



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ASMÁTICO CON
ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL H.G.Z./U.M.F. 8 "DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO"

TESIS

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. GUILLERMO DAVID ARRONA ROBLES

Cel. 9515690380. Email: gd_arrona@yahoo.com.mx

DIRECTOR DE TESIS

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Cel. 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Cel. 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DRA. TERESITA DE JESUS GUTIERREZ GARCÍA

Cel. 5550688463. Email: teretjgg@hotmail.com

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

C.D. DE MÉXICO, D. F. 2015

NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-13



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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ASMÁTICO CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HGZ/UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dr. Arrona Robles Guillermo David¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Gutiérrez García Teresita de Jesús⁴.

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES

1 Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

2 Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

3 Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

4 Médico Especialista en Neumología Adscrito al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de vida del paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, del HGZ/UMF 8. Muestra: 239 pacientes. Intervalo de confianza del 95%, incluyéndose mayores de 18 años, con asma, que deseen participar. Utilizando el cuestionario AQLQ´S (Standardized Asthma Quality of Life Questionnaire)

RESULTADOS

Se estudió a 241 pacientes con un predominio del sexo femenino 135 (56.0%). El rango de edad más frecuente fue de 44 a 69 años 110 (45.6%). La mayor parte desempleados 134 (45.6%). Educación básica 94 (39.0%) Algún grado de deterioro de la calidad de vida 235 (97.5%)

CONCLUSIONES

Este estudio concluyó que la mayoría de la población estudiada tiene algún grado de deterioro en su calidad de vida lo que es trascendente para su evolución y tratamiento

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, asma, actividades estandarizadas

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PA-
CIENTE ASMÁTICO CON ACTIVIDADES ESTANDA-
RIZADAS QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA
DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HGZ/UMF
NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Enrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Asesor metodológico de tesis

Dra. Teresita De Jesús Gutiérrez García
Especialista en Neumología
Médico adscrito del servicio de neumología
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS

Lety por ti es todo esto

Erick el motivo de mi esfuerzo y dedicación.

A mi madre y hermanos, porque a pesar de la distancia, siempre fueron un apoyo.

A mis profesores y compañeros que sin su apoyo, no hubiera sido lo mismo.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1.MARCO TEÓRICO | 1 |
| 2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| 3.JUSTIFICACIÓN | 12 |
| 4. OBJETIVO GENERAL | 13 |
| 5. HIPÓTESIS | 14 |
| 6. MATERIALES Y MÉTODOS | 15 |
| 7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 16 |
| 8. POBLACIÓN O UNIVERSO | 17 |
| 9. MUESTRA | 18 |
| 10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN | 19 |
| 11. VARIABLES | 20 |
| 12. DISEÑO ESTADÍSTICO | 24 |
| 13. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 26 |
| 14. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS | 27 |
| 15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 28 |
| 16. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS | 30 |
| 17. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 31 |
| 18. RESULTADOS | 33 |
| 19. DISCUSIÓN | 49 |
| 20. CONCLUSIONES | 54 |
| 21. BIBLIOGRAFÍA | 57 |
| 22. ANEXOS | 60 |

1. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades respiratorias ocupan los primeros lugares en las tasas de morbimortalidad en los países de escasos recursos. Dentro de la gran cantidad de padecimientos respiratorios el asma, como enfermedad crónica, representa uno de los más frecuentes en los diferentes grupos de edades¹.

En México, el asma se incluyó dentro de las enfermedades reportables desde 1995, aunque el primer registro confiable comenzó al año siguiente. Analizando la información de los últimos cinco años disponibles para su análisis (2003-2007) se puede observar que en todo el país la incidencia anual de asma fue de 2.78 ± 0.06 (promedio \pm error estándar) por cada 1,000 habitantes. Esta cifra coincide con la encontrada en un estudio en el que se analizaron las consultas médicas por esta enfermedad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).²

El asma se define como una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. El proceso se asocia con la presencia de hiperrespuesta bronquial que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento.³

El asma se caracteriza también por la considerable variabilidad en la actividad ya que los síntomas y las exacerbaciones puede ser desencadenada por una serie de factores diferentes además, las exacerbaciones repetidas pueden ayudar a perpetuar la enfermedad. Las interacciones entre la tasa de maduración del sistema inmune y el crecimiento pulmonar durante los primeros años de vida parecen ser cruciales en el desarrollo del asma.⁴

