN

Introducción: EPOC y asma son enfermedades frecuentemente asistidas en el Servicio Clínico de Enfermedades de la Vía Aérea del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas; ambas impactan la calidad de vida (CV), y aunque son diferentes tienen algunas similitudes.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en la CV de los pacientes hospitalizados con EPOC y asma.

Material y métodos: Estudio prospectivo y transversal de 26 pacientes con EPOC (criterios

Palabras clave: GOLD) y 25 con asma (criterios GINA), Asma, EPOC, ca- a los que se les aplicó el Cuestionario

lidad de vida. para Enfermos Respiratorios Crónicos

Key words: Asth- (CERC) y el Respiratorio de St George

ma, COPD, qua- (CRSG) una vez que se estabilizaron.

lity of life. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva;

se hicieron comparaciones con la prueba t

de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Enfermos con asma (VEF₁, 41% y VEF₁/CVF de 74%) de 53 años, 24% hombres (H) y 76% mujeres (M); enfermos con EPOC (FEV₁, 43% y FEV₁/FVC de 58%) de 56 años, 43% H y 57% M, índice de tabaco de 47 paq/año, índice de humo de leña 233 h/año. De acuerdo con el CRSG, la puntuación para el total en CV es mayor para los pacientes con EPOC hospitalizados que para los hospitalizados por asma (mediana 60 y 45, respectivamente, $p = 0.020$), así como las actividades limitadas por disnea (74 y 53, $p = 0.010$).

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados por EPOC tienen menor CV y en sus actividades de la

ABSTRACT

Introduction: COPD and asthma are diseases frequently seen at the Airway Disease Clinical Service of The National Institute of Respiratory Diseases Ismael Cosío Villegas.; both severely affect the quality of life (QOL).

Objective: To determine if there are differences in the QOL of hospitalized stable COPD and asthma patients.

Material and methods: Prospective and transverse study of 51 patients, 25 with asthma (GINA) and 26 with COPD (GOLD); the chronic respiratory questionnaire (CRQ) and the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) were applied to both groups once they were in a stable condition. Statistics: Descriptive; Student's t and Mann-Whitney's U tests.

Results: Patients with asthma (VEF₁, 41%, VEF₁/FVC 74%), 53 years old, 24% men, 76% women. Patients with COPD (FEV₁, 43%, FEV₁/FVC 58%), 56 years, 43% men, 57% women, tobacco index 47 packs/year, wood smoke index 233 h/year. According to the SGRQ, COPD stable hospitalized patients have a higher score than stable hospitalized asthmatics. (median 60 vs 45 respectively, $p = 0.020$) as well as limitations of activity due to dyspnea (74 and 53 respectively, $p = 0.010$).

Conclusions: Hospitalized stable COPD patients have a worst QOL and their daily activities are more limited by dyspnea than in asthmatics. There were no significant differences in the frequency and severity of respiratory symptoms.

vida diaria están más limitados por disnea en comparación con los asmáticos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia e intensidad de los síntomas.

INTRODUCCIÓN

La EPOC ocupa la cuarta causa de muerte en el mundo¹; el asma es un problema de salud mundial². En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas el asma se encuentra entre las primeras 15 causas de visitas a urgencias y de hospitalización, ocupó el primer lugar de morbilidad en 2004 y 2005 y primer causa de consulta. La EPOC ocupó el 5º lugar de morbimortalidad y el 4º en consulta de primera vez en el Servicio de Consulta Externa de nuestro Instituto³.

La EPOC es un "Proceso patológico que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible. La limitación al flujo aéreo es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos" de acuerdo al GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease)⁴.

De acuerdo con el Global Initiative for Asthma (GINA)⁵ el asma es "Una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia con la presencia de hiperreactividad bronquial que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente de noche o madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo que es reversible de forma espontánea o con tratamiento".

Es importante reconocer que en ambas enfermedades existen características comunes, que las hacen parecidas entre sí, especialmente en los enfermos mayores de 50 años, que tienen antecedentes de tabaquismo o exposición a humo de leña, síntomas, como tos, disnea y sibilancias, reversidad al broncodilatador, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF₁) menor del 70% del predicho, etc., que las hacen muy similares.

