



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PETRÓLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
FUMADORES. VARIABLES QUE CONTRIBUYEN CON
SU DETERIORO. EVALUACIÓN EN EL HOSPITAL
CENTRAL SUR 2006-2007.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA**

**PRESENTA
DRA. MÓNICA VALDIVIA BALBUENA**

**TUTOR Y ASESOR:
DR. CÉSAR ALEJANDRO ARCE SALINAS**



MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria:

A Marcos César Gallegos, mi esposo y amigo, por su apoyo incondicional en todo momento, por ayudarme a ser mejor en todo lo propuesto y una mejor persona en todos los ámbitos, gracias por ser y estar. Tú le has dado un significado diferente a mi vida, lo cual agradezco infinitamente.

A Dios por haberme llenado de bendiciones desde que nací y una de ellas sin lugar a dudas, mis padres, María de los Angeles y Francisco Javier, los quiero con toda mi alma, gracias por apoyarme en los momentos difíciles de mi vida, gracias por hacer de mí quien soy y permitirme crecer y volar sin cortarme las alas.

A mi hermano, Arturo, sin duda mi mejor amigo, gracias por estar ahí y brindarme tu apoyo en todo momento.

A mis Abuelitos, Pablo y Julia, parte fundamental de mi formación, gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y haber sido parte de mi vida.

Al Dr. César Alejandro Arce Salinas, una de las personas más brillantes que he conocido, gracias por recordarme que puedo ser mejor cada día, gran parte de lo que soy como profesionista y persona se lo debo a él.

A Marco Carmona y Thelma López, amigos, gracias por todo su apoyo. A todos mis compañeros de residencia por permitir la retroalimentación.

A todos los profesores que contribuyeron a mi formación: Dr. Daniel Muro Cruz, Dr. Miguel Ángel Falcón, Dr. Miguel Delgado, Dr. Jorge Calderón, Dr. Luis Alvarez, Dr. Andrés Lupián, Dra. Adriana Hernández; gracias nuevamente.

Al Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, gracias por abrirme sus puertas y colaborar con mi formación.

ÍNDICE

Carátula	2
Dedicatoria	3
1. Introducción y Marco de referencia	5
2. Justificación	7
3. Pregunta de investigación	9
4. Objetivo general	9
5. Diseño de la Investigación	9
6. Fuentes de Información	9
7. Métodos	10
8. Definición de variables	13
9. Análisis Estadístico	17
10. Recursos	17
11. Resultados	17
12. Discusión	24
13. Conclusiones	26
14. Referencias Bibliográficas	28
15. Anexo	32

Introducción y Marco de Referencia.

El tabaquismo es una adicción y es uno de los factores de riesgo asociado con un mayor número de enfermedades (1). Se ha mostrado que tiene un efecto adverso en la calidad de vida relacionada con la salud tal como lo ha señalado Lyons, et al en 1994² y Baddini, et al en 2004³; quienes compararon fumadores y no fumadores y encontraron deterioro sustancial en los primeros. Por otra parte, el tabaquismo esta relacionado con enfermedades que condicionan deterioro del estado de salud y de la calidad de vida, como el EPOC, la enfermedad cardiaca isquémica y la aterosclerosis acelerada, dentro de las mas frecuentes¹. Existe una clara relación entre el tabaquismo y el aumento de morbilidad y mortalidad; su consumo se relaciona con distintos tipos de cáncer tales como: pulmón (87% asociado a tabaco), cavidad bucal, páncreas, vejiga y riñón, entre otros; así también con enfermedades crónicas como: cardiopatía isquémica (21%), enfermedad vascular cerebral (18%) y EPOC (82%)^{4,5}.

El humo del tabaco produce numerosas sustancias químicas que son absorbidas por los pulmones^{4,5}, y aunque sus efectos en el cuerpo humano son poco conocidos, se ha descrito una relación cercana entre la cantidad de tabaco y una mayor incidencia de ciertas enfermedades^{4,5}, así como alteraciones en otras estructuras, particularmente vasos pulmonares, tal como ha sido descrito en un reciente estudio realizado por Gallegos y cols, donde se encontró que los pacientes con un IT ≥ 10 , presentaron HAP sin EPOC⁹.

El tabaquismo está considerado como un gran problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud menciona que causa 8,242 muertes al día y estima que para el año 2,020 más de 10 millones de personas

morirán a causa del tabaco, la mitad, durante la madurez productiva, con pérdidas de 10 a 20 años de vida. El Banco Mundial señala que el tabaquismo es un problema de poblaciones pobres, jóvenes y de bajo nivel educativo; en México, 122 personas mueren diariamente por causas asociadas al tabaco.

La encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2002 (ENA-02), señala que el 26.4% de la población urbana entre 12 y 65 años son fumadoras activas (14 millones de consumidores de tabaco). Se observa un aumento en el consumo de tabaco en las mujeres, representando el 33.6%. La edad más afectada es la comprendida entre los 18 a 29 años de edad (38.1%) siendo más representativo en estudiantes de secundaria (32%). Otro dato alarmante es que la edad de inicio a fumar es antes de los 18 años en el 80% de los casos^{6,7}.

Lyons² y Badinni³ mostraron deterioro en la calidad de vida asociada con el consumo de tabaco; sin embargo, esta variable es raramente incluida como medición; resultado relevante o desenlace en las evaluaciones de sujetos adictos al tabaco o en la evaluación de enfermedades asociadas con ello, y con más frecuencia se toman en cuenta al deterioro o agravamiento de los síntomas, o mediciones funcionales, como punto primario final, que muchas veces no correlaciona, con el estado de salud o sensación de bienestar referida por el paciente. Por otra parte, en enfermedades crónicas, la medición de esta variable puede predecir mortalidad, gravedad del EPOC o sus exacerbaciones^{4,5}.

Para tener un aproximado cuantitativo de algunas dimensiones de la calidad de vida, se han generado diversos índices que evalúan diferentes dimensiones de este fenómeno. Al momento, se encuentran disponibles

instrumentos específicos y válidos para evaluarla en enfermedades crónicas respiratorias, tal es el caso del SF-36⁸, el cuestionario de St. George (SGRQ)⁹, y el cuestionario respiratorio crónico (CRQ)¹⁰, el cual ha sido valorado por Harper y cols.

El SF-36 es un cuestionario que evalúa calidad de vida de forma global sin ser específicamente diseñado para una población en particular. El CRQ y el SGRQ son cuestionarios que la evalúan en pacientes con síntomas respiratorios por una enfermedad pulmonar establecida, como el EPOC. El SF-36 evalúa aspectos físicos y psicológicos relacionados con la misma. Tanto el CRQ y el SGRQ miden el impacto de una enfermedad pulmonar, evaluando síntomas y deterioro o no de la actividad física. El mencionado estudio de Gallegos mostró que fumadores sin EPOC presentaban deterioro en la calidad de vida, medida por el cuestionario SF-36, asociado a sintomatología respiratoria, aunque sin reunir criterios diagnósticos de EPOC⁹.

Justificación.

Se ha demostrado que el tabaquismo produce deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud^{2,3}, en personas fumadoras con y sin EPOC y se han realizado estudios que valoran el efecto de diversos tratamientos de la EPOC en la función pulmonar y su correlación con la calidad de vida del paciente; para ello se han empleado diversas herramientas validadas como son el SF-36, el CRQ y el SGRQ, las cuales son válidas, reproducibles y fáciles de aplicar. Adicionalmente ya se ha documentado una disminución de la calidad de vida con el SF-36 y el SGRQ en personas fumadoras sin EPOC; sin embargo, no se conoce la contribución de las diferentes alteraciones que se encuentran en este grupo de pacientes con dicho deterioro.

