



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

**CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 28 "GABRIEL MANCERA"**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. YARENIS SANTIAGO ESCOBAR
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA
CORREO ELECTRÓNICO: narkani@hotmail.com, CELULAR: 0445520949918

ASESOR CLINICO
DRA. ELENA LIZETH AYALA CORDERO
MEDICO ADSCRITO A LA CONSULTA EXTERNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA
CORREO ELECTRÓNICO: draelenaayala@gmail.com CELULAR: 0445523411435

ASESOR METODOLÓGICO
DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA
CORREO ELECTRÓNICO: ivonne.roy@imss.gob.mx, CELULAR: 0445522704760

No. DE REGISTRO: R-2014-3609-34

México, Distrito Federal. Agosto 2015



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.

Cumplimiento Terapéutico y su relación con la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".
Alumna: Yarenis Santiago Escobar

AUTORIZACIÓN DE AUTORIDADES

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

No. DE REGISTRO: R-2014-3609-34

Cumplimiento Terapéutico y su relación con la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".
Alumna: Yarenis Santiago Escobar

AUTORIZACIÓN DE ASESORES

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA
DELEGACIÓN SUR, D.F., IMSS

DRA. ELENA LIZETH AYALA CORDERO
MEDICO ADSCRITO A LA CONSULTA EXTERNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA
DELEGACIÓN SUR, D.F., IMSS

No. DE REGISTRO: R-2014-3609-34

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 01/12/2014

DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3609-34

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

Con cariño y respeto para las personas que sin duda

Son lo más importante.....

Mi familia

AGRADECIMIENTOS

A los mejores maestros que me pudieron tocar, mis padres: Prof. Pedro y Profra. Silvia, por enseñarme que en el camino de la responsabilidad y perseverancia, cuando más obstáculos haya que enfrentar, es porque al otro lado está el verdadero triunfo.

A mi hermano Pedro que siempre va delante de mí poniéndome metas más altas por alcanzar.

A mi grupo de apoyo : Kris, Noé y Abraham, amistad que surgió sin interés alguno , manteniendo un objetivo en común ; el de compartir nuestras experiencias de vida y de nuestro desarrollo profesional, y que a pesar del tiempo sigamos compartiendo los frutos de esa amistad cosechada .

A todos aquellos profesores que sin duda marcaron una enseñanza en mi desarrollo profesional y que con su profesionalismo me transmitieron el cariño por la medicina familiar, Dra. Elena Ayala , Dra. Bety Arredondo , y sin duda aquella persona que me brindó su apoyo en todo este camino , Dra. Ivonne Roy .

Para aquellos seres que físicamente caminaron a mi lado, y lo siguen haciendo... ya que su recuerdo permanecerá por siempre.

GRACIAS.

CONTENIDO

1. RESUMEN	9
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Concepto de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	10
2.2 Epidemiología	10
2.3 Factores de Riesgo	11
2.4 Fisiopatología	13
2.5 Cuadro clínico	13
2.6 Diagnóstico	14
2.7 Tratamiento	16
2.8 Definición de cumplimiento	17
2.9 Magnitud del incumplimiento terapéutico en México	19
2.10 Cumplimiento terapéutico en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	19
2.11 Cumplimiento y morbilidad	20
2.12 Causas relacionadas con el incumplimiento terapéutico	21
2.13 Métodos de medida del incumplimiento	22
2.14 Test de Morinsky Green Levine	23
2.15 Cumplimiento terapéutico con la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	26
2.16 Calidad de vida en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	26
2.17 Instrumentos que miden la calidad de vida en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	27
2.18 Cuestionario Respiratorio Saint George	28
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
4. JUSTIFICACIÓN	33
5. OBJETIVOS	34
5.1 General	34
5.2 Específicos	34
6. HIPOTESIS	35
6.1 Alterna	35
6.2 Nula	35
7. METODOLOGÍA	36
7.1 Tipo de estudio, población, lugar y tiempo	35
7.2 Tipo y tamaño de la muestra	35
7.3 Criterios de selección	36
7.3.1 Criterios de inclusión	37
7.3.2 Criterios de exclusión	37
7.3.3 Criterios de eliminación	37
7.4 Variables de estudio	38
7.4.1 Variable dependiente	38

7.4.2 Variable independiente	39
7.4.3 Definición de variables	40
7.4.3.1 Definición conceptual	40
7.4.3.2 Definición operacional	40
7.5 Instrumentos de medición	43
7.5.1 Test Morinsky Green Levine	43
7.5.2 Cuestionario Respiratorio Saint George	45
7.6 Método de recolección de datos	51
7.6.1 Exposición de recursos y costos	52
7.7 Análisis estadístico	52
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
9. RESULTADOS	55
10. DISCUSION	76
11. CONCLUSIONES	78
12. BIBLIOGRAFÍA	84
13. ANEXOS	85
13.1 Cronograma de actividades	85
13.2 Diseño de la Investigación	86
13.3 Carta de Consentimiento informado	86
13.4 Hoja de datos socio demográficos	
13.5 Instrumentos de medición	88
13.5.1 Test Morinsky Green Levine	88
13.5.2 Cuestionario Respiratorio Saint George	89

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”

SANTIAGO ESCOBAR YARENIS¹, AYALA CORDERO LIZETH,² ROY GARCÍA IVONNE ANALÍ³

1 Residente de Segundo Año de la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar NO. 28 Gabriel Mancera. Delegación Sur D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social, correo electrónico: narkani@hotmail.com, celular: 0445520949918.

2 Médico Adscrito a la Consulta Externa .Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera Delegación Sur D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social, correo electrónico; eleniux26@hotmail.com, celular: 0445523411435.

3 Titular de la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera, Delegación Sur D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social, correo electrónico: ivonne.roy@imss.gob.mx, celular: 044 55 22704760.

1.- RESUMEN

ANTECEDENTES: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ocupa el sexto y cuarto lugar en cuanto a morbilidad y mortalidad respectivamente en México. Los tratamientos a largo plazo son un desafío para los profesionales de la salud, la Organización Mundial de la Salud considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública. El cumplimiento terapéutico en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en la práctica clínica se estima entre el 20 al 60%, donde interfieren diversos factores y un incremento de la morbimortalidad con impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO: conocer la relación del cumplimiento terapéutico sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

MATERIAL Y MÉTODOS. Diseño: transversal, analítico, prospectivo y correlacional Lugar: UMF N° 28. Sujetos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Procedimientos: 1. Cuestionario de información general; 2. Test de Morinsky Green Levine para conocer el estado de cumplimiento terapéutico y Cuestionario Respiratorio Saint George para medición de calidad de vida.

RESULTADOS: Se recolectó una muestra total conformada por 302 sujetos participantes con una edad media de 75 años de edad. Se encontró que el 70.6% de la población es no cumplidora y solamente el 29.1% resultó ser cumplidora con el tratamiento. La causa más frecuente de incumplimiento fue el olvido en un 41.1% de la población de estudio. La alteración de la calidad de vida resultó moderada para ambos grupos con un 51.7%, resultando una alteración máxima para el 24.8% de la población total. La asociación entre el cumplimiento terapéutico y el impacto de la calidad de vida resultó estadísticamente significativo ($p= 0.000$; Mann-Whitney).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no cumplidores presentaron mayor impacto en la calidad de vida con puntajes mayores en comparación con los pacientes cumplidores que tuvieron menos puntaje y por tanto menos impacto en la calidad de vida, con una relación estadísticamente significativa entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida ($p=0.000$)

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cumplimiento terapéutico, Test de Morinsky Green Levine, Calidad de vida, Cuestionario Respiratorio Saint George.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

Los padecimientos crónicos, representan un reto en el ejercer de la consulta externa de la atención primaria, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), de acuerdo a la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Guidelines (Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – GOLD) la define como una enfermedad prevenible y tratable, con efectos pulmonares significativos adicionales que pueden contribuir con la gravedad en pacientes individuales. El componente pulmonar está caracterizado por una limitación de la vía aérea, que no es totalmente reversible. Esta limitación del flujo aéreo es usualmente progresiva y asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos, además que es más frecuente en personas mayores de 45 años ⁽¹⁾. La tasa de mortalidad en México se estima en 15.6% aproximadamente a partir del año 2001, la cual incrementa conforme la hace la edad de la población. ⁽¹⁾

La Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tiene las características de ser frecuente, prevenible y tratable, caracterizado por la presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible, todos estos cambios se asocian a una reacción inflamatoria pulmonar de evolución crónica; principalmente frente al humo del tabaco y leña, que puede estar o no acompañada de síntomas (disnea, tos y expectoración), exacerbaciones, efectos extra pulmonares (por proceso inflamatorio a nivel sistémico) y enfermedades concomitantes.⁽²⁾

Actualmente la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica engloba sin distinción en lo que en la literatura se manejaba como dos conceptos distintos que se denominaban: Enfisema Pulmonar y Bronquitis Crónica, ya que el daño a nivel alveolar y el proceso inflamatorio crónico a nivel bronquial que caracterizaba a cada una de las patologías respectivamente, es posible encontrarlas simultáneamente cuando se establece el diagnóstico, aunque el predominio de alguna de las dos puede condicionar característicamente las manifestaciones clínicas del paciente.⁽³⁾

Es una patología que hasta nuestros días es poco lo que se ha dado en los ámbitos de prevención y seguimiento por los diversos sectores de salud, a pesar de su impacto como factor de importante morbilidad y mortalidad en la población mayor de 45 años.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica representa la cuarta causa de mortalidad y su pronóstico está relacionado con múltiples factores ligados a la gravedad de la enfermedad, así como también a los factores de riesgos asociados, indispensables que ayudan a determinar su prevalencia. ⁽⁴⁾

Aproximadamente un 90% de la mortalidad por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se da en los países en vías de desarrollo, donde no siempre se ponen en práctica o son accesibles las estrategias eficaces de prevención y control.⁽⁵⁾

Se encuentran en la literatura estudios que han sido diseñados para conocer la prevalencia y el impacto que tiene la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en la población. Entre ellos están en Europa específicamente en población española: el estudio IBERCOP en el año de 1997, EPIESCAN en 2007 resaltando puntos como la prevalencia de 9.1%, la presentación en fumadores 15%, con antecedente de tabaquismo 12.8% y en no fumadores en un 4.1%. edad media de presentación que es entre 40-80 años de edad, por predominio de sexo 15.1% en hombres y 5.6 % en mujeres. ⁽⁵⁾

América Latina se estima ocupa entre la quinta y sexta causa de mortalidad, los estudios para estimar la prevalencia realizados son: ESTUDIO PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) en 2002 y el PREPOCOL (Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Colombia) realizado cómo sus siglas lo indican en Colombia en 2005.

El primero engloba cinco ciudades de América Latina donde el criterio de selección de las ciudades fue basado en su tamaño y relevancia en relación al País, así se eligieron inicialmente los siguientes países y ciudades: Brasil (San Pablo), México (Ciudad de México), Argentina (Buenos Aires), Chile (Santiago) y Colombia (Bogotá), con la finalidad de medir la prevalencia en relación a factores de riesgo conocidos, como: factores sociodemográficos, económicos, tabaquismo, exposición ocupacional, antecedentes familiares y hospitalizaciones por enfermedad respiratoria en la infancia. Otro de los objetivos del estudio fue de conocer el tratamiento de los pacientes con diferente nivel de gravedad según al estadio de acuerdo con el grado de obstrucción bronquial marcado por las Guías GOLD, y en particular, el uso de las medidas preventivas y de medicación, donde se concluye que el nivel de desarrollo del país es proporcional al nivel de prevalencia y mortalidad de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. México resultó con una prevalencia de 7.8% en la población, mientras que el que obtuvo la prevalencia más alta fue Brasil con 15.8%. ^(1,6)

En relación a el estudio PREPOCOL donde en Colombia la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se estimó en 8.9% en aquellos mayores de 40 años de edad, porcentaje que se distribuyó en las principales ciudades de Colombia que fueron: en 8,5% en Bogotá, 6,2% en Barranquilla, 7,9% en Bucaramanga, 8,5% en Cali y 13,5% en Medellín, las diferencias entre cada una resultó por la presencia o no del hábito tabáquico, así en fumadores se presentó en un 29%. Quizás lo más relevante de estos datos fue que solo un tercio de ellos contaban con diagnóstico médico, mientras que los otros dos tercios restantes padecen la enfermedad sin saberlo y sobre todo sin recibir tratamiento. ⁽⁷⁾ En este caso el conocer la prevalencia ayuda a realizar una mejor toma de decisiones en una determinada población en relación a prevención y manejo de la enfermedad.

2.3. FACTORES DE RIESGO ⁽⁷⁾

Tabaquismo.	En estudios de cohortes prospectivos se estima que el riesgo en personas fumadoras está es del 25 al 30%. ⁽⁷⁾
Exposición a biomasa.	El estudio de PREPOCOL concluye que personas expuestas al humo de leña por más de 10 años tienen mayor riesgo. ^(7,8)

Contaminación ambiental y exposición laboral.	La exposición a gases, vapores o polvos orgánicos o inorgánicos derivados de procesos industriales, combustión de motores o calefacciones constituyen un factor de riesgo sobre todo para la exacerbación. ⁽⁷⁾
Factores genéticos	Sobre todo el déficit de Alfa-1-antitripsina siendo responsable del 1% de los casos. ^(1,7)

Los factores de riesgo por tanto, también se pueden engloban en dos rubros que son:

TABLA 1.
FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
^(3,8)

FACTORES DEL HUESPED	FACTORES EXTERNOS (EXPOSICIONES)
Edad (>40 años) Sexo Genéticos (déficit de alfa-1-antitripsina) Hiperactividad bronquial / Infecciones respiratorias en la infancia Desnutrición	Tabaquismo Exposición a humo de leña, carbón y biomasa Contaminación ambiental Químicos

La importancia de la intensidad a la exposición ha sido descrita por Pérez Padilla en México, quien demostró la relación directa entre el número de horas/año de exposición al humo de leña y el riesgo de obstrucción de la vía aérea. La exposición a combustibles de biomasa cobra cada vez más importancia en zonas urbanas y en países industrializados. En estos últimos por su uso para calefacción, sin embargo, en el estudio PREPROCOL, se documenta su uso en zonas urbanas para la cocción de alimentos. ^(7,8)

En México el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), publicó fórmulas para obtener los índices de exposición e intensidad al tabaco y humo de leña:

- a) **Índice paquetes/año:** número de cigarrillos que fuma al día por número de años que ha fumado, dividido entre veinte, el resultado se obtiene en paquetes /años.

TABLA 2.
RIESGO DEL ÍNDICE PAQUETES/ AÑO. ⁽⁸⁾

TIPO DE RIESGO	INDICE DE RIEGO (paquetes/ año)
BAJO – MODERADO	MENOR O IGUAL A 20
ALTO	MAYOR A 20

- b) **Índice exposición al humo de leña en horas/año:** horas al día expuesto al humo de leña por años de exposición, el resultado se obtiene en horas año.⁽⁸⁾

TABLA 3.

RIESGO DEL ÍNDICE EXPOSICIÓN HUMO LEÑA EN HORAS / AÑO. ⁽⁸⁾

TIPO DE RIESGO	ÍNDICE DE RIEGO (horas/ año)
BAJO	MENOR O IGUAL A 100
ALTO	MAYOR A 100

2.4. FISIOPATOLOGÍA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, puede ser debida a muchos factores, si bien la causa más habitual es el humo del tabaco. Factores ambientales como por ejemplo, la exposición intensa al polvo, sustancias químicas y la contaminación del aire, así como factores genéticos como la deficiencia de alfa-1- anti tripsina, también la pueden ocasionar; el tabaquismo es el principal factor de riesgo y el más estudiado.^(1,8)

Dentro de la fisiopatología encontramos cambios que son ocasionados por los siguientes factores:

Inflamación crónica del epitelio respiratorio , Contracción del músculo liso - ↑ tono colinérgico - estrés oxidativo - ↑ Reclutamiento de neutrófilos - ↑ Macrófagos - ↑ linfocitos CD8+ - ↑ IL-8 y TNF- α - Desbalance Proteasas/ anti proteasas. Hipersecreción de moco por hipertrofia glandular, destrucción alveolar y aumento en el depósito de colágeno, mayor fibrosis en vía aérea

Estos cambios condicionan una limitación al flujo aéreo espiratorio condicionada por la pérdida de elasticidad pulmonar, desbalance entre el sistema de protección contra las enzimas proteolíticas, la acción de radicales libres con destrucción del tejido pulmonar y obstrucción de la vía aérea por el proceso inflamatorio tanto local como a nivel sistémico.

(1, 2, 8)

2.5 CUADRO CLÍNICO

Se ha observado que las primeras manifestaciones clínicas pueden no evidenciar signos pulmonares obstructivos ni alteraciones en la espirometría. Sin embargo en estos casos debe insistirse en la prevención, dado el demostrado impacto que posee en la evolución de la enfermedad. ^(2,8)

Habitualmente la presencia y persistencia de los síntomas respiratorios, la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones y la pobre respuesta a las terapias broncodilatadoras suelen reflejar el grado de deterioro funcional respiratorio, pero su correlación no es estrecha por lo que suele ser necesario evaluar detenidamente la evolución de la enfermedad, además, el deterioro de la calidad de vida, la capacidad física , el grado de disnea y la frecuencia de las exacerbaciones que condicionan a estancias hospitalarias prolongadas mucho de los casos. ^(2,8)

Los síntomas más frecuentes son: Tos, Disnea y Expectoración

Entre otras se encuentran: sibilancias, opresión torácica, fatiga, cansancio, debilidad, y dependiente en tiempo de evolución y /o grado de afectación sistémica se harán presentes los síntomas extra pulmonares.

Clasificación de la severidad

Para clasificar la severidad se recomienda en base a la disnea de esfuerzo que se correlaciona con la calidad de vida del paciente y su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. ⁽⁸⁾

TABLA 4. CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD POR SINTOMAS CLINICOS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA. Escala del Consejo Británico de Investigaciones Médicas (MRC) 1999. ⁽⁸⁾

GRADO	SINTOMATOLOGÍA NE RELACIÓN A LA ACTIVIDAD
0	No hay disnea
1	Disnea con ejercicio fuerte (extenuante)
2	Disnea al caminar rápido en lo plano o al subir una escalera o una cuesta
3	Disnea a la caminata sobre superficie plana más lenta que otra persona de la misma edad.
4	Debe detenerse al caminar en lo plano una cuadra o unos minutos
5	La intensidad de la disnea no le permite salir de casa o tiene disnea al bañarse o vestirse

2.6 DIAGNÓSTICO

El concepto de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con fines para establecer el diagnóstico, es de acuerdo al grado de obstrucción del flujo del aire principalmente espiratorio, el cual es medible por el Volumen Espiratorio Forzado al Primer Segundo (VEF1).