EPOC⁶ y asma en adultos⁷ suponen una alteración estructural y funcional, un proceso psi-

cológico que conlleva sufrimiento o dolor y un proceso social que puede llevar hasta la invalidez; así pues, ambas enfermedades alteran la forma y estilo de vida de quienes las padecen⁸, pero aunque con notables semejanzas, no son iguales, por lo que decidimos elaborar este estudio para determinar si existen diferencias en la calidad de vida (CV) de los enfermos hospitalizados, clínicamente estables, con EPOC y asma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño transversal de tipo prospectivo. Se tomaron los criterios GOLD para EPOC, y los criterios GINA para el diagnóstico de asma en adultos. Se incluyeron 26 pacientes con EPOC y 25 con asma. Una vez que los pacientes se encontraban estables se evaluó la calidad de vida con el CERC⁹⁻¹¹ y el CRSG¹²⁻¹⁴ que son cuestionarios específicos que miden la calidad de vida relacionada con la salud respiratoria y han sido adaptados y validados.

Análisis estadístico. Se usó el programa SPSS¹⁵ (Statistic Pack for Social Sciences) versión 12 para Windows. Se realizó estadística descriptiva y para determinar diferencias entre los grupos la prueba t de Student y U de Mann-Whitney. Para comparar los grupos de asma y EPOC se parearon por edad.

RESULTADOS

El 76% de los asmáticos y 57% de EPOC fueron mujeres, edad promedio de 53 y 56 años, respectivamente. En los asmáticos el índice tabáquico fue de 7 paquetes/año y el índice de humo de leña de 38 horas/año y para los pacientes con EPOC de 47 y 233, respectivamente.

El porcentaje del predicho del VEF₁ fue de 41 asma y 43 EPOC, y la relación VEF₁/CVF de 74 asma y 58 EPOC, siendo estadísticamente diferentes con valor de p = 0.042, con saturación de oxígeno de 87 y 81 % (Tabla I).

Los porcentajes obtenidos para cada uno de los componentes del CRSG y el total para CV se muestran en la Figura 1.

El porcentaje de síntomas respiratorios, de acuerdo con el CRSG, en los pacientes con asma fue de 47 y 60% para EPOC, sin diferencia ($p = 0.06$), para actividades limitadas por disnea de 74% en asma y 53 en EPOC con diferencia, $p = 0.01$; el porcentaje para el impacto de la enfermedad en actividades so-

ciales, laborales por la enfermedad para asma fue de 48 y 49 para EPOC.

Para el total en CV de acuerdo al CRSG fue de 45% para asma y 60% EPOC, mostrando diferencia estadística con $p = 0.02$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestros resultados, los pacientes hospitalizados con EPOC y asma fueron diferentes en cuanto al factor de riesgo, tanto por tabaquismo como por exposición a humo de leña. Para los pacientes hospitalizados con asma el tabaquismo y exposición al humo no son factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.

En cuanto a la función pulmonar en la relación VEF₁/CVF los pacientes con asma tenían un valor superior en comparación con los de EPOC.

Los pacientes hospitalizados por asma tienen una mejor CV y la realización de sus actividades están menos limitadas por disnea en comparación con EPOC. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia e intensidad de los síntomas respiratorios, aunque clínicamente sí las hay.

Tabla I. Características generales de pacientes con asma y EPOC hospitalizados.

Característica n	Asma 25	EPOC 26
Edad	53 ± 9	56 ± 11
Sexo H/M	6/19	11/15
IT (paq/año)	7 ± 9	47 ± 26*
IHL (h/año)	38 ± 7	233 ± 129*
VEF ₁ % p	41 ± 17	43 ± 24
VEF ₁ /CVF	74	58*
PaO ₂ mmHg	54.22	50.92
PaCO ₂ mmHg	32.78	35.27
SatO ₂ (%)	87.38	81.19

* $p \leq 0.05$

H: Hombre, M: Mujer, IT: Índice de tabaquismo, IHL: Índice de humo de leña, VEF₁ % p: Porcentaje del predicho del volumen espiratorio forzado en el primer segundo, VEF₁/ CVF: Relación volumen espiratorio forzado en el primer segundo y capacidad vital forzada, PaO₂: Presión arterial de oxígeno, PaCO₂: Presión arterial de dióxido de carbono, mmHg: Milímetros de mercurio y SatO₂: Saturación de oxígeno.