Algunos estudios han mostrado que el tabaquismo puede llevar a deterioro de esta, y se han encontrado diferencias significativas medida con el SF-36 entre fumadores, ex fumadores y nunca fumadores^(2,3,12-14). Resultados similares se obtuvieron utilizando el cuestionario de St. George's en un grupo de sujetos mayores de 55 años, fumadores, sin EPOC⁽¹⁵⁾. Así también, en un estudio previo realizado en este Hospital, se encontró que existe disminución en la calidad de vida en los pacientes fumadores crónicos, sin que reunieran criterios diagnósticos de EPOC, según la ATS (*American Thoracic Society*). Se podría pensar que los resultados en poblaciones mayores que han mostrado deterioro y su relación con el tabaco podrían estar influidos por co-morbilidades en los sujetos de estudio; sin embargo esta asociación mencionada, entre tabaquismo y deterioro ya se demostró también en sujetos jóvenes sin co-morbilidades⁽³⁾. Hasta el momento no se ha realizado ningún estudio que evalúe como contribuyen determinadas variables clínicas, de laboratorio y

gabinete con el deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud encontrado en sujetos fumadores crónicos sin criterios diagnósticos de EPOC, motivo por el cual se decide realizar el presente trabajo de investigación.

Pregunta de investigación.

¿Cómo contribuyen las diferentes variables: clínicas, de laboratorio o gabinete en la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores crónicos sin EPOC?

Objetivo general.

Verificar el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores sin EPOC.

Determinar la contribución de algunas variables clínicas, de laboratorio, gabinete y funcionales al deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores sin EPOC, empleando como herramientas los cuestionarios de calidad de vida llamados, SF-36, cuestionario de St' George y el CRQ.

Diseño de la investigación.

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo.

Fuentes de información.

Se obtuvo la información de los pacientes a través del sistema informático ATMSM 4.0 de Petróleos Mexicanos de la consulta externa de Neumología para elegir a los pacientes con antecedente activo o previo de tabaquismo; así también de la consulta externa de Medicina General y Preventiva para obtener a los sujetos del grupo control no fumadores y sin enfermedades crónico-degenerativas.

Métodos

El presente estudio se realizó en el HCSAE. Los criterios de selección para los sujetos casos fueron:

- a) Se seleccionaron pacientes de la consulta externa de Neumología, que tenían historia de exposición al tabaco de forma activa o previa.
- b) Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad.
- c) Con datos clínicos de EPOC (tos, expectoración o disnea) sin espirometría.
- d) Se les realizó espirometría para confirmar o descartar el diagnóstico de EPOC, según los lineamientos de la American Thoracic Society (ATS), que son: $VEF1 < 80\%$ y/o relación $VEF1/CVF < 70\%$ del valor predicho.

- e) Una vez que se descartó la presencia de EPOC, estos pacientes fueron incluidos en el estudio.

Los criterios de exclusión para los casos fueron:

- a) Pacientes con EPOC (VEF1 < 80% y/o relación VEF1/CVF <70% del valor predicho), diagnosticados por espirometría.
- b) Pacientes con enfermedad pulmonar o pleural previa, con cirugía de tórax previa, con cualquier tipo de cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedad del tejido conectivo, vasculitis sistémica o trombofilia; VIH o infección por virus de hepatitis B y C, enfermedad terminal renal o hepática, alteración psiquiátrica o neurológica, imposibilidad para la marcha o índice de Karnofsky de < 80.

Los criterios de selección para los sujetos controles fueron:

- a) Se seleccionaron pacientes de la consulta externa de Medicina General y Preventiva, sin antecedentes de tabaquismo actual o previo.
- b) Mujeres y hombres mayores de 18 años de edad
- c) Con características similares al grupo control, sin enfermedades crónico-degenerativas, principalmente cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar hipoxémica, insuficiencia renal crónica terminal, enfermedad hepática crónica, insuficiencia arterial de piernas, alteraciones neurológicas centrales o periféricas que les limiten para realizar sus actividades de forma independiente o enfermedades psiquiátricas sin o en control
- d) Con estudio espirométrico reportado como normal, sin alteración pulmonar alguna.

Los criterios de exclusión para los controles fueron:

- a) Pacientes con antecedente de exposición al humo del tabaco.
- b) Pacientes con diagnóstico de EPOC (según la ATS, mencionado previamente).
- c) Pacientes con enfermedad pulmonar o pleural previa, con cirugía de tórax previa, con cualquier tipo de cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedad del tejido conectivo, vasculitis sistémica o trombofilia; VIH o infección por virus de hepatitis B y C, enfermedad terminal renal o hepática, alteración psiquiátrica o neurológica, imposibilidad para la marcha o índice de Karnofsky de < 80 .

En ambos grupos se registraron variables en la historia clínica: registro demográfico (fecha de nacimiento, sexo y raza/origen étnico), enfermedades intercurrentes, frecuencia respiratoria (FR), empleo de oxígeno domiciliario, presencia de tos, expectoración, disnea, promedio de cigarrillos al día, años de exposición, tiempo de abandono del tabaco, tipo de antihipertensivos utilizados; en el examen físico se registraron los signos vitales: tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (oral), IMC, peso, talla, hallazgos a la auscultación respiratoria, exploración precordial, presencia de edema y cianosis distal; así como también caminata de 6 minutos, biometría hemática, gasometría arterial y venosa y radiografía de tórax.

A los dos grupos se les realizó espirometría para confirmar o descartar el diagnóstico de EPOC, por medio de un espirómetro Micro DL (micromedical UK), aprobado su efectividad, estabilidad y confiabilidad de los estándares de

la ATS en 1994, volúmenes evaluados a través del *software* Spida versión 5 compatible con *Windows*^(16,17,18).

Asimismo, se les realizó también a ambos grupos un Ecocardiograma ⁽¹⁹⁾, por medio de un ecocardiógrafo Hewlett-Packard Sonnos 5500-R color-doppler, con transductor de 2.4 MHz y 1.9 MHz, para valorar primordialmente la PSAP, así como otras variables de importancia como lo son: presencia de dilatación de cavidades derechas (DCD), movimiento paradójico septal, fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) e hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI). A todos se les aplicó el cuestionario SF-36, así como el St.George`s y el CRQ, para valorar el impacto del tabaquismo en la calidad de vida relacionada a la salud de los sujetos en estudio. (ver Anexo). La aplicación de estos cuestionarios fue realizada por el investigador, en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, con una explicación previa de la forma de llenado, y resolviendo las dudas que pudieran tener los pacientes a la hora de contestarlo.

Una vez que el paciente cumplió los criterios de inclusión y exclusión se le solicitó participar en el estudio una vez firmado el consentimiento informado.

Definición de variables

Edad: Enunciada en años, en escala numérica continua.

Género: Mujer u hombre, en escala nominal.

Factor de riesgo para EPOC: se consignó el índice tabáquico. Expresado en escala numérica continua. Se consignó: numero de cigarros/día, tiempo de evolución, se indagó si es activo o bien el tiempo de abandono o recaída.

Disnea: Calificada de acuerdo a la OMS en 4 grados (modificada de la NYHA para uso en HAP desde 1998) según el grado de dificultad respiratoria, así como síntomas asociados relacionados con la actividad física:

- I. Sin compromiso para las actividades diarias, el ejercicio no produce síntomas.
- II. Con limitación leve de la actividad física, pero cede con el reposo, el ejercicio produce los síntomas.
- III. Con limitación grave de la actividad física, cede con el reposo, el ejercicio produce los síntomas.
- IV. Con síntomas en reposo y cualquier actividad física por mínima desencadena los síntomas.

Síntomas de EPOC: Tos, que es la inspiración profunda seguida de espiración profunda tras glotis cerrada, y expectoración, que es emisión de secreciones bronquiales que acompaña a la tos. Se representa en escala nominal.

Signos vitales: Referidos en escala continua numérica, y se refieren a la TAS y TAD expresadas en mm Hg, la FC y la FR.

Signos clínicos: Se expresa su presencia o ausencia en escala nominal, la cual especifica la cianosis, que es la coloración azul parda de las mucosas o tegumentos, usualmente debida a la existencia de por lo menos, 5 g% de hemoglobina reducida en la sangre circulante o de pigmentos hemoglobínicos anómalos (metahemoglobina o sulfohemoglobina) en los glóbulos rojos. También se buscaron alteraciones en la exploración respiratoria, sibilancias (espiración silbante), estertores (secreciones pulmonares), alteraciones de la caja torácica y movilidad diafragmática.

En el precordio se buscó la presencia de soplos, aumento en la intensidad del segundo ruido, desdoblamiento patológico del segundo ruido de acuerdo a los movimientos respiratorios.

Distancia en metros de caminata en 6 minutos: distancia en metros que se recorre durante 6 minutos con cronómetro en mano. El octavo piso del HCSAE cuenta con un pasillo central circunferencial, dispuesto a su periferia las áreas de hospitalización por cuartos, la longitud del pasillo es de 51.9 metros, y la distancia entre cada uno de los cuartos es 50cm. Una persona normal sana de 70 Kg recorre en 6 minutos un total de 11 vueltas lo que marca una distancia de 539 metros con 700 cm. Se mide en una escala numérica continua.

IMC: Definido como la relación entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado, se expresa en Kg/m^2 . Se utilizó como escala numérica continua.

VEF1 máximo al primer segundo expresado en litros por segundo y porcentaje del valor predicho para peso, edad y sexo. Cantidad de aire expelida en una respiración profunda durante el primer segundo en la espirometría. Se utilizó como escala numérica continua, mismas condiciones para la capacidad vital forzada (CVF).

Gasometría arterial: Medición estandarizada en laboratorio de una muestra de sangre arterial y venosa tomada posterior a 30 minutos de reposo y a oxígeno ambiente. Se valoró el equilibrio ácido-base con el pH y las tensiones parciales CO_2 y O_2 , así como la SaO_2 . Se mide en escala numérica continua.

Biometría hemática: Análisis de sangre que estudia el promedio de elementos formes del volumen sanguíneo, así como índices de tamaño y contenido de hierro en los eritrocitos: hemoglobina (g/dl), hematocrito (%), volumen corpuscular medio (fl), hemoglobina corpuscular media (pg), ancho eritrocitario

(%), eritrocitos (células/ul), linfocitos (células/ul), neutrófilos (células/ul), leucocitos (células/ul).

PSAP: se mide en el ecocardiograma en la posición decúbito supino mediante ecocardiografía *doppler* de onda continua, en donde la velocidad pico de la regurgitación en la válvula tricúspide es medida por el transductor. El valor del volumen de regurgitación es sustituido de la ecuación modificada de Bernoulli ($\text{velocidad}^2 \times 4$) que es equivalente al gradiente de presión sistólica entre el ventrículo derecho y la aurícula derecha. La PSAP es igual al gradiente sistólico entre el ventrículo derecho y la aurícula derecha medida en mm Hg. Los valores se registraron en escala numérica continua desde 25 hasta 100 mm Hg⁽²⁰⁾.

Calidad de vida relacionada a la salud.

El cuestionario *SF-36* mide calidad de vida en general, es ampliamente usado, y ya fue valorado y traducido en México por Zúñiga y col (8); contiene 36 preguntas divididas en 8 categorías, que incluyen funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM); cuatro de estas categorías califican la calidad de vida referente a aspectos físicos y 4 a aspectos psicológicos. Para obtener el puntaje dominante, a las respuestas contestadas se les otorga un valor, se suman y se transforman en una escala de 0 a 100; mayores puntuaciones indican mejor calidad de vida (2)

El *Cuestionario de St'George (SGRQ)* mide el impacto de una enfermedad pulmonar en la calidad de vida; principalmente asma y EPOC. Son 50 preguntas que engloban 3 categorías: síntomas, actividad física e impacto de la

enfermedad. Los resultados se expresan como porcentaje, 0% el mejor y 100 % el peor. Una versión en español ha sido desarrollada en España. (11)

El cuestionario *CRQ* es el más viejo y ha sido usado solo en pacientes con EPOC. Consta de 20 preguntas que valoran 4 categorías: disnea, fatiga, función emocional y control de la enfermedad. La primer categoría consta de 5 actividades escogidas por el paciente que le causan falta de aire; las respuestas pueden ser calificadas en una escala que va de 1 (máximo deterioro) a 7 puntos (sin deterioro). Todos los resultados se expresan como un puntaje parcial. Se uso una versión en español validada en España. (10)

Análisis estadístico

Toda la información se codificó para su análisis en formato SPSS. Los datos se presentan en tablas y gráficos comparativos.

Entre ambos grupos se realizó una comparación de variables de acuerdo a la escala de medición: las variables categóricas con χ^2 y las variables continuas con U de Mann-Whitney. Así como también un análisis de regresión lineal multivariado, para determinar cuales fueron las variables asociadas al deterioro en la calidad de vida relacionada a la salud encontrada en el grupo caso.

Recursos

Los recursos de este estudio fueron aportados por el HCSAE y los investigadores. El HCSAE proporcionó lo necesario para realizar la evaluación de los pacientes de forma habitual, ya que únicamente se sistematizó la información y se realizó la valoración de manera más precisa y secuencial.

Los investigadores compraron un espirómetro portátil para realizar los estudios necesarios y lo mantuvieron en funcionamiento mientras duró el estudio.

Así también los investigadores aplicaron las encuestas de calidad de vida.

Resultados

Estudiamos un total de 123 pacientes, 69 mujeres y 54 hombres, de los cuales fueron 81 casos (65.9% del total) y 42 controles (34.1%) y, como se comentó arriba, la única diferencia que se buscó, es que los controles o grupo de comparación no hubiera estado expuesto a humo de tabaco ni a otros factores de riesgo de daño pulmonar. En la **Tabla 1**, se muestran las principales diferencias entre ambos grupos. Adicionalmente, no se encontraron diferencias relevantes en los datos de la exploración física cuando se compararon casos y controles, en las variables que fueron estandarizadas entre los observadores.

Tabla 1. Principales diferencias entre casos y controles

Variable*	Casos (n = 81)	Controles (n = 42)	Valor p*
Edad (años)	65.4 ± 12.1	63.5 ± 8.8	NS
IMC (Kg/m ²)	28.5 ± 5.6	26.8 ± 4.2	NS
Género: hombres / mujeres (n)	35 / 46	19 / 23	NS
Con HAS: si / no	43 / 38	12 / 30	0.01
Con DM: si / no	17 / 64	6 / 36	NS
Con HVI [†] : si / no	10 / 71	0 / 42	0.01
Dilatación de VD [†] : sí / no	3 / 78	0 / 42	NS
paCO ₂ (mm / Hg)	32.5 ± 4.1	32.3 ± 3.6	NS
paO ₂ (mm Hg)	56.9 ± 6.9	64.1 ± 5.6	0.01
SaO ₂ (%)	89.2 ± 3.5	92.4 ± 2.7	0.01
Hemoglobina (g/dl)	15.2 ± 1.7	14.9 ± 1.0	NS
CVF [†] (L)	2.4 ± 0.8	3.1 ± 0.7	0.01
VEF ₁ (%) ^{††}	108.7 ± 37.5	130.6 ± 35.3	0.01

* En las variables numéricas se anotan promedios y desviaciones estándar

** X² para variables categóricas y prueba U de Mann-Whitney para variables continuas.

† HVI = hipertrofia del ventrículo izquierdo; VD = ventrículo derecho; CVF = capacidad vital forzada; VEF₁ = volumen espiratorio forzado en el primer minuto

†† Se describe su relación con el predicho, según el *software*

Como se aprecia, los controles tuvieron mayor prevalencia de hipertensión arterial y, consecuentemente, un número mayor de sujetos con hipertrofia del ventrículo izquierdo; además, los casos presentaban más

problemas de oxemia y deterioro en la función ventilatoria, aunque debe aclararse que en ninguno de los casos, se cumplió el criterio para ser clasificados como EPOC y, las espirometrías no mostraron graves alteraciones en los flujos aéreos.

Con respecto de los casos, el 28.5% de ellos continuaban fumando al momento del estudio; 18 de ellos requerían del uso de oxígeno domiciliario por hipoxemia grave, 85 (69%) mencionaron algún grado de disnea y en 51 de ellos, dos de los médicos que los exploraron coincidieron en que presentaban acrocianosis; además, en 3 casos se encontró edema periférico. Por otra parte, el promedio de cigarrillos diarios que fumaron (o aún fuman) los casos fue de 15.4, con un tiempo promedio de haber tenido esta adicción de 33 ± 13 años, lo que condiciona 27.2 ± 22 paquetes/año de exposición.

Como parte de la evaluación completa de este grupo de pacientes, se les realizó un estudio ecocardiográfico por un solo experto, con la intención de disminuir la variabilidad inter-observador, particularmente cuando se realizan las determinaciones de PSAP; el promedio de esta medición en los casos fue de 40.7 ± 11.5 mm Hg y de 31.3 ± 4.5 mm Hg en los controles. Además de la HVI señalada previamente en un subgrupo de casos, las demás variables de función ventricular no mostraron grandes diferencias, particularmente parámetros de función sistólica y diastólica del VI, movimiento paradójico del septo o dilatación de cavidades derechas.

Sin embargo, la parte más relevante de esta evaluación fue la de conocer la calidad de vida relacionada con la salud, medida con tres herramientas actualmente en uso: el SF-36, el cuestionario de St. George y el CRQ. Estos últimos califican los síntomas respiratorios, de tal forma que era

esperable una diferencia entre casos, sujetos fumadores intensos y por ello, con alteraciones funcionales respiratorias y vasculares pulmonares; y los controles, sujetos sin este factor de exposición o riesgo. El CRQ (*Chronic Respiratory Questionnaire*, Cuestionario de síntomas respiratorios crónicos) evalúa 4 parámetros sintomáticos: disnea, fatiga, rol emocional y percepción del control de la enfermedad respiratoria crónica; en este trabajo se calificó en una escala de Likert con 7 posibilidades, en donde *siempre* (calificado como 1) es la peor condición de síntomas y *nunca*, la mejor, equivalente a 7. En la **Tabla 2** se muestran las diferencias en cada uno de estos parámetros entre casos y controles; es notoria la diferencia de un peor estado entre los casos con puntuaciones bajas, asociadas éstas a la adicción al tabaco fundamentalmente.

Tabla 2. Comparación de las calificaciones del CRQ ente casos y controles

Ítems del CRQ	Casos	Controles	Valor de p*
Disnea	24.83 ± 7.64	34.52 ± 2.42	0.001
Fatiga	19 ± 4.5	23.95 ± 2.77	0.001
Función emocional	35.5 ± 7.11	42.98 ± 4.94	0.001
Percepción de control	23.77 ± 4.57	27.83 ± 0.824	0.001

* U de Mann Whitney

De igual forma, la diferencia entre casos y controles en el cuestionario St. George, en el que se evalúan los síntomas, la actividad física que puede realizar el paciente y su percepción del impacto que ejerce en él la enfermedad. Como ya se comentó, el instrumento consta de 76 ítems que se dividen en 3

categorías de las cuales se obtiene una calificación para cada una de esas áreas; al final se obtiene una puntuación de 0 a 100, en donde el estado óptimo es 0 y la peor condición 100. En esta ocasión seguimos las instrucciones del Manual del desarrollador del instrumento y el programa de Excel que ofrecen en el sitio web http://www.aamr.org.ar/cms/archivos/secciones/rehab/sgrq_manual_may03.doc. Como era de esperarse, al comparar sujetos con alteraciones pulmonares y otros sin ellas, se apreciaron diferencias entre ambos grupos, mostrando los casos calificaciones muy superiores, indicativo de problema respiratorio que condiciona limitaciones y disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, tal como se señala en la Tabla 3.

Tabla 3. Comparación de las calificaciones del St. George ente casos y controles.

Áreas del St. George	Casos	Controles	Valor del p [*]
Síntomas	28.16 ± 21.03	2.43 ± 5.30	0.001
Actividad física	34.49 ± 26.90	0.43 ± 2.77	0.001
Percepción de impacto	15.4 ± 16.16	0	0.001
Calificación total	23.83 ± 19.25	0.57 ± 1.23	0.001

* U de Mann Whitney

No obstante, la herramienta más importante a evaluar fue el SF-36, que es el instrumento genérico más utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Es importante mencionar que este instrumento evalúa aspectos físicos y psicológicos y muchos de ellos sin relación con problemas respiratorios o de enfermedad, por lo que sorprendió que prácticamente todos los dominios de evaluación mostraron calificaciones menores en los casos que

en los controles, indicativo de una menor calidad de vida en cada uno de estos dominios tal como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Comparación de la calificación de cada uno de los dominios del SF36

Dominio	Casos	Controles	Valor de p*
Función física	63.02 ± 24.87	87.98 ± 13.70	0.001
Rol físico	49.38 ± 43.65	86.3 ± 26.59	0.001
Dolor corporal	69.26 ± 25.38	81.73 ± 19.26	0.01
Salud general	53.75 ± 17	77.38 ± 15.01	0.001
Vitalidad	51.67 ± 18.97	74.64 ± 17.15	0.001
Función social	72.69 ± 22.63	88.69 ± 13.47	0.001
Rol emocional	56.79 ± 41.31	84.92 ± 27.74	0.001
Salud mental	63.2 ± 18.37	83.52 ± 14.62	0.001

* U de Mann Whitney

En este instrumento, se realiza una evaluación al acumular las dimensiones físicas y las psicológicas en dos grandes grupos que permiten conocer la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en el aspecto físico y psicológico en general. En este caso, las diferencias también se mantuvieron, ya que los controles tuvieron una calificación de 83.3 ± 13.2 y los casos 58.8 ± 22.0 en la calificación general de la calidad de vida relacionada con la salud en los aspectos físicos ($p < 0.001$); mientras que en los aspectos psicológicos, las calificaciones fueron de 82.9 ± 14.7 y 61.1 ± 19.2 ($p < 0.001$), respectivamente. Esta situación también se ve reflejada en dos

parámetros que a nuestro juicio pueden emplearse también como aproximaciones de capacidad física, como son la distancia de caminata en 6 minutos, que mostró ser de 382 ± 120.9 m en los casos y de 469 ± 87.2 m en los controles ($p < 0.001$), así como el índice BODE, que es un indicador de pronóstico de mortalidad en EPOC, el cual mostró un puntaje de 1.2 ± 1.36 contra 0 ($p < 0.001$), entre casos y controles, respectivamente.

Realizamos una regresión lineal multivariada para evaluar las variables que mejor contribuyen con la calificación de la calidad de vida física o psicológica del SF-36 en el grupo completo de pacientes. Se obtuvieron 2 modelos; el primero, que predice la calificación de todo el componente físico mostró que las variables que más contribuyeron con ello fueron el género masculino, una mayor presión sistólica de la arteria pulmonar y el índice paquetes/año, estas últimas variables, como se ha mostrado, sólo anormales entre los casos. En cuanto a la contribución de variables para el deterioro psicológico de la calidad de vida del SF36, se encontró una contribución preponderante del género masculino, mayor presión de la arterial pulmonar, un mayor índice de paquetes año y una mayor índice de masa corporal; de igual forma, es clara la contribución del bienestar psicológico de las variables asociadas con el tabaquismo, por lo que señalamos que de acuerdo con esta evaluación, el tabaquismo es el factor que más contribuye con la calidad de vida en este grupo de individuos. En las **tabla 5** se muestran los modelos multivariados.

Tabla 5. modelos multivariados

Modelo 1. Estado físico			
VARIABLES INCLUIDAS	BETA	t	VALOR DE P
Género	0.31	3.8	0.001
PSAP	-0.30	-3.5	0.001
Paquetes / año	-0.2	-2.2	0.02
R² ajustada = 0.21		Valor de p de todo el modelo = 0.0001	

Modelo 2. Estado psicológico			
VARIABLES INCLUIDAS	BETA	t	VALOR DE P
Género	0.35	4.29	0.001
PSAP	-0.18	-2.16	0.001
Paquetes/año	-0.29	-3.34	0.03
IMC	-0.15	-1.90	0.05
R² ajustada = 0.22		Valor de p de todo el modelo = 0.0001	

Discusión

Desde hace cientos de años se ha observado que el tabaco produce ciertas alteraciones en las personas que lo consumen; tal como lo escribió alguna vez el rey James I en 1604, en “*A Counterblaste to Tobacco*”, en el dijo “que el tabaco era molesto para la nariz, dañino para el cerebro y peligroso para los pulmones”²⁶. Sin embargo y aunque desde ese entonces se sabía las alteraciones y los riesgos del tabaquismo, su consumo ha ido en aumento en nuestra sociedad actual, a pesar de que hoy se conoce con mayor claridad la fisiopatología del daño pulmonar y endotelial por el consumo del mismo.

Existe mucha información acerca del riesgo que conlleva el hábito de fumar, y aunque son datos que se dan a conocer a la población general; en ella prevalece la idea de que el tabaquismo es dañino porque ocasiona enfermedad pulmonar o enfermedades secundarias al daño endotelial, y que efectivamente las personas fumadoras presentan deterioro en su calidad de vida pero secundaria a las morbilidades mencionadas, y no solo por el hábito tabáquico.

Es por ello que este trabajo es importante porque corrobora que a pesar de que los fumadores aún no presentan enfermedad orgánica definida

relacionada al tabaco, si presentan deterioro en su calidad de vida relacionada a la salud, cuando se comparan con personas no fumadoras que comparten las mismas características generales. En los fumadores, como era de esperarse, al estar en contacto con las sustancias nocivas del tabaco, aunque no reúnen criterios actuales de EPOC o de otra patología del parénquima pulmonar, presentan sintomatología respiratoria importante, lo que contribuye a una menor calidad de vida medida con los instrumentos específicos de sintomatología respiratoria (CRQ y St George's), cuando se comparan con los no fumadores.

Es conocido que 20 a 26 % de los pacientes con tabaquismo tienen síntomas de bronquitis, sin criterios diagnósticos de EPOC, y el 80%, presentan en biopsias tomadas de bronquios mayores: atipia celular, metaplasia, hiperplasia vascular, edema submucoso así como infiltrado inflamatorio, en el lavado bronquioloalveolar, hallazgos ausentes en no fumadores²¹. Dichos hallazgos pueden explicar el porque de la sintomatología en los fumadores sin EPOC. Por otro lado, mas importante aún fue el determinar el deterioro en la calidad de vida en fumadores, pero determinada esta, por el instrumento de calidad de vida genérico, SF-36, ya que dicho instrumento valora calidad de vida general, sin ser específico de ninguna enfermedad; y con este, pudimos corroborar que existe un deterioro muy importante en los fumadores, tanto en el rubro físico como psicológico, cuando se comparan con los no expuestos al humo de tabaco, siendo el tabaquismo la principal variable que contribuye a dicho deterioro, demostrada con el análisis estadístico anteriormente mostrado; algo muy importante a mencionar es que ambos grupos compartían las mismas características basales, excepto la exposición a humo de tabaco.

Dentro de las variables que contribuyen al deterioro en la calidad de vida, el tabaquismo es la principal de todas e influye tanto en el rubro físico como psicológico, determinado por el SF-36. Otras variables que contribuyen al deterioro dentro del rubro físico encontradas en este estudio, fueron el género masculino, el índice paquetes/año y la mayor presión en la arteria pulmonar. Como podemos constatar el tabaquismo es mas frecuente dentro del género masculino, así como también el consumo mayor de cigarros al año, esto a su vez contribuye a los cambios a nivel del endotelio vascular pulmonar ya mencionados, que conlleva a su vez al aumento de la presión de la arteria pulmonar, este aumento disminuye la capacidad del paciente al ejercicio, con lo que conlleva al deterioro físico, contribuyendo de esta forma a la disminución en la calidad de vida. Por otra parte en el aspecto psicológico del SF-36 las variables anteriormente mencionadas (género, índice paquetes/año, PSAP) también fueron relacionadas y se suma a ellas el índice de masa corporal; el aumento de este ultimo esta relacionado directamente con la disminución en la calidad. Los sujetos con sobrepeso u obesidad, están aún más limitados para las actividades físicas y se empeora aún más su calidad si se le suma en este caso una mayor PSAP, contribuyendo aun más con el deterioro.

Conclusiones

El tabaquismo es una adicción que en épocas actuales se inicia a edades mucho más tempranas. Se sabe que ocasiona diversas alteraciones funcionales y orgánicas a nivel endotelial y pulmonar. El deterioro en la calidad de vida relacionada a la salud existe y queda demostrado en este estudio que la principal variable relacionada a dicho deterioro es el tabaquismo. Otras variables que contribuyen y que están directamente relacionadas con el consumo de tabaco son el género masculino, el índice paquetes/año, el IMC y una mayor PSAP. Este último hallazgo es muy importante ya que sabíamos anteriormente que el aumento de la PSAP va acompañando a los estadios finales del EPOC, sin embargo, quedó demostrado en el estudio llevado por Gallegos y col, en este hospital, que el aumento de la PSAP existe en pacientes con tabaquismo sin EPOC, y ahora en este estudio, se demostró que la PSAP es una variable que contribuye de forma directa con el deterioro de la calidad de vida relacionada a la salud. Con estos datos encontrados una medida indispensable sería la suspensión del tabaco, y en los pacientes con presencia de hipertensión arterial pulmonar deberá valorarse el añadir medidas farmacológicas que eviten el deterioro de la misma, y con ello, contribuir a la mejoría sintomática y con ello a una mayor calidad de vida de dichos pacientes.

Anexo

MARQUE SOLO UNA OPCION

1. En general, ¿diría usted que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades (o cosas) que usted podría hacer **durante** un día normal. ¿Su estado **de salud actual** lo limita (para hacer) **en esas actividades** (o cosas)? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora , jugar al bowling o caminar más de una hora	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de las compras	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro	1	2	3
i. Caminar una cuadra	1	2	3
j. Bañarse o vestirse (por sí mismo)	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido **usted** alguno de los siguientes problemas **con** su trabajo **u otras actividades diarias normales** a causa de su salud física ?

	SI	NO
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba a su trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas **con** su trabajo **u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)?

	SI	NO
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Ha hecho su trabajo u otras actividades con menos cuidado que siempre?	1	2

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿**en qué medida** su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales **normales** con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

- 1 Nada en absoluto
- 2 Ligeramente
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremadamente

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

- 1 Ninguno
- 2 Muy poco
- 3 Poco
- 4 Moderado
- 5 Mucho
- 6 Muchísimo

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

- 1 Nada en absoluto
- 2 Un poco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremadamente

9. Las **siguientes** preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, **por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...**

	Siempre	Casi siempre	Muchas Veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Se ha sentido lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Ha estado muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se ha sentido tranquilo y sereno?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas 4 semanas **¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales (le) han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?**

- 1 Siempre
 2 Casi siempre
 3 Algunas veces
 4 **Casi nunca**
 5 Nunca

10. ¿Cuán **CIERTA** o **FALSA** es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

GRACIAS

CUESTONARIO DE LA ENFERMEDAD
RESPIRATORIA CRÓNICA

(THE CHRONIC RESPIRATORY DISEASE QUESTINNAIRE- CRQ)

Guell, R; Casan, P.; Sangenis, M.; Sentis, J.; Morante, F.; Borrás, JM; Guyatt, G. Arch Bronconeumol 1995;31:202-210

CUESTIONARIO PARA LA PRIMERA VISITA

Hemos elaborado este cuestionario para saber cómo se ha encontrado usted durante las dos últimas semanas. Le preguntaremos si le ha faltado aire (ahogo), lo cansado que se ha sentido y cuál ha sido su estado de ánimo.

1. Me gustaría que usted pensara en las actividades que ha realizado durante estas dos últimas semanas que le hayan provocado la sensación de que le faltaba el aire (ahogo). Deben ser actividades que realice a menudo y sean importantes en su vida diaria. Por favor, puede decirme tantas actividades como pueda recordar que haya llevado a cabo durante estas dos últimas semanas, que le hayan producido la sensación de falta de aire (ahogo)?

(MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA EN LA HOJA CON LA LISTA. SI ALGUNA DE LAS QUE LE DICEN NO ESTÁ EN LA LISTA, APÚNTELA TAL COMO SE LO DIGA EL PACIENTE).

Puede pensar en otras actividades que usted haya realizado durante las dos últimas semanas que le hayan producido la sensación de falta de aire (ahogo)?

(ANOTE LOS ÍTEMS ADICIONALES)

2. Le voy a leer una lista de actividades que, en algunas personas con problemas respiratorios, provocan la sensación de que les falta el aire (ahogo). Haré una pausa después de cada una de ellas para que tenga tiempo de decirme si alguna le ha producido la sensación de falta de aire, mientras la realizaba en las dos últimas semanas. Si usted no ha realizado alguna de estas actividades en las dos últimas semanas, simplemente diga NO. Las actividades son las siguientes:

(LEA LOS ÍTEMS Y OMITA LAS QUE EL PACIENTE HA CITADO ANTES. HAGA UNA PAUSA DESPUÉS DE CADA ÍTEM PARA DAR TIEMPO AL PACIENTE PARA QUE DIGA SI A EL/ELLA LE HA FALTADO EL AIRE MIENTRAS REALIZABA ESA ACTIVIDAD DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS. MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DEL ÍTEM CORRESPONDIENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS).

LISTA DE ACTIVIDADES

1. AL ENFADARSE O DISGUSTARSE
2. MIENTRAS SE BAÑABA O SE DUCHABA
3. AL INCLINARSE HACIA DELANTE
4. TRANSPORTANDO CESTOS, BULTOS, PESOS
5. VISTIÉNDOSE
6. COMIENDO
7. PASEANDO
8. REALIZANDO LAS LABORES DEL HOGAR
9. ANDANDO DEPRISA
10. HACIENDO LA CAMA
11. FREGANDO EL SUELO
12. MOVIENDO MUEBLES
13. JUGANDO CON SUS HIJOS O NIETOS

14. MIENTRAS PRACTICABA ALGUN DEPORTE
15. AGARRANDO ALGO DE UNA ESTANTERÍA SITUADA POR ENCIMA DE SU CABEZA
16. CORRIENDO TRAS UN COLECTIVO
17. YENDO DE COMPRAS
18. MIENTRAS INTENTABA DORMIRSE EN LA CAMA
19. HABLANDO
20. PASANDO EL ASPIRADOR
21. ANDANDO POR SU CASA
22. SUBIENDO POR UNA CUESTA
23. SUBIENDO ESCALERAS
24. ANDANDO CON OTRAS PERSONAS EN TERRENO LLANO
25. PREPARANDO LAS COMIDAS
26. BARRIENDO O PASANDO EL LAMPASO
27. HACIENDO EL AMOR

3 a. De las actividades que usted ha seleccionado, cuál es la más importante en su vida diaria? Se las voy a leer y cuando termine me gustaría que dijese cuál es para usted la más importante.

(LEA TODAS LAS ACTIVIDADES QUE EL PACIENTE ESPONTÁNEAMENTE ELIGIÓ Y LAS QUE MARCÓ DE LA LISTA)

Cuál de estas actividades es la más importante en su vida diaria?

- 3 a. _____
- 3 b. _____
- 3 c. _____
- 3 d. _____
- 3 e. _____

4. Me gustaría que me describa cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido durante las dos últimas semanas mientras realizaba las cinco actividades que usted ha seleccionado.

4 a. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 a.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 b. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 b.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 c. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 c.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 d. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 d.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 e. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 e.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

5. En general, cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido frustrado o ha perdido la paciencia?

Por favor, indique durante cuánto tiempo se ha sentido frustrado o ha perdido la paciencia, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

6. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas ha tenido la sensación de miedo o pánico al no poder respirar bien?

Por favor, indique con qué frecuencia ha tenido una sensación de miedo o pánico al no poder respirar bien, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

7. Qué tal la fatiga? Cómo se ha sentido de cansado durante las dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cómo se ha sentido de cansado durante las dos últimas semanas, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene delante.

1. EXTREMADAMENTE CANSADO
2. MUY CANSADO
3. BASTANTE CANSADO
4. MODERADAMENTE CANSADO
5. POCO CANSADO
6. MUY POCO CANSADO
7. NADA CANSADO

8. Cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido incómodo o violentado a causa de su tos o de su respiración ruidosa?

Por favor, indique cuánto tiempo se ha sentido incómodo o violentado por tos o de su respiración ruidosa, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

9. En las dos últimas semanas, cuánto tiempo se ha sentido confiado y seguro de poder afrontar su problema respiratorio?

Por favor, indíqueme durante cuánto tiempo se ha sentido usted confiado y seguro de poder afrontar su problema respiratorio, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. NUNCA
2. POCO TIEMPO
3. ALGÚN TIEMPO
4. BASTANTE TIEMPO
5. MUCHO TIEMPO
6. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. TODO EL TIEMPO

10. Se ha encontrado con fuerza, energía o coraje estas dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cuánta fuerza, energía o coraje ha tenido, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. SIN FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE
2. CON MUY POCAS FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE
3. ALGO DE FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE
4. CON FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE MODERADO
5. BASTANTE FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE
6. MUCHAS FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE
7. LLENO DE FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

11. En general, cuánto tiempo se ha sentido angustiado, preocupado o deprimido en las dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cuánto tiempo se ha sentido angustiado, preocupado o deprimido en las dos últimas semanas, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

12. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas ha sentido que controlaba totalmente su problema respiratorio?

Por favor, indíqueme con qué frecuencia ha sentido que controlaba totalmente su problema respiratorio, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. NUNCA
2. POCO TIEMPO
3. ALGÚN TIEMPO
4. BASTANTE TIEMPO
5. MUCHO TIEMPO
6. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. TODO EL TIEMPO

13. Cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido relajado y sin tensiones?

Por favor, indíqueme cuánto tiempo se ha sentido relajado y sin tensiones, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. NUNCA
2. POCO TIEMPO
3. ALGÚN TIEMPO
4. BASTANTE TIEMPO
5. MUCHO TIEMPO
6. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. TODO EL TIEMPO

14. Cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido con poca fuerza?
Por favor, indíqueme cuanto tiempo se ha sentido con poca fuerza, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

15. En general, cuánto tiempo en estas dos últimas semanas se ha sentido desanimado y con la moral baja?

Por favor, indíqueme cuanto tiempo durante estas dos últimas semanas se ha sentido desanimado y con la moral baja, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

16. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas se ha sentido hecho polvo o sin ganas de hacer nada?

Por favor, indíqueme con qué frecuencia se ha sentido hecho polvo o sin ganas de hacer nada, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

17. Se ha sentido satisfecho, feliz o contento de su vida en las dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cómo se ha sentido de feliz, contento o satisfecho de su vida, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

1. MUY INSATISFECHO, CASI SIEMPRE INFELIZ
2. GENERALMENTE INSATISFECHO, O INFELIZ
3. ALGO INSATISFECHO O INFELIZ
4. EN GENERAL SATISFECHO Y FELIZ
5. FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
6. MUY FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. EXTRAORDINARIAMENTE FELIZ, NO PODÍA ESTAR MÁS CONTENTO Y SATISFECHO

18. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas se ha sentido asustado o angustiado al tener dificultades para poder respirar?

Por favor, indíqueme con qué frecuencia se ha sentido asustado o angustiado al tener dificultades para poder respirar, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

19. En general, con qué frecuencia en las dos últimas semanas se ha sentido usted inquieto, tenso o nervioso? Por favor, indíqueme con qué frecuencia se ha sentido inquieto, tenso o nervioso, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DE ST'GEORGES

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIRIGIDO A PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRONICA.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario está hecho para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y como le afectan en su vida. Usamos el cuestionario, no tanto para conocer los problemas que los médicos y las enfermeras piensan que usted tiene, sino para saber que, aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y PREGUNTE LO QUE NO ENTIENDA. NO UTILICE DEMASIADO TIEMPO PARA DECIDIR LAS RESPUESTAS. LEA TODAS LAS RESPUESTAS DE UN MISMO ITEM, ANTES DE DECIDIR SU RESPUESTA.

PARTE 1

PREGUNTAS PARA SABER CUANTOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS HA TENIDO DURANTE EL ULTIMO AÑO.

Por favor, marque una sola opción en cada pregunta.

- 1 - **Durante el último año, he tenido tos.**
 - a) Casi todos los días de la semana.
 - b) Varios días a la semana.
 - c) Unos pocos días al mes.
 - d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
 - e) Nada en absoluto.

- 2 - **Durante el último año, he tenido expectoración (catarro o flemas).**
 - a) Casi todos los días de la semana.
 - b) Varios días a la semana.
 - c) Unos pocos días al mes.
 - d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
 - e) Nada en absoluto.

- 3 - **Durante el último año, he sentido falta de aire o fatiga.**
 - a) Casi todos los días de la semana.
 - b) Varios días a la semana.
 - c) Unos pocos días al mes.
 - d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
 - e) Nada en absoluto.

- 4 - **Durante el último año, he tenido ataques de silbidos en los pulmones.**
 - a) Casi todos los días de la semana.
 - b) Varios días a la semana.
 - c) Unos pocos días al mes.
 - d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
 - e) Nada en absoluto.

- 5 - **Durante el último año, cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables ?.**
 - a) Más de tres ataques.
 - b) Tres ataques.
 - c) Dos ataques.
 - d) Un ataque.
 - e) Ningún ataque.

- 6 - **Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios ?. (vaya a la pregunta 7 si no tuvo ningún ataque serio).**
- a) Una semana o más.
 - b) De tres a seis días.
 - c) Uno o dos días.
 - d) Menos de un día.
 - e) Ninguno.
- 7 - **Durante el último año, cuántos días buenos (con pocos problemas respiratorios) tuvo en una semana habitual ?.**
- a) Ninguno.
 - b) Uno o dos días.
 - c) Tres o cuatro días.
 - d) Casi todos los días.
 - e) Todos los días.
- 8 - **Si tiene silbidos en el pecho, son peor por la mañana ?.**
- a) No
 - b) Si

PARTE 2
SECCION 1

- 1 - **Cómo diría usted que está de los pulmones ?Por favor, marque una sola de las siguientes frases:**
- a) Es el problema más importante que tengo.
 - b) Me causa bastantes problemas.
 - c) Me causa algún problema.
 - d) No me causa ningún problema.
- 2 - **Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor marque una sola de las siguientes frases.**
- a) Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar.
 - b) Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo.
 - c) Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron), en ningún trabajo.

SECCION 2
PREGUNTAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE NORMALMENTE LE PUEDEN HACER SENTIR QUE LE FALTA EL AIRE.

Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

RESPUESTAS

- | | | |
|---|----|----|
| 1 - Me falta el aire estando sentado o incluso acostado y quieto. | SI | NO |
| 2 - Me falta el aire cuando me lavo o cuando me visto. | SI | NO |
| 3 - Me falta el aire al caminar dentro de mi casa. | SI | NO |
| 4 - Me falta el aire al caminar fuera de mi casa, en terreno llano. | SI | NO |
| 5 - Me falta el aire al subir un piso por escalera. | SI | NO |
| 6 - Me falta el aire al subir una cuesta. | SI | NO |
| 7 - Me falta el aire al hacer algún deporte o jugar. | SI | NO |

SECCION 3

ALGUNAS PREGUNTAS MAS SOBRE LA TOS Y LA FALTA DE AIRE.

Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted últimamente.

RESPUESTAS

1 - Tengo dolor cuando toso.	SI	NO
2 - Toser me agota.	SI	NO
3 - Me falta el aire cuando hablo.	SI	NO
4 - Me falta el aire cuando me agacho.	SI	NO
5 - La tos o la respiración me molestan cuando duermo.	SI	NO
6 - Enseguida me agoto	SI	NO

SECCION 4

PREGUNTAS SOBRE OTRAS CONSECUENCIAS QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE PUEDEN CAUSAR.

Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como esta usted últimamente:

RESPUESTAS

1 - La tos o la respiración me dan vergüenza en público.	SI	NO
2 - Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o vecinos.	SI	NO
3 - Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.	SI	NO
4 - Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.	SI	NO
5 - Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar.	SI	NO
6 - Por culpa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona débil o inválida.	SI	NO
7 - Hacer ejercicios es peligroso para mí.	SI	NO
8 - Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo.	SI	NO

SECCION 5

PREGUNTAS SOBRE SU MEDICACION. Si no está tomando ninguna medicación, vaya directamente a la siguiente sección (la Nº 6).

RESPUESTAS

1 - Creo que la medicación me sirve poco.	SI	NO
2 - Me da vergüenza tomar la medicación, nebulizar o hacer los puff en público.	SI	NO
3 - La medicación me produce efectos desagradables.	SI	NO
4 - La medicación me altera mucho la vida.	SI	NO

SECCION 6

ESTAS PREGUNTAS SE REFIEREN A COMO SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN AFECTAR SUS ACTIVIDADES.

Por favor, marque todas las respuestas que usted crea adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:

RESPUESTAS

1 - Tardo mucho para lavarme o vestirme.	SI	NO
2 - Me resulta imposible ducharme o bañarme, o tardo mucho tiempo.	SI	NO
3 - Camino más despacio que los demás, o tengo que parar y descansar.	SI	NO
4 - Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o tengo que parar y descansar.	SI	NO

- | | | |
|---|----|----|
| 5 - Para subir un piso por escaleras, tengo que ir despacio o parar. | SI | NO |
| 6 - Si apuro el paso o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio. | SI | NO |
| 7 - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por la escalera, caminar durante un tiempo prolongado, arreglar el jardín, bailar o jugar a las bochas. | SI | NO |
| 8 - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a paso rápido, trotar, nadar, jugar al tenis o trabajar con una pala. | SI | NO |
| 9 - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competición. | SI | NO |

SECCION 7

NOS GUSTARIA SABER AHORA COMO SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE AFECTAN NORMALMENTE EN SU VIDA COTIDIANA.

Por favor, marque con una cruz las respuestas que crea usted adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:

- 1 - No puedo hacer deportes o jugar.
- 2 - No puedo salir a divertirme o distraerme.
- 3 - No puedo salir de casa para ir a comprar.
- 4 - No puedo hacer el trabajo de la casa.
- 5 - No puedo alejarme mucho de la cama o de la silla.

CONTINUACION HAY UNA LISTA DE OTRAS ACTIVIDADES QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN IMPEDIRLE HACER.

ESTE ATENTO A LA SIGUIENTE INDICACION:

NO TIENE QUE MARCAR LAS , SOLO SON PARA RECORDARLE LA MANERA COMO SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN AFECTARLE.

- Ir a pasear o sacar a pasear el perro.
- Hacer cosas en la casa o en el jardín.
- Hacer el amor.
- Ir a la iglesia, al bar, al club o a su lugar de distracción.
- Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo.
- Visitar a la familia o a los amigos, o jugar con niños.

POR FAVOR, ESCRIBA AQUI CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:

.....

.....

.....

.....

A CONTINUACION, " PODRIA MARCAR, CON UNA CRUZ, LA FRASE (SOLO UNA) QUE USTED CREA QUE DESCRIBE MEJOR COMO LE AFECTAN SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS ?:

- No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer.
- Me impiden hacer una o dos cosas de las que quisiera hacer.
- Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer.
- Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer.

MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.
ANTES DE FINALIZAR, POR FAVOR, ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS NUEVAMENTE.

PETROLEOS MEXICANOS

SERVICIOS MÉDICOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: _____ de _____ años de edad

Con domicilio en: _____ y N° de Ficha : _____

Nombre del representante legal, familiar o allegado
de _____ años de edad

Con domicilio en: _____ y N° de Ficha : _____

En calidad de: _____

DECLARO

QUE EL DOCTOR : _____ Arce Salinas, Valdivia Balbuena y Odín Vázquez

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a:

Participar en el protocolo de estudio "CALIDAD DE VIDA EN FUMADORES. VARIABLES QUE CONTRIBUYEN CON SU DETERIORO. EVALUACIÓN EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR 2006-2007"

Todo acto médico diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias que, requerirán de manejo especial y por supuesto la suspensión del medicamento en cuestión, con el fin de evitar cierto riesgo de mortalidad y que pueda requerir tratamientos complementarios médicos.

Dichas complicaciones unas veces son derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que este recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y o de la utilización de los equipos médicos

Entre las complicaciones que pueden surgir en _____ EL ESTUDIO se encuentran:

Dolor en sitio de punción de toma de laboratorios y gasometría.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el medico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, y no participar en el estudio.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

Del mismo modo designo a: _____

Para que exclusivamente reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

En que se me realice: _____ Participar en el estudio Mencionado

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad

En México, D.F. A los _____ del mes de _____ del 20 _____

Dr. Arce Salinas
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

Dra. Valdivia Balbuena
NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO

Dr. Vázquez Valdez
NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO

Referencias

1. Robbins AS, Abbey DE, Lebowitz MD. Passive smoking and chronic respiratory disease symptoms in non-smoking adults. *Int J Epidemiol* 1993; 22:809-17.
2. Ronan A. Lyons, et al. Perception of health amongst ever-smokers and never-smokers: a comparison using the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Tobacco control* 1994; 3: 213-215.
3. Jose Antonio Baddini Martinez, et al. Impaired Quality of life of Healthy Young Smokers. *Chest* 2004; 125:425-428.
4. P W Jones. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001; 56: 880-887.
5. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International: Smoking and health: a physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. *Eur Respir J*, 1995, 8, 1808-1811.
6. Encuesta Censal del Cuestionario Ampliado XII Censo de Población y Vivienda 2000. INEGI.
7. Kuri-Morales PA, González Roldán JF, Cortés Ramirez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex* 2006;48 supl 1:S91-S98.

8. Zuñiga et al. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México.
9. Gallegos M. Utilidad del Nifedipino en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar asociada al tabaco. Tesis UNAM 2006.
10. Guell R, Casan P, Sangenis 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 Resp J* 1998; 11: 55-60.
11. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, 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; 9:1160-6.
12. Tillman M, Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med* 1997; 19:268-273.
13. Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate and heavy smokers. *Prev Med* 1999; 29:139-144.
14. Olufade AO, Shaw JW, Foster SA, et al. Development of the smoking cessation quality of life questionnaire. *Clin Ther* 1999; 21:2113-2130.
15. Heijdra YF, Pinto-Plata VM, Kenney LA, et al. Cough and phlegm are important predictors of health status in smokers without COPD. *Chest* 2002; 121:1427-1433.

16. Dirksen A, Madsen F, Pedersen OF, Vedel AM, et al. Long term performance of a hand held Spirometer. *Thorax* 1996; 51:973-976.
17. Godschalk L, Brackel HJL, Peters JCK, et al. Assessment of accuracy and applicability of a portable electronic diary card Spirometer for Asthma treatment. *Respiratory Medicine*. 1996; 90:619-622.
18. Reddel HK, Ware SI, Salmone JM, et al. Pitfalls in processing home electronic spirometric data in asthma. *European Respiratory Journal*. 1998;12:853-58.
19. Bossone E, Dino Bodini B, Mazza A, et al. Pulmonary Arterial Hipertensión. The key Role of Echocardiography. *Chest* 2005;127:1836-1843.
20. Chemla D, Castelain V, Herve P, Lecarpentier Y. Haemodynamic evaluation of pulmonary hypertension. *Eur Respir J* 2002;20:1314-1331.
21. Roth MD, Arora A, Barsky SH, et al. Airway Inflammation in Young Marijuana and Tobacco Smokers. *Am J Resp Crit Care Med* 1998;157:928-937.
22. Jaakkola MS. Environmental tobacco smoke and health in the elderly. *Eur Respir J* 2002;19:172-181.
23. Iribarren C, Tekawa IS, Sidney S, et al. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. *N Engl J Med* 1999;340:1773-80.

24. Wald NJ and Watt HC. Prospective study of effect of switching from cigarettes to pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases. Br M J 2001 1123-34
25. Archer S, Rich S. Primary pulmonary hypertension. A vascular biology and translational research "Work in Progress". Circulation 2002; 102:2781-91.
26. Royal College of Surgeons. Preventive medicine. A report if a working party of the Royal College of Physicians. London: Cathedral Press Ltd, 1991.