Los puntos fundamentales para el diagnóstico son:

- 1.- Síntomas respiratorios crónicos: tos, expectoración y disnea.
- 2.- Antecedentes de exposición a sustancias inhaladas irritantes (humo de tabaco, agentes ocupacionales y humo de combustibles) en forma prolongada (años).
- 3.- Demostración de la disminución del flujo aéreo (VEF1) habitualmente progresivo que persiste después de la inhalación del broncodilatador .Se considerará el diagnóstico en pacientes que posean demostración por espirometría de obstrucción bronquial irreversible. (VEF1/CVF <70% y VEF1 <80% post broncodilatador). ^(1,4,8)

El diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se debe sospechar ante alguna persona que presente tos, disnea y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo para la misma, el diagnóstico se realiza con la espirometría y con mayor certeza tras la administración del broncodilatador (prueba post broncodilatador) . De acuerdo al criterio GOLD, la espirometría deberá mostrar un Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (VEF1) < 80% del valor previsto así como una relación VEF1/ Capacidad Vital Forzada (CVF) < 70%, después del uso del broncodilatador, que determinará la existencia de una alteración funcional obstructiva. ^(1,2,7,8)

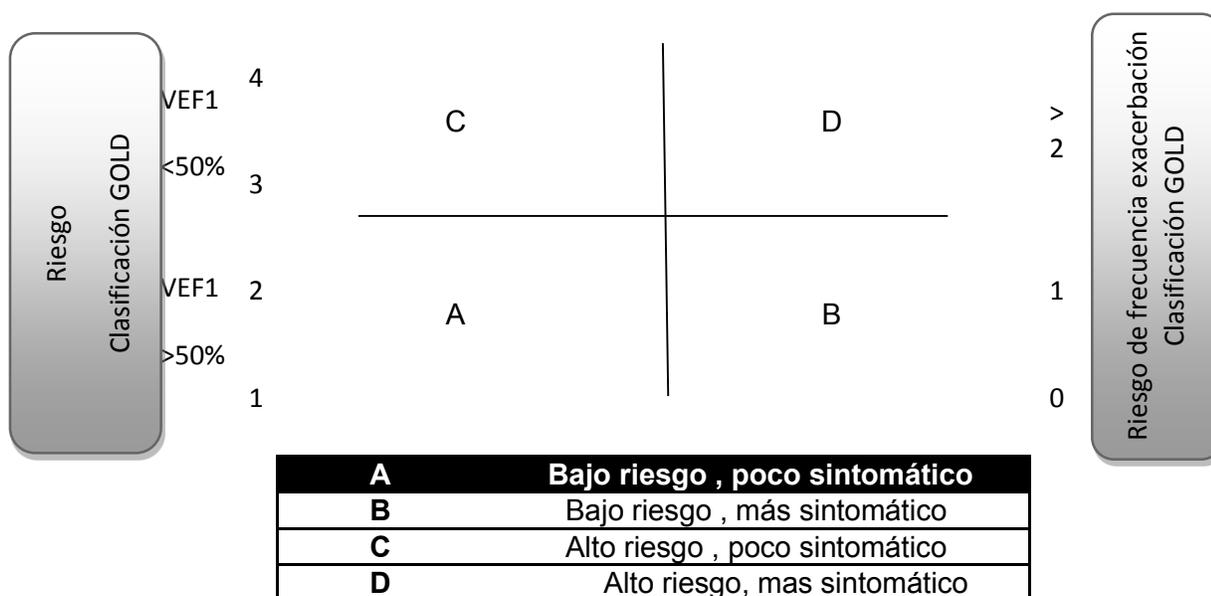
EL ESTUDIO PLATINO en 2002 la espirometría fue el principal factor asociado con la indicación de todas las medidas terapéuticas. ^(6,8)

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es frecuentemente sub diagnosticada, esto atribuido por dos puntos principales como lo es: la falta de acceso a la espirometría en el primer nivel de atención y a la subutilización de la espirometría por los equipos de salud, lo cual conlleva a retrasar el diagnóstico funcional. ^(5,8)

TABLA 5.
CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
SEGÚN GUIAS GOLD ^(1, 2, 8)

ESTADIO	NIVEL ESPIROMETRIC O GOLD	ETAP A	SINTOMA	EXACERVACIO N	VEF1	VEF1 / CVF
LEVE	GOLD 1	A	Asintomático	< 1 al año	>80%	<0.7
MODERADO	GOLD 2	A	Con el ejercicio	<1 al año	>50% - <80%	<0.7
SEVERO	GOLD 3	B	Alteración de la calidad de vida	>2 al año	>30% - <50%	<0.7
MUY SEVERO	GOLD 4	B	Riesgo vital	>2 al año	<30%	<0.7

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA
CRÓNICA DE ACUERDO A LA GRAVEDAD POR GOLD 2011^(1,8)



2.7 TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica son:

- a) Reducir los síntomas (disnea, tos, expectoración).
- b) Reducir la progresión y la pérdida acelerada de función pulmonar.
- c) Reducir el impacto: mejorar la calidad de vida, reducir la gravedad y frecuencia de las exacerbaciones y reducir la necesidad de hospitalizaciones.
- d) Aumentar los años libres de discapacidad.
- e) optimizar el control de las comorbilidades asociadas. ⁽⁹⁾

Control de los factores de riesgo:

Abandono del tabaco es la medida más eficaz y costo efectiva en el tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Así como la disminución en la exposición de aquellos factores que se han relacionado con la presencia de la enfermedad. La vacunación frente al neumococo y a los virus de la influenza está recomendada en todos los casos. ^(1, 6, 9)

Tratamiento Farmacológico:

Los fármacos broncodilatadores constituyen la base del tratamiento sintomático de la enfermedad, mejorando la disnea de reposo y con el ejercicio (mayor tolerancia) y por tanto, mejorando la calidad de vida de estos pacientes, siendo la vía de administración más utilizada y recomendada: la inhalada. ^(1,9)

Existen tres tipos de broncodilatadores que se usan con mayor frecuencia en la clínica: adrenérgicos β -agonistas, anti colinérgicos y metilxantinas. Pese a diferencias en los sitios de acción y de su efecto broncodilatador en general se logra conseguir una adecuada respuesta de la vía aérea (bronco dilatación) generando una percepción de alivio por parte del paciente. ^(1, 3, 4, 9)

La elección del tratamiento debe basarse en el fenotipo clínico del paciente y su intensidad. ^(1,9)

La mono terapia a base de broncodilatadores de acción rápida, son de elección para el tratamiento de los síntomas a demanda sea cual sea el nivel de gravedad de la enfermedad, es decir son eficaces en el control rápido de los síntomas. ^(1,9)

Los broncodilatadores de acción prolongada deben utilizarse como primer escalón en el tratamiento de todos los pacientes con síntomas permanentes o bien con enfermedad leve con síntomas mínimos, además que reducen el número de exacerbaciones al año. ⁽⁹⁾

La terapia combinada ofrece una mayor ventaja en cuestión de mejoría de los síntomas y por tanto mejora la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. El manejo terapéutico de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de acuerdo al Estudio PLATINO varió conforme los países, ya sea en el uso de medicación en el último año (14.1% México y 35.9% Santiago), o por su forma de presentación, siendo más frecuente el uso de la vía inhalada. ^(1, 2, 4, 8, 9)

Con respecto a los corticoides inhalados su uso se ha beneficiado para pacientes con cuadros de exacerbaciones frecuentes, no se aconseja el uso prolongado de cortico esteroides por vía oral por los efectos adversos que producen, la indicación para usarlos es posterior a un cuadro de exacerbación y se necesita continuar su uso por unos días más después de una hospitalización; de acuerdo a las Guías GOLD el uso de corticoides inhalados están indicados en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica en etapas GOLD 3 Y 4 (VEF1<50%, exacerbaciones frecuentes), ya que hasta el año 2011, las recomendaciones terapéuticas de las guías vigentes se fundamentaban principalmente en el porcentaje del volumen de espiración forzada en el primer segundo (FEV1).⁽¹⁰⁾

Así, cuando no se tiene un adecuado control de la enfermedad el riesgo de exacerbaciones aumenta, se estima que las exacerbaciones generan el 10-12% de las consultas de atención primaria, entre el 1-2% de todas las vistas a urgencias y alrededor del 10% de los ingresos. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la tercera causa más frecuente de ingreso hospitalario (2,5%), con una estancia media entre 8-10 días.⁽¹¹⁾

Lo que ocasiona un mayor coste sanitario, ya que se refiere en la literatura que casi el 60% del coste global de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es imputable a la exacerbación, con una mortalidad durante la misma que oscila entre el 2- 10 %.⁽¹²⁾

Por tanto es necesario que el paciente tenga adecuado cumplimiento terapéutico para la prevención de exacerbaciones y un control adecuado de la patología, es necesario que el médico verifique no solo los estadios clínicos de la enfermedad sino que tenga cumplimiento terapéutico para evitar complicaciones de la patología que conlleven a un deterioro en la calidad de vida.⁽¹²⁾

2.8 DEFINICIÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO.

No existe un consenso universal respecto al término más apropiado para designar el concepto de la toma de la medicación o no, por parte del paciente tras su prescripción. Heyne⁽¹³⁾ lo define como: “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico u otro profesional sanitario en relación con el tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional sanitario y la realización por parte del paciente, realizadas estas tras una decisión completamente razonada por este último”.

⁽¹³⁾

En la actualidad, el tema del cumplimiento terapéutico tiene gran trascendencia por sus implicaciones en la calidad de vida, que conlleva alteraciones tanto en las áreas: médicas y psicosociales.⁽¹⁴⁾

En el área médica: diversos estudios han demostrado que la interrupción de la medicación puede aumentar la frecuencia de las exacerbaciones, el número de hospitalizaciones y la mortalidad. Donde los episodios de inestabilidad clínica, además de producir enormes costes, también impactan de forma negativa sobre el estado de salud de los pacientes y contribuyen a la progresión multidimensional de la enfermedad, condicionando incluso el pronóstico de la misma. El impacto multidimensional del mal cumplimiento terapéutico, no resulta sencillo porque en él contribuyen distintos factores entre los que destaca la situación basal del paciente, pero sobre todo la frecuencia, la gravedad y la duración de las propias exacerbaciones ya que con frecuencia se subdiagnostican verdaderas exacerbaciones con otras enfermedades que mimetizan la el cuadro de agudización (insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar).⁽¹⁴⁾

En el área psicosocial: Quint y cols.⁽¹⁴⁾ en un estudio prospectivo con 161 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se les administro la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) encontrando que la Depresión aumentó

en aquellos pacientes posterior a un cuadro de exacerbación de la enfermedad, y más sensiblemente superior entre los pacientes que sufren exacerbaciones frecuentemente. Así el mal cumplimiento terapéutico, también tiene una fuerte influencia sobre el estado de ánimo. Cerca del 65% de los pacientes refieren alteraciones emocionales con una variedad de sentimientos negativos como depresión, irritabilidad, mal carácter, ansiedad, aislamiento, ira y culpabilidad. Una proporción significativa de estos casos afectan también sus relaciones sociales y hasta un 27 % de los casos desea estar en aislamiento o se siente muy frustrado. ⁽¹⁴⁾

Recientemente se han observado cifras elevadas de depresión en pacientes con exacerbaciones secundarias a una falta de cumplimiento terapéutico, sobre todo cuando en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica la disnea conlleva a la disminución de la función pulmonar y por tanto afectando sus actividades de la vida cotidiana e influyendo en su visión de la vida en general, que de avanzar la problemática llegar a que el paciente pierda autonomía por la discapacidad física que genera. ⁽¹⁴⁾

Henry Richardson ⁽¹⁵⁾, quien en 1948 describe la importancia de la intervención familiar en la recuperación de la salud en los pacientes con enfermedades crónicas, en un trabajo titulado “Los pacientes tienen familia”, describe como estos síntomas afectan a los pacientes en su calidad de vida y puede ser una fuente de preocupación para la familia y los cuidadores, además que puede estar en necesidad de un apoyo continuo y de atención. Al igual que ocurre con otras enfermedades, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es un proceso difícil y lleno de emociones tanto para el paciente como para su familia, ya que la evolución de la enfermedad se caracteriza por ser lento y progresivo ^(14, 15)

Por otra parte existe una falta de recursos, sobre todo la disponibilidad de programas de cuidados paliativos en el sistema de atención de salud, con un enfoque centrado en los síntomas, el mantenimiento de una razonable calidad de vida, la buena comunicación (pacientes, familiares y médicos), el aumento de actividades físicas para mantener la independencia y el apoyo práctico de emocional, espiritual y apoyo psicosocial para pacientes y cuidadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

En un estudio cualitativo, Curtis y cols. ^[16] concluyó que las perspectivas para los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en las etapas finales de la enfermedad, es el brindar apoyo emocional, mejorar la comunicación y la accesibilidad y la continuidad de la atención haciendo participe a la familia de este seguimiento y obtener mejores resultados.

Un mal cumplimiento terapéutico, además de aumentar los índices de mortalidad ante una exacerbación, también es generadora de discapacidad, con un alto impacto físico y emocional significativo en las personas que la padecen. Tal como síntomas de temor, frustración, aislamiento y depresión sobre todo cuando en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica la disnea conlleva a la disminución de la función pulmonar. ^(14, 21) Por tanto el incrementar la tasa de cumplimiento terapéutico, será un aspecto clave para conseguir un adecuado control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2.9 MAGNITUD DEL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN MÉXICO.

La falta de cumplimiento terapéutico es el resultado de una compleja interacción entre el ambiente social, el paciente y los profesionales de la salud, una variable que no se mide de forma rutinaria en la práctica clínica y que la duración de la enfermedad suele tener una relación inversa con el cumplimiento terapéutico.⁽¹⁷⁾

La magnitud del incumplimiento ha sido especialmente estudiada en el contexto de la hipertensión arterial⁽¹⁶⁾ y diabetes^(17,18). Se observa que el 39.4% abandonan los medicamentos indicados por el médico de familia y el 22.4% de los indicados por especialistas. También existen algunos estudios en el tratamiento de la Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica⁽¹⁹⁾ y en pacientes con otras enfermedades crónicas y, en menor medida, en enfermedades agudas.⁽²⁰⁾ El incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas en México se sitúa alrededor del 85%.⁽²⁰⁾

2.10 CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Los predictores del cumplimiento terapéutico no son bien conocidos en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Por tanto, es necesario identificar los factores asociados con la adherencia para mejorar la eficacia de la gestión de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Agh y cols. ⁽²¹⁾ realizaron en el año de 2011 un estudio observacional, transversal realizado en una muestra de 170 pacientes ambulatorios con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con el objetivo de estimar la adherencia a la medicación respiratoria e identificar los factores relacionados con la adherencia en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Se realizó un análisis multivariante para identificar los predictores independientes del cumplimiento terapéutico, utilizando para medir la misma el Test de Morinsky Green Levine, los resultados fueron: el 58,2% con un cumplimiento óptimo. La adherencia a la terapia respiratoria se asoció con la edad, tabaquismo actual, número de fármacos respiratorios, número de dosis diarias de medicamentos respiratorios y calidad de vida ($p < 0,005$). La adherencia a la terapia respiratoria no estaba relacionado con el sexo, el estadio GOLD, FEV₁ o costos de los medicamentos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.⁽²¹⁾

Por lo que se estima que regímenes terapéuticos con intervalos más espaciados en la frecuencia de aplicación del medicamento podrían ser un método eficaz para mejorar el cumplimiento terapéutico a la terapia respiratoria, así como el monitoreo de la calidad de vida en los entornos de práctica clínica podría facilitar un mejor cumplimiento terapéutico. Ya que la falta de cumplimiento a los regímenes terapéuticos plantea un obstáculo importante para el manejo óptimo de los pacientes con Pulmonar Obstructiva Crónica.⁽²¹⁾

Se ha observado que el número recetado de medicamentos y dosis al día se relaciona inversamente con el cumplimiento terapéutico, los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica moderada a grave se tratan con terapia de combinación; Por lo tanto,

en muchos casos, el número de sustancias medicamentosas no puede reducirse. Como resultado parcial de la frecuencia de dosificación, una diferencia significativa en la adherencia se ha demostrado entre las clases de fármacos, por ejemplo una estrategia sería el uso del Tiotropio con indicación de una vez al día, y que puede mejorar el cumplimiento terapéutico en comparación con otros medicamentos respiratorios inhalados que se dosifican más veces al día. ⁽²¹⁾

En relación a los niveles de cumplimiento por sexo de los hombres y las mujeres en la literatura pueden ser causados por diferentes factores predictivos de la adherencia. Un posible factor podría ser la depresión, ya que las mujeres con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica suelen ser más deprimidos que los hombres sin embargo no se ha encontrado aun si el sexo puede ser un predictor de cumplimiento terapéutico en los pacientes con Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica. ⁽²¹⁾

Así las complicaciones que pueden presentarse van a ser tanto las derivadas de la propia enfermedad y del desarrollo de su curso natural, como las derivadas del tratamiento necesario para el control de los síntomas. Aunque son muy numerosas, vamos a tratar de revisar las más frecuentes.

- Infecciones
- Insuficiencia respiratoria aguda y/o crónica
- Neumotórax
- Hemoptisis
- Cor pulmonae, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca
- Desnutrición y fatiga muscular
- Transtornos durante el sueño
- Infecciones respiratorias y neumonías

2.11 CUMPLIMIENTO Y MORBILIDAD.

Sobre estos aspectos existen abundantes referencias, indicándonos la clara relación entre incumplimiento del tratamiento e incremento de la morbilidad y mortalidad. El incremento en el número de visitas programadas para control de padecimientos crónicos y el mejor cumplimiento se asocia incluso a una disminución de la mortalidad global. El incremento del cumplimiento se asocia a una reducción del riesgo de complicaciones en pacientes que toman su mediación diaria. Se ha observado que por cada toma de un comprimido semanal de más, comparado con otro paciente que no lo tome, se reduce el riesgo de complicaciones en un 8-9% y el riesgo de muerte en un 7%. ^(22.)

Así la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud pronostica que en el 2030 será la causante del 7,8% de todas las muertes y del 27% de las muertes relacionadas con el tabaco, solo superada por el cáncer (33%) y por las enfermedades cardiovasculares (29%). En este contexto es de destacar que el riesgo de cáncer de pulmón, que es el más frecuente entre todas las neoplasias, y el de la

enfermedad cardiovascular, aumentan significativamente en quienes padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.^(22,23)

2.12 CAUSAS RELACIONADOS CON EL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

Tabla 1. Causas habituales de incumplimiento terapéutico. ^(24, 25)

CAUSA	PORCENTAJE
Desconocimiento	32-39.8
Olvido	22.6-73.2
Desmotivación / desidia	14.6-16
Efectos adversos o miedos sufridos	2-13.3
Otras causas	0-35.8

Tabla 2. Factores que influyen en el incumplimiento terapéutico ⁽²⁵⁾

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento • Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o de la terapia • Desconfianza en la eficacia del tratamiento • Escasa motivación para recuperar la salud • Enfermedad percibida como poco grave • Desconocimiento de las consecuencias • Edades extremas: niños y ancianos • Nivel educacional y estatus económico bajo • Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca
CARACTERÍSTICAS DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Politerapia • Pautas posológicas complejas y/o incómodas • Incomprensión del régimen terapéutico • Aparición de efectos secundarios • Características organolépticas desagradables • Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo • Coste de la medicación y administración oral frente a la parenteral • Tratamientos preventivos /profilácticos • Tratamientos crónicos y/o recurrentes
CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad "silente" o poco sintomática • Patología crónica, recurrente y/o recidivante • Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones • Coexistencia de otra patologías asociadas
CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de problemas de comunicación intrafamiliares o sociales • Alto grado de conflicto entre las normas familiares/sociales y la conducta a seguir

<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia de los niños a consultas sin un adulto responsable • Escasa supervisión de la toma de la medicación • No haber ningún antecedente de la enfermedad dentro de la familia o amistades • Soledad (vivir solo)
CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA SANITARIA
<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia asistencial y cambios de médico • Dificultad de acceso a los centros sanitarios • Coste de la asistencia • Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios
CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL SANITARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario • Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: falta de empatía, desmotivación • Ausencia de instrucciones escritas y lenguaje demasiado técnico • Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico

Viejo et al. considero variables que se asocian con más frecuencia al incumplimiento en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que son: desconocimiento de la enfermedad y del tratamiento, falta de seguimiento periódico, tratamientos excesivamente complejos, falta de compromiso formal por parte del paciente y, en ocasiones, falta de comunicación e insatisfacción con el equipo sanitario.⁽²⁶⁾

Por ello, cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo mejorar el cumplimiento debe actuar sobre las diversas causas con el propósito de eliminarlas o minimizarlas. Los diferentes estudios realizados con el objetivo de estudiar las variables influyentes en el cumplimiento no han sido capaces de identificar un perfil claro del paciente incumplidor del tratamiento, modificándose este entre los distintos estudios.⁽²⁷⁾

Se ha observado que este perfil incluso cambia a lo largo de la vida, pudiendo ser un buen cumplidor toda su vida si está exenta de eventualidades familiares, sociales o personales que puedan influirle y, posteriormente, pasar a ser un incumplidor.⁽²⁸⁾

2.13 MÉTODOS DE MEDIDA DEL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO.

La medida del cumplimiento es uno de los problemas más importantes en la investigación del mismo y en su evaluación en la práctica clínica.

Las medidas directas (medida en sangre u observación directa de la ingesta) no son viables excepto en algunos ensayos clínicos y con algunos fármacos determinados. Las medidas indirectas son de más fácil aplicación y por tanto de mayor utilización. Entre estas se encuentran la pregunta directa al paciente (sobreestima el cumplimiento), cumplimiento de visitas programadas, evaluación de resultados terapéuticos (pueden ser debidos a otros factores), recuento de comprimidos (modificable por el paciente) y juicio médico (depende de la relación con el paciente y sobreestima el cumplimiento). En general, se recomienda usar más de una técnica.⁽²⁹⁾

Las estrategias de mejora del cumplimiento se dividen en estrategias cognitivas (facilitar información para mejorar conocimiento), estrategias relativas al comportamiento (modificar, reforzar o facilitar actividades favorecedoras del comportamiento deseado con

la medicación), estrategias centradas en aspectos afectivos (centradas en el entorno familiar y social y en influir aspectos emocionales del paciente en relación a la enfermedad y la medicación). No existe una estrategia que por sí sola sea efectiva. Habitualmente, solo es efectivo, y de forma moderada en el mejor de los casos, la combinación de más de una estrategia. Las recomendaciones más efectivas para mejorar el cumplimiento con la medicación son: simplificar los tratamientos, dar instrucciones claras, usar recordatorios, reconocer el esfuerzo del cumplimiento e implicar a los familiares. ⁽²⁹⁾

Prácticamente todos los métodos de medida del cumplimiento han sido evaluados, en relación a su validación como métodos adecuados para valorar el cumplimiento. Existen estudios que ofrecen indicadores de validación de los diferentes métodos de medida. ⁽²⁹⁾

Los métodos indirectos basados en la entrevista poseen mayor validez si se pregunta sobre la medicación tomada en el último mes, en comparación a si se realizan cuestiones sobre la última semana. Se valora la medida de los niveles de fármacos en plasma como método directo de medición del cumplimiento. Los métodos que valoran el cumplimiento por entrevista clínica son de poca utilidad en estudios de cumplimiento, al ofrecer escasa concordancia con el recuento de comprimidos excepto en el área epidemiológica, en donde estos instrumentos cuentan con amplia difusión en su uso. ^(28,29)

Se dispone de una amplia gama de tests de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, susceptibles de ser utilizados en la valoración de éste por parte de los profesionales de la salud. Estos métodos podrían inclusive se pueden utilizar simultáneamente con otros, con lo que se conseguiría superar las carencias y las limitaciones que presentan estos métodos.