En la patogenia del asma se encuentra la inflamación de la mucosa de la vía aérea, que está presente siempre que no se trate adecuadamente. Aunque el asma es una enfermedad crónica se caracteriza por su curso fluctuante y variable, que viene determinado por diversos factores desencadenantes de exacerbación (estímulos directos e indirectos), y la intensidad de la respuesta broncoconstrictora a dichos estímulos se relaciona con la inflamación subyacente.⁵

La alteración funcional básica en el asma es la obstrucción del flujo aéreo causada por una disminución del calibre de la vía aérea, en especial durante la espiración. Esta obstrucción suele ser episódica (crisis o exacerbación asmática) y parcial o completamente reversible de forma espontánea o con el tratamiento apropiado. Aunque durante una exacerbación la obstrucción puede ocurrir en cualquier nivel del árbol traqueobronquial, la vía aérea periférica (menor a 2 mm de diámetro en un adulto) parece ser el principal sitio de obstrucción. En pacientes con asma grave la obstrucción puede estar presente de forma continua. A partir de esta alteración pueden surgir otras anomalías funcionales, como aumento del trabajo respiratorio, alteración de la mecánica pulmonar y de los volúmenes pulmonares,

desequilibrio de la relación ventilación - perfusión y compromiso del intercambio de gases. ⁶

La obstrucción de la vía aérea puede deberse a uno o varios de los siguientes componentes: 1) contracción del músculo liso, también denominado broncoespasmo, 2) aumento de la secreción mucosa, que suele ser muy adherente y en casos de asma grave puede ocasionar taponamiento de la vía aérea, 3) engrosamiento de la pared traqueobronquial por inflamación y/o remodelación. La inflamación generalmente es de predominio eosinofílico, aunque también participan células T, neutrófilos, células cebadas, etc. En casos de asma casi fatal, de inicio súbito, la infiltración suele ser de predominio neutrofílico. La remodelación incluye hipertrofia e hiperplasia del músculo liso, hiperplasia de glándulas submucosas, neovascularización y fibrosis subepitelial. La contribución de cada uno de estos elementos puede variar de acuerdo al factor desencadenante de exacerbación y a la gravedad subyacente del asma. ⁷

Las exacerbaciones del asma (ataques o crisis de asma o asma aguda) son episodios caracterizados por un aumento progresivo en la dificultad para respirar, sensación de falta de aire, sibilancias, tos y opresión torácica, o una combinación de estos síntomas. A esto se le agrega una disminución en el flujo de aire espirado, que puede documentarse y cuantificarse a través de la medida de la función pulmonar (volumen espiratoria máximo en el primer segundo o flujo espiratorio máximo). La gravedad de la crisis puede oscilar desde episodios leves que pasan casi desapercibidos para el paciente hasta otros de extrema gravedad que pueden poner en riesgo su vida (condición denominada asma casi fatal o de riesgo vital) o incluso en ocasiones producir su fallecimiento (asma fatal).⁸

Durante una exacerbación asmática hay disminución de la presión de retracción elástica o presión transpulmonar, que regresa a valores cercanos a lo normal una vez que se ha resuelto la crisis. Se desconoce la causa de esta modificación transitoria de la retracción elástica; sin embargo, en algunos pacientes, en especial aquéllos con asma moderada o grave, esta disminución persiste durante periodos asintomáticos y habiendo descartado enfisema. Se ha encontrado que la elastina, una de las principales proteínas intersticiales responsables de la retracción elástica, está disminuida o fragmentada en los tabiques alveolares peribronquiales de pacientes que murieron a causa de asma, lo que podría ser una explicación. La disminución de la retracción elástica es importante porque al dejar de traccionar a las vías aéreas éstas tienden a cerrarse prematuramente al final de la espiración, causando atrapamiento de aire. Esta tendencia al colapso prematuro se ve favorecida por los cambios propios de la vía aérea en el asma (broncoespasmo, hipersecreción mucosa, inflamación y remodelación) y por la alteración del surfactante, ya que sus propiedades se ven alteradas por el exudado proteínico y además puede sufrir degradación por enzimas eosinofílicas. El atrapamiento de aire se manifiesta por aumento del volumen residual, a expensas de una disminución de la capacidad vital. La capacidad pulmonar total suele ser normal o ligeramente incrementada. ⁹

