



Original

Perfil psicológico de los pacientes con asma bronquial y disnea funcional: comparación con población no asmática e impacto sobre la enfermedad

Carlos Martínez-Rivera^{a,e,*}, M. del Carmen Vennera^{b,e}, Conchita Cañete^c, Santiago Bardagí^d y César Picado^{b,e}

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, España

^c Servicio de Neumología, Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Servicio de Neumología, Hospital General de Mataró, Mataró, Barcelona, España

^e Centro de Investigaciones Biomédicas en Red Enfermedades Respiratorias (CIBERES)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de julio de 2010

Aceptado el 3 de octubre de 2010

Palabras clave:

Asma

Disnea funcional

Ansiedad

Control del asma

RESUMEN

Introducción: Pocos estudios analizan la relación de la ansiedad o la alexitimia con la disnea funcional (DF) y su impacto en calidad de vida y control del asma. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de la DF en el asma, su repercusión sobre la calidad de vida y el control del asma y su relación con la ansiedad y la alexitimia.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio transversal de 264 pacientes asmáticos y 111 controles. Ambos grupos cumplimentaron los siguientes cuestionarios: calidad de vida (AQLQ), alexitimia (TAS-20), ansiedad (STAI) y DF (Nijmegen). En asmáticos se evaluó: gravedad del asma, grado de disnea, exacerbaciones y control de la enfermedad (test ACT).

Resultados: Un 38% de asmáticos y un 5,5% de no asmáticos tenían DF. Los asmáticos tenían más ansiedad y eran más alexitímicos. Los asmáticos con DF tenían de manera significativa más ansiedad, más alexitimia, peor control del asma, más exacerbaciones y peor calidad de vida que asmáticos sin DF. Los asmáticos con ACT < 19, una puntuación > 3 en la subescala de emoción del AQLQ, que estaban siendo tratados para ansiedad y que puntuaban > 19 en la subescala de alexitimia que evalúa dificultad para identificar emociones mostraban OR para DF de 2,6 (1,1-5,9), 6,8 (2,9-15,8), 4,4 (1,9-9,8) y 3,3 (1,5-7), respectivamente. Se construyó modelo predictivo de DF en asmáticos.

Conclusiones: Se demuestra la relación estrecha entre ansiedad, alexitimia y DF en asmáticos, así como importantes repercusiones que tiene la DF sobre el control y calidad de vida del asmático.

© 2010 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Psychological Profile of Patients with Bronchial Asthma and Functional Dyspnea: A Comparison with a Non-Asthmatic Population and Impact on the Disease

ABSTRACT

Keywords:

Asthma

Functional dyspnea

Anxiety

Asthma control

Background: Few studies have analysed the relationship between anxiety and alexithymia with functional dyspnea (FD) and its impact on quality of life and asthma control. The aim of this study was to assess the prevalence of DD in asthma, its impact on quality of life and asthma control and its relationship with anxiety and alexithymia.

Patients and methods: We performed a cross-sectional study of 264 asthmatic patients and 111 controls. Both groups completed the following questionnaires: quality of life (AQLQ), alexithymia (TAS-20), anxiety (STAI) and FD (Nijmegen). In asthmatics were evaluated: asthma severity, dyspnoea, exacerbation and control of the disease (ACT test).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 29002cmr@comb.cat (C. Martínez-Rivera).

Results: 38% of asthmatics and 5.5% of non-asthmatics had FD. Asthmatics had more anxiety and were more alexithymic. Asthmatics with FD had significantly more anxiety, more alexithymia, poor control of asthma, more exacerbations and poorer quality of life, than asthma without DD. Asthmatics with an ACT < 19, a score > 3 in the emotion subscale of the AQLQ, who were being treated for anxiety and scored > 19 on the alexithymia subscale that assesses difficulty in identifying emotions, showed ORs for FD of 2.6 (1.1-5.9), 6.8 (2.9-15.8), 4.4 (1.9-9.8) and 3.3 (1.5-7), respectively. A predictive model of FD was constructed.

Conclusions: We demonstrated the close relationship between anxiety, alexithymia and DD in asthmatics, as well as the significant impact of FD on the control and quality of life of this asthmatics.