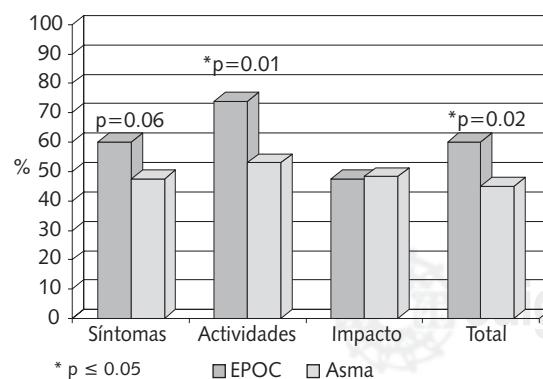


Figura 1. Calidad de vida en pacientes hospitalizados con asma y EPOC.

REFERENCIAS

1. Pauwels RA, Buist S, Calverley PMA, Jenkins C, Hurd S. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2005.
2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. *Global burden of asthma*. Developed for the Global Initiative for Asthma. Medical Research Institute of New Zealand. Southampton, United Kingdom; 2003.
3. Cano VF. *Informe de autoevaluación*. Dirección General, Junta de Gobierno. Enero-diciembre, 2005. 88^a. <http://portal.iner.gob.mx> 27-IX-2006
4. *Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Derivadas del Segundo Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. Edición especial. México, DF: INER, SMNCT;2003.
5. Clark TJH, Bateman ED, Bousquet J, Busse WW, Grouse L. *Global Initiative for Asthma (GINA)*. Management and Prevention. 2004.
6. McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. *Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Arch Intern Med 1982; 14:473-478.

7. **Sanz CC.** *Calidad de vida en pacientes con asma.* Punto de Encuentro. XX Reunión Alergonorte. Alergol Inmunol Clin 2001;16:254-263.
8. **Kaptein AA, Brand PL, Dekker FW, Kerstjens HA, Postma DS, Sluiter HJ.** *Quality-of-life in a long-term multicentre trial in chronic nonspecific lung disease: assessment at baseline.* The Dutch CNSLD Study Group. Eur Respir J 1993;6:1479-1484.
9. **Guyatt GH, King DR, Feeny DH, Stubbings D, Goldstein RS.** *Generic and specific measurement of health-related quality of life in a clinical trial of respiratory rehabilitation.* J Clin Epidemiol 1999;52:187-192.
10. **Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW.** *A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease.* Thorax 1987;42:773-778.
11. **Güell R, Casan P, Sangenís M, Morante F, Belda J, Guyatt GH.** *Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the Spanish version of the Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).* Eur Respir J 1998;11:55-60.
12. **Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P.** *A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire.* Am Rev Respir Dis 1992;145:1321-1327.
13. **Ferrer M, Alonso J, Prieto L, et al.** *Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example.* Eur Respir J 1996;9:1160-1166.
14. **Aguilar EMG, Sotelo MC, Lara RAG, García FA, Sansores MR, Ramírez VA.** *Reproducibilidad del Cuestionario Respiratorio Saint George en la versión al español en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.* Rev Inst Nal Enf Resp 2000;13:85-95.
15. **Camacho RJ.** *Estadística con SPSS para Windows.* Versión 11. México: Alfaomega, Ra-Ma;2004.p.408.

Correspondencia:

Psic. Ma. Guadalupe Aguilar
Estrada y Dra. Ma. de Lourdes
García Guillén.
Servicio Clínico 5 Enfermedades de
la Vía Aérea. Clínica de EPOC.
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Calzada de Tlalpan 4502, colonia
Sección XVI. México, DF.,14080.
Correos electrónicos: Psic. Ma.
Guadalupe Aguilar Estrada:
aemg671023@yahoo.com.mx
Dra. Ma. de Lourdes García Guillén:
lulugarcia@yahoo.com.mx