2.14 TEST DE MORINSKY GREEN LEVINE.

Cuestionario validado en su versión española por Val Jiménez y cols. ⁽³⁰⁾ Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos ⁽³¹⁾ y antirretrovirales para Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Humana ⁽³²⁾. En osteoporosis también algunos estudios lo han utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia al tratamiento

Este cuestionario muestra un coeficiente de fiabilidad de 0.79 y está validado en población española. Con una sensibilidad del 64% y especificidad del 79%. Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento; se denominan como cumplidores los pacientes que responden correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. En cuanto al valor predictivo positivo, el test que obtuvo un valor superior por lo que podría ser una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de no cumplimiento en atención primaria, ya que es un cuestionario corto, de fácil aplicación, y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. ⁽³⁰⁾

El conocimiento de la enfermedad es, según Piñeiro y Gil, el método más sensible para estudiar el cumplimiento terapéutico como se demostró en el estudio para valorar cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial, donde los pacientes cumplidores identifican la evolución de la enfermedad hacia un comportamiento más crónico y menos curable en comparación con los no cumplidores. ^(31,33)

Morinsky y cols. ⁽³⁴⁾, realizó su primer estudio para valorar la escala para el cumplimiento al régimen terapéutico el cual a la fecha sigue figurando como un problema clínico importante en el manejo de los pacientes. Este artículo analiza las propiedades psicométricas y pruebas de la validez concurrente y predictiva del Test Morinsky Green Levin propiamente dicho, de una estructura de cuatro ítems para la medida de la adherencia auto-reportada, analiza las propiedades psicométricas y pruebas de la validez concurrente y predictiva de una estructura de los cuatro ítems con una fiabilidad alfa = 0,61. ⁽³⁴⁾

Viejo et al. en el año 2000 realizó un estudio observacional, transversal en el cual se evalúa el cumplimiento terapéutico en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en tratamiento con medicamentos inhalados, utilizando en Test Morinsky Green, uno de los factores que más pareció afectar al cumplimiento fue la situación clínica del paciente donde presentar más de una comorbilidad asociada a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, mostro menor cumplimiento, en comparación a los que no presentaron comorbilidades asociadas, con valores de 78.3% y 91.1% de incumplimiento terapéutico respectivamente. ⁽³⁵⁾

Con respecto a las exacerbaciones se observo que aquellos pacientes con mayor numero de exacerbaciones (más de 3 exacerbaciones durante el ultimo año), con utilización de su medicación de rescate tuvieron mejor cumplimiento terapéutico que aquellos que no utilizaron medicación de rescate por exacerbación, los primeros con un nivel de cumplimiento alto en el 100%, y los segundos solo el 77% presento un cumplimiento alto, lo cual se atribuyo que en el primer caso a que el paciente busca un efecto inmediato de la medicación utilizada. ⁽³⁵⁾

Agh y cols. ^(21,35) en su estudio indica que el nivel de adherencia a la terapia respiratoria es bastante baja. La tasa de cumplimiento del 58,2% identificado en esta muestra es consistente con los resultados de estudios previos que evaluaron la adherencia auto-reportada en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

En México en el año 2010, se encuentra un estudio descriptivo, transversal realizado en el Estado de México, con una muestra de 161 pacientes con Hipertensión Arterial, en el cual se valoro el cumplimiento terapéutico empleando el Test Morinsky Green en su versión española; además de la relación del cumplimiento terapéutico y el nivel socioeconómico de la población estudiada. ⁽³⁶⁾

En el cual resulto que un 82% de la población no tenía un buen cumplimiento terapéutico, concluyendo que la medición del cumplimiento con el cuestionario es relativamente sencilla, siendo una herramienta reproducible y confiable para emplearse en primer nivel. ⁽³⁶⁾

Si bien es cierto las aéreas geográficas modifican los resultados obtenidos en los diversos estudios encontrados en la literatura, partiendo de los dos estudios realizados en poblaciones diferentes en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, como lo fue el estudio IBERCOP en España y PLATINO en América Latina, incluyendo México en este ultimo; se obtuvieron resultados muy similares en estos grupos poblacionales, por ejemplo: los pacientes con medicación respiratoria se estimo en España de 88% y en América latina de 75.6%. ; Otras variables como la prevalencia global de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, estimada por IBERCOP 9.1%, y PLATINO 14% (7.8% en México); prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica estimada en fumadores actuales 15%, ex fumadores 12.8%, no fumadores 4.1% por IBERCOP y por PLATINO: 17%, 12.3% Y 8% en México respectivamente. Parámetros que se correlacionan de forma similar a pesar de ser grupos poblacionales diferentes.

Ante la escasez de estudios de cumplimiento terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica, en México, se decide la realización de este estudio, como un precursor para el personal de salud y los pacientes implicados en esta enfermedad, con el objetivo de conocer el nivel y los factores determinantes del incumplimiento terapéutico e identificando las posibles medidas correctoras para mejorar el cumplimiento terapéutico y así tener marcos de investigación para en un futuro lograr su validación en la población mexicana, y poder obtener resultados aceptables como en la población española.

Por su alta especificidad, se recomienda en la práctica clínica utilizar como primer método el test de cumplimiento auto comunicado de Morinsky Green Levine, de tal forma que si el paciente nos afirma que incumple, la probabilidad de ser cierto es muy alta. Si el paciente refiere ser cumplidor mediante este cuestionario y seguimos sospechando el incumplimiento, debe utilizarse el recuento de comprimidos. ^(29,36)

El test de Morinsky Green Levine consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento ^(36,43):

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar alguna vez su medicación?

Así los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, deben ser manejados con un enfoque multidisciplinario, sobre todo el énfasis sobre el auto cuidado, junto con las patologías concomitantes cuando estas se presentan, pues el impacto que tienen las exacerbaciones sobre el estado de salud de los pacientes, su repercusión extra pulmonar y su influencia sobre la progresión y pronóstico de la enfermedad es importante. ⁽³⁷⁾

Entre las repercusiones de un mal cumplimiento terapéutico en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica va relacionado con mayor riesgo de exacerbaciones, agudización o empeoramiento de las co morbilidades concomitantes(como la Insuficiencia Cardiaca, Insuficiencia Renal , Hipertensión Arterial entre otras) así como incremento de los síntomas respiratorios como la disnea, tos y expectoración con repercusión en las actividades de la vida diaria, , que condiciona deterioro en la calidad de vida de estos pacientes. ⁽³⁷⁾

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica cobra una importancia cada vez mayor en el manejo de esta enfermedad. Dada la baja correlación entre los parámetros funcionales y las medidas subjetivas de calidad de vida, los distintos cuestionarios específicos empleado en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que están disponibles pueden proporcionar información complementaria a las pruebas clínicas y muy útil en la toma de decisiones terapéuticas. ⁽³⁸⁾

El objetivo de los servicios de salud es ayudar a los pacientes a lograr, estabilidad en términos de funcionamiento físico y mental, pero también a tratar de otorgar la mejor calidad de vida en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2.15 CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

El cumplimiento terapéutico y la calidad relacionada con la salud de la vida (CVRS) son dos indicadores importantes para determinar el éxito de los tratamientos farmacológicos. Aunque en la relación de Calidad de vida y el cumplimiento terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se encuentran pocos estudios en la literatura, se sabe cual podría ser la relación entre estos factores. Por lo tanto, la identificación de la dinámica entre estos dos factores requiere un análisis adicional.⁽³⁹⁾

Por tanto es necesario que el paciente tenga adecuado cumplimiento terapéutico para la prevención de exacerbaciones y un control adecuado de la patología, es necesario que el médico verifique no solo los estadios clínicos de la enfermedad sino que tenga cumplimiento terapéutico para evitar complicaciones de la patología que conlleven a un deterioro en la calidad de vida.

2.16 CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Actualmente uno de los intereses del Médico Familiar en la calidad de vida viene motivado por el hecho de que el paciente, no sólo desea vivir, sino vivir con las mejores condiciones posibles de salud, por lo que aspectos físicos, psicológicos y sociales son factores que deben ser considerados dentro de la evaluación integral.⁽⁴⁰⁾

Según Bayes (1994)⁽⁴⁰⁾, el evaluar la calidad de vida del paciente con patología crónica es importante porque permite varios aspectos como el conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento a nivel relevante, diferente y complementario al del organismo.

Maravilles y cols.⁽⁴¹⁾ concluyó en su estudio que los pacientes que tienen una peor puntuación en escalas de estado de salud si presentan exacerbaciones más frecuentes y, a su vez, los pacientes con frecuentes agudizaciones sufren una pérdida de calidad de vida acelerada comparados con aquellos con exacerbaciones infrecuentes.

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de calidad de vida como aquella percepción que un individuo tiene respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.^(23,42)

La historia natural de los padecimientos crónicos, sin duda tendrá implicaciones orgánicas, psicológicas y sociales complejas, por lo tanto los objetivos de la atención de estos padecimientos deben enfocarse sobre: el control de la enfermedad y del impacto de la misma sobre la calidad de vida del paciente. Con el fin de tener un mejor entendimiento sobre el tratamiento de las enfermedades crónicas. En muchas ocasiones mal cumplimiento terapéutico puede aumentar los síntomas con el consiguiente riesgo de hospitalización y discapacidad del enfermo con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Estudios que valoran la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica podemos encontrar aquellos realizado en América Latina como Chile

en 2012, donde se valoró la calidad de vida en relación con factores psicológicos con el impacto en el cumplimiento terapéutico de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, donde el adecuado autocontrol tras la implementación de estrategias educativas puede llevar a individuos enfermos a poner en práctica conductas más saludables, a conseguir niveles más altos de adherencia al tratamiento y en alcanzar una mejor calidad de vida.⁽⁴³⁾

En cuanto a la calidad de vida se evidencia que ante un cuadro de exacerbación aguda de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica los sentimientos de energía y vitalidad están disminuidos por la presencia frecuente de cansancio en una revisión se encontró que la enfermedad se asocia con un compromiso importante de la calidad de vida aun con enfermedad leve, durante las exacerbaciones agudas, que implican mayor uso inadecuado de los medicamentos inhalables.⁽⁴⁴⁾

De la estimación de costes es preciso optimizar los recursos del seguimiento y del tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, sobre todo enfocada en la reducción de presencia de exacerbaciones las cuales deterioran el estado de salud de los pacientes y que conllevan a estancias hospitalarias que de acuerdo a la gravedad de la enfermedad es proporcional a los días de estancia generalmente, es decir un grado severo requerirá mayores días de estancia hospitalaria. Un estudio ha estimado que la reducción de un 50% en la tasa de fracasos del tratamiento, generaría hasta un 33% de ahorro del coste total del cuadro de exacerbación, principalmente por la reducción del gasto de la hospitalización.⁽⁴⁵⁾

2.17 INSTRUMENTOS QUE VALORAN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

Los instrumentos empleados para valorar la calidad de vida, cuentan con las características de ser reproducibles, confiables y sensibles al cambio; se han diferenciado principalmente en dos tipos de cuestionarios denominados: genéricos o generales y los específicos. Los primeros fueron diseñados para medir el impacto en la salud de los pacientes de un rango amplio de enfermedades y estadios de diferentes enfermedades, mientras que los segundos sirven para evaluar solamente un órgano o sistema afectado, en este caso están diseñados para medir el impacto de las enfermedades respiratorias.⁽⁴⁵⁾

Los cuestionarios son una herramienta útil para evaluar las intervenciones sobre los pacientes así como el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida.

Los cuestionarios específicos para enfermedades respiratorias a diferencia de los genéricos, que son aplicables a la población general, fueron diseñados a partir de los síntomas, las limitaciones y los trastornos de la vida diaria que producen enfermedades como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, lo cual lo hacen más sensibles a los cambios en el estado de salud.⁽⁴⁵⁾

Los cuestionarios específicos: SGRQ, CRQ llegan hacer largos y complejos, lo que impide su uso en práctica diaria, por lo cual el desarrollo del Test de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (CAT) en el año 2009, un nuevo cuestionario que facilita su uso en la práctica habitual, proporciona una buena evidencia para valorar la calidad de

vida en esta patología, ya que cuenta con buenas propiedades de medición como lo es la fiabilidad y la validez. ⁽⁴⁶⁾

2.18 Cuestionario Respiratorio de Saint George

Es un cuestionario de tipo específico, diseñado para cuantificar el impacto de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con la calidad de vida de los pacientes. Al ser además un cuestionario sensible refleja también los cambios en la actividad de la enfermedad. ⁽⁴⁷⁾

Es un cuestionario que ha sido traducido al castellano, con la ventaja de estar estandarizado y validado al castellano y es altamente reproducible y confiable. ⁽⁴⁸⁾

La versión original propuesta por Jones et al. ⁽⁴⁹⁾ en el año de 1991 , mientras que Ferrer et al ⁽⁵⁰⁾ en 1993 describe la adaptación y validación al español , para la adaptación, se utilizó el método de avance y copia de la traducción de los bilingües, junto con el comité profesional y tienda el panel, con una muestra de 318 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con los objetivos de desarrollar una versión en español del Cuestionario Respiratorio de Saint George, así como el evaluar la factibilidad, fiabilidad y la validez del instrumento. ⁽⁵⁰⁾

En relación a su fiabilidad, se encontró un error de medición muy bajo, por lo que lo hace reproducible. Los resultados de la versión española fue aceptable y fácil de entender, con coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,94 para la escala global y 0,72 para "Síntomas", 0,89 para "Actividad", y 0,89 para los "impactos" subescalas. Los resultados del estudio sugieren que la versión española es equivalente a la original, y de igual forma fiable y válida; así validaron el instrumento al lenguaje castellano, demostrando ser muy confiable, con una sensibilidad y especificidad alta ⁽⁵¹⁾

Muñoz- Pérez y cols. ⁽⁵²⁾ en 2013 realizaron un estudio observacional, transversal y descriptivo en el que se incluyeron hombres y mujeres entre 18 y 25 años, estudiantes de medicina de una universidad privada de Puebla, México. Los sujetos se dividieron en dos grupos, uno de casos (fumadores) y uno de control (no fumadores). A todos se les aplicó el cuestionario respiratorio de Saint George, con énfasis en los síntomas respiratorios, y se les efectuó espirometría bajo los estándares de la Sociedad Americana del Tórax. El puntaje del apartado de síntomas del cuestionario respiratorio de Saint George, en el que el grupo de fumadores obtuvo puntajes más altos, con media de 10.6 ± 10.5 , en tanto que los no fumadores obtuvieron una media de 5.25 ± 6.10 ($p = 0.017$). Se concluyó que el empleo de este instrumento también puede ayudar a detectar oportunamente síntomas en pacientes jóvenes con antecedentes de tabaquismo para desarrollo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica reduciendo los niveles de morbimortalidad de la enfermedad. ⁽⁵²⁾

Maravillas y cols. ⁽⁴¹⁾ en un estudio realizó la cuantificación y repercusiones terapéuticas en relación a la Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica , destacando que el estado de salud fue predictor de reingreso en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que ingresaron debido a una exacerbación . Aquellos que requirieron un reingreso puntuaron 4,8 unidades más (peor) en la puntuación total del Cuestionario Respiratorio Saint George (SGRQ), al inicio del estudio que los que no fueron

reingresados durante los 12 meses de seguimiento. Los pacientes que tienen una peor puntuación en escalas de estado de salud presentan exacerbaciones más frecuentes y, a su vez, los pacientes con frecuentes agudizaciones sufren una pérdida de calidad de vida acelerada comparados con aquellos con exacerbaciones infrecuentes. La consecuencia final de esta relación es el valor predictivo del Cuestionario Respiratorio Saint George (SGRQ), sobre la mortalidad.^(41,52)

En México Aguilar Estrada y cols. ⁽⁵³⁾ determinaron la reproductibilidad del Cuestionario Respiratorio Saint George versión en español en pacientes mexicanos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con una muestra de 29 pacientes, la cohorte de la Clínica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en un hospital de tercer nivel de atención, se probó la confiabilidad del instrumento versión en español. Por lo que se retomó la versión española y cambió únicamente, ciertas palabras no habituales en el vocabulario de la cultura mexicana para hacerlo más entendible y las frases fueran lo suficientemente claras, ya que los aspectos culturales influyen en la reproducibilidad y por lo tanto en la utilidad del instrumento ⁽⁵³⁾. Ferrer y cols, lo validaron al español pero únicamente realizaron la evaluación de la consistencia interna del cuestionario., no evaluaron la reproducibilidad intraobservador e interobservador de los encuestadores, lo cual si se evaluó en el estudio de Aguilar- Estrada y cols. población mexicana.

La concordancia y variabilidad intra e interobservador bastante aceptable ($r_1 \Rightarrow 0.70$), fue más

baja comparándola con la obtenida por Jones y cols. ^(49, 53) En conclusión, se demostró la utilidad del Cuestionario Respiratorio Saint George en su adaptación a la población mexicana, muy útil para poder evaluar la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Con coeficientes de correlación por cada una de las partes o subescalas, valorando la correlación del interobservador e intraobservador para síntomas : 0.74 y 0.70; actividades 0.87 y 0.80 e impacto de 0.82 y 0.70 y un valor global de 0.66 y 0.81 respectivamente. ⁽⁵³⁾

El coeficiente alfa de Cronbach de la puntuación total fue de 0,864. Además de tener una validez concurrente así como predictiva,, para analizar la calidad de vida en enfermedades obstructivas respiratorias, ya que discrimina entre los diferentes estadios de gravedad de la función pulmonar y presenta una adecuada consistencia interna. ⁽⁵⁴⁾⁾

El cuestionario debe ser autoadministrado, pero se ha mostrado aceptable la administración mediante entrevista personal, La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista. El tiempo de administración es de 10-15 minutos, consta de un total de 50 ítems donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso, , repartidos en tres dimensiones o subescalas: ^(47,52,53)

**CUESTIONARIO RESPIRATORIO SAINT
GEORGE^(47,52,53)**

Subescala	Contexto	Comentarios
1.- Síntomas	Se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios	Consta de 8 ítems
2.-Actividad	Contiene ítems que se refieren a la limitación de la actividad debida a la disnea.	Consta de 16 ítems con opción de respuesta de falso o verdadero.
3.- Impacto	Contiene los ítems referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad respiratoria	Consta de 26 ítems

El Impacto se calcula con la suma de los puntajes de las secciones de las tres categorías. El rango de puntuación va desde 0 hasta el 100 . Entre menor sea el porcentaje, mayor es la calidad de vida y viceversa, entre mayor sea, menor es la calidad de vida. Se considera un cambio clínicamente significativo cuando hay una variación de cuatro puntos ^(47,52,53,54)

PUNTAJES DEL CUESTIONARIO RESPIRATORIO SAINT GEORGE^(47,52,53,54)

	RANGO DE CALIFICACIÓN
MINIMA ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	0- 35.0
MODERADA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA	35.1 – 70
MAXIMA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA.	IGUAL O MAYOR A 70.1

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en países desarrollados va del 3 al 6% en sujetos mayores de 50 años. En México, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se ubica entre el sexto y el cuarto lugar en la tabla de morbilidad y mortalidad anual. Estudios recientes muestran que la prevalencia es igual entre hombres y mujeres

La evolución natural de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por un deterioro progresivo de la función pulmonar donde los tratamientos a largo plazo son un desafío para los profesionales de la salud, en especial cuando las personas comienzan a no tener mejoría clínica y lo abandonan. Parte de la gestión permanente con personas que padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, debe incluir el énfasis en mantener terapias con medicación y evaluar el cumplimiento terapéutico continuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública. Los factores que contribuyen a la falta de cumplimiento al tratamiento incluyen: 1) Tipo de medicación, 2) Horario de dosificación prescrita; y, 3) Características individuales del paciente.

El incumplimiento terapéutico en los ensayos clínicos se han estimado en alrededor de 70 a 90% en los paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, mientras que en la práctica clínica se estima entre el 20 al 60%. Es común el mal uso de los medicamentos: 49.4% no administra los tratamientos nebulizados según lo prescrito, mientras que el 31% emplean técnicas ineficaces para la dosificación del inhalador y más de 50% utilizan en exceso los medicamentos durante los períodos de exacerbación, sin embargo el cumplimiento en el tratamiento son aspectos del abordaje terapéutico poco explorados en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La falta de cumplimiento terapéutico en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se estima en los medicamentos inhalados y orales entre el 41,3% y 57% respectivamente, cifras que considerando los factores que condicionan ese incumplimiento continúan elevándose, donde la responsabilidad bidireccional médico- paciente es fundamental. Ya que las cifras obtenidas en relación a la falta de cumplimiento terapéutico, pueden disminuir si se brindara la información necesaria con respecto al padecimiento tanto en generalidades como en terapéutica y por tanto concientizar de las complicaciones de las mismas, con mejora en la calidad de vida de los pacientes, es ahí donde el Primer Nivel de Atención resulta una piedra angular en las cuestiones de Prevención.