© 2010 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Es conocido que el tratamiento con los mejores fármacos anti-asmáticos no logra estabilizar la enfermedad en alrededor del 5 al 10% de los pacientes. Este grupo de pacientes se conoce como asma grave incontrolable, asma refractaria o asma de control difícil^{1,2}. Se sabe que el asma de control difícil está constituido por un grupo heterogéneo de pacientes, en los que el origen de la pobre respuesta al tratamiento antiasmático puede ser debido a múltiples causas que se presentan de forma aislada o combinada en un mismo paciente. Se han diseñado diversos algoritmos con la finalidad de establecer el origen de la mala respuesta terapéutica. En primer lugar, se recomienda intentar diferenciar el asma refractaria real de la falsa. Asma refractaria falsa se considera aquella que no es debida a factores de la propia enfermedad. Entre las asmas falsas se encuentran las debidas a enfermedades orgánicas de las vías aéreas superiores (estenosis, amiloidosis, tumores, malformaciones, etc.) y las ocasionadas por alteraciones funcionales de las mismas (disfunción de cuerdas vocales). En otras ocasiones el asma de control difícil en realidad se trata de otra enfermedad obstructiva irreversible de las vías aéreas que, lógicamente, no responde, o lo hace poco, al tratamiento antiasmático (bronquiolitis obliterativa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Finalmente, se debe descartar que la pobre respuesta sea debida a comorbilidades asociadas, como pueden ser la insuficiencia cardíaca izquierda y el reflujo gastroesofágico. Entre las comorbilidades que se deben investigar en un asmático refractario al tratamiento, se encuentra la denominada disnea de origen funcional (DF), *dysfunctional breathing* en inglés. Se conoce como DF a un patrón respiratorio anómalo que el paciente refiere como falta de aire que se alivia con los suspiros, frecuentemente asociada a inquietud y malestar general³. Este término propuesto por algunos autores⁴ es equiparado por otros al concepto de síndrome de hiperventilación (SH)⁵. Se considera que la prevalencia de DF es del 5-10% en la población general. Es una entidad que se ha descrito relacionada con trastornos de ansiedad⁶, de la que no se conoce bien la patogenia y en la que las alteraciones emocionales pueden tener un papel importante⁷.

Hay escasa literatura sobre binomio asma-síndrome de hiperventilación; pero la que hay describe una alta prevalencia de disnea funcional en pacientes con asma bronquial: entre un 29-42%⁸⁻¹⁰. Por otra parte, los estudios realizados hasta ahora no han evaluado la influencia de la DF en la calidad de vida de estos pacientes, el control del asma, ni tampoco han valorado en profundidad hasta qué punto un estado, o rasgos psicológicos como la ansiedad o la alexitimia, puede jugar un papel en el desarrollo de DF.

La sospecha de DF puede evaluarse mediante un test específico denominado test de Nijmegen. Los pacientes que sufren DF funcional presentan unos rasgos que pueden permitir al clínico sospechar que al menos una parte de los síntomas que el paciente refiere no son, o lo son solo parcialmente, debidos al asma. La forma de describir la disnea en forma de dificultad de "llenar los pulmones", "la necesidad de realizar suspiros con la finalidad de aliviar la disnea", "la presencia de una hiperventilación marcada" y de comportamientos que revelan una personalidad ansiosa pueden alertar

al médico que atiende al paciente de la existencia de una DF que puede estar influyendo de forma significativa en la aparente falta de respuesta al tratamiento antiasmático.

El objetivo de este trabajo ha sido profundizar en el estudio de la prevalencia de disnea funcional en asmáticos evaluados en una consulta hospitalaria su repercusión en la calidad de vida, en las exacerbaciones, en el control de la enfermedad y en la sintomatología. También hemos estudiado la relación entre ansiedad y alexitimia con la presencia de disnea funcional. Posteriormente, con las variables estudiadas se ha querido construir un modelo predictivo de disnea funcional en pacientes con asma bronquial. Finalmente, se ha evaluado si el médico que atiende al paciente durante la entrevista clínica habitual realizada en una consulta de pacientes asmáticos puede sospechar de la presencia de un componente "funcional" y hasta qué punto esta sospecha diagnóstica se relaciona con un test diseñado para detectar disnea funcional (test de Nijmegen).

Material y métodos

Sujetos

Se realizó un estudio transversal, en el que se incluyeron 264 pacientes diagnosticados de asma bronquial y 111 controles seleccionados entre familiares de pacientes y personal sanitario. Los pacientes provenían de la consulta externa de cuatro hospitales de Barcelona y áreas próximas; son: el Hospital General de Mataró, el Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat, el Hospital Clínic de Barcelona, y el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Se trataba de pacientes identificados de manera consecutiva en dichas consultas, los cuales habían sido diagnosticados previamente de asma con el requisito de tener una historia típica con prueba broncodilatadora positiva o, en su defecto, un test de metacolina positivo. Además, era criterio de inclusión que los pacientes tuvieran entre 18 y 80 años, un tiempo de evolución de la enfermedad superior a los 6 meses y una situación clínica estable en el último mes.

Métodos

En el momento de la visita en consulta externa se recogían los datos demográficos, se clasificaba la gravedad del asma en intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave, según los criterios de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)¹¹, se valoraba el grado de disnea de 0 a 4 según la escala del *Medical Research Council* (MRC), se registraban el número de ingresos que había requerido en el año previo, así como el número de visitas no programadas, tanto ambulatorias como hospitalarias, y se interrogaba sobre la existencia previa o actual del diagnóstico o tratamiento para la ansiedad o la depresión.

Posteriormente, los sujetos cumplimentaban los siguientes cuestionarios: test de Nijmegen (disnea funcional)¹², *Asthma Control Test* (ACT), cuestionario de calidad de vida (AQLQ-Sidney)^{13,14}, cuestionario para la alexitimia (TAS-20)¹⁵ y cuestionario de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203581>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203581>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)