Los documentos previos de GINA subdividen al asma de acuerdo a la severidad basado en el nivel de los síntomas, limitación al flujo de aire y variabilidad de la función pulmonar, y la divide en cuatro categorías: intermitentes, leve persistente, moderada persistente, y severa persistente. Es importante reconocer, sin embargo, que la severidad del asma implica ambas, la severidad de la enfermedad subyacente y su sensibilidad al tratamiento. Así, el asma se puede presentar con síntomas severos y la obstrucción al flujo aéreo, puede ser clasificada como severo persistente en la presentación inicial, pero responde completamente al tratamiento y después se clasifique como asma persistente moderada. Además, la severidad no es una característica invariable de un individuo con asma, sino que puede cambiar a través de los meses o años. ¹⁰ VER TABLA ANEXO 1

El diagnóstico clínico del asma es aclarado a menudo por síntomas tales como disnea episódica, sibilancias, tos y tirantez de pecho. La variabilidad estacional de los síntomas y los antecedentes familiares positivos del asma y de una enfermedad atópica son también guías de diagnóstico provechosas. El asma se asocia con síntomas que pueden ocurrir en forma intermitente, con el paciente asintomático entre las temporadas o pueden incluir empeoramiento estacionario en el paciente con antecedente de asma persistente. Las características de los síntomas que sugieren fuertemente un diagnóstico de asma son su variabilidad; su precipitación por los irritantes no específicos, tales como humo de cigarrillo, el humo, los olores fuertes, o por ejercicio; su probabilidad de empeorar en la noche; y de su respuesta a la terapia antiastmática apropiada. ¹¹

Debido a que los síntomas del asma son variables, el examen físico del sistema respiratorio puede ser normal. Generalmente lo más anormal encontrado en el examen físico son las sibilancias en la auscultación, un hallazgo que confirma la limitación del flujo de aire. Sin embargo, en algunas personas con asma, la auscultación puede ser normal o las sibilancias se detectan solamente cuando le solicitan exhalar fuertemente, incluso en presencia de una limitación significativa al flujo de aire. De vez en cuando, en exacerbaciones severas del asma, las sibilancias pueden estar ausentes debido a una seria reducción en el flujo de aire y a la ventilación. Sin embargo, los pacientes en este estado usualmente tienen otros signos físicos que reflejan la exacerbación y su severidad, tal como cianosis, somnolencia, dificultad del habla, taquicardia, tórax hiperinsuflado, el uso de músculos accesorios y la retracción intercostal. Otros signos clínicos son solamente probables que estén presentes si se examinan a los pacientes durante períodos sintomáticos. Las características de la hiperinflación se dan en los pacientes que respiran con un volumen pulmonar más altos para aumentar la contracción exterior de las vías aéreas, para mantener el patrón de vías aéreas más pequeñas (normalmente son estrechas por una combinación de la contracción del músculo liso, edema, y de la hipersecreción de moco. La combinación de la hiperinflación y de la limitación al flujo de aire en una exacerbación del asma aumenta marcadamente el trabajo de la respiración. ¹²

El diagnóstico del asma se basa generalmente en la presencia de síntomas característicos. Sin embargo, las medidas de la función pulmonar, y particularmente la reversibilidad de las anomalías de la función pulmonar, aumentan la certeza en el diagnóstico. Diversos métodos están disponibles para determinar la limitación al flujo de aire, pero dos métodos han encontrado una extensa aceptación para su uso en pacientes mayores de 5 años de edad. Éstas son espirometría, particularmente la medición del volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) y de la capacidad vital forzada (FVC), al igual que el pico flujo durante la espiración. La espirometría, es de mayor costo y dificultad técnica que la flujometría, y en México suele estar disponible en consultorios especializados y laboratorios de análisis clínicos. Esta prueba analiza la totalidad de la espiración forzada durante mínimo seis segundos, por lo que puede proporcionar información sobre el flujo alcanzado en cualquier segmento de la espiración, ya sea el PEF o el flujo alcanzado al 25, 50 o 75% de la capacidad vital (FEF25, FEF50, FEF75, respectivamente) o bien el flujo calculado entre el 25 y 75% (FEF25-75). Otro parámetro directamente relacionado al flujo y útil para evaluar obstrucción es el volumen espiratorio forzado al primer segundo (FEV1), así como su relación con la capacidad vital forzada (FEV1/FVC). La pletismografía es más compleja que las pruebas anteriores y sólo se realiza en algunas unidades médicas de segundo o tercer nivel de atención médica. En este estudio el sujeto está sentado en el interior de una cabina hermética que continuamente mide los cambios de volumen y presión en su interior. El sujeto respira a través de una boquilla conectada a sensores que también cuantifican el volumