



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACIÓN
AL SEXO EN PACIENTES CON EPOC, ADSCRITOS A LA UMF
28“GABRIEL MANCERA”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. EVANGELINA GARCIA CUENCA

DIRECTOR DE TESIS

DR(A) IVONNE ANALÍ ROY GARCIA

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2014

No DE REGISTRO: R-2013-3609-36



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.

**“APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACIÓN
AL SEXO, EN PACIENTES CON EPOC, ADSCRITOS A LA UMF
28 “GABRIEL MANCERA”**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACIÓN AL SEXO, EN PACIENTES CON EPOC,
ADSCRITOS A LA UMF 28 “GABRIEL MANCERA”**

PRESENTA

DRA GARCIA CUENCA EVANGELINA

AUTORIZACIONES

Dra. Lidya Cristina Barrios Domínguez
Director de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador clínico de educación e investigación en Salud de la Unidad de Medicina
Familiar Numero 28

Dra. Ivonne Analí Roy Garcia
Asesora de Tesis
Profesor titular del curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”

ÍNDICE

PORTADA	1
AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES.....	3
INDICE	5
RESUMEN.....	6
1 MARCO TEORICO.....	7-19
1.1.0 ANTECEDENTES DEL TEMA.....	7
1.1.1 MARCO TEORICO.....	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACION	18
1.4 HIPOTESIS	18
1.4.1 HIPOTESIS ALTERNA	18
1.4.2 HIPOTESIS NULA.....	18
1.5 OBJETIVOS	18
1.5.1 OBJETIVOS GENERALES.....	18
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
2 MATERIAL Y METODOS.....	19-23
2.1 TIPO DE INVESTIGACION	19
2.2 POBLACION O UNIVERSO	19
2.3 MUESTRA	20
2.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	20
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION	20
2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	20
2.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION	20
2.5 VARIABLES	21
2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	21
2.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	21
2.6 DISEÑO ESTADISTICO.....	22
2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	22
2.8 METODO DE RECOLECCION DE DATOS	22
2.9 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	22

2.10.1 RECURSOS HUMANOS	23
2.10.2 RECURSOS MATERIALES	23
2.10.3 RECURSOS FINANCIEROS	23
2.11 CONSIDERACIONES ETICAS	23
3 RESULTADOS	24
4 DISCUSION	34
5 CONCLUSIONES	35
6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.....	36
7 ANEXOS	40



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACION AL SEXO, EN
PACIENTES CON EPOC, ADSCRITOS A LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

AUTORES: Dra. García Cueva Evangelina, Médico residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar UMF 28.

ASESORA: Dra. Ivonne Analí Roy García, Médico Familiar adscrito a la UMF 28.

INTRODUCCION: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tiene una prevalencia en México del 7 por ciento, se calcula que a nivel mundial es la cuarta causa de muerte, algunos estudios indican que solo el 11% de estos pacientes tienen un adecuado apego al tratamiento el resto tiende a exacerbaciones frecuentes, aumento en los costos sanitarios, ausentismo laboral e incluso la muerte. Estudios reportan que el sexo femenino tiene un mejor apego al tratamiento, respecto al masculino.

OBJETIVO: Determinar el grado de apego al tratamiento farmacológico en relación al sexo de los pacientes con EPOC adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

HIPOTESIS: Existe relación entre sexo y apego al tratamiento farmacológico en pacientes con EPOC adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio: Transversal, prospectivo, comparativo, analítico.

Criterios de inclusión: Pacientes derechohabientes al IMSS, adscritos a la UMF 28. Portadores de EPOC. Que se encuentren en tratamiento farmacológico para el EPOC.

Pacientes entre 40 y 70 años. Que acepten participar en la investigación. Firmen el consentimiento informado. Que sepan leer y escribir. Material: Se aplicará la encuesta sociodemográfica y la prueba The Medication Adherence Report Scale adaptada al español, Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones, obteniéndose 114 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS. El propósito estadístico de la investigación era determinar la relación entre el sexo (variable nominal/dicotómica cualitativa) y su relación con el apego al tratamiento (variable nominal/dicotómica cualitativa).

Para identificar la asociación entre sexo y apego al tratamiento se realizó la prueba de X^2 y se consideró una asociación significativa si esta tenía un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se encontró que solo el 12% de los pacientes tienen apego óptimo al tratamiento y un 88% tienen apego subóptimo al tratamiento, también se encontró que no existe dependencia entre las variables de sexo y apego al tratamiento, con una $*p: 0.160$ mediante el uso de chi cuadrada. Pero existen otras variables como hospitalizaciones y grado de apego subóptimo al tratamiento que son dependientes.

CONCLUSIONES: El apego al tratamiento óptimo en nuestros pacientes es bajo y este se relaciona directamente con las complicaciones, hospitalizaciones y gravedad de la enfermedad, es por ellos que debemos implementar medidas para informar, así como programas que eviten que los pacientes tengan un mal apego a su tratamiento farmacológico, en este estudio no se encontró que exista relación entre sexo y apego al tratamiento pero sí que hay otras variables importantes que están relacionadas y que son consecuencia de este, como las hospitalizaciones y la gravedad.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apego al tratamiento, sexo.

1. MARCO TEORICO

1.1.0 ANTECEDENTES DEL TEMA

La EPOC es una enfermedad que causa una gran morbilidad a escala mundial y que representa una importante carga económica y social. La morbilidad y prevalencia de la EPOC varían entre países y entre grupos de población diferente dentro de los países. En general, la EPOC se relaciona directamente con la prevalencia del tabaquismo, aunque en algunos países en desarrollo, la exposición continuada a productos de la combustión de biomasa (excrementos de animales domésticos, estufas y cocinas de leña) en ambientes cerrados se ha asociado a EPOC.¹

Se obtuvo una prevalencia global de la EPOC del 10,2% (IC 95%: 9,2-11,1%), que fue más elevada en hombres (15,1%) que en mujeres (5,6%). La prevalencia de enfermedad moderada-muy grave (estadios II-IV de la clasificación GOLD) fue del 4,4% (IC 95%: 3,8-5,1%). La edad, el consumo de cigarrillos y un bajo nivel educativo fueron identificados como principales factores de riesgo.²

En México contamos con la prevalencia de esta enfermedad gracias al estudio Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) donde nos marca la prevalencia de EPOC en países latinoamericanos y en específico para México en 7,8%. Fue mayor en hombres, en mayores de 60 años y en fumadores.³

En cuanto al apego al tratamiento tenemos que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada.⁴

En específico para el apego al tratamiento en pacientes con EPOC no tenemos estudios realizados en México pero a nivel global los autores señalan que es común que entre un 40% y un 60% de los pacientes no sigan el tratamiento farmacológico como está prescrito. Más aún, en la literatura se sugiere que solo un 11% de estos pacientes son capaces de seguir las indicaciones de manera correcta.⁵

1.1.1 MARCO TEORICO

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un término utilizado para describir dos enfermedades pulmonares relacionadas; la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. La bronquitis crónica se caracteriza por la inflamación prolongada del interior de los bronquios y el enfisema es el ensanchamiento y destrucción irreversible de los alveolos pulmonares. Es posible que algunas personas con EPOC manifiesten ambas enfermedades.⁶

La EPOC se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo asociada a una reacción inflamatoria anómala principalmente frente al humo del tabaco, aunque sólo una cuarta parte de los fumadores desarrolla EPOC. La exposición continuada a productos de la combustión de biomasa en ambientes cerrados también se ha asociado a EPOC. El déficit homocigoto de alfa-1-antitripsina se asocia a enfisema precoz en fumadores.⁷

Se considera obstrucción al flujo aéreo a la presencia de FEV1/FVC inferior a 0,7 posbroncodilatador. El valor del FEV1 es el mejor indicador de la gravedad de la obstrucción del flujo aéreo y se utiliza como primer parámetro para clasificar la enfermedad.⁷

Epidemiología.

La EPOC es un problema de salud pública de enormes proporciones que está aumentando en todo el mundo por su morbimortalidad y costos sociales y económicos. En los últimos 30 años la mortalidad mundial por EPOC ha aumentado 163%.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que para el año 2020 la EPOC pasará de ser la causa número 12 de enfermedad en el mundo a la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez, y el sexto puesto como causa más común de muerte a la tercera causa de mortalidad, sólo superada por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, situándose incluso por delante del SIDA. Su impacto será mayor en los países en vía de desarrollo.⁶

La EPOC afecta aproximadamente a 600 millones de personas en el mundo de acuerdo con la OMS, a pesar de que la mayoría no han sido diagnosticados.⁶

Según el estudio Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) la prevalencia de EPOC en países latinoamericanos fue de 15,8% para San Pablo, 7,8% para México, 19,7% para Montevideo, 16,9% para Santiago y 12,1% para Caracas. Fue mayor en hombres, en mayores de 60 años y en fumadores.³

Factores de riesgo

La EPOC con frecuencia se desarrolla en los fumadores de larga data, en la edad media de la vida, donde los pacientes suelen tener una variedad de otras enfermedades relacionadas con el tabaco o la vejez, o bien con importantes manifestaciones extra pulmonares (sistémicas) cuyos efectos conducen a comorbilidades y afectan la calidad de vida del paciente.⁸

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte evitable en todo el mundo. En el año 2000, el tabaco causó la muerte a casi 5 millones de personas, tan sólo en el continente americano las enfermedades asociadas al consumo de tabaco fueron responsables de aproximadamente 1 millón de defunciones, más de la mitad de esas muertes (600,000) ocurrieron en América Latina, lo que representa el 18% de todas las muertes.⁸

El tabaco es el factor más importante en el desarrollo de EPOC, y su relación causal ha sido establecida en numerosos estudios. Se estima que el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre fumadores está entre el 25 y el 50%. Además, se ha comprobado que el riesgo es proporcional al consumo acumulado de tabaco, de tal forma que el riesgo pasa del 260% (odds ratio: 2,6 [IC 95%: 1,86-3,7]) en los fumadores de 15-30 paquetes al año, al 510% (odds ratio: 5,1 [IC 95%: 3,69-7,1]) en los fumadores de más de 30 paquetes al año. El motivo más común de la disminución del FEV1 en los pacientes con EPOC es el mantenimiento del hábito tabáquico.⁹