Dentro de las funciones del Médico Familiar es el de dar continuidad dentro de la atención de primer nivel otorgada a los pacientes, el Instituto no cuenta con datos sobre el cumplimiento terapéutico de los paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que podrían sustentar programas operativos de autoayuda o educativos que orienten al paciente con esta patología para el control de su enfermedad, y por tanto de las complicaciones que repercuten en la calidad de vida de los pacientes. Ya que la información que se brinde dentro de la consulta externa de un primer nivel de atención, puede resultar poco eficiente para cubrir esas estrategias de información – educación para el paciente Neumópata. El fomento del cumplimiento terapéutico contribuye a una

mejoría en la relación profesional sanitario-paciente, al control de la enfermedad con impacto en la calidad de vida del paciente y a una reducción de los costes en salud. Por el contrario, el incumplimiento terapéutico da lugar a una serie de repercusiones clínicas, económicas y socio sanitarias, las acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento del tratamiento pueden aumentar los gastos de sanidad a corto plazo, por la dedicación de los profesionales sanitarios y por el incremento de gastos en medicamentos pero, sin lugar a duda, disminuyen los gastos sanitarios a largo plazo, reduciendo otros gastos derivados fundamentalmente de los ingresos hospitalarios evitados y por el coste derivado del tratamiento de complicaciones.

Por tanto en la presente investigación se plantea el siguiente cuestionamiento

¿Cuál es la relación entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”?

4 JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad pulmonar obstructiva crónica es uno de los principales padecimientos crónicos más frecuentes de la consulta de primer nivel de atención, y se debe entender la importancia de evaluar el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida en estos pacientes. En la literatura se encuentra la evaluación de estos dos conceptos sobre todo en pacientes con Diabetes y con Hipertensión, sin embargo son pocas las investigaciones que se encuentra para ser aplicado en la población con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a pesar de que actualmente ocupa uno de los primeros lugares de morbimortalidad a nivel mundial. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, llega ser un padecimiento controlable, pero cuando no se lleva un adecuado cumplimiento terapéutico puede entonces ocasionar modificaciones en la historia natural de la enfermedad, aumentando así la morbimortalidad y por tanto impacto en la calidad de vida del paciente. De ahí la importancia de promover en los pacientes el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, aspecto fundamental para la eficacia de los programas de intervención en salud, herramientas necesarias para afrontar y manejar mejor su padecimiento, pues un paciente con incumplimiento terapéutico puede presentar mayor impacto de la enfermedad sobre su calidad de vida.

La finalidad de realizar el estudio es que al conocer el nivel de cumplimiento terapéutico se pueda conocer qué actitud tiene el paciente ante la toma de decisiones e indirectamente qué información pueda tener de su padecimiento, ya que si sabe tomar buenas decisiones es porque sabe qué consecuencias puede presentar si no realiza una buena elección; con los resultados analizados de este grupo poblacional y de acuerdo a su comportamiento serán una pauta para que se puedan crear programas de seguimiento y educación como se ha hecho con otros padecimiento crónicos con el DIABETIMSS, con una atención multidisciplinaria para ese grupo de población, y que en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, puede conllevar con un enfoque preventivo a mejores resultados en su calidad de vida, generando una disminución en los costes; también la medición de la calidad de vida es útil porque señala el beneficio del tratamiento teniendo un papel importante tanto para el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud en estos pacientes.

5 OBJETIVOS

5.1 . General.

- Conocer la relación entre cumplimiento terapéutico con la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera.

5.2 Específicos.

- Determinar la frecuencia del cumplimiento terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que se encuentran adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera utilizando el test de Morinsky Green Levine.
- Conocer las variables sociodemográficas de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

6 HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis de Trabajo

El no cumplimiento terapéutico se relaciona con alteración de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera.

7 METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio, población, lugar y tiempo.

Se realizó un estudio transversal, analítico, prospectivo y correlacional en pacientes derechohabientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre noviembre de 2014 a enero de 2015.

7.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra.

MUESTRA

Muestreo no probabilístico. De acuerdo al censo de pacientes portadores de EPOC, el total de la población es de 4152 pacientes. Se utiliza para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o con población conocida.

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

Donde:

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= Rango de error de 0.05.

N = 4152

z = 1.96

p = 0.58 de acuerdo a lo reportado en la literatura, es del 58% (Cumplimiento terapéutico en el paciente con EPOC)

q = 0.42

d = 0.0025

n= 302

7.3. Criterios de selección.

7.3.1. Criterios de inclusión.

1. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera que cuente con el diagnóstico Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de acuerdo a los criterios de la Guía GOLD 2013 y que este se encuentre registrado en el expediente clínico electrónico.
2. Ambos sexos.
3. Que sepan leer y escribir.
4. Pacientes derechohabientes que acepten participar y firmen consentimiento informado.

7.3.2. Criterios de exclusión.

1. Pacientes con enfermedades psiquiátricas.

7.3.3. Criterios de eliminación.

1. Instrumentos llenados de manera incompleta.

7.4. Variables de estudio.

7.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida

7.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Cumplimiento terapéutico.

7.4.3. COVARIABLES

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Ocupación
5. Estado Civil
6. Tiempo de evolución de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

7.4.4. Definición de variables.

7.4.4.1. Definición conceptual.

7.4.4.2. Definición operacional.

VARIABLE INDEPENDIENTE: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Instrumento de medición	Indicador
<p>1.-La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento terapéutico como: el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (sigue las instrucciones).</p> <p>Considerado como el grado en el cual la conducta de una persona, en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida, coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias(2003).</p>	<p>Para fines de este estudio el cumplimiento terapéutico se valorara mediante la aplicación del instrumento Morinsky Green Levine que consta de 4 preguntas, mismas que deben ser contestadas con un No para que sea considerado como paciente cumplidor (ver apartado de instrumento de recolección de datos).</p> <p>Cuestionario estandarizado, se realizará técnica de entrevista personalizada.</p>	Cualitativa	Nominal	Mediante el resultado obtenido del instrumento Morinsky Green Levine se valora el grado de cumplimiento terapéutico.	<p>1.- CUMPLIDOR :</p> <p>Se considera cumplidor a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas del Test Morisky Green-Levine.</p> <hr/> <p>2.- NO CUMPLIDOR:</p> <p>Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky Green Levine.</p>

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Instrumento de medición	Escala	
<p>1.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".</p>	<p>En este estudio la calidad de vida con el Cuestionario Respiratorio de Saint George, será aplicado mediante entrevista personalizada, consta de 50 ítems, está dividido en 3 subescalas: síntomas; actividad (actividades que causan o están limitadas por disnea) e impacto (funcionamiento social y trastornos Psicológicos causados por la enfermedad respiratoria). La puntuación total, oscila entre 0 y 100.</p>	Cualitativa	Ordinal	Mediante el resultado obtenido con la aplicación del instrumento: Cuestionario Respiratorio de St. George, se valorará el impacto que tiene la enfermedad en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en su calidad de vida.	<p>IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA</p> <hr/> <p>MINIMA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA</p> <p>MODERADA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA</p> <p>MAXIMA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA.</p>	<p>RANGO DE CALIFICACION</p> <hr/> <p>N</p> <p>0- 35.0</p> <p>35.1 – 70</p> <p>IGUAL O MAYOR A 70.1</p>

COVARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Codificación de datos
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Se obtendrá por medio del interrogatorio del sujeto y se registrará en años cumplidos.	Cuantitativa	Intervalo	Edad en años
SEXO	Inspección de las características del fenotipo observado del entrevistado.	Dato obtenido de la hoja de recolección de datos según sexo del paciente se clasificará en masculino o femenino	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	1.- Masculino 2.- Femenino
ESTADO CIVIL	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que respecta a sus vínculos personales con individuos de otro sexo	Se obtendrá a través del interrogatorio del paciente y se registrara en la hoja de datos socio demográficos.	Cualitativa	Nominal	1.- Casado 2.- Viudo 3.- Divorciado

	o de su mismo sexo.				
ESCOLARIDAD	Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 ó más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Los niveles son: Sin educación oficial pero sabe leer y escribir, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, Licenciatura y posgrado.	Cualitativa	Ordinal	1=Sabe leer y escribir 2=Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Licenciatura 6=Posgrado
OCUPACIÓN	Tarea o función que desempeña la persona y en la cual emplea su tiempo.	Dato del tipo de actividad que refiere el paciente como : Ama de casa Empleado Comerciante Desempleado Jubilado /pensionado Oficinista ,etc.	Cualitativa	Nominal	1= Empleado 2= Hogar 3= Jubilado/ pensionado 4= Otro

<p>COMORBILIDADES</p>	<p>Enfermedades adicionales que padezcan los pacientes, con diagnóstico ya confirmado y que no sea asociado a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.</p>	<p>Se obtendrá a través del interrogatorio del paciente, mismo que será registrado en la hoja de datos socio demográficos</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal / Dicotómica</p>	<p>1.- SI 2.- NO</p>
<p>TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.</p>	<p>Intervalo de tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta el momento actual.</p>	<p>De acuerdo a los motivos plasmados por el paciente en el instrumento de recolección de datos.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Intervalo</p>	<p>Tiempo en años</p>

7.5. Instrumentos de medición.

7.5.1 TEST MORINSKY GREEN LEVINE

Este Instrumento fue originalmente desarrollado para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión, denominando inicialmente "The Medication Adherent Questionnaire" (MAQ) (cuestionario de adherencia a la medicación) fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, y se utiliza desde entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins. Desde que el test fue validado se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades crónicas como lo son: Hipertensión Arterial, Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, esquizofrenia, Diabetes, cáncer, cardiopatías, osteoporosis, dislipidemias, tabaquismo, asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica., siendo poco útil en patologías agudas, ya que dentro de su utilidad es valorar la validez predictiva a largo plazo.

Dentro de los instrumentos que valoran el cumplimiento terapéutico, se considera como un método indirecto (valora las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes: cuestionario), estandarizado puede ser aplicado con técnica de entrevista personalizada. Su aplicación se ha considerado una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de incumplimiento terapéutico en atención primaria, resultando muy útil de aplicar en unidades de primer nivel de atención, por la rapidez y sencillez de su contenido.

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómicas Si/No, que refleja la conducta del enfermo con respecto al cumplimiento terapéutico. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento de su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas, el paciente es incumplidor.

Así entre sus ventajas son: es breve y muy fácil de aplicar, ha sido validado y aplicado en numerosas patologías, proporcionar información sobre las causas del incumplimiento en función de las respuestas incorrectas. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión además es económico.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL TEST MORINSKY GREEN LEVINE

MÉTODO	VENTAJAS	INCONVENIENTES	APLICACIÓN
TEST MORINSKY GREEN LEVINE	<ul style="list-style-type: none">• Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria• Económico• Utilizado en patologías crónicas.• Breve• Sencillo	<ul style="list-style-type: none">• Alterable por el paciente• Subestima al buen cumplidor y sobrestima el incumplimiento• Baja sensibilidad• Bajo valor predictivo	<p>Entrevista personalizada o Auto aplicable.</p>

- Alto valor predictivo positivo (cuando resulta incumplidor)
 - Adecuados cuando la población a valorar es amplia.
 - Validado y aplicado en numerosas patologías
 - Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento
 - Alta especificidad
- negativo.
 - Poco útil en prescripciones "a demanda".

Debido a lo breve y sencillo de realizar, y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como: la corrección de errores en la toma ("Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?"), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo, esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control a los 5 años de la patología, como se observo en la Hipertensión Arterial, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control a los 5 años, por lo que se le emplea como indicador tanto de la motivación como del conocimiento.

Los resultados que proporcionó en su validación original era de una sensibilidad de 0,81, y una especificidad de 0,44.

TEST MORINSKY GREEN LEVINE

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

2.-¿ Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas ?

3.- Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Con lo cual al modificar la segunda pregunta es para permitir que la respuesta correcta sea No, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/No/No/No.

En la versión modificada se estima una sensibilidad 23.3% y especificidad en 86.2%, con un valor predictivo positivo del 49%.($k= 0.13$).

7.5.2 Cuestionario Respiratorio Saint George.

El cuestionario de tipo específico, mismo que se encuentra validado en México, su objetivo es la medición de calidad de vida, el cual será administrado mediante entrevista personal, El tiempo de administración es de 10-15 minutos, consta de un total de 50 ítems donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso, repartidos en tres dimensiones o subescalas:

La evaluación es de la siguiente manera:

1.- **SÍNTOMAS.** Se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios.

Consta de ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos. Las primeras siete opciones con respuesta opción múltiple en 5 opciones de respuesta. Y la número ocho con opción dicotómica: Sí / No.

2.- **ACTIVIDADES.** Contiene ítems que se refieren a la limitación de la actividad debida a la disnea. Contiene 16 reactivos de opción verdadero o falso y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a disnea.

3.- **IMPACTO.**

Contiene los ítems referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad respiratoria.

Cuenta con 26 reactivos y se refiere a otras situaciones o aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectados por el o los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente.

Principio de cálculo:

Cada respuesta del cuestionario tiene un peso único empíricamente derivado, el más bajo posible es 0, y el más alto peso posible es 100. Para cada componente los pesos de todas las respuestas positivas son sumados. El score o puntuación es calculado al dividir los pesos sumados por el score máximo posible para aquel componente y el resultado se expresa en porcentaje.

SUBESCALA	MEDICIÓN
SÍNTOMAS	Consiste en todas las preguntas de la Parte 1: 1 al 8 y son sumadas. Máximo Score Posible: 662.5. Se suman los puntajes obtenidos de los reactivos de la parte 1 se dividen entre 662.5 y se multiplica por 100
ACTIVIDADES	Consiste en las preguntas de la Parte 2: Sección 2 y 6. Máximo Score Posible: 1209.1 Se suman el puntaje obtenido de la sección 2 y sección 6 , dividiendo entre 1,209.1 y se multiplica por 100.
IMPACTO	Cálculo de la parte 2 : las secciones 1, 3, 4, 5 y 7. Nuevamente

	deberá notarse que una simple respuesta del cuestionario es requerida para las 2 partes de la Sección 1 y la última parte de la 7. Máximo Score Posible: 2117.822 Se suma los puntajes de las secciones 1, 3, 4,5 y 7, se divide entre 2,117.8 y se multiplica por 100.
TOTAL	Sumatoria de las tres subescalas. Es calculado sumando todas las respuestas positivas del cuestionario y expresando los resultados en porcentaje del Máximo Score Posible que es: 3989.4 El total resulta de la suma del puntaje de las tres categorías y la división de éste entre 3,989.4 multiplicado por 100

En el caso del componente SINTOMA se debe notar que el cuestionario requiere de una respuesta única a las preguntas 1 a la 7. Si son dadas respuestas múltiples a una pregunta, se promedian los pesos para las respuestas positivas. Es aceptable.

El rango de puntuación va desde 0 hasta el 100. Entre menor sea el porcentaje, mayor es la calidad de vida y viceversa, entre mayor sea, menor es la calidad de vida. Se considera un cambio clínicamente significativo cuando hay una variación de cuatro puntos.

Puntajes por subescalas del Cuestionario Respiratorio Saint George

SUBESCALAS	RANGO DE CALIFICACIÓN	
	Ausencia en la alteración de la calidad de vida	máxima alteración de la calidad de vida
SINTOMAS	0	100
ACTIVIDAD	0	100
IMPACTO	0	100
TOTAL:	0	100

A menor calificación mejor calidad de vida y viceversa, para cada una de las subescalas así como para el puntaje total. Dicho de otra forma para calcular la puntuación para cada una de las partes del cuestionario y también una puntuación global, se suman los valores correspondientes a los ítems contestados positivamente de cada escala se multiplica por 100 y se divide por la suma de los valores de todos los ítems de la correspondiente escala. El rango de posibles puntuaciones va de 0 (no alteración de la calidad de vida) a 100 (máxima alteración de la calidad de vida) para cada subescala.

Los resultados de la versión española fue aceptable y fácil de entender, con coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,94 para la escala global y 0,72 para "Síntomas", 0,89 para "Actividad", y 0,89 para los "impactos" subescalas.

Puntajes del Cuestionario Respiratorio Saint George

RANGO DE CALIFICACIÓN	
MINIMA ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	0- 35.0
MODERADA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA	35.1 – 70
MAXIMA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA.	70.1 - 100

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)			
PARTE 1		SCORE	
1	Durante el último año, he tenido tos:		
	La mayor parte de los días de la semana	80.6	
	Varios días a la semana	63.2	
	Unos pocos días a la semana	29.3	
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	28.1	
	Nada en absoluto	00.00	
2	Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos):		
	La mayor parte de los días de la semana	76.8	
	Varios días a la semana	60.0	
	Unos pocos días a la semana	34.0	
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	30.2	
	Nada en absoluto	00.0	
3	Durante el último año, he tenido falta de aire :		
	La mayor parte de los días de la semana	87.2	
	Varios días a la semana	71.4	
	Unos pocos días a la semana	43.7	
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	35.7	
	Nada en absoluto	00.00	
4	Durante el último año, he tenido ataques de silbidos en los pulmones (ruidos en el pecho):		
	La mayor parte de los días de la semana	86.2	
	Varios días a la semana	71.0	
	Unos pocos días a la semana	45.6	
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	36.4	
	Nada en absoluto	00.00	
5	Durante el último año, ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?		
	Más de tres ataques	86.7	
	Tres ataques	73.5	
	Dos ataques	60.3	
	Un ataque	44.2	
	Nada en absoluto	00.00	
6	¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)		
	Una semana o más	89.7	

	De tres a seis días	73.5	
	Uno o dos días	58.8	
	Menos de un día	41.9	
	Ninguno	00.00	
7	Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)		
	Ningún día fue bueno	93.3	
	De tres a seis días	76.6	
	Uno o dos días fueron buenos	61.5	
	Casi todos los días	15.4	
	Todos los días han sido buenos	00.00	
8	Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)		
	No	00.0	
	Sí	62.0	
PARTE 2	SECCIÓN 1		
9	¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? Por favor, <u>marque una sola</u> de las siguientes frases:		
	Es el problema más importante que tengo	83.2	
	Me causa bastantes problemas	82.5	
	Me causa pocos problemas	34.5	
	No me causa ningún problema	00.00	
10	Si ha tenido un trabajo con sueldo. Por favor <u>marque una sola</u> de las siguientes frases: (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)		
	Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar	88.9	
	Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo	77.6	
	Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo	00.0	
	SECCIÓN 2		
11	A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente	CIERTO	FALSO
	Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando	90.6	00.0
	Me falta la respiración cuando me lavo o me visto	82.8	00.0
	Me falta la respiración al caminar dentro de la casa	80.2	00.0
	Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano	81.4	00.0
	Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras	76.1	00.0
	Me falta la respiración al caminar de subida	75.1	00.0
	Me falta la respiración al hacer deportes o jugar	72.1	00.0
	SECCIÓN 3		
12	Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como	CIERTO	FALSO

	está usted actualmente		
	Me duele al toser	81.1	00.0
	Me canso cuando toso	79.1	00.0
	Me falta la respiración cuando hablo	84.5	00.0
	Me falta la espiración cuando me agacho	76.8	00.0
	La tos o la respiración interrumpen mi sueño	87.9	00.0
	Fácilmente me agoto	84.0	00.0
	SECCION 4		
13	A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:	CIERTO	FALSO
	La tos o la respiración me apenan en público	74.1	00.0
	Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos	79.1	00.0
	Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	87.7	00.0
	Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	90.1	00.0
	No espero que mis problemas respiratorios mejoren	82.3	00.0
	Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida	89.9	00.0
	Hacer ejercicio no es seguro para mí	75.7	00.0
	Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo	84.5	00.0
	SECCION 5		
14	A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)	CIERTO	FALSO
	Mis medicamentos no me ayudan mucho	88.2	00.0
	Me apena usar mis medicamentos en público	53.9	00.0
	Mis medicamentos me producen efectos desagradables	81.1	00.0
	Mis medicamentos afectan mucho mi vida	70.3	00.0
	SECCION 6		
15	Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque cierto, si usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:	CIERTO	FALSO
	Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme	74.2	00.0
	No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo	81.0	00.0
	Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar	71.7	00.0
	Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar	70.6	00.0
	Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar	71.6	00.0
	Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio	72.3	00.0
	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante	74.5	00.0

	un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche		
	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo	71.4	00.0
	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia	63.5	00.0
SECCION 7			
16	Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:	CIERTO	FALSO
	No puedo hacer deportes o jugar	64.8	00.0
	No puedo salir a distraerme o divertirme	79.8	00.0
	No puedo salir de casa para ir de compras	81.0	00.0
	No puedo hacer el trabajo de la casa	79.1	00.0
	No puedo alejarme mucho de la cama o la silla	94.0	00.0
	A continuación hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer. Este atento a la siguiente indicación: No tiene que marcarlas, 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 AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER		
	A continuación ¿Podría <i>marcar sólo una frase</i> que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?	SI	NO
	No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer	00.0	00.0
	Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer	42.0	00.0
	Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer	84.2	00.0
	Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer	96.7	00.0

7.6. Método de recolección de datos.

La aplicación de la recolección de datos correrá a cargo del médico residente encargado de la investigación: Se otorgará de primera instancia el formato de consentimiento informado, se explicará al paciente el objetivo de la investigación así como en qué consistirá su participación, se le pedirá que lea y firme el formato de consentimiento informado, que asegurará la confidencialidad, privacidad y anonimato de las respuestas y ofrecerá la posibilidad de no completar la escala en cualquier momento si así lo deseara o bien libre decisión de no participar en la investigación.

En caso de aceptar la participación la autora del protocolo mediante la técnica de entrevista personalizada procederá al llenado de la hoja de recolección de datos socio demográficos a partir de la entrevista con el paciente, posteriormente procederá a la aplicación del Cuestionario Respiratorio Saint George y Test de Morinsky Green Levine, dicha entrevista se llevará a cabo en cada uno de los consultorios de la consulta externa y en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 ambos turnos, con previa autorización del médico responsable del consultorio correspondiente; en aquellos pacientes que cuenten con los criterios de inclusión .

En aquellos pacientes que no tengan cumplimiento, terapéutico se realizarán intervenciones en relación a los horarios de prescripción en relación a los medicamentos inhalados, se realizarán acciones preventivas y de promoción a la salud, con enfoque multidisciplinario a los servicios que dentro de la Unidad de Medicina Familiar se le puede ofrece (Nutrición, Psicología, Urgencias o considerar envío a segundo nivel), con el fin de que sea una base para que se puedan crear estrategias educativas como los grupos de autoayuda; propiciar y fortalecer estilos de vida saludables a pacientes con esta enfermedad. En los pacientes con alteración en la calidad de vida en nivel moderado a máximo, se enfatizará realizar intervenciones de salud como son: pláticas de salud y hacerlos partícipes en las sesiones de salud impartida en la Unidad de Medicina Familiar, fomentar en autocuidado, así como al igual que los paciente con mal cumplimiento terapéutico canalizarlos hacia un servicio específico dentro de la misma unidad, sobre todo en el área de psicología y si es necesario envío a segundo nivel de atención.

Y así como abrir fuentes nuevas de investigación dentro del área de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica dentro del primer nivel de atención, considerada como la piedra angular de los sistemas de salud.

- Materiales:
 1. Bolígrafo por cada participante
 2. Hoja de Consentimiento Informado
 3. Hoja de datos socio demográficos que incluye: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución de la Enfermedad y causas de incumplimiento..
 4. 1 Cuestionario Respiratorio Saint George
 5. 1 Test de Morinsky Green Levine

7.6.1 Exposición de Recursos y Costos

- Humanos. Un residente de segundo año de medicina familiar.
- Materiales. Cuadernillo de trabajo. Lápices del Número 2. Una computadora personal para la captura de datos y análisis estadístico de los mismos. La Unidad de Medicina Familiar No. 28 cuenta con los recursos de infraestructura esenciales para la realización de este protocolo de investigación.
- Económicos. El financiamiento de este protocolo correrá a cargo íntegramente por el médico residente investigador. No se cuenta con subsidios o patrocinios de ninguna índole.

7.7. Análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS V 20, para las variables nominales como sexo, estado civil, cumplimiento terapéutico, causas de incumplimiento se utilizarán tablas de distribución de frecuencias, porcentajes, moda; para variables ordinales como escolaridad, Calidad de vida se utilizaran porcentajes, tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y mediana; para variables cuantitativas como la edad y tiempo de evolución de la enfermedad se realizará, cálculo de media, moda, mediana, y de dispersión: Desviación estándar; para conocer la relación entre las variables cumplimiento terapéutico y calidad de vida se utilizará una prueba U Mann Whitney, se considerará un valor de $p < 0.05$ para el rechazo de la hipótesis de nula.

8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- La Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre 1975. Donde la asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios Éticos que sirva para orientar a los médicos y a otras persona que realizan investigación médica en seres humanos (Sánchez Pérez T.L.)
- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial: Vincula al médico con la formula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente “y el Código Internacional de Ética Médica firma: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención medico que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.
- En base a los lineamientos y principios generales del Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, el presente protocolo de investigación se considera como una INVESTIGACIÓN DE RIESGO MINIMO (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud).
- En relación al consentimiento informado , la norma oficial mexicana PROY-NOM-012-SSA3-2007, establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, indica lo siguiente:

11.3 Únicamente se autorizaran investigaciones que incluyan consentimiento informado en materia de investigación, misma que deberá cumplir con los requisitos y especificaciones que se establecen en los artículos 2 C0, 21 Y 22 del Reglamento. (PROY-NOM-012-SSA3-2007).

En la presente investigación se realizara un consentimiento informado; ya que se solicitaran a los pacientes que participen de forma voluntaria y con derecho a no continuar en la misma si así lo desean, datos que se incluirán en el anexo de hoja de datos socios demográficos.

Se aplicaran dos instrumentos de medición para valorar cada una de las variables de estudio: Cumplimiento terapéutico y Calidad de vida. La información obtenida permitirá valorar si el no cumplimiento terapéutico se relaciona con alteración de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, lo cual no implica ningún riesgo para el paciente. La aplicación de los instrumento será únicamente a cargo del investigador, a modo de entrevista personalizada con lo cual se preservara la confidencialidad de la información obtenido para la investigación. En aquellos pacientes que no tengan cumplimiento, terapéutico se realizaran intervenciones en relación a los horarios de prescripción en relación a los medicamentos inhalados, se realizaran acciones preventivas y de promoción a la salud, con enfoque multidisciplinario a los servicios que dentro de la Unidad de Medicina Familiar se le puede ofrece (Nutrición, Psicología, Urgencias o considerar envío a segundo nivel), con el fin de que sea una base para que se puedan crear estrategias educativas como los grupos de autoayuda; propiciar y fortalecer estilos de vida saludables a pacientes con esta enfermedad. En los pacientes con alteración en la calidad de vida en nivel moderado a máximo, se enfatizara realizar intervenciones de salud como son: platicas de salud y hacerlos participes en las

sesiones de salud impartida en la Unidad de Medicina Familiar, fomentar en autocuidado, así como al igual que los paciente con mal cumplimiento terapéutico canalizarlos hacia un servicio específico dentro de la misma unidad, sobre todo en el área de psicología y si es necesario envié a segundo nivel .

Y así como abrir fuentes nuevas de investigación dentro del área de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica dentro del primer nivel de atención, considerada como la piedra angular de los sistemas de salud.

9.- RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, analítico, prospectivo y correlacional, se recolectó la información de la población de estudio la cual consto de 302 sujetos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre noviembre de 2014 a enero de 2015.

La recolección de datos se realizó en el tiempo estimado, y es importante mencionar que no se encontraron cuestionarios que cumplieran con criterios de eliminación.

Dentro del cuadernillo de trabajo, se recolectaron las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, donde se obtuvieron los siguientes datos: (Tabla 1.)

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variables	Categorías	n	%
Edad	≤60	17	5.6
	61-69	33	10.9
	70-75	118	39.1
	76-84	102	33.8
	≥85	32	10.6
Sexo	Masculino	176	58.6
	femenino	126	41.7
Estado civil	Casado	254	84.1
	Viudo	35	11.6
	Divorciado	13	4.3
Escolaridad	Primaria	1	.3
	Secundaria	84	27.8
	Bachillerato	149	49.3
	Licenciatura	60	19.9
	Posgrado	8	2.6
Total		302	

Se tomaron en cuenta aquellas variables clínicas en donde se podía observar que el no cumplimiento terapéutico influía en el nivel de calidad de vida de los sujetos de estudio, estas fueron las siguientes: comorbilidades asociadas, el tiempo de evolución de la enfermedad y sobre todo la causa a que atribuyeron su no cumplimiento terapéutico. (Tabla 2)

TABLA 2. VARIABLES CLÍNICAS

Variables	Categorías	n	%
Comorbilidades asociadas	Si	182	60.3
	No	120	39.7
Tiempo de Evolución	2-5 años	6	2
	6-10 años	177	58.6
	11-14 años	93	30.8
	≥ 15 años	26	8.6
Causa de incumplimiento	Desconocido	1	.3
	Olvido	124	41.1
	Desmotivación	102	33.8
	Efecto adverso	75	24.8
Morinsky Green Levine	Cumplidor	88	29.1
	No cumplidor	214	70.9
Saint George	Mínima	71	23.5
	Moderada	156	51.7
	Máxima	75	24.8

De los 302 sujetos de estudio la media de edad corresponde a 75 años representando el 9.934% de total. Observando una mediana de 74 años de edad y una moda de 72 años de edad para nuestra población. (Tabla 3)

TABLA 3. VARIABLE: EDAD

EDAD		
N	Válidos	302
	Perdidos	0
Media		75.07
Mediana		74.00
Moda		72

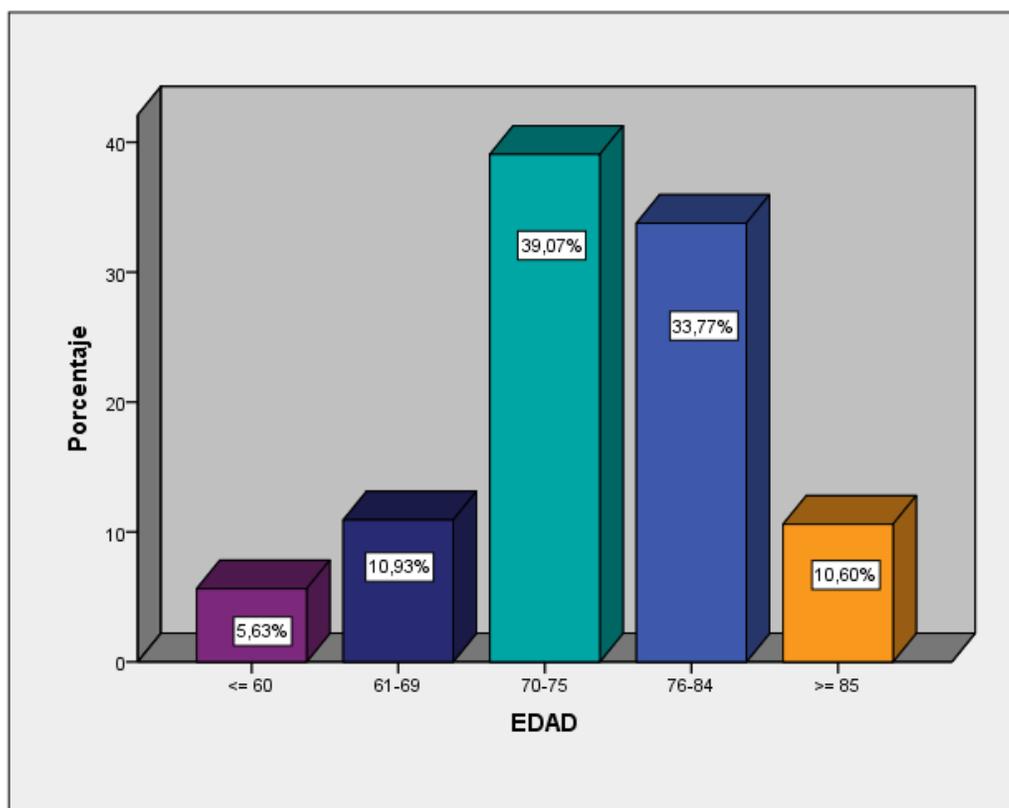
De los 302 sujetos de estudio los grupos de edad se distribuyeron en los siguientes rangos; 39.07% al grupo de 70 – 75 años (n=118) siendo el grupo etario predominante, seguido del 33.77% de los sujetos los cuales tenían entre 76-84 años (n=102). El 10.93% de los sujetos pertenecieron al grupo entre 61 – 69 años de edad (n=33). (Tabla 4.)

Los grupos etarios con menor frecuencia fueron el que tenía menos o igual a 60 años, representando el 5.63% (n= 17) y aquellos de 85 años o más, representando el 10.60% (n= 32) de nuestra población. (Grafica 1.)

TABLA 4. EDAD EN RANGOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje
<= 60	17	5,63
61-69	33	10,93
70-75	118	39,07
76-84	102	33,77
>= 85	32	10,60
Total	302	100,0

GRAFICA 1. EDAD EN RANGOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO.28 " GABRIEL MANCERA"

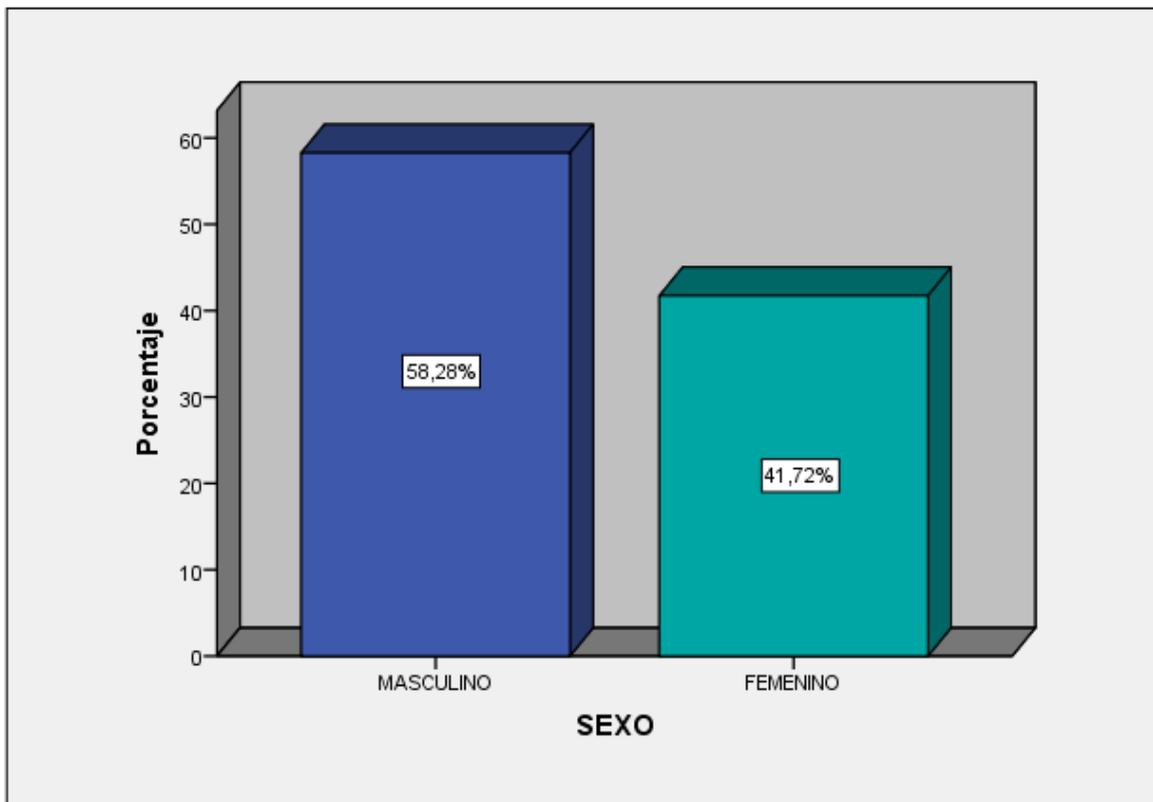


En relación al sexo se encontró que el 58.28% (n=176) de los pacientes son del sexo masculino y 41.72% (n=126) del sexo femenino. (Tabla 5.) (Grafica 2.)

TABLA 5. VARIABLE: SEXO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	176	58.28
FEMENINO	126	41.72
Total	302	100.0

GRAFICA 2. SEXO DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

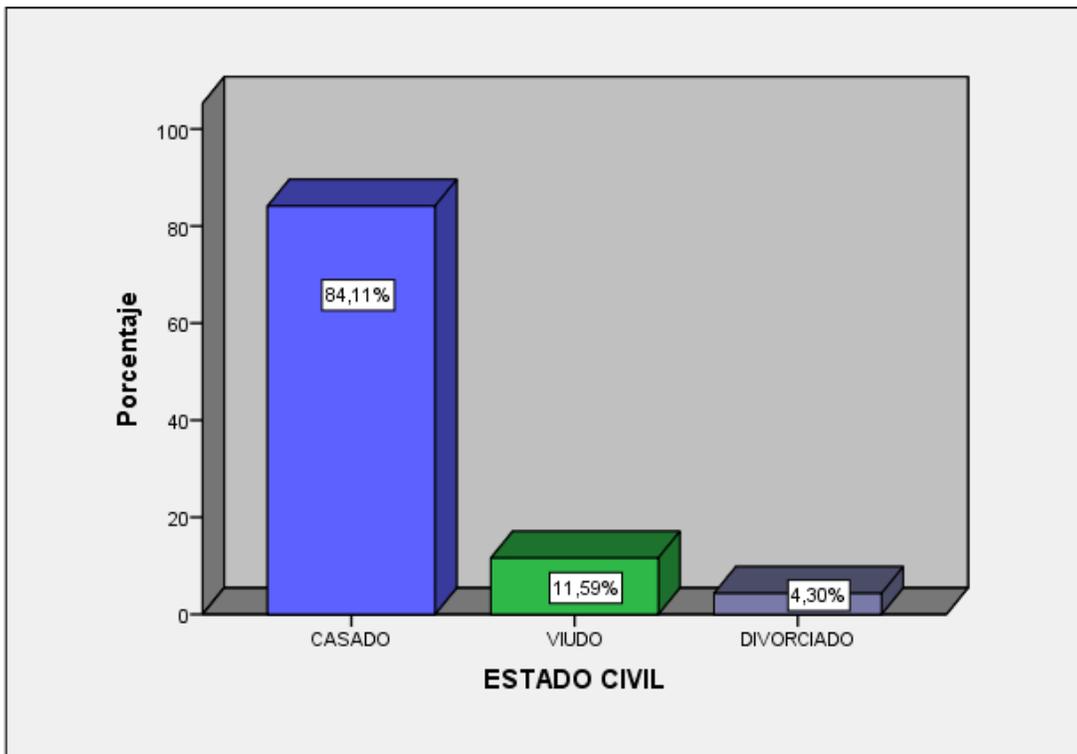


En relación al estado civil de los sujetos de estudio, se encontró que el mayor porcentaje 84.11% (n= 254) son casados, 11.59% (n=35) viudos y 4.30% (n=13) divorciados. (Tabla 6.)(Grafica 3)

TABLA 6. VARIABLE. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	254	84.11
VIUDO	35	11.59
DIVORCIADO	13	4.30
Total	302	100.0

GRAFICA 3. ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

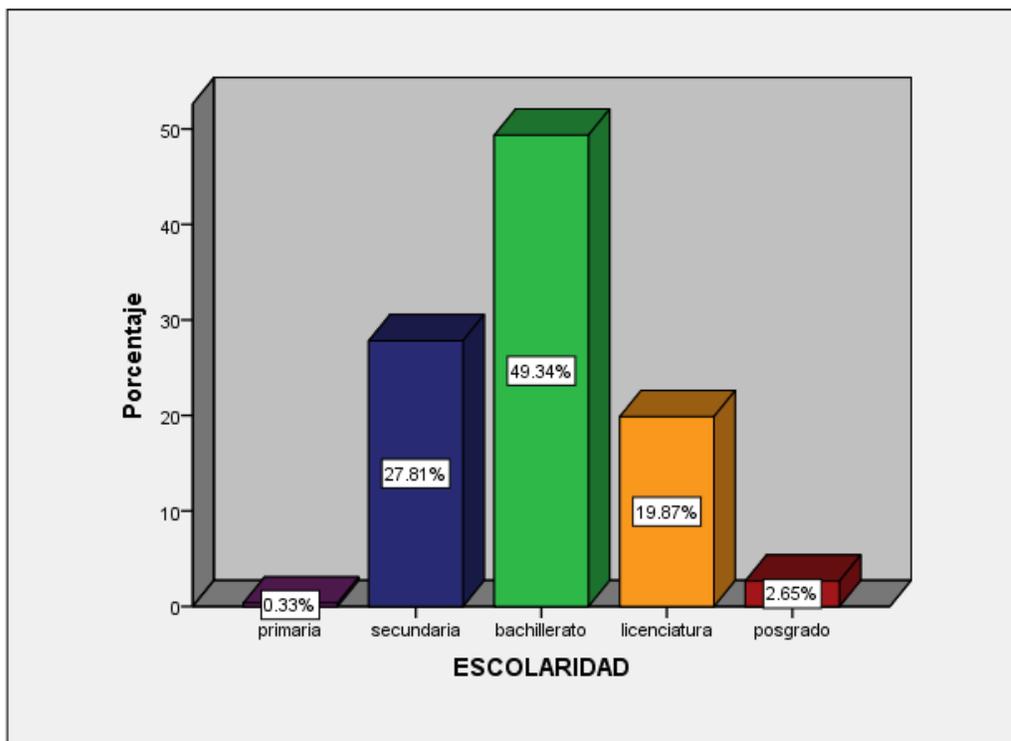


Con respecto a la escolaridad, se observa que la mayor parte de los sujetos de estudio, tiene como educación el bachillerato 49.34% (n=149), seguido de aquellos con escolaridad de secundaria 27.81% (n=84), un 19.87% (n=60) presentaban escolaridad licenciatura, el 2.65% (n=8) escolaridad posgrado y finalmente el 0.33%(n=1) escolaridad primaria. (Tabla 7.) (Gráfica 4)

TABLA 7. VARIABLE: ESCOLARIDAD

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	1	0.33
SECUNDARIA	84	27.81
BACHILLERATO	149	49.34
LICENCIATURA	60	19.87
POSGRADO	8	2.65
TOTAL	302	100,0

GRAFICA 4. ESCOLARIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

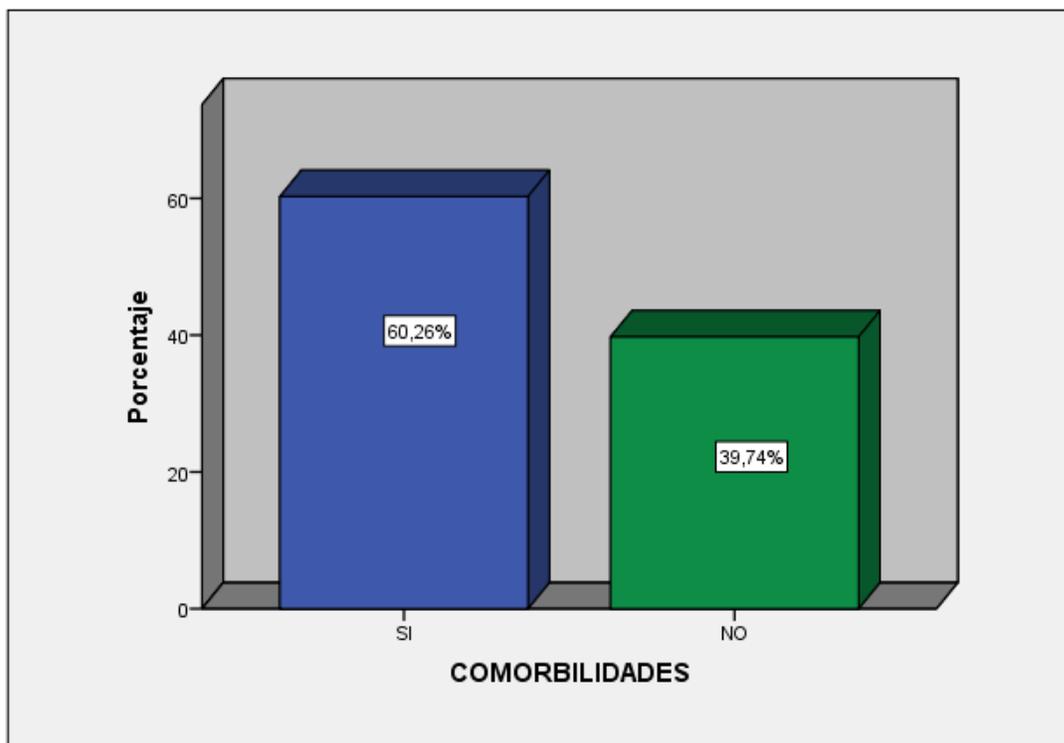


En relación a la presencia de comorbilidades en la población de estudio, se encontró que el 60.26% (n=182) de los sujetos las presentaban mientras que el 39.74% no tenían comorbilidades asociadas. (Tabla 8.) (Grafica 5)

TABLA 8. VARIABLE: COMORBILIDADES

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
SI	182	60.26
NO	120	39.74
TOTAL	302	100,0

GRAFICA 5. COMORBILIDADES ASOCIADAS EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 " GABRIEL MANCERA "

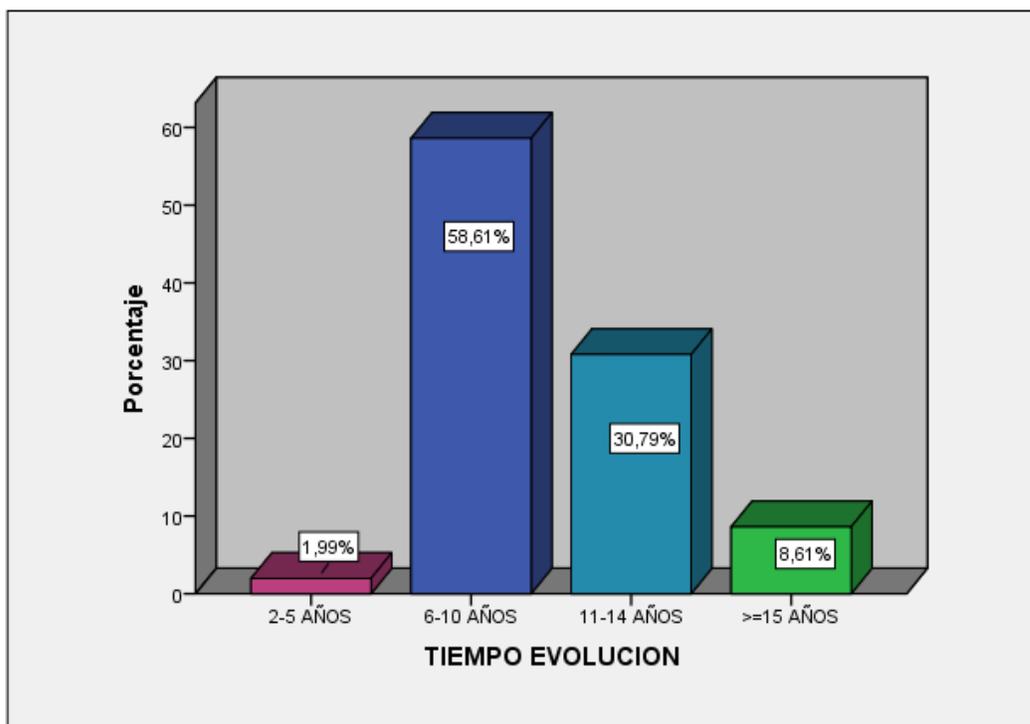


El tiempo de evolución de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en los sujetos de estudio, fue de 6-10 años de evolución con un 58.61%, seguido de aquellos que tenían 11-14 años de evolución con 30.79%. El grupo de 15 años o más de evolución representó el 8.61% y finalmente el grupo de 2-5 años obtuvo un 1.99% de representación de la muestra. (Tabla 9) (Grafica 6)

TABLA 9. VARIABLE: TIEMPO DE EVOLUCION

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
2-5 AÑOS	6	1.99
6-10 AÑOS	177	58.61
11-14 AÑOS	93	30.79
>=15 AÑOS	26	8.61
TOTAL	302	100,0

GRAFICA 6. TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 " GABRIEL MANCERA"

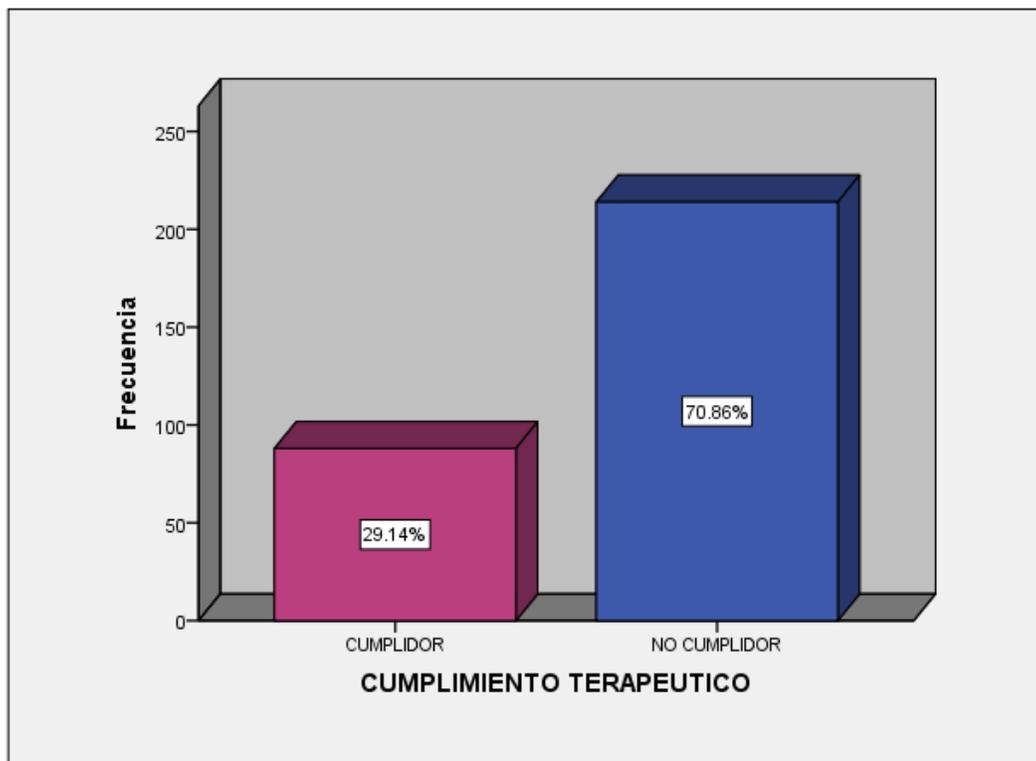


En relación al cumplimiento terapéutico, valorado con el instrumento de Morinsky Green Levine, se encontró que 70.86% de los sujetos de estudio (n=214) eran no cumplidores y solamente el 29.14% (n=88) eran cumplidores. (Tabla 10.)(Gráfica 7)

TABLA 10. VARIABLE: CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	Frecuencia	Porcentaje
CUMPLIDOR	88	29.14
NO CUMPLIDOR	214	70.86
TOTAL	302	100,0

GRAFICA 7. CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 " GABRIEL MANCERA "

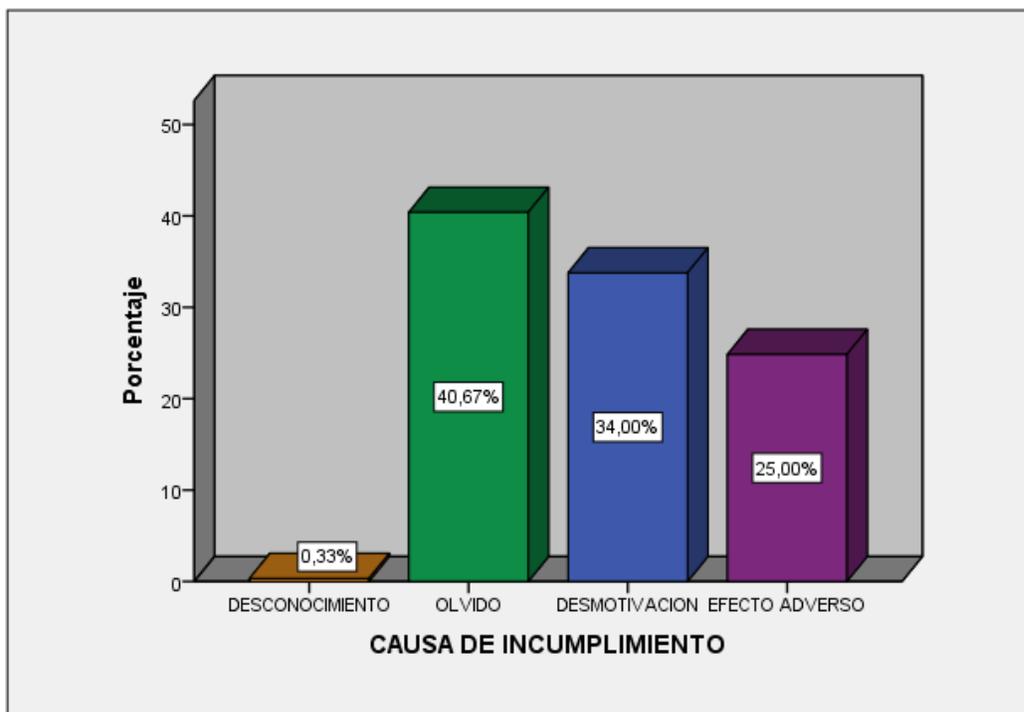


La causa de incumplimiento más frecuentemente asociada fue por olvido en el 40.67% de los casos (n=124), por desmotivación en el 34% (n=102) y por presencia de algún efecto adverso en el 25.% (n=75) de los sujetos de estudio. Desconocimiento resulto con 0.33% (n= 1)(Tabla 11) (Grafica 8)

TABLA 11. VARIABLE: CAUSA DE INCUMPLIMIENTO

Causa de incumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
DESCONOCIMIENTO	1	0.33
OLVIDO	124	40.67
DESMOTIVACION	102	34.00
EFECTO	75	25.00
TOTAL	302	100,0

GRAFICA 8. CAUSA DE INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 " GABRIEL MANCERA"

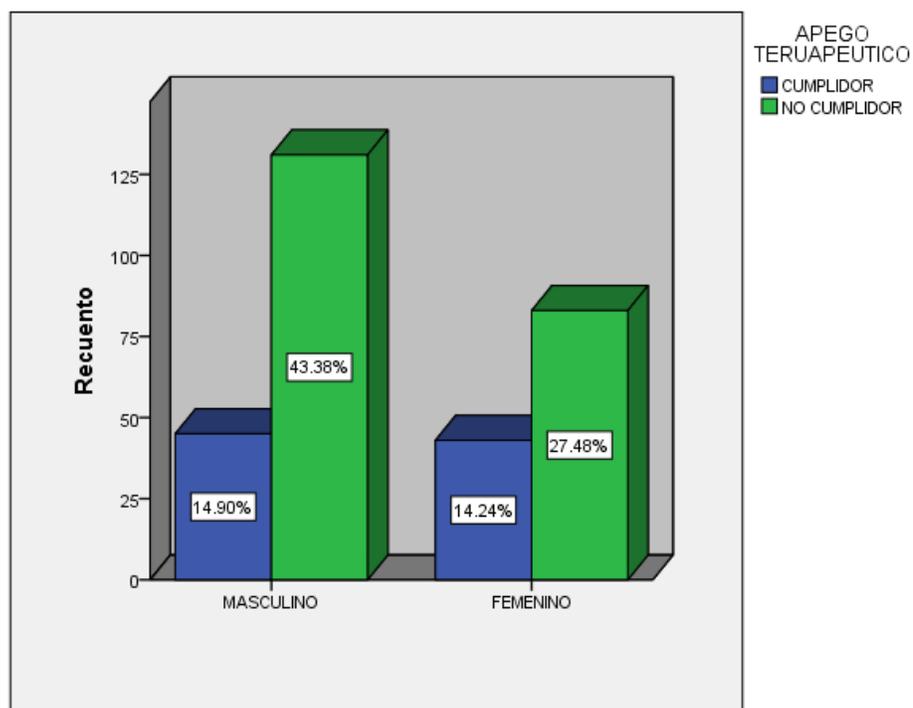


En relación al cumplimiento terapéutico, el sexo masculino obtuvo un 43.38% (n=131) de no cumplimiento terapéutico en comparación con 27.48% (n=83) de no cumplimiento terapéutico del sexo femenino. (Tabla 12) (Gráfica 9)

TABLA 12. RELACION ENTRE SEXO Y CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

		Recuento				Total
		CUMPLIDOR	Porcentaje	NO CUMPLIDOR	Porcentaje	
SEXO	MASCULINO	45	14.90%	131	43.38%	176
	FEMENINO	43	14.24%	83	27.48%	126
Total		88		214		302

GRAFICA 9. RELACION ENTRE SEXO Y CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO 28 "GABRIEL MANCERA"

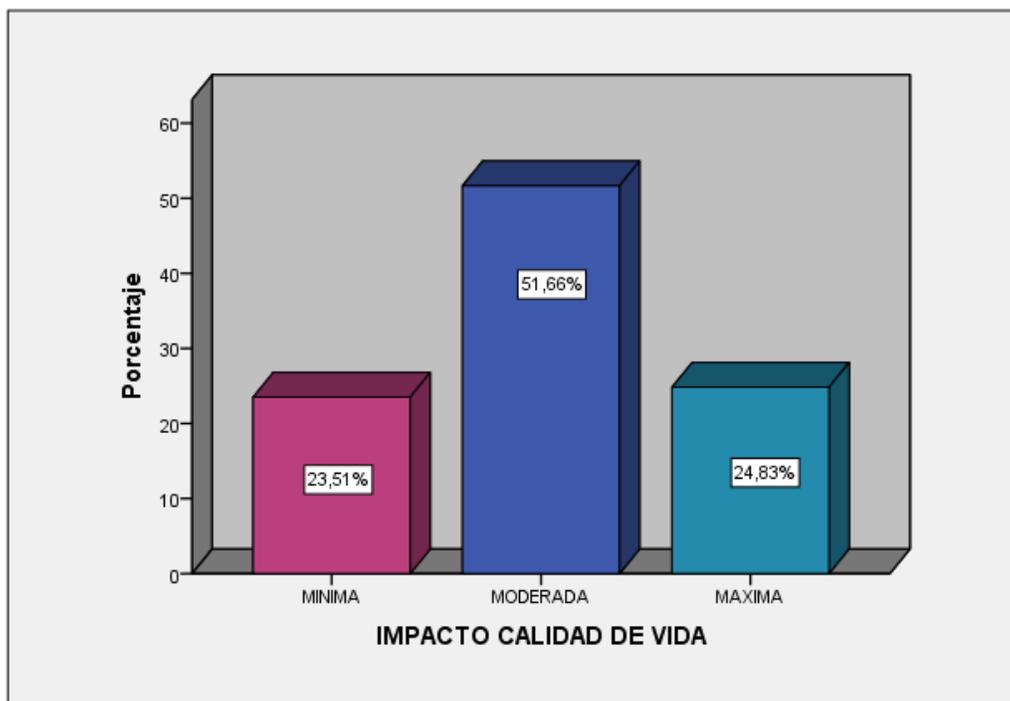


El impacto en la calidad de vida fue valorado con el cuestionario Respiratorio de Saint George, resultando una moderada alteración en la calidad de vida en 51.66% (n=156), una máxima alteración en el 24.83% (n=75) y mínima alteración en el 23.51% (n=71) de los sujetos de estudio. (Tabla 13) (Grafica 10)

TABLA 13. VARIABLE: IMPACTO CALIDAD DE VIDA

Impacto calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
MINIMA	71	23.51
MODERADA	156	51.66
MAXIMA	75	24.83
TOTAL	302	100,0

GRAFICA 10. IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA CON EL CUESTIONARIO RESPIRATORIO SAINT GEORGE EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 "GABRIEL MANCERA"



Así en la variable de impacto de la calidad de vida de los sujetos de estudio de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, se obtuvo en relación al puntaje del Cuestionario respiratorio Saint George para la población total, una media del 53.47 y una mediana de 52,08. Para aquellos pacientes que tuvieron cumplimiento terapéutico se obtuvo una mediana de 38.35 y una media de 40.22, para aquellos pacientes que no tuvieron cumplimiento terapéutico se obtuvo una mediana de 62.45 y una media de 58.91. (Tabla 14).

TABLA 14. PUNTAJE CALIDAD DE VIDA

PUNTAJE	media	Mediana
Cumplidores	40.22	38.35
No cumplidores	58.91	62.45
Total	53.47	52.08

Se obtuvo un total de 23.5% (n=71) de sujetos con mínima alteración en la calidad de vida, de los cuales 12.91 % (n=39) eran sujetos cumplidores en comparación con un 10.60 % (n= 32) de sujetos no cumplidores. (Tabla 14) (Gráfica 11).

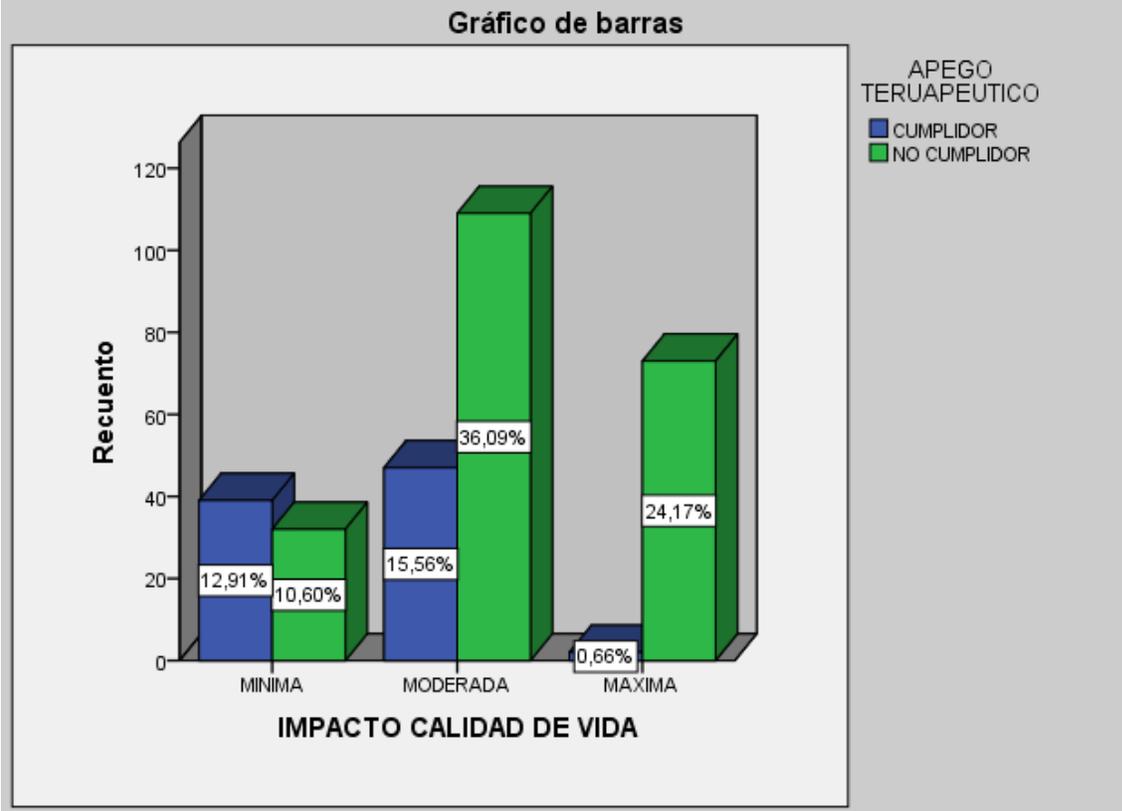
Se obtuvo un total de 51.7 %(n=156) de pacientes con moderada alteración en la calidad de vida, de los cuales un 15.56% (n=47) son sujetos cumplidores en comparación con un 36.09 % (n= 109) de sujetos no cumplidores. (Tabla 14) (Gráfica 11).

Y finalmente se obtuvo un total de 24.8 % (n= 75) de sujetos con máxima alteración en la calidad de vida, de los cuales un 0.66 % (n=2) son sujetos cumplidores en comparación con un 24.17% (n= 73) de sujetos no cumplidores. (Tabla 14) (Gráfica 11).

TABLA 14. RELACION DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO CON CALIDAD DE VIDA

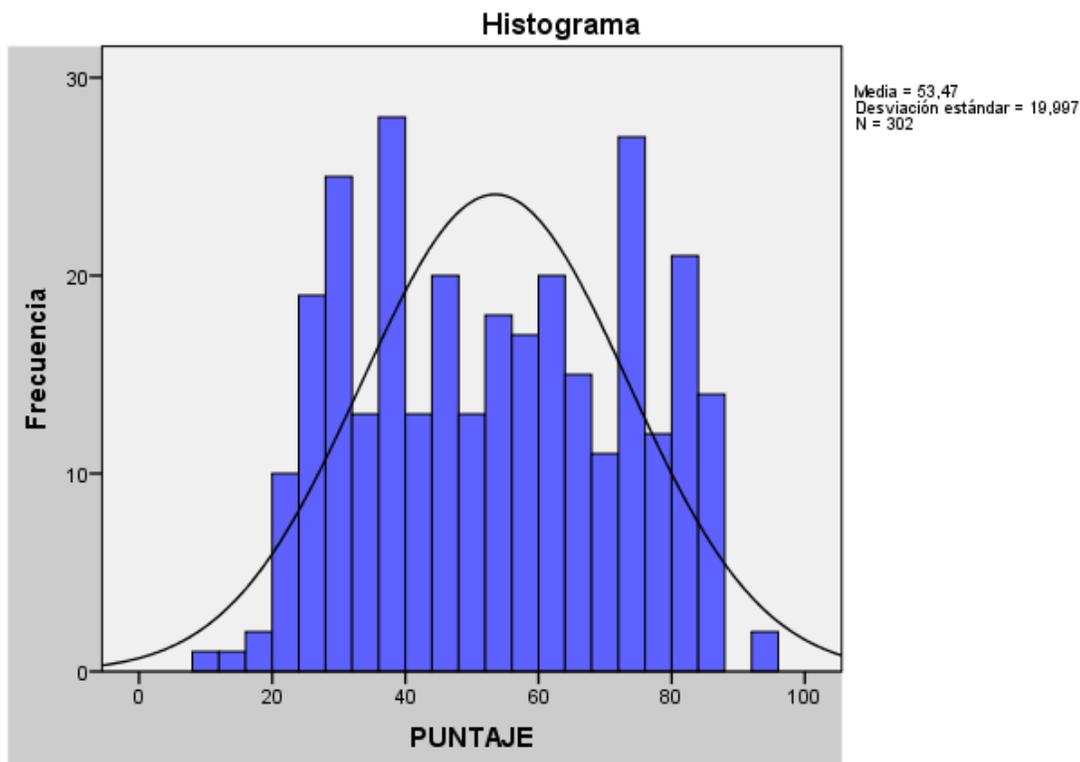
			CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO		Total
			CUMPLIDOR	NO CUMPLIDOR	
IMPACTO CALIDAD DE VIDA	MINIMA	Recuento	39	32	71
		% dentro de CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO	12.91%	10.60%	23.5%
	MODERADA	Recuento	47	109	156
		% dentro de CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO	15.56%	36.09%	51.7%
	MAXIMA	Recuento	2	73	75
		% dentro de CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO	0.66%	24.17%	24.8%
Total		Recuento	88	214	302
		% dentro de CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO	100.0%	100.0%	100.0%

GRAFICA 11. RELACION ENTRE APEGO TERAPEUTICO Y EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO. 28 " GABRIEL MANCERA"



Dentro de una curva de distribución normal encontramos una media que corresponde al puntaje de 53.47, dentro de una muestra de 302 pacientes participantes, del cual se obtuvo una Desviación Estándar (DE) de 19.99, con lo cual tenemos que a 1DE el puntaje del cuestionario Respiratorio de Saint George en los pacientes participantes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica esta ente 33.47 y 76.46, lo cual corresponde al 68% de los participantes. (Grafica 12.)

GRAFICA 12. PUNTAJE OBTENIDO DEL CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE EN LA POBLACION DE ESTUDIO DE LA UMF NO . 28



Para corroborar la significancia estadística de la asociación entre el cumplimiento terapéutico y el impacto en la calidad de vida se aplicó la prueba U Mann Whitney en la cual se encontró una $p=0.000$, siendo la asociación de estas variables estadísticamente significativa. (Tabla 15.)

TABLA 15. Prueba U Mann Whitney para relación de Cumplimiento terapéutico y el impacto calidad de vida

IMPACTO CALIDAD DE VIDA	
U de Mann-Whitney	5044,500
Sig. asintótica (bilateral)	0.000

10.- DISCUSIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología con altos índices de morbimortalidad a nivel mundial, en México, de acuerdo a la OMS, en el año 2010, se colocó como la octava causa de muerte en hombres y la quinta en mujeres. La edad media de presentación es a partir de los 45 años y el riesgo incrementa de manera proporcional con el aumento de la misma.

En el presente estudio se obtuvo una muestra de 302 sujetos de estudio, uno de los objetivos secundarios del mismo era la descripción de las variables sociodemográficas de nuestra población, razón por la cual se analizan a continuación los resultados obtenidos.

El 39.1% de la población se encontró en el rango de edades comprendido entre los 70 a 75 años de edad, mientras que los grupos menos prevalentes fueron aquellos que se encontraban en los extremos de rango de edad, 5.6% aquellos con menos de 60 años de edad y 10.6% aquellos con 85 años de edad o más, estos datos coinciden con los últimos datos publicados en el estudio EPI-SCAN (*Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Spain –COPD-*, Estudio Epidemiológico de la EPOC en España, en donde el 10.2% de los pacientes se colocan en un rango entre 40 y 80 años de edad, siendo que además esta prevalencia aumenta con la edad, presentándose el 22.9% de los casos en personas mayores de 70 años.

En relación a la variable sexo, en este estudio predominó el sexo masculino con un 58.3% mientras que el sexo femenino representó el 41.7% de la población, coincidiendo nuestros resultados con lo reportado en el estudio IBERPOC, en el cual, el sexo masculino también predominó presentándose en un 14.3% en comparación con el femenino que solo reportó un 3.9% de prevalencia y de igual forma en el estudio EPI-SCAN donde se obtuvo 15.1% en hombres y 5.6% para mujeres.

Con respecto al estado civil, el 84% de los sujetos de estudio son casados, el 11.6% viudos y 4.3% divorciados, podemos observar con estos resultados que más de la mitad de la población de estudio tiene una red de apoyo, situación competente al médico familiar ya que uno de sus deberes será el buscar y sustentar estas redes de apoyo sólidas para lograr la mejor adherencia terapéutica.

El 49.3% de los sujetos de estudio presentó como nivel máximo de escolaridad el bachillerato, este dato coincide con que solamente el 0.3% de la población no cumpla con su tratamiento debido a desconocimiento del mismo ya que se trata de una población que en general, cuenta con un nivel educativo alto

Acerca del objetivo central de esta tesis, podemos mencionar que en la actualidad, el tema del cumplimiento terapéutico tiene gran trascendencia por sus implicaciones en la calidad de vida de los pacientes con EPOC, ÁghT y cols. mencionan que entre el 20% y el 60% de los pacientes con EPOC no son adherentes al tratamiento.

En este estudio se observó que el 70.9% de los sujetos de estudio no tiene cumplimiento terapéutico y solo el 29.1% es cumplidor; del grupo de los no cumplidores encontramos que el 43.8% son del sexo masculino y el 27.48% del femenino, estos datos concuerdan con lo reportado en la literatura ya que la edad de inicio de este padecimiento coincide con la edad en que la mayoría de los hombres deja de ser activo laboralmente lo que condiciona a presentar alteraciones tanto en las áreas médicas como psicosociales:

En relación al área médica, diversos estudios han demostrado que la interrupción de la medicación puede aumentar la frecuencia de las exacerbaciones, el número de hospitalizaciones y la mortalidad. Donde los episodios de inestabilidad clínica, además de producir enormes costes, también impactan de forma negativa sobre el estado de salud de los pacientes y contribuyen a la progresión multidimensional de la enfermedad, condicionando incluso el pronóstico de la misma.

Se identificó que en el 41.1% de la población, la principal causa de incumplimiento fue el olvido y en segundo lugar, con 33.8% se presentó la desmotivación. De acuerdo a Quint y cols, la causa de tal desmotivación es la presencia de trastornos del estado de ánimo en comorbilidad con el EPOC, esto secundario a los síntomas propios de estos trastornos como la anergia, la anhedonia y la apatía, perdiendo interés, entre muchas otras cosas, en la adherencia terapéutica.

Uno de los objetivos de este estudio fue el conocer el impacto de la calidad de vida de los pacientes con EPOC, en esta variable pudimos observar que el 51.7% de la población presentó una alteración moderada, de estos, el 36.09% eran no cumplidores mientras que solamente el 15.56% eran cumplidores. Como podemos observar y de acuerdo a lo esperado en nuestro estudio, fue mucho mayor el porcentaje de los pacientes que presentan una alteración moderada siendo no cumplidores. El segundo lugar lo obtuvieron los pacientes con una alteración máxima, representada por el 24.8% de la población, nuevamente la mayor parte de la población que conforma este grupo se trata de no cumplidores, siendo el 24.8% de estos, mientras que solamente el 0.66% de los cumplidores presento este tipo de alteración. Finalmente se encontró a los pacientes con una alteración mínima representado por el 12.9% de los pacientes cumplidores y 10.66%\$ de los no cumplidores.

Las implicaciones que estos resultados tienen son varias e importantes como lo menciona el Consenso Mexicano de EPOC que postula que esto produce mayor deterioro de la capacidad funcional y progresión de la enfermedad agravando las limitaciones del paciente, disminuyendo su capacidad para trabajar y participar en actividades físicas y sociales

Se observó que el 58.6% de los participantes presentó una evolución de 6-10 años de enfermedad, seguido de aquellos que tenían 11-14 años con 30.8%, y finalmente el grupo de 2-5 años, que obtuvo el menor porcentaje con 2.0% de representación de la muestra. Estos resultados nos hablan de la cronicidad de la enfermedad, Raziel y cols. refieren que las tasas de mortalidad aumentan de manera significativa a partir de los 55 años o con más de 10 años de evolución con la enfermedad

En relación al puntaje del Cuestionario respiratorio Saint George, se obtuvo una media del 53.47 que representa un impacto moderado en la calidad de vida. Dentro de lo cual se obtuvo una mediana de 52.8 en los sujetos de estudio que tuvieron cumplimiento terapéutico en comparación con aquellos con incumplimiento terapéutico donde resultó una media de 53.48, que en similitud con el valor porcentual obtenido anteriormente, se concluye que ambos grupos tanto sujetos cumplidores como los no cumplidores tienen una moderada alteración en la calidad de vida. Sin embargo, es importante mencionar que los puntajes más altos dentro de la escala se encontraron en los pacientes no cumplidores. Maravilles y cols. concluyeron que los pacientes que tienen una mayor puntuación en escalas de calidad de vida se debe a que presentan exacerbaciones más frecuentes y, a su vez, los pacientes con frecuentes agudizaciones sufren una pérdida de esa calidad de vida comparados con aquellos con exacerbaciones infrecuentes.

Diversos estudios identifican tres condiciones causantes de una máxima a moderada alteración en la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: la disnea, la ansiedad y de la depresión. Siendo el primero el síntoma más incapacitante y el más prevalente de las poblaciones estudiadas, que se observa hasta en un 50%, la prevalencia de la depresión en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oscila entre el 7 y el 42% y los trastornos generalizados de ansiedad en el 10–33% de los casos, el conocimiento de estas dos últimas condiciones deja una puerta abierta a la investigación en nuestra población de estudio, al considerar a los trastornos del estado del ánimo como una herramienta de gran utilidad para el manejo de los síntomas de desmotivación en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica en el primer nivel de atención.

Finalmente, de acuerdo a todo lo presentado anteriormente y después de realizar el análisis estadístico apropiado se concluyó que la asociación en el apego a tratamiento y el impacto de la calidad de vida es estadísticamente significativo, por tanto los sujetos con un mal cumplimiento terapéutico reflejaron una afectación en esta. Como se observó y de acuerdo a la literatura, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, llega ser un padecimiento controlable, pero cuando no se lleva un adecuado cumplimiento terapéutico puede entonces ocasionar modificaciones en la historia natural de la enfermedad, aumentando así la morbimortalidad y por tanto impacto en la calidad de vida del paciente.

11.- CONCLUSIONES

En la presente investigación se documentó que los pacientes con incumplimiento terapéutico tienen una moderada afectación en la calidad de vida, correlación que resulto estadísticamente significativa.

Con los resultados obtenidos, se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, concluyendo que mejorando el cumplimiento terapéutico, de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se puede conseguir una afectación menor en la calidad de vida.

En relación a los resultados más sobresalientes se muestra que la mayor parte de los sujetos de estudio se encontró en un rango de edad de 70 a 75 años de edad, los cuales contaban en su mayoría con comorbilidades asociadas, y que el nivel educativo de la muestra está por arriba de bachillerato, con lo cual no se pudo relacionar el desconocimiento como una causa de incumplimiento por la falta de preparación educativa.

El tiempo de evolución con la enfermedad de los sujetos de estudio facilita para que las herramientas de lograr un mejor cumplimiento terapéutico en estos pacientes sean a largo plazo y evitar complicaciones que generan mayor impacto en su calidad de vida.

Se propone con la siguiente investigación, el tener un enfoque multidisciplinario, considerando la implementación de estrategias educativas puede llevar a individuos enfermos a poner en práctica conductas más saludables, a conseguir niveles más altos de adherencia al tratamiento y en alcanzar una mejor calidad de vida

Entre las estrategias se propone la importancia de la intervención familiar en la consulta de medicina familiar, con el objetivo de contar con redes de apoyo más sólidas en el cuidado de este grupo de pacientes, para que los síntomas afecten menos a los pacientes en su calidad de vida y disminuir una fuente de preocupación para la familia y los cuidadores.

Realizar una derivación oportuna en aquellos pacientes mayores de 40 años, con factores de riesgo asociados a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, para que cuenten con un diagnóstico en las primeras fases de la enfermedad, valiéndose de LA referencia a especialidades como Medicina Interna, Neumología, Cardiología entre otras, de acuerdo a la comorbilidad asociada o sin la misma. Con esto se busca una herramienta para disminuir el subdiagnóstico, el tabaquismo como problema de salud pública, la persistencia de sintomatología a pesar de un correcto tratamiento y sobre todo un cumplimiento terapéutico insuficiente en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Realizar una derivación oportuna al servicio de psicología y/o psiquiatría de acuerdo al contexto de cada paciente, con la finalidad, mejorar la comunicación, la accesibilidad y la continuidad de la atención haciendo participe a la familia de este seguimiento y obtener mejores resultados con un apoyo emocional, para que se logre un mejor cumplimiento del tratamiento con mejor repercusión en la calidad de vida.

Identificar pacientes con síntomas sugestivos de algún trastorno del ánimo en la consulta de medicina familiar, estrategia de intervención que tendrá como objetivo mejorar el cumplimiento al actuar sobre las diversas causas con el propósito de eliminarlas o minimizarlas, ayudándose de los instrumentos específicos para tal finalidad.

Considerar en caso de que el instrumento elegido ser un resultado compatible con algún trastorno del ánimo, el inicio de terapéutica en lo que se estima el tiempo para realizar la referencia oportuna. Que de acuerdo a la literatura los inhibidores de la recaptura de serotonina, son la mejor elección.

Por lo que podemos concluir que de momento ninguna medicación ha demostrado con certeza reducir la pérdida de función pulmonar a largo plazo, y que se trata de una enfermedad crónica donde es fundamental realizar un adecuado y temprano diagnóstico, así como un manejo integral de la enfermedad que incluya fomentar cambios en el estilo de vida, fundamentalmente la supresión del hábito tabáquico y el aumento del ejercicio físico, además de potenciar las habilidades necesarias para sobrellevar la enfermedad, optimizando el tratamiento farmacológico y no farmacológico y facilitando el oportuno soporte personal y familiar.