El número de enfermos que hay en México es alto (prevalencia de fumadores de 28% en la población que tiene entre 12 y 65 años de edad). Otros factores de riesgo deben tenerse en cuenta, incluida la exposición laboral a polvos y productos químicos y la contaminación del aire por la biomasa en la cocina y calefacción en viviendas mal ventiladas.^{8, 32}

En áreas donde hay grandes índices de fumar o de una exposición significativa a la contaminación del aire o de combustibles de biomasa, debe efectuarse una evaluación rigurosa de la EPOC.⁸

Fisiopatología

En la EPOC se produce un proceso inflamatorio crónico que afecta a las vías aéreas, el parénquima pulmonar y las arterias pulmonares. El infiltrado inflamatorio característico de la EPOC está constituido principalmente por macrófagos, neutrófilos y linfocitos T citotóxicos (CD8+) y se acompaña de cambios estructurales que producen estrechamiento de la luz en las vías aéreas y las arterias y enfisema en el parénquima pulmonar. Los cambios inflamatorios pueden persistir tras el abandono del tabaco, por lo que otros factores, posiblemente de susceptibilidad genética o inmunológica, pueden contribuir a su patogenia.⁷

La EPOC se caracteriza por presentar efectos sistémicos. Los efectos sistémicos más frecuentes son la inflamación sistémica, pérdida de peso, miopatía, patología cardiovascular, osteoporosis, cáncer de pulmón, diabetes y depresión. La inflamación sistémica se caracteriza por aumento en sangre de la cifra de leucocitos, citoquinas proinflamatorias y proteína C reactiva.⁷

El carácter heterogéneo y sistémico de la EPOC aconseja tener en cuenta también otras variables, además del FEV1, en la valoración clínica de los pacientes, como el intercambio gaseoso, los volúmenes pulmonares, la percepción de los síntomas, la capacidad de ejercicio, la frecuencia de las exacerbaciones, la presencia de alteraciones nutricionales (pérdida no intencionada de peso).⁷

Cuadro clínico

Habitualmente el paciente con EPOC es o ha sido fumador durante un tiempo prolongado y refiere el comienzo de sus síntomas a partir de los 40 años.⁹

Los síntomas típicos de la EPOC son disnea, tos y expectoración. La disnea constituye el síntoma principal, aunque puede ser percibida de forma desigual, especialmente en los pacientes de mayor edad. Con frecuencia los pacientes adaptan su nivel de actividad física para reducir los síntomas. La disnea aparece en las fases más avanzadas de la enfermedad y se desarrolla de forma progresiva hasta limitar las actividades de la vida diaria.¹⁰

La tos crónica se caracteriza por su inicio insidioso, con frecuencia de predominio matutino y por ser productiva. El esputo suele ser mucoso y debe valorarse siempre el cambio de color o de volumen del mismo, ya que puede indicar una exacerbación. Un volumen excesivo sugiere la presencia de bronquiectasias. La expectoración hemoptoica obliga a descartar otros diagnósticos, principalmente carcinoma broncopulmonar.⁹

También debe realizarse la anamnesis sobre la presencia o ausencia de síntomas derivados de las complicaciones asociadas, de los episodios de exacerbación y de la existencia de comorbilidades.⁹

El examen físico no suele aportar datos relevantes en la enfermedad leve-moderada. En el estadio grave o muy grave, al realizar la auscultación pulmonar, puede objetivarse una espiración alargada, disminución del murmullo vesicular y la existencia de roncus y sibilantes. Otros signos clínicos son: insuflación del tórax, pérdida de peso y de masa muscular, cianosis, edemas periféricos y signos de sobrecarga del ventrículo derecho.⁹

Diagnostico

El diagnóstico clínico de sospecha de EPOC ha de considerarse en todos los pacientes que presentan tos crónica, producción de esputo crónica, disnea y exposición a factores de riesgo, básicamente el hábito tabáquico, aunque hay que tener en cuenta que los síntomas referidos y la exploración física tienen muy baja especificidad y pueden ser comunes a distintos procesos patológicos. La sospecha clínica debe confirmarse por medio de una espirometría forzada con prueba broncodilatadora, imprescindible para establecer el diagnóstico de EPOC y valorar la gravedad de la limitación al flujo aéreo.⁹

La espirometría forzada posbroncodilatación es la prueba que permite el diagnóstico y la evaluación de la EPOC porque es la manera más reproducible, normalizada y objetiva de medir la limitación del flujo de aire. Su técnica requiere unas condiciones que garanticen su calidad para que los resultados tengan valor clínico. Estas condiciones están estandarizadas, tanto para el instrumental como para la técnica, y es imprescindible que el profesional que la realice esté formado y entrenado.^{9, 11}

Se considera que existe obstrucción al flujo aéreo si al dividir el FEV1 entre el FVC posbroncodilatación el resultado es inferior a 0,7. Este valor consensuado comporta un riesgo de infradiagnóstico en edades jóvenes y de supradiagnóstico en edades avanzadas.^{9, 12}

Clasificación

A efectos pedagógicos, se propone una clasificación de la gravedad de la enfermedad simplificada en cuatro estadios. La espirometría es esencial para el diagnóstico y proporciona una descripción de la gravedad de las alteraciones anatomopatológicas producidas por la EPOC. Para simplificar la aplicación práctica y, como instrumento educativo, se han tomado puntos de corte de algunos valores espirométricos (p. ejemplo FEV1/FVC < 0,7; FEV1 < 80% ; FEV1 < 50% ; FEV1 < 30% de los valores de referencia post-broncodilatador).¹³

Clasificación espirométrica de la gravedad de la EPOC	
Estadio I: Leve	FEV1/FVC < 0.70 FEV1 > o = 80% ref
Estadio II: Moderado	FEV1/FVC < 0.70 50% < o = FEV1 < 80% ref
Estadio III: Grave	FEV1/FVC < 0.70 30% < o = FEV1 < 50 % ref
Estadio IV: Muy grave	FEV1/FVC < 0.70 FEV1 < 30% ref ó FEV1 < 50% ref Más insuficiencia respiratoria

Tratamiento

Un plan de tratamiento efectivo de la EPOC incluye cuatro componentes: 1) evaluación y supervisión de la enfermedad; 2) reducción de los factores de riesgo; 3) tratamiento de la EPOC estable; 4) tratamiento de las exacerbaciones. Si bien el principal objetivo debe ser la prevención de la EPOC, una vez diagnosticada la enfermedad los objetivos del tratamiento eficaz de la EPOC consisten en:

- Prevenir la progresión de la enfermedad.
- Aliviar los síntomas.
- Mejorar la tolerancia al ejercicio.
- Mejorar el estado general de salud.
- Prevenir y tratar las complicaciones.
- Prevenir y tratar las exacerbaciones.
- Reducir la mortalidad.

Estos objetivos deben alcanzarse con un mínimo de efectos secundarios como consecuencia del tratamiento, lo cual representa un reto particular en el caso de los pacientes con EPOC, en quienes son frecuentes otras comorbilidades. Hasta qué punto estas metas pueden alcanzarse depende de cada individuo y algunos tratamientos serán más beneficiosos en más de un aspecto. Para seleccionar un plan de tratamiento, se deben considerar los beneficios y los riesgos individuales, así como los costes, directos e indirectos, para la sociedad.¹³

El primer paso en el tratamiento de la EPOC es la broncodilatación. Los broncodilatadores de acción corta (anticolinérgicos —SAMA por su nombre en inglés, short-acting muscarinic antagonist— como el bromuro de ipratropio y beta 2 agonistas de acción corta —SABA por su nombre en inglés, short-acting agonist— como el salbutamol o la terbutalina) son fármacos eficaces en el control rápido de los síntomas. Estos fármacos, añadidos al tratamiento de base, son de elección para el tratamiento de los síntomas a demanda, sea cual sea el nivel de gravedad de la enfermedad.¹⁴

Los BDLD pueden ser beta-2 adrenérgicos (salmeterol, formoterol e indacaterol —LABA por su nombre en inglés, long-acting agonists—) o anticolinérgicos (bromuro de tiotropio —LAMA por su nombre en inglés, long-acting muscarinic antagonist—). Deben utilizarse como primer escalón en el tratamiento de todos los pacientes con síntomas permanentes que precisan tratamiento de forma regular, porque permiten un mayor control de los síntomas y mejoran tanto la calidad de vida como la función pulmonar y la tolerancia al ejercicio, y además reducen las agudizaciones.¹⁵

Las teofilinas son fármacos broncodilatadores débiles pero que presentan efectos aditivos a los broncodilatadores habituales. Se ha descrito un efecto positivo de estos fármacos sobre la fuerza del diafragma, un aumento del rendimiento de los músculos respiratorios, una reducción del atrapamiento aéreo, una mejoría del aclaramiento mucociliar y una reducción de las agudizaciones.¹⁶

El tratamiento sustitutivo con alfa-1-antitripsina (AAT) purificada es recomendado por las principales sociedades científicas (American Thoracic Society, European Respiratory Society y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) en los pacientes con enfisema pulmonar con un déficit de AAT grave. Sus criterios de inclusión y exclusión están bien definidos en las normativas específicas¹⁷

Distintas guías de práctica clínica reconocen la utilidad del empleo de los CI en pacientes que presentan frecuentes agudizaciones, pese a realizar un tratamiento broncodilatador óptimo, por cuanto su uso asociado a los BDLD produce una disminución significativa del número de agudizaciones y una mejoría en la calidad de vida, si bien no han mostrado un efecto beneficioso sobre la mortalidad.¹⁸

En pacientes con nivel de gravedad III y que no presentan un nivel de control de los síntomas o de las agudizaciones con 2 fármacos (sean dos BDLD o un BDLD más un CI) se puede utilizar la triple terapia LAMA + LABA + CI. Los escasos estudios existentes con triple terapia indican un mayor efecto sobre la función pulmonar y una disminución de las agudizaciones y las hospitalizaciones en pacientes graves.¹⁹

En cuanto a los efectos de los factores psicosociales, son diferentes en cada paciente, las consecuencias se dan con el paso del tiempo, alterando el día a día de la vida de una persona e influyendo en su visión de la vida en general.⁶

Algunas de las posibles consecuencias psicosociales encontradas en diferentes estudios son: estrés y ansiedad, depresión y bajo estado de ánimo, desesperanza, temor de morir/quedar sin aliento, pánico, alteración de la imagen corporal, cambio en la posición social dentro de la familia (donde fueron el principal sostén de la familia), el vivir solo, pérdida de control y de independencia, cambios de estilo de vida, alteración de las relaciones interpersonales, incapacidad laboral, baja autoestima/sentido de incompetencia, negación, ira, pérdida de la dignidad, frustración, culpa, pérdida de la intimidad, irritabilidad e impaciencia, vergüenza –a partir de la disnea, la tos y la producción de esputo.⁶

Apego Terapéutico.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.²⁰

El cumplimiento y los modelos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.²⁰

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada.²⁰

También se encontró en investigaciones realizadas que el sexo masculino adhirió menos (71,73%) que el femenino con (28,27%), que a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad con (63,91%), los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, la terapia combinada (60%) dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante de la no adherencia.²¹

En primer término, las características de la enfermedad pueden obstaculizar en mayor o menor medida el seguimiento del tratamiento, la complejidad del tratamiento no es un hecho menor, puesto que implica importantes cambios en los hábitos cotidianos, requiere de la colaboración familiar y de la adquisición de habilidades y conocimientos específicos, puntos que hacen vulnerable su adhesión. En segundo término pueden localizarse características personales o factores psicosociales que modulan la adherencia, siendo edad, género, rasgos de personalidad, creencias, actitudes, atribuciones, locus de control, apoyo social; las variables principalmente estudiadas desde distintos modelos en salud.²²

Finalmente, la interacción médico-paciente: se constituye en otro de los factores que pueden incidir negativamente en la adhesión; la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales, y características de la comunicación que establece con el médico, el grado de comprensión de la información que se le transmite sobre el tratamiento constituye un primer paso para la consecución de los tratamientos.²³

Es por ello que la falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.²⁰

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras.²⁴

No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directo e indirectos. Los directos consisten en determinar en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo el medicamento, algún metabolito o un marcador incorporado a ellos, así se puede cuantificar y nos indica si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastantes objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria.²⁵

Los métodos indirectos son sencillos y económicos, por lo que son usados en medicina clínica, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que sólo identifica a una parte de los no cumplidores.²⁵

Los más conocidos y utilizados son los siguientes: juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores electrónicos de medicación (MENS), métodos de cumplimiento auto comunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.²⁵

La adherencia a los tratamientos en enfermedades respiratorias es de las más bajas comparada con otras como hipertensión o dislipemias. Los estudios sobre intervenciones para mejorar la adherencia se han llevado a cabo principalmente en asma, y en menor medida en EPOC. La educación (folletos, instrucciones escritas, sesiones individuales o en grupo, instrucciones sobre uso de inhaladores, etc) es la estrategia más utilizada,

incluida en ocasiones en intervenciones más complejas. Los resultados obtenidos no muestran en su mayoría, un resultado favorable. Una posible razón para esta falta de resultado es el escaso tamaño de las muestras estudiadas.²⁶

Los autores señalan que es común que entre un 40% y un 60% de los pacientes con EPOC no sigan el tratamiento farmacológico como está prescrito. Más aún, en la literatura se sugiere que solo un 11% de estos pacientes son capaces de seguir las indicaciones de manera correcta, en particular con el inhalador y que esto se hace más difícil en pacientes con comorbilidad psiquiátrica.²⁷

En el caso de la EPOC, y en general de las enfermedades respiratorias, se estima que la adherencia es menor a un 60% lo cual explicaría dado que el tratamiento requiere del uso de inhaladores además de fármacos que se ingieren de manera oral y que esto está influido por la educación al paciente, la comprensión de las instrucciones y las creencias respecto de la enfermedad y la utilidad del tratamiento.²⁸

Un régimen que requiere el uso de más de un fármaco y que deben ingerirse por diferentes vías, se considera más complejo y difícil de seguir. Los estudios muestran que la adherencia a tratamientos con inhaladores es más baja comparada a la adherencia a los fármacos, que constituye parte del tratamiento que se indica a estos pacientes. Se encontró una baja adherencia con el uso de inhaladores en una muestra de más de 31 mil pacientes en Canadá. Esta menor adherencia se explica, en parte, porque muchos pacientes no saben cómo usar el inhalador y solo ocasionalmente en las consultas de salud se les enseña a los pacientes cómo usar el inhalador y luego se revisa como lo está haciendo en visitas posteriores.²⁹

The Medication Adherence Report Scale (MARS) (Escala informativa de cumplimiento de la medicación)

Es un test autoaplicado. Utilizado en enfermedades crónicas. Validado en español. Este cuestionario consta de 30 preguntas que comprende ítems sobre creencias en salud, experiencias y comportamiento. Permite identificar los predictores de cumplimiento de la medicación en pacientes con enfermedades crónicas y contrastar el buen cumplimiento autorreferido. Una puntuación de 25 indica buen cumplimiento, mientras que si es menor de 25 revela un cumplimiento subóptimo. Esta escala fue validada por Thomson et al para la esquizofrenia, más concretamente para la psicosis. Posteriormente, en 2005, George et al, la utilizaron para valorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes atendidos ambulatoriamente afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Australia. (EPOC).^{30, 31}

Escala MARS.

ESCALA MARS (Escala informativa de cumplimiento del tratamiento)
CREENCIAS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS
-Tengo un conocimiento adecuado acerca de mi enfermedad.
-Sé qué esperar de la gestión de mi enfermedad.
-Mi gestión actual mantendrá mi enfermedad a raya.

- Estoy recibiendo la mejor gestión posible.
- El control sobre mi enfermedad es un misterio para mí.
- Es provechoso conocer las experiencias de otros con enfermedades similares a la mía.
- Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.
- Mis médicos han limitado las opciones de gestión para ofrecerme.
- Mis medicamentos están funcionando.
- El uso de cualquier medicamento implica algunos riesgos.
- Tengo demasiados medicamentos.
- Yo tengo algo que decir en la forma como mi enfermedad es gestionada.
- Tengo un conocimiento adecuado acerca de las opciones para la gestión de mi enfermedad.
- Mis médicos están muy informados.

EXPERIENCIAS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS

- Estoy preocupado por los efectos de mis medicamentos.
- Es desagradable utilizar alguno de mis medicamentos.
- Es físicamente difícil manejar alguno de mis medicamentos.
- Estoy satisfecho con la información que mis médicos comparten conmigo.
- Mis médicos son compasivos.
- Las dificultades financieras limitan mi acceso a la mejor atención sanitaria.
- Mis médicos dedican suficiente tiempo conmigo.
- La gestión de mi enfermedad perturba mi vida.

CROMPORTAMIENTOS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS

- Estoy confuso con mis medicamentos.
- Tengo rutinas estrictas para el uso ordinario de mis medicamentos.
- Guardo mis medicamentos muy cerca de donde tengo que utilizarlos.
- Me aseguro de tener suficiente medicación para no tener que salir corriendo a buscarla.
- Yo me esfuerzo en seguir las instrucciones de mis médicos.
- Hago cambios en las recomendaciones sobre la gestión de mi enfermedad para satisfacer mi estilo de vida.
- Modifico las recomendaciones sobre mi enfermedad según cómo me sienta.
- Afronto con ánimo mis problemas médicos antes de tomar cualquier medida.

PUNTAJE: Cada pregunta afirmativa (si) equivale a un punto. Solo da 2 niveles de apego así una puntuación de 25 indica buena adherencia, mientras que si es menor de 25 revela una adherencia subóptima.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La EPOC es un problema de salud a nivel mundial y está en aumento por su morbimortalidad y costos sociales y económicos, en los últimos 30 años la mortalidad por EPOC aumento aproximadamente en un 163%. La OMS calcula que para el año 2020 la EPOC pasara a ser la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez y será la tercera causa de mortalidad. En México la prevalencia de EPOC es de 19.7%, fue mayor en hombres, mayores de 60 años y fumadores, algunas de las consecuencias psicosociales por esta enfermedad, que se encontraron en diversos estudios fue: estrés y ansiedad, depresión y bajo estado de ánimo, desesperanza, temor de morir o quedar sin aliento, pánico, alteración de la imagen corporal, cambio de la posición social dentro de la familia, cambios en el estilo de vida, incapacidad laboral, sentido de incompetencia, negación e impaciencia.

El apego al tratamiento en las enfermedades crónicas es muy bajo a nivel mundial, en los últimas investigaciones que se han realizado, se encuentra que los pacientes no llevan un adecuado seguimiento a su tratamiento, aproximadamente un 45% de la población mundial con padecimientos crónicos no tienen apego a su tratamiento, en el caso de los pacientes con EPOC se conoce que aproximadamente un 11% de estos llevan un adecuado apego al tratamiento, también se encontró que el sexo femenino tienen un adecuado apego al tratamiento por encima del sexo masculino. No se han realizado estudios acerca del apego al tratamiento farmacológico de esta enfermedad en México. Así que no contamos con información es por ello que es importante realizar esta investigación, ya que al conocer los motivos que llevan a un desapego al tratamiento los médicos familiares podemos intervenir con estrategias o modelos de educación para prevenir esta conducta, Quizá una probable causa de el desapego sea porque los tratamientos son permanentes y tienen que hacer cambios de su estilo de vida. Así como las consecuencias psicosociales ya descritas. Un mal apego al tratamiento también conduce a recaídas, a estancias hospitalarias prolongadas y también a aumento en los costos sanitarios que el gobierno hace para esta enfermedad. El tratamiento para EPOC en etapas tempranas es vía oral considerando esto, debería ser fácil de llevar por los pacientes así evitarían las consecuencias antes mencionadas. Debido a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el apego al tratamiento farmacológico en relación al sexo en pacientes con EPOC, adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La prevalencia del EPOC en México es de 7.8% según el PLATINO, y es una de las primeras 10 causas de consulta en el primer nivel de atención, es la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez y una de las primeras causas de mortalidad. Investigaciones hechas acerca del apego al tratamiento en enfermedades crónicas arrojan que hasta un 50% de los pacientes no tienen un apego al tratamiento, en el caso de la EPOC un 25% del total de la población con este padecimiento no tiene adecuado apego al tratamiento, esto eleva los costos sanitarios y condiciona recaídas que por ende llevan a hospitalizaciones y estancias prolongadas, deteriorando la calidad de vida del paciente e incluso pudiéndolo llevar a la muerte, además de afectar la vida laboral, es por ello que se requiere conocer si los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en nuestro medio, llevan un adecuado apego al tratamiento, si no es así saber las causas que condicionan este mal apego al tratamiento, para así mediante este conocimiento obtenido podamos actuar e implementar medidas y/o estrategias como campañas o programas que motiven a los pacientes al adecuado tratamiento de su enfermedad, siendo así se puede prevenir recaídas y afectaciones en su vida laboral, evitando incapacidades, días de invalidez, también que la enfermedad avance a etapas más severas, pero sobre todo actuar para que con un buen apego al tratamiento los pacientes tengan una buena calidad de vida.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 HIPÓTESIS ALTERNA

Ha: Existe relación entre sexo y apego al tratamiento farmacológico en pacientes con EPOC adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

1.4.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: No existe relación entre sexo y apego al tratamiento farmacológico en pacientes con EPOC adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General:

Determinar el grado de apego al tratamiento farmacológico en relación al sexo de los pacientes con EPOC adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

1.5.2 Objetivos específicos:

- a) Identificar los principales factores sociodemográficos asociados en pacientes que presentan falta de apego al tratamiento farmacológico en la población incluida en este estudio.
- b) Determinar la frecuencia de las recaídas por paciente en el último año en pacientes con apego al tratamiento sub óptimo.
- c) Identificar el índice tabáquico en los pacientes con EPOC y su correlación con las recaídas en el último año.
- d) Conocer la frecuencia de aplicación de la vacuna anti-influenza de la población encuestada y su asociación con las recaídas en el último año.
- e) Conocer la frecuencia de apego al tratamiento de los pacientes con EPOC que participarán en el estudio.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

Analítico, Transversal, prospectivo, comparativo y observacional.

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **Prospectivo.**
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **Transversal**
- c) De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **Observacional.**
- d) Según la relación entre variables, debido a que se va a identificar si existe relación entre 2 variables de estudio (Apego al tratamiento y sexo): **Comparativo.**

2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO: Pacientes derechohabientes al IMSS adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera” con diagnóstico de EPOC, en el periodo comprendido de mayo del 2013 a enero 2014 en la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

2.3 MUESTRA: Muestreo probabilístico aleatorio simple, con 114 pacientes obtenidos por la fórmula de estimación de una proporción en una población:

$$n = \frac{N Z^2 (p) (q)}{d^2 (N - 1) + (Z^2 p q)}$$

Dónde:

N= Total de individuos que comprende la población.

Z²= Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población.

p= proporción de observación que se espera obtener en una categoría.

q= Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d= desviación estándar. Es el rango de error aceptable 0.05-0.10 se tomará un rango de error de 0.05

N = 482

z = 1.96

p = 0.11 de acuerdo a lo reportado en la literatura, es el 11% en promedio.

q = 0.89

d = 0.05

2.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes derechohabientes al IMSS, adscritos a la UMF 28.
- ✓ Portadores de EPOC.
- ✓ Que se encuentren en tratamiento farmacológico para el EPOC.
- ✓ Pacientes entre 40 y 70 años.
- ✓ Que acepten participar en la investigación.
- ✓ Firmen el consentimiento informado.
- ✓ Que sepan leer y escribir.

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes que tengan alguna discapacidad visual, auditiva o motora que impida contestar la escala.

2.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ✓ Pacientes que no tengan letra legible
- ✓ Que no llenen completamente la escala de evaluación.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Independiente

- ✓ Sexo: Conjunto de características físicas de un individuo, las cuales se encuentran determinadas por las gónadas, genitales y hormonas.

Variable Dependiente

- ✓ Apego al tratamiento: Conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar sus estilos de vida.

Definición operacional de las variables:

- ✓ Sexo: Se preguntará directamente a los pacientes, las opciones de respuesta serán: masculino y femenino de acuerdo con las características físicas del individuo.
- ✓ Apego al tratamiento: Se medirá a través de la aplicación del cuestionario MARS el cual consta de 30 ítems sobre creencias en salud, experiencias y comportamiento, cada respuesta positiva dará un punto, al final se realizará un conteo total, con un puntaje de 25 o más se considera Apego óptimo y un puntaje menor de 25 considera un puntaje subóptimo.

Definición de variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición		Fuente de información
Sexo	Independiente	Parámetro de distinción física de un individuo	Características físicas de un individuo.	NOMINAL/DICOTÓMICA CUALITATIVA	1=Masculino 2=Femenino	Paciente
Apego al tratamiento	Dependiente	Conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar sus estilos de vida.	Puntuación de 25 o más= Optimo Puntuación menor de 25 = Suboptimo	NOMINAL DICOTOMÍA CUALITATIVA	1=Apego óptimo (puntaje +/=25) 2=Apego subóptimo (puntaje - 25)	Cuestionario MARS

2.6 DISEÑO ESTADÍSTICO

Con base en las características de las variables, como: tipo y escala de medición se determina la siguiente forma de analizarlas:

- ✓ Sexo: Cualitativa, nominal/dicotómica. Se hará una tabla de distribución de frecuencias.
- ✓ Apego al tratamiento: Cualitativa, nominal/dicotómica. Se utilizó la razón y proporción.
- ✓ Para identificar la asociación entre sexo y apego al tratamiento se realizará la prueba de X^2 y se considerará una asociación significativa si esta tiene un valor de $p < 0.05$.

2.7 INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

- ✓ Encuesta de datos sociodemográficos.
- ✓ Escala MARS

2.8 MÉTODO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio se llevo a cabo en la consulta externa de la UMF 28 durante los meses de mayo del 2014 a julio del 2014, previa autorización del protocolo por parte del Comité Local de Investigación, se captaron a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión para este estudio, que acudieron a atención a la consulta externa de la UMF 28. La alumna fue la única encuestadora, quien previamente explico el objetivo y finalidad de este estudio a los encuestados, si aceptaban participar firmaron la hoja de consentimiento informado. Posteriormente se autoaplicaron los instrumentos: encuesta sociodemográfica y la escala MARS para valoración del apego al tratamiento. La información del cuestionario se almaceno en base al cuestionario diseñado en el programa estadístico SPSS V. 20.

2.9 MANIOBRAS PARA CONTROLAR O EVITAR SESGOS.

Existen cinco tipos de sesgos: de selección, información, análisis e interpretación, medición (valido y confiable).

Se reconoce que existen sesgos de información, debido a que no es posible confirmar la veracidad de los datos proporcionados por los pacientes con EPOC.

- ✓ Se aplicó la encuesta sociodemográfica y la prueba The Medication Adherence Report Scale adaptada al español, las cuales son autoaplicables (llenadas por los pacientes con EPOC), dentro de la UMF 28 al final de su consulta y fueron de forma anónima, para valorar el apego al tratamiento.
- ✓ Se aplico a pacientes con EPOC que acudieron a su consulta externa de Medicina Familiar en los horarios de consulta matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar N°28 del Instituto Mexicano del Seguro Social que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio.

- ✓ Los cuestionarios que fueron llenados de forma incompleta o fueron ilegibles quedaron eliminados de este estudio.

2.10 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO

2.10.1 RECURSOS HUMANOS:

1. Residente de Medicina Familiar.
2. Asesores expertos.

2.10.2 RECURSOS MATERIALES:

Procesador de datos y material didáctico.

- ✓ Copias de la hoja de consentimiento informado.
- ✓ Copias de la encuesta socio-demográfica.
- ✓ Copias del cuestionario The Medication Adherence Report Scale
- ✓ Impresora.
- ✓ Lápices y plumas.
- ✓ Una computadora y material didáctico.
- ✓ Programa estadístico SPSS V. 20.
- ✓ Sistema operativo Windows 7 profesional y Office 2010.
- ✓ Un disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para guardar toda la información de la investigación.

2.10.3 RECURSOS FINANCIEROS:

Los gastos del presente estudio fueron costeados por el investigador.

2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

“El consentimiento informado es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica”.

En la sentencia del caso *Schloendorff vs. Society of New York Hospitals*, el juez Cardozo incluyó como principal argumento ético-jurídico el consentimiento informado, que constituye el correlato jurídico del principio de autonomía:

“Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar legalmente”.

En México existe obligación de realizar un proceso de consentimiento informado que está fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación para la salud.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberlo comunicado adecuadamente su situación clínica.³²

Para tal fin se diseñó la siguiente carta de consentimiento informado (Ver anexo 3)

3. RESULTADOS

Los presentes datos son los resultados obtenidos posterior a la aplicación del instrumento a la población muestra, con un total de 114 sujetos de los cuales 65 (57%) correspondieron al sexo femenino y 49 (43%) al sexo masculino que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar, en el periodo comprendido entre mayo- julio 2014.

sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	65	57,0	57,0	57,0
Masculino	49	43,0	43,0	100,0
Total	114	100,0	100,0	

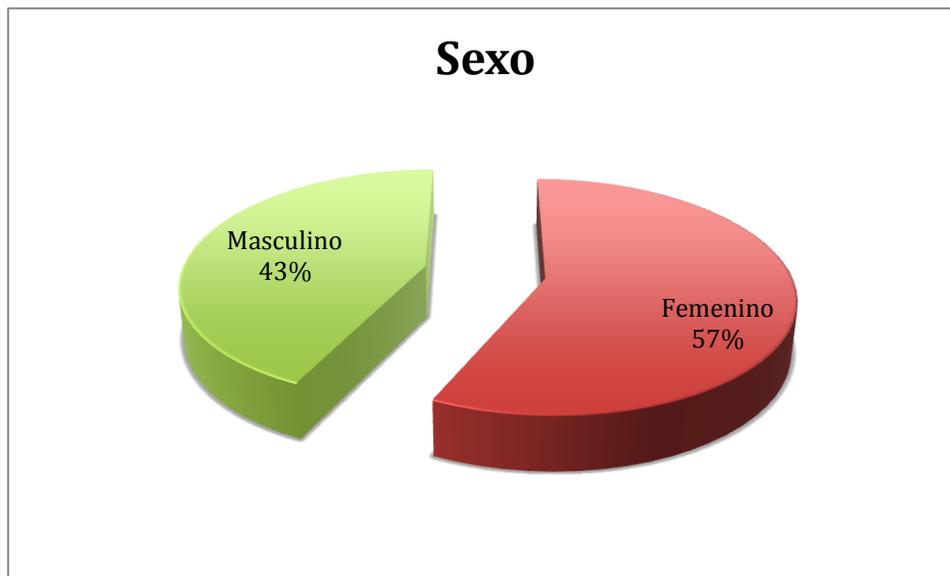


Gráfico 1. Fuente: UMF 28 “Gabriel Mancera”, IMSS, Mayo-Julio 2014

Se puede observar en la gráfica, que la mayoría de pacientes con diagnóstico de EPOC corresponde al sexo femenino.

En cuanto al apego al tratamiento farmacológico se obtuvo lo siguiente: de los 114 pacientes que contestaron la escala MARS el 12% tuvo un apego al tratamiento óptimo y un 88% resultó con apego sub óptimo al tratamiento.

Apego al Tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido óptimo	14	12,3	12,3	12,3
subóptimo	100	87,7	87,7	100,0
Total	114	100,0	100,0	

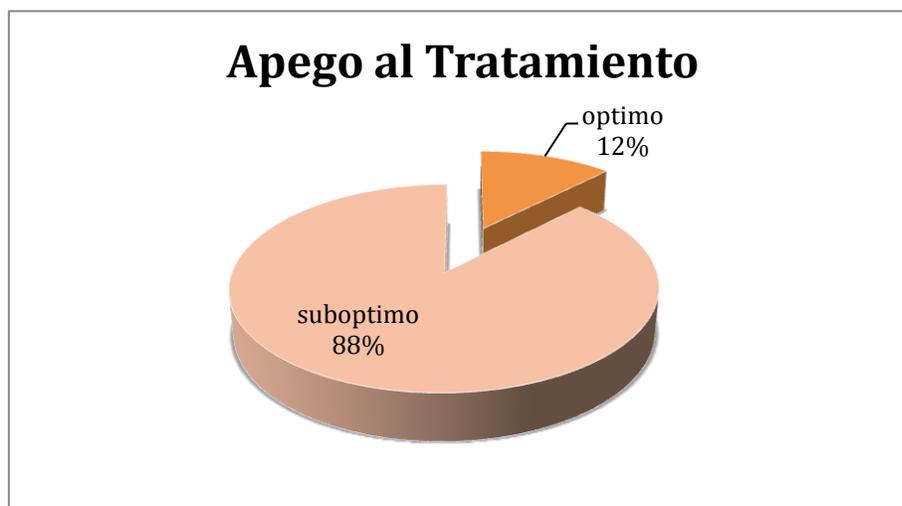


Gráfico 2. Fuente: UMF 28 "Gabriel Mancera", IMSS, Mayo- Julio 2014.

En cuanto a la escolaridad se encontró que la mayoría de los pacientes tienen un nivel escolar de 33% que corresponde a 38 de los pacientes que se les aplico el instrumento.

escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido sabe leer y escribir	19	16,7	16,7	16,7
Primaria	22	19,3	19,3	36,0
Secundaria	38	33,3	33,3	69,3
Carrera Técnica	17	14,9	14,9	84,2
Preparatoria	12	10,5	10,5	94,7
Licenciatura	6	5,3	5,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

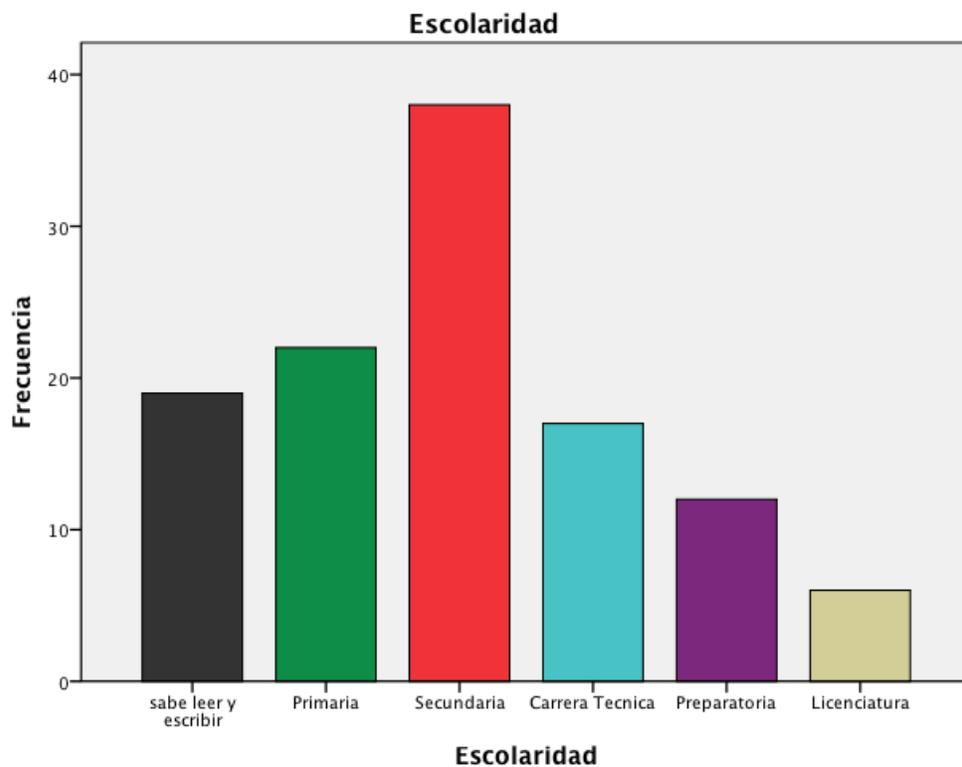


Grafico 3. Fuente: UMF 28 "Gabriel Mancera", IMSS, Mayo-Julio 2014

También se encuesta acerca del tabaquismo en los pacientes encontrando que la mayoría de ellos el 64% no fuman ni fumaron y el 36% si lo hizo.

¿Usted fuma o fumada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	41	36,0	36,0	36,0
No	73	64,0	64,0	100,0
Total	114	100,0	100,0	

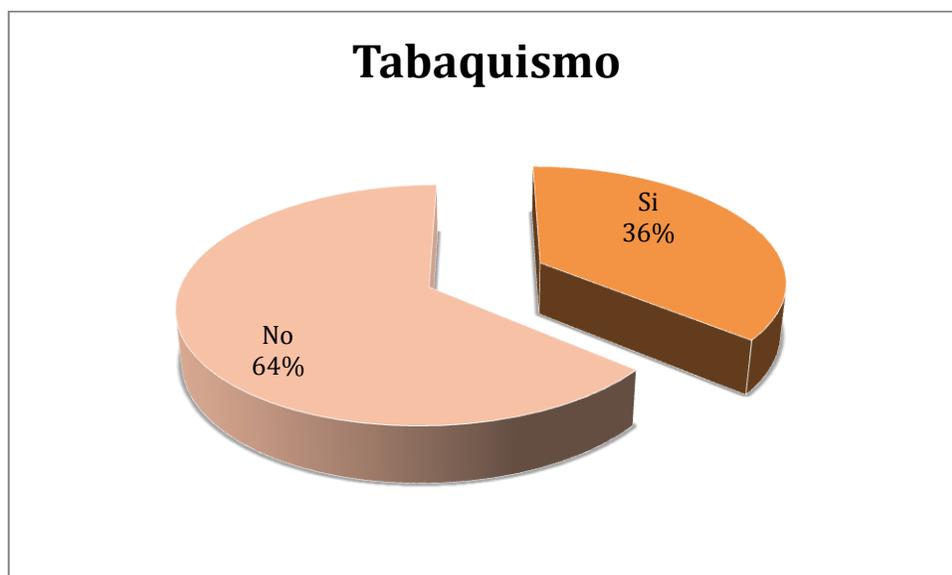


Grafico 4. Fuente: UMF 28 “Gabriel Mancera”, IMSS, Mayo-Julio 2014.

En la pregunta acerca de si los pacientes han estado hospitalizados por complicaciones

de EPOC en los últimos 12 meses, se encontró que el 42.1 % si ha estado hospitalizado y el 57.9% no ha estado hospitalizado por complicaciones de EPOC.

¿En los últimos meses a estado hospitalizado por complicaciones de EPOC?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	48	42,1	42,1	42,1
No	66	57,9	57,9	100,0
Total	114	100,0	100,0	

**p=0.111 Mediante el uso de chi cuadrada*

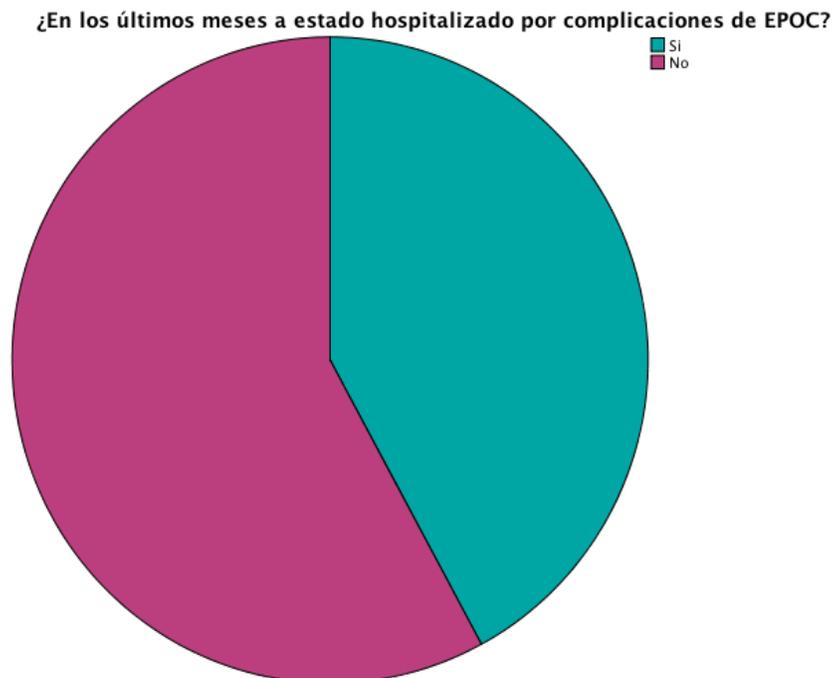


Grafico 5. Fuente: UMF 28 “Gabriel Mancera”, IMSS, Mayo-Julio 2014.

Se realizó la pregunta ¿Cuántas veces a estado hospitalizado por complicaciones de EPOC en los últimos 12 meses? obteniendo que la mayoría de los pacientes 45% ha estado hospitalizado 1 vez durante los últimos 12 meses, y solo un 13.2% no ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces a estado hospitalizado por complicaciones de EPOC en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	15	13,2	13,2	13,2
1	52	45,6	45,6	58,8
2	27	23,7	23,7	82,5
3	14	12,3	12,3	94,7
4	6	5,3	5,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

¿Cuántas veces a estado hospitalizado por complicaciones de EPOC en los últimos 12 meses?

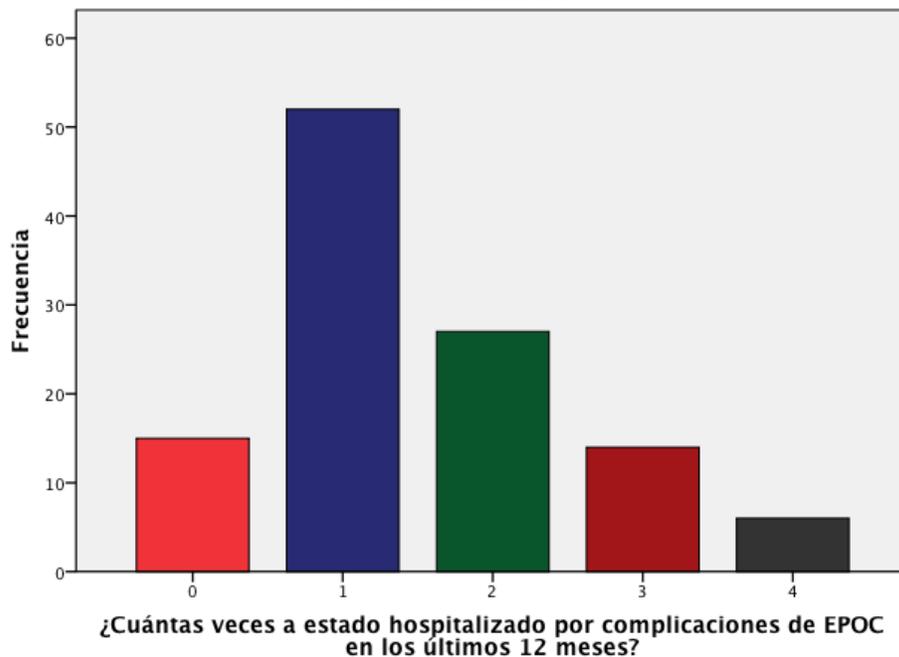


Grafico 6. Fuente: UMF 28 “Gabriel Mancera”, IMSS, Mayo-Julio 2014.

* p=0.000 mediante el uso de chi cuadrada

Se realizó la pregunta ¿se aplicó la vacuna antiinfluenza en los últimos 12 meses? encontrando que 57 personas(50%) si se aplicaron la vacuna y 57 personas (50%) no se la aplicaron.

¿Se aplicó la vacuna antiinfluenza en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	57	50,0	50,0	50,0
No	57	50,0	50,0	100,0
Total	114	100,0	100,0	

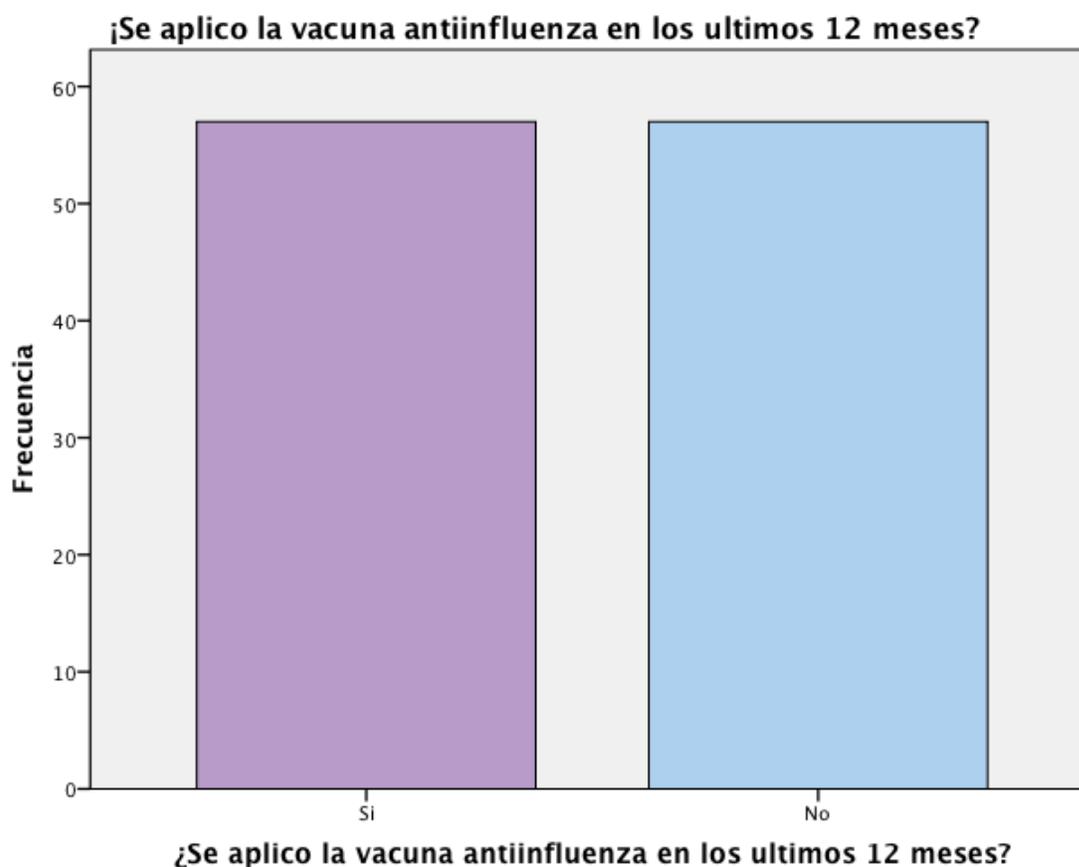


Grafico 7. Fuente: UMF 28 “Gabriel Mancera”, IMSS, Mayo-Julio 2014.

En relación a los pacientes que usan oxígeno en casa 24 pacientes (21.1%) usan oxígeno y 90 pacientes (78.9%) no usan oxígeno en casa.

¿Usted usa oxígeno en casa?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	24	21,1	21,1	21,1
No	90	78,9	78,9	100,0
Total	114	100,0	100,0	

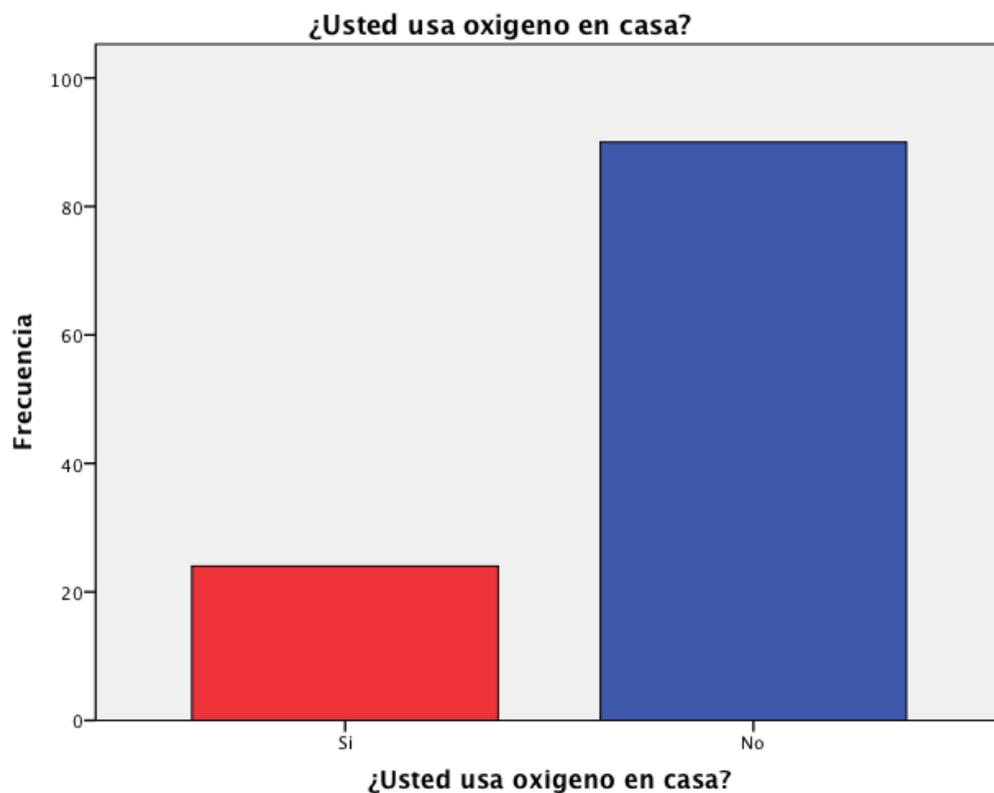


Grafico 8. Fuente: UMF 28 "Gabriel Mancera", IMSS, Mayo-Julio 2014.

Por último al hacer el análisis comparativo entre las variables sexo y apego se encontró lo siguiente, solo 14 de los 114 pacientes tuvo un apego optimo al tratamiento de y estos 14, 4 correspondieron al sexo femenino y 10 al sexo masculino.

Sexo*Apego tabulación cruzada

Recuento

		Apego		Total
		optimo	suboptimo	
sexo	Femenino	4	61	65
	Masculino	10	39	49
Total		14	100	114

**p= 0.160 mediante el uso de chi cuadrada*

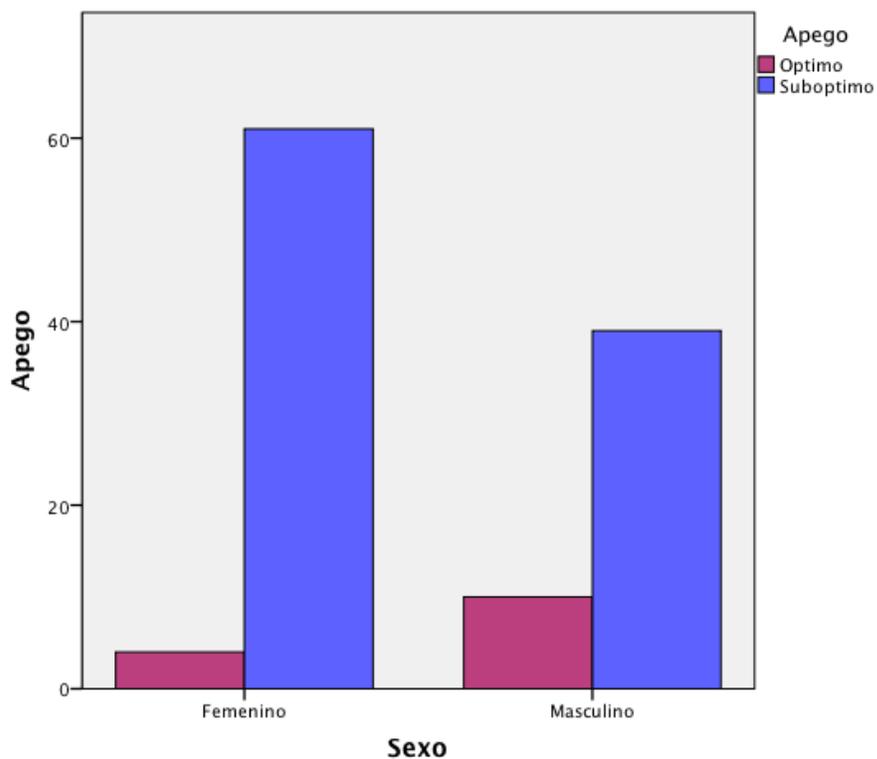


Grafico 9. Fuente: UMF 28 "Gabriel Mancera", IMSS, Mayo-Julio 2014.

4. DISCUSION

El mayor porcentaje de pacientes con EPOC son del sexo femenino, de un total de 144 pacientes se encontró que el sexo femenino tiene un porcentaje 57% por encima del sexo masculino quien tiene un porcentaje del 43%.

Al aplicar la escala MARS para conocer el apego al tratamiento se encontró que solo 14 pacientes de un total de 114 tienen un apego óptimo, esto representa el 12.3% y 100 pacientes que representan el 87.7% del total.

También se encontró que la un 33% de los que aplicaron la escala tienen una escolaridad nivel preparatoria, siendo este el porcentaje mas alto del total de los pacientes que aplicaron la escala.

El tabaco es el factor más importante en el desarrollo de EPOC, y su relación causal ha sido establecida en numerosos estudios. Se estima que el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre fumadores está entre el 25 y el 50%.⁹ En nuestro estudio se encontró que la mayor parte de los pacientes que participaron no fuman ni han fumado 64% y solo un 36% si lo hacen o hacian, lo cual es importante, porque uno de los factores de riesgo para padecer EPOC es el tabaquismo.

a pesar de que se conoce como una medida preventiva la aplicación de la vacuna anti influenza en este estudio se encontró que solo la mitad de los pacientes se la han aplicado 50% mientras que el otro 50% no se ha aplicado la vacuna antiinfluenza.

En cuanto a hospitalizaciones por complicaciones de EPOC, se encontró que un 42.1% si ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses, mientras que un 66% no a requerido de hospitalizaciones por complicaciones, lo cual habla de un EPOC compensado en la mayoría de los pacientes encuestados, aunque no va de la mano con los resultados obtenidos acerca del apego al tratamiento. Y esto ha sido reportado en el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la

falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.²⁰

La mayoría de los pacientes no requieren del uso de oxígeno complementario en casa, lo cual representa un 78.9% del total contra un 21.1 de pacientes que si usan oxígeno complementario en casa.

Se realizó una tabulación cruzada con variables de sexo con apego, donde se encontró que de los 14 pacientes con apego óptimo, 4 son mujeres y 10 son hombres, esta relación es contraria a la que otras bibliografías han reportado, y a nuestra hipótesis ya que en esta investigación se encontró que 61 pacientes de los que tienen un apego subóptimo al tratamiento son del sexo femenino y 39 pacientes son del sexo masculino.

5. CONCLUSIONES:

El resultado de la investigación concuerda con otras, ya que se encontró la dificultad para seguir el tratamiento médico y que la mayoría de los pacientes tiene un apego subóptimo a este.

Las limitantes del instrumento utilizado es que sólo nos da dos resultados de apego al tratamiento, en óptimo y subóptimo.

En este estudio se acepta la hipótesis nula en lugar de la hipótesis alterna, ya que no se encontró que exista dependencia entre sexo y apego al tratamiento.

Son importantes los resultados obtenidos en la investigación, porque no se encontró que exista relación entre sexo y apego pero si existe relación estadísticamente significativa en número de hospitalizaciones y apego al tratamiento y esta variable se puede modificar, ya que modificando el apego al tratamiento, evitaremos hospitalizaciones por complicaciones de EPOC. Por lo que esto nos indica que debemos fomentar el apego al tratamiento en nuestros pacientes, para así evitar complicaciones, aumento en la gravedad y costes sanitarios.

Es de llamar la atención que el tabaquismo no represento un factor de riesgo para padecer EPOC en la mayoría de los pacientes encuestados, lo cual sería importante investigar, ya que podrían tener otros factores de riesgo como el tabaquismo pasivo o exposición a biomasa.

Se encuentra también que falta concientizar a esta población acerca de las medidas de prevención secundarias como es el caso de la aplicación de vacunas que evitan la complicación del EPOC, ya que solo un 50% se aplica las vacunas.

En conclusión podemos cuestionarnos porque aun los pacientes en su mayoría no tienen un buen apego al tratamiento, probablemente la causa sea la falta de información acerca de su enfermedad lo cual se vio reflejado en la poca prevención de complicaciones que tienen los pacientes al no aplicarse las vacunas y quizá sea esta, una parte importante donde tiene que intervenir el médico familiar, ya que él es el que está en contacto directo con el paciente, así que podemos implementar algunas medidas para informar, así como la instalación de programas educativos para pacientes con EPOC y verificar si a nivel institucional y de unidad médica, se puedan implementar estas medidas y con esto mejorar el apego al tratamiento, de nuestros pacientes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>.
2. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Taulería E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64:863-8.
3. FELIX HINOJOSA, Efraín C. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Acta méd. peruana*, oct./dic. 2009, vol.26, no.4, p.188-191. ISSN 1728-5917.
4. Libertad Ma Alfonso, Grau Ab Jorge A (2004): La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, Vol (14), Num. 1:89-99.
5. REPETTO L PAULA, BERNALES S MARGARITA, GONZÁLEZ T MATÍAS. Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev. chil. enferm. respir.* [revista en la Internet]. 2011 Jun; 27(2): 144-152. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482011000200011&lng=es. doi: 10.4067/S0717-73482011000200011.
6. Stefano Vinanccia, Japcy M. Quiceno. (2011): Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: Un estudio desde la enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, Vol. 29, Nº 1, 65-75.
7. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2007. www.separ.es
8. Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. *NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX*, Vol. 64(S2), 2005
9. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Atención Integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Desde la Atención Primaria a la Especializada. Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2010.
10. Rennard SI, Stolel JK, Wilson KC. Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging. Uptodate v16.1. Disponible en: <http://www.uptodate.com/online/>. Consultado: julio de 2009
11. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. ATS/ERS Task Force. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26:319-38.
12. Grupo de trabajo de la SEPAR para la práctica de la espirometría en clínica.

Recomendaciones SEPAR. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. Arch Bronconeumol. 1989;25:132-41.

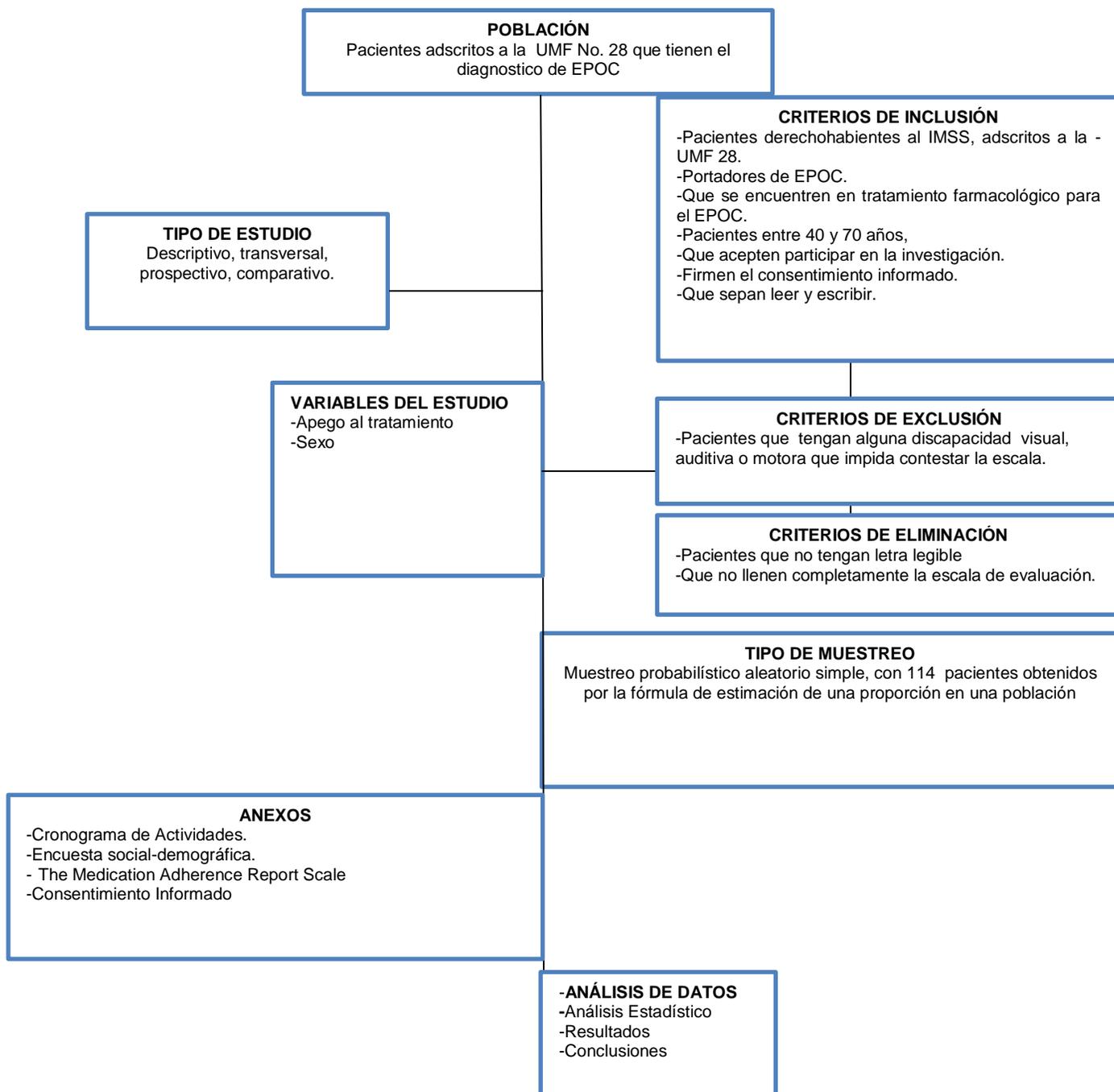
13. GOLD 2006 ESPAÑOL

14. Appleton S, Jones T, Poole P, Pilotto L, Adams R, Lasserson TJ, et al. Ipratropium bromide versus short acting beta-2 agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006;2:CD001387.
15. Miravittles M, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.04.001>
16. Zhou Y, Wang X, Zeng X, Qiu R, Xie J, Liu S, et al. Positive benefits of theophylline in a randomized, double-blind, parallel group, placebo-controlled study of low dose, slow release theophylline in the treatment of COPD for 1 year. Respirology. 2006;11:603-10.
17. Vidal R, Blanco I, Casas F, Jardí R, Miravittles M, the National Alpha-1-antitrypsin Registry Committee. Guidelines for the diagnosis and management of alpha-1-antitrypsin deficiency. Arch Bronconeumol. 2006;42:645-59.
18. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2007;356:775-8.
19. Nannini LJ, Cates CJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and longacting beta-agonist in one inhaler versus longacting beta-agonists for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2007;4:CD006829.
20. Libertad Ma Alfonso, Grau Ab Jorge A (2004): La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud, Vol (14), Num. 1:89-99.
21. Agámez Paternina Adriana Patricia, Hernández Riera Rodolfo, Cervera Estrada Lex, Rodríguez García Yarmein. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC [revista en la Internet]. 2008 Oct; 12(5): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02522008000500009&lng=es.
22. José Ramón Agirrezabala, Miriam Aguado y Cols. (2011): Adherencia en el tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac, Vol (19), Num. 1: 1-6

23. Elodia Elisabeth Granados, Eduardo Escalante (2010): Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. LIBERABIT: Lima (Peru) 16(2): 203-216.
24. Durán-Varela BR y col. (2001): Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México, Vol (43), No.3: 233-236
25. García Pérez AM et al (2000): ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. Medicina de Familia (And) Vol (1), No 1: 13-19.
26. López A. Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. Arch Bronconeumol 2005;41:334-40.
27. RESTREPO M, MORTENSEN E, PUGH J, ANZUETO A. COPD is associated with increased mortality in patients with community-acquired pneumonia. Eur Respir J 2006; 28: 346-51
28. CRAMER J, BRADLEY-KENNEDY C, SCALERA A. Treatment persistence and compliance with medications for chronic obstructive pulmonary disease. Can Respir J 2007; 14: 25-9
29. Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición de cumplimiento terapéutico utilizados en la practica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-7.
30. George J, Kong DCM, Thoman R, Steward K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. Chest2005; 128: 3198 – 3204.
31. Rodriguez-Moctezuma R. Lopez-Carmona JM.
32. Sansores RH y col. Tratamientos para dejar de fumar. salud pública de México / vol.44, suplemento 1 de 2002.

7. ANEXOS

7.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



ANEXO 7.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	Mar 2012	Abr 2012	May 2012	Jun 2012	Jul 2012	Ago 2012	Sep 2012	Oct 2012	Nov 2012	Dic 2012	Ene 2013	Feb 2013	Mar 2013	May Jun 2013	Jul Ago 2013	Sep Oct 2013	Nov Dic 2013
Elección del tema de investigación	X																
Título	X																
Marco teórico	X	x															
Planteamiento del problema		x															
Justificación			x	x													
Objetivos			x	x													
Hipótesis				x	x												
Metodología						x	x	x	x								
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación						x											
Definición de variables								x									
Análisis estadístico												x	x				
Consideraciones éticas									x	x							
Instrumento de medición								x	x								
Método o procedimiento para captar la información												x	x				
Análisis de la información y diseño de investigación											X	x	x				
Bibliografía	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Registro y aceptación del CLIS												x	x				
Colección de información														x	x		
Captura y análisis de datos															x		
Interpretación de resultados																x	
Formulación de reporte																	x

7.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
 Y POLÍTICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del paciente: "APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACION AL SEXO, EN PACIENTES CON EPOC, ADSCRITOS A LA UMF 28 GABRIEL MANCERA"

Patrocinador externo (si aplica): UMF 28 "GABRIEL MANCERA" MAYO 2013 A ENERO DE 2014

Lugar y fecha: UMF 28 "GABRIEL MANCERA" MAYO 2013 A ENERO DE 2014

Número de registro: DETERMINAR EL GRADO DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACION AL SEXO EN PACIENTES CON EPOC, PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE OCASIONAN UN MAL APEGO Y ASI INTERFERIR Y CREAR ESTRATEGIAS PARA QUE ESTOS PACIENTES SIGAN MEJOR SU TRATAMIENTO.

Justificación y objetivo del estudio: DETERMINAR EL GRADO DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACION AL SEXO EN PACIENTES CON EPOC, PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE OCASIONAN UN MAL APEGO Y ASI INTERFERIR Y CREAR ESTRATEGIAS PARA QUE ESTOS PACIENTES SIGAN MEJOR SU TRATAMIENTO.

Procedimientos: SE APLICARA UNA ENCUESTA POR PARTE DEL INVESTIGADOR A LOS PACIENTES CON EPOC QUE ACUDAN A SU CONSULTA EXTERNA PARA DETERMINAR EL GRADO DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACION AL SEXO

Posibles riesgos y molestias: NO SE AFECTARA SU ATENCION MEDICA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: SE CONOCERA SU GRADO DE APEGO Y DE ACUERDO A ESTO SE IMPLEMENTARAN ESTRATEGIAS PARA QUE LO MEJORE.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: CONOCERAN SI TIENEN UN APEGO OPTIMO O SUBOPTIMO Y DE ACUERDO A ESTO SE IMPLEMENTARAN MEDIDAS PARA QUE LO MANTENGA O MEJORE RESPECTIVAMENTE.

Participación o retiro: EN CUALQUIER MOMENTO

Privacidad y confidencialidad: LA INFORMACION SERA TOTALMENTE CONFIDENCIAL

En caso de colección de material biológico (si aplica):
 No autoriza que se tome la muestra.
 Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): EL PACIENTE CONOCERA SU AGRADO DE APEGO Y SERA TRATADO EN BASE A ESTE

Beneficios al término del estudio: EL PACIENTE CONOCERA SU AGRADO DE APEGO Y SERA TRATADO EN BASE A ESTE

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
 Investigador Responsable: R2 MF GARCIA CUENCA EVANGELINA
 E-MAIL: mvale55@hotmail.com Tel. 55 4899 9144

Colaboradores: DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

7.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR “APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN RELACION AL SE PACIENTES CON EPOC, ADSCRITOS A LA UMF 28 GABRIEL MANCE		FOLIO:
---	---	---	--------

HOJA DE DATOS			
Iniciales del paciente			
Edad:	Estado civil:		
Sexo: 1) Femenino 2) Masculino	Escolaridad: 1) Sabe leer y escribir 2) Primaria 3) Secundaria 4) Carrera técnica 5) Preparatoria 6) Licenciatura 7) Posgrado		
Religión:	Ocupación previa al diagnóstico del EPOC:		
Ocupación actual:	Fecha de diagnóstico de EPOC:		
En los últimos 12 meses, ha estado hospitalizado por complicaciones del EPOC 1) Si 2) No	¿Cuántas veces ha estado hospitalizado por complicaciones del EPOC en los últimos 12 meses?		
Usted, ¿Fuma o Fumaba? 1) Si 2) No	¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?	¿Desde qué edad empezó a fumar?	Para llenado del investigador: Índice Tabáquico
¿Qué medicamentos usa para su EPOC?	¿Se aplicó la vacuna antiinfluenza en los últimos 12 meses? 1) Si 2) No	¿Usted usa Oxígeno en casa? 1) Si 2) No	¿Cuántas horas de oxígeno utiliza al día?
¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades? 1) Diabetes 2) Hipertensión Arterial Sistémica 3) Enfermedades del corazón 4) Insuficiencia Renal 5) Artritis 6) Cáncer			

UNIDAD D

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2:2

ESCALA DE MARS

INSTRUCCIONES. Escriba sí o no de acuerdo a sus sentimientos acerca de cada uno de los enunciados citados a continuación

Creencias en salud de los encuestados	SI	NO
Tengo un conocimiento adecuado acerca de mi enfermedad.		
Sé qué esperar de la gestión de mi enfermedad.		
Mi gestión actual mantendrá mi enfermedad a raya.		
Estoy recibiendo la mejor gestión posible.		
El control sobre mi enfermedad es un misterio para mí		
Es provechoso conocer las experiencias de otros con enfermedades similares a la mía.		
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.		
Mis médicos han limitado las opciones de gestión para ofrecerme.		
Mis medicamentos están funcionando.		
El uso de cualquier medicamento implica algunos riesgos.		
Tengo demasiados medicamentos.		
Yo tengo algo que decir en la forma como mi enfermedad es gestionada.		
Tengo un conocimiento adecuado acerca de las opciones para la gestión de mi enfermedad.		
Mis médicos están muy informados.		

Experiencias en salud de los encuestados	SI	NO
Estoy preocupado por los efectos de mis medicamentos.		
Es desagradable utilizar alguno de mis medicamentos.		
Es físicamente difícil manejar alguno de mis medicamentos.		
Estoy satisfecho con la información que mis médicos comparten conmigo.		
Mis médicos son compasivos.		
Las dificultades financieras limitan mi acceso a la mejor atención sanitaria.		
Mis médicos dedican suficiente tiempo conmigo.		
La gestión de mi enfermedad perturba mi vida.		

Comportamientos en salud de los encuestados	SI	NO
Estoy confuso con mis medicamentos.		
Tengo rutinas estrictas para el uso ordinario de mis medicamentos.		
Guardo mis medicamentos muy cerca de donde tengo que utilizarlos		
Me aseguro de tener suficiente medicación para no tener que salir corriendo a buscarla.		
Yo me esfuerzo en seguir las instrucciones de mis médicos.		

Hago cambios en las recomendaciones sobre la gestión de mi enfermedad para satisfacer mi estilo de vida.		
Modifico las recomendaciones sobre mi enfermedad según cómo me sienta.		
Afronto con ánimo mis problemas médicos antes de tomar cualquier medida.		