12. -REFERENCIAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Chapter 3 Therapeutic options. En: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (UPCOPD 2013) [en línea]. Barcelona, Spain: Universitat de Barcelona; 2013 [consultado 13 Dic 2013]. p. 19-22. Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf
2. López MV, Jardim J, Schiavi E. Capítulo 1, Definición, epidemiología, factores de riesgo y patogenia. En: Montes de Oca M. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [en línea]. Caracas, Venezuela: Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT); 2011. [consultado 19 Dic 2013]. p 4-10. Disponible en: http://www.alatorax.org/images/stories/demo/pdf/epoc/guias_alat/guiaALAT_EPOC_abril2011.pdf
3. Giraldo, H. EPOC Diagnostico y tratamiento integral, con énfasis en la rehabilitación pulmonar. 3a ed. Bogotá: Medica Panamericana; 2008.
4. World Health Organization. Part 3: Disease incidence, prevalence and disability. En: World Health Organization. The global burden of disease 2004 [en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [consultado 24 Oct 2013]. p. 28-37. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf?ua=1
5. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest [en línea] 2000 Oct [consultado 13 Oct 2013];118(4):981-989. Disponible en: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1079234>
6. Menezes AM, Pérez-Padilla R, Jardim JR, Muiño A, López MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. Lancet [en línea] 2005 Nov 25 [consultado 13 Oct 2013]; 366(9500):1875-1881. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16310554>
7. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolivar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL Study). Chest [en línea] 2008 feb [consultado 24 Oct 2013]; 133(2):343–349. Disponible en: <http://www.neumologica.org/Archivos/prepocol.pdf>
8. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: derivadas del cuarto Consenso Mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Neumol Cir Torax [en línea] 2012 [consultado 19 Dic 2013];71 Supl. 1:20-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2012/nts121a.pdf>
9. Diagnostico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. México: Secretaria de Salud, 2008
10. Peces-Barba G, Barbera JA, Agusti A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol [en línea] 2008 [consultado 07 Ago 2014];44(5):271-281. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/guia-clinica-separ-alat-diagnostico-tratamiento/articulo/13119943/>
11. Llauger MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C. Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. Arch Bronconeumol. [en

- línea] 2011 [consultado 07 Ago 2014];47(11):561-570. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/atencion-epoc-el-abordaje-al/articulo/90037666/>
12. Martínez D, Fernández MR, García MC, Pérez R. La carga económica de la EPOC. Análisis de los costos a nivel internacional. *Neumol Cir Torax* [en línea] 2011 Abr-Jun [consultado 08 Ago 2014];70(2):118-126. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2011/nt112g.pdf>
 13. Luppi F, Franco F, Beghé B, Fabbri LM. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its comorbidities. *Proc Am Thorac Soc* [en línea]2008[consultado 3 Sep 2014]; 5: 848-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017740>
 14. Quint JK, Baghai- Ravary R, Donaldson GC, Wedzicha JA. Relationship between depression and exacerbations in COPD. *Eur Respir J*. 2008; 32:53-60.
 15. Richardson HB. *Patients have families*. New Cork: Commonwealth Fund, 1948.
 16. Curtis JR, Wenrich MD, JD Carline, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PC. Perspectivas de los pacientes sobre la habilidad del medico en la atencion al final de su vida util: diferencias entre los pacientes con EPOC, Cancer y SIDA. *Pecho*. 2002; 122: 356-362
 17. Márquez, C.; Farauste, R. y Martín de Pablos J. ¿Se incumple el tratamiento farmacológico con insulina?. *Hipertensión*. 2010; 27:135.
 18. García, N.; Orozco, B.; Gil, G.; Carratalá, M.; Munuera, C.; Terol, M. y Merino, S. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. *Med Clin*. 2001; 116(2):141-146.
 19. García, R.; Calleja, H.; Luque, V.; Ubago, P. y Faus, D. Compliance of prescriptions for chronic obstructive pulmonary disease patients given upon hospital discharge. *Farm Hosp*. 2010 jul-aug;34(4):188-93
 20. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* [en línea] 2005 [consultada 11 Ago 2014];29(2):40-48. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
 21. Agh T, Inotai A, Mészáros A. Factores asociados con la adherencia de Medicamentos en Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Respiración* [en línea] 2011[consultada 8 oct 2014]; 82: 328-334. Disponible en : <http://www.karger.com/Article/FullText/324453>
 22. Corrao, G.; Parodi, A.; Nicotra, F.; Zambon, A.; Merlino, L. y Cesana, G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens* [en línea] 2011[consultada 21 Jun 2014]; 29:610-8. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157368>
 23. WHO. *Constitution of the World Health Organization:Ten years of theWorld Health Organization Geneva,1958.*
 24. Gerber BS, Cano AI, Caceres ML, Smith DE, Wilken LA, Michaud JB, et al. A pharmacist and health promoter team to improve medication adherence among Latinos with diabetes. *Ann Pharmacother* [en línea] 2010 Jan [consultado 12 Ago 2014];44(1):70-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20028957>

25. Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol [en línea] 2007 [consultado 12 Ago 2014];7(Supl.F):57-66. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/adhesion-al-tratamiento-calidad-vida/articulo/13110832/>
26. Viejo JL, Martín P, Romero S, Rodríguez JR, Sobradillo V, Valencia A. Estudio de cumplimiento del tratamiento por vía inhalatoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol[en línea] 2000[consultado 28 Sep 2014]; 36: 319-325.
<http://www.archbronconeumol.org/es/estudio-cumplimiento-del-tratamiento-por/articulo/10392/>
27. Eussen SR, Van der Elst ME, Klungel OH, Rompelberg CJ, Garssen J, Oosterveld MH, et al. A pharmaceutical care program to improve adherence to statin therapy: a randomized controlled trial. Ann Pharmacother [en línea] 2010 Dec [consultado 12 Ago 2014];44(12):1905-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21119098>
28. Stacy JN, Schwartz SM, Ershoff D, Shreve MS. Incorporating tailored interactive patient solutions using interactive voice response technology to improve statin adherence: results of a randomized clinical trial in a managed care setting. Popul Health Manag [en línea] 2009 Oct [consultado 12 Ago 2014];12(5):241-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19848566>
29. Conthe P, Márquez E. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas a futuro [en línea]. España: DGMM; 2012 [consultado 12 Ago 2014]. 874 p. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1350634836/publicaciones/consensos/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf>
30. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. Aten Primaria [en línea]. 1992[consultado 24 julio 2014].; 10: 767-70. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472599>
31. Pineiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. Aten Primaria 1997; 19: 372-5.
32. Pratt RJ, Robinson N, Loveday HP, Pellowe CM, Franks PJ, Hankins M, et al. Adherence to antiretroviral therapy: appropriate use of self-reporting in clinical practice. HIV Clin Trials 2001; 2: 146-59.
33. Rodríguez Chamorroa, MA. García-Jiménez, E. Amarilesc, P. Rodríguez Chamorro, A. Faus, MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-417 .
Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13125407&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=131&accion=L&origen=zonadellectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n08a13125407pdf001.pdf

34. Morisky DE, verde LW, Levine DM: La validez concurrente y predictiva de una medida de auto-reporte de la adherencia a la medicación. Care Med 1986; 24: 67-74. Disponible en: <http://www.epistemonikos.org/es/documents/4d690b359d744da28203701f80b49939c21526ac>
35. Viejo JL, Martín P, Romero S, Rodríguez JR, Sobradillo V, Valencia A. Estudio de cumplimiento del tratamiento por vía inhalatoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2000; 36: 319-325. Disponible en : <http://www.archbronconeumol.org/es/estudio-cumplimiento-del-tratamiento-por/articulo/10392/>
36. García Reza, C. Landeros López, M. Gollner Zeitoune, R C . Solano Solano G. Alvarado Ávila L. Morales Del Pilar M. Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. contribución de Enfermería. REV CUIDARTE 2012; 3(3) : 280-286. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5265/solanosolano_articulo2012-1.pdf
37. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC). Atención Integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): desde la atención primaria a la especializada. Guía de práctica clínica 2010 [en línea]. España: SEPAR, semFYC; 2010 [consultada 12 Ago 2014]. 95 p. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf
38. Bendtsen P, Leijon M, Sofie A, Kristenson M. Measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a routine hospital setting: feasibility and perceived value. Health Qual Life Outcomes [en línea] 2003 Apr 11 [consultado 12 Ago 2014];1:5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12740035>
39. Cleemput I, Kesteloot K, Degeest S: Una revisión de la literatura sobre la economía de incumplimiento. Margen de mejora metodológica. Política de Salud . [en línea] 2002. [consultada 14 Ago 2014] ; 59: 65-94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11786175?dopt=Abstract>
40. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas [en línea] Jul 2005 [consultado 12 Ago 2014];1(2): 125-137. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
41. Miravittles M. La calidad de vida en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: criterios de cuantificación y repercusiones terapéuticas. Rev Clin Esp.2005; 205(9):439-42. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/la-calidad-vida-los-pacientes/articulo/13079073/>
-
42. Grimaldo M. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento psicológico [en línea] 2010 [consultado 18 Ago 2014];8(15):17-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80115648003>
43. Balbo NA, Acosta MA, Kevorko GV. Calidad de vida en pacientes epoc con oxigenoterapia crónica domiciliaria. Revista de la Faculta de Ciencias Medicas

- [en línea] 2012 [consultado 18 Ago 2014];69 (2):83-89. Disponible en: <http://www.revista.fcm.unc.edu.ar/2012.69.2/Epoc/EPOC.pdf>
44. Vivancica, S; Quiceno, JM. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *Ter Psicol.* 2011; .29 (1): 65-75
45. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Faue L, Viejo, JL et al. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol* [en línea] 2004 [consultado 18 Ago 2014]; 40(2):72-9. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13056712&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=7&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v40n02a13056712pdf001.pdf
46. Jones PW. COPD: functional status, health status and primary care. *Prim Care Respir J* [en línea] 2011 [consultado 11 Ago 2014];20(3):227-228. Disponible en: http://www.thepcrj.org/journ/vol20/20_3_227_228.pdf
47. Alonso J, Antó JM, Ferrer M. Descripción del Instrumento: Cuestionario Respiratorio de St. George (CRSG). Versión Española del St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ); 1992 [acceso 08 de octubre de 2014]. Disponible en: http://bibliopro.imim.es/media/upload/pdf/descargables/descripcion_sgrq_bibliopro.pdf
48. Güell R, Casan P, Sangenis M, Santís J, Morante F, Borrás JM et al. Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 202-210. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7788081>
49. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A medida auto-completa del estado de salud de la limitación crónica al flujo aéreo. *Am Rev Respir Dis* 1992;. 145; 1321-1327).
50. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, 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. Disponible en: <http://erj.ersjournals.com/content/9/6/1160.long>
51. Sanjuás C. Disnea y calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2002;38(10):485-8. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/disnea-calidad-vida-enfermedad-pulmonar/articulo/13037748/>
52. Muñoz-Pérez MJ, Palafox D, Palafox J, Vichido-Luna MÁ, Espinosa-Villaseñor N, Rivas-Chávez A, Varela-Cabrera JA, Soto-Vega E. Determinación de valores espirométricos en jóvenes fumadores y no fumadores. *Med Int Mex* 2013; 29 (6). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=46743&IDPUBLICACION=4815&IDREVISTA=83>

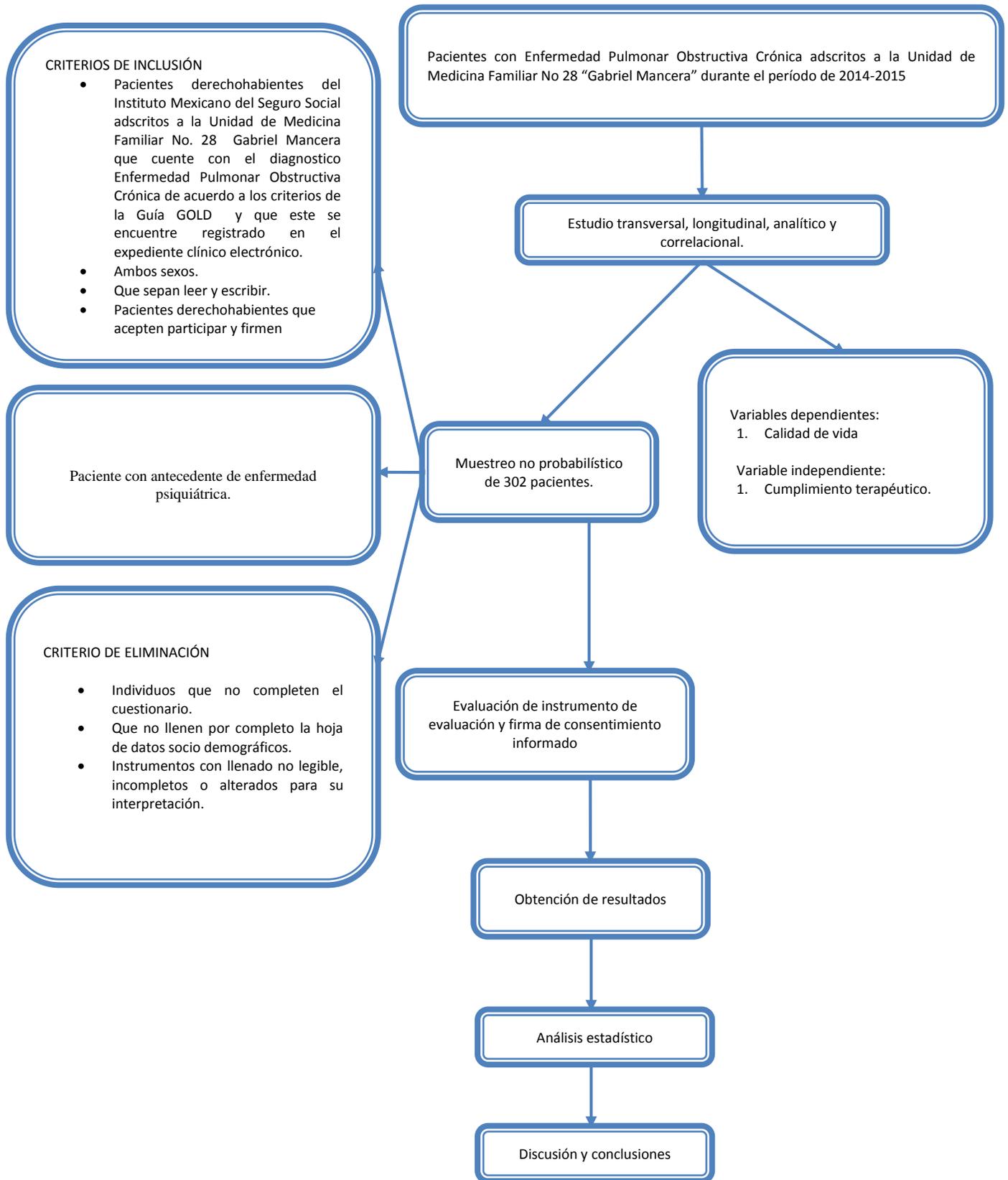
53. Aguilar Estrada, MG; Sotelo Malagón, MC; Lara Rivas, AG; García Flores, A; Sansores martínez, R H; Ramírez Venegas, A. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español en pacientes mexicanos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica. Rev. Inst. Nac. Enfermedades Respir. abr-jun. 2000.13(2): 85-95. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2000/in002c.pdf>
54. Padilla A, Olveira G, Olveira C, Dorado A, Platc JA, et al Validez y fiabilidad del Cuestionario Respiratorio de St. George en población adulta con fibrosis quística. Arch Bronconeumol. 2007;43(4):205-11. Disponible en:<http://www.archbronconeumol.org/es/validez-fiabilidad-del-cuestionario-respiratorio/articulo/13100539/>
-

13.- ANEXOS

13.1. ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2013					2014										
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	
-Elección del tema de investigación		X														
Búsqueda de Marco Teórico y Antecedentes Científicos		x	X													
Planteamiento del problema		x	x													
Pregunta de investigación					X											
Justificación					X	x										
Objetivos						x										
Hipótesis							x									
Definición de variables								x								
Material y métodos									x							
Consideraciones Éticas									x	x						
Recursos, Financiamiento											x	x				
Incorporación al SIRELCIS													X	x	x	

13. 2.- ANEXO 2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



13.3 .- ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Cumplimiento terapéutico y su relación con la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera" durante el periodo comprendido de Noviembre de 2014 a enero de 2015.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es un padecimiento controlable, cuando no se lleva un adecuado cumplimiento del tratamiento especificado por su médico afecta la calidad de vida y limita la capacidad para realizar las actividades cotidianas. El objetivo de realizar el siguiente estudio es conocer relación entre cumplimiento terapéutico con la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera.
Procedimientos:	Consistirá en contestar a la entrevistadora 1.- encuesta de datos socio demográficos (Datos generales), 2.- Test Morinsky Green Levine (Que evalúa el grado de cumplimiento a las indicaciones de su médico) y 3.- Cuestionario Respiratorio Saint George (que evalúa el impacto en la calidad de vida en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) Estos se aplicaran a los pacientes que cumplan con criterios de inclusión al estudio.
Posibles riesgos y molestias:	No se afectara su integridad física y su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Realizar acciones preventivas y de promoción a la salud, con enfoque multidisciplinario a los servicios que dentro de la Unidad de Medicina Familiar se le puede ofrece (Nutrición, Psicología, Trabajo social, Urgencias o considerar envío a segundo nivel), con el fin de que sea una base para que se puedan crear estrategias educativas como los grupos de autoayuda; fomentar en autocuidado, propiciar y fortalecer estilos de vida saludables a pacientes con esta enfermedad. Así como abrir fuentes nuevas de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Solicitar vía correo electrónico a la Dra. Yarenis Santiago Escobar.
Participación o retiro:	En cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será totalmente confidencial. El llenado del cuestionario correrá únicamente a cargo del investigador, con obtención de los datos mediante una entrevista personalizada.
Beneficios al término del estudio:	Conocer su nivel de cumplimiento terpeutico y la calidad de vida que tiene en estos momentos. Con finalidad de que se peudan realizar intervenciones oportunas para evitar un mayor deterioro generado por la enfermedad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Yarenis Santiago Escobar. Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar.
Investigador Responsable:	RMF Dra. Yarenis Santiago Escobar E-mail: narkani@hotmail.com CELULAR: 5520 94 99 18
Colaboradores:	DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA, ivonne.roy@imss.gob.mx 5522704760
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 Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 _____ 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.

13.5.1.- INSTRUMENTO 1
TEST MORINSKY GREEN LEVIN

INSTRUCCIONES. INSTRUMENTO APLICADO POR EL INVESTIGADOR

- | | | |
|---|----|----|
| 1.-¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | SI | NO |
| 2.- ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? | SI | NO |
| 3.-Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar alguna vez su medicación? | SI | NO |
| 4.- Si alguna vez se siente mal, ¿Deja de tomar la medicación? | SI | NO |

1) CUMPLIDOR

2) NO CUMPLIDOR

**13.5.2.- INSTRUMENTO 2:
CUESTIONARIO RESPIRATORIO SAINT GEORGE**

INSTRUCCIONES. INSTRUMENTO A SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR.

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

PARTE 1		SCORE
1	Durante el último año, he tenido tos:	
	La mayor parte de los días de la semana	80.6
	Varios días a la semana	63.2
	Unos pocos días a la semana	29.3
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	28.1
	Nada en absoluto	00.00
2	Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos):	
	La mayor parte de los días de la semana	76.8
	Varios días a la semana	60.0
	Unos pocos días a la semana	34.0
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	30.2
	Nada en absoluto	00.0
3	Durante el último año, he tenido falta de aire :	
	La mayor parte de los días de la semana	87.2
	Varios días a la semana	71.4
	Unos pocos días a la semana	43.7
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	35.7
	Nada en absoluto	00.00
4	Durante el último año, he tenido ataques de silbidos en los pulmones (ruidos en el pecho):	

La mayor parte de los días de la semana	86.2
Varios días a la semana	71.0
Unos pocos días a la semana	45.6
Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios	36.4
Nada en absoluto	00.00

5 Durante el último año, ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

Más de tres ataques	86.7
Tres ataques	73.5
Dos ataques	60.3
Un ataque	44.2
Nada en absoluto	00.00

6 ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

Una semana o más	89.7
De tres a seis días	73.5
Uno o dos días	58.8
Menos de un día	41.9
Ninguno	00.00

7 Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)

Ningún día fue bueno	93.3
De tres a seis días	76.6
Uno o dos días fueron buenos	61.5
Casi todos los días	15.4
Todos los días han sido buenos	00.00

8	Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)	
	No	00.0
	Sí	62.0

RESULTADO:

PARTE 2

SECCIÓN 1

9	¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? Por favor, <u>marque una sola</u> de las siguientes frases:	
	Es el problema más importante que tengo	83.2
	Me causa bastantes problemas	82.5
	Me causa pocos problemas	34.5
	No me causa ningún problema	00.00

10	Si ha tenido un trabajo con sueldo. Por favor <u>marque una sola</u> de las siguientes frases: (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)	
	Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar	88.9
	Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo	77.6
	Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo	00.0

RESULTADO

SECCIÓN 2

11	A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente	CIERTO	FALSO
	Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando	90.6	00.0
	Me falta la respiración cuando me lavo o me visto	82.8	00.0

Me falta la respiración al caminar dentro de la casa	80.2	00.0
Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano	81.4	00.0
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras	76.1	00.0
Me falta la respiración al caminar de subida	75.1	00.0
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar	72.1	00.0

RESULTADO

SECCIÓN 3

12	Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente	CIERTO	FALSO
	Me duele al toser	81.1	00.0
	Me canso cuando toso	79.1	00.0
	Me falta la respiración cuando hablo	84.5	00.0
	Me falta la espiración cuando me agacho	76.8	00.0
	La tos o la respiración interrumpen mi sueño	87.9	00.0
	Fácilmente me agoto	84.0	00.0

RESULTADO

SECCION 4

13	A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:	CIERTO	FALSO
	La tos o la respiración me apenan en público	74.1	00.0
	Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos	79.1	00.0
	Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	87.7	00.0
	Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	90.1	00.0

No espero que mis problemas respiratorios mejoren	82.3	00.0
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida	89.9	00.0
Hacer ejercicio no es seguro para mí	75.7	00.0
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo	84.5	00.0

RESULTADO

SECCION 5

14	A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)	CIERTO	FALSO
	Mis medicamentos no me ayudan mucho	88.2	00.0
	Me apena usar mis medicamentos en público	53.9	00.0
	Mis medicamentos me producen efectos desagradables	81.1	00.0
	Mis medicamentos afectan mucho mi vida	70.3	00.0

RESULTADO

SECCION 6

15	Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque cierto, si usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:	CIERTO	FALSO
	Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme	74.2	00.0
	No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo	81.0	00.0
	Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar	71.7	00.0
	Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar	70.6	00.0
	Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar	71.6	00.0

Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio	72.3	00.0
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche	74.5	00.0
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo	71.4	00.0
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia	63.5	00.0

RESULTADO

SECCION 7

16	Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:	CIERTO	FALSO
	No puedo hacer deportes o jugar	64.8	00.0
	No puedo salir a distraerme o divertirme	79.8	00.0
	No puedo salir de casa para ir de compras	81.0	00.0
	No puedo hacer el trabajo de la casa	79.1	00.0
	No puedo alejarme mucho de la cama o la silla	94.0	00.0
	A continuación hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer.		
	Este atento a la siguiente indicación: No tiene que marcarlas, 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 AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER

A continuación ¿Podría <u>marcar sólo una frase</u> que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?	SI	NO
No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer	00.0	00.0
Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer	42.0	00.0
Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer	84.2	00.0
Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer	96.7	00.0

RESULTADO

RESULTADO TOTAL O GLOBAL

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	RANGO DE CALIFICACIÓN
MINIMA ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	0- 35.0
MODERADA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA	35.1 – 70
MAXIMA ALTERACION DE LA CALIDAD DE VIDA.	70.1 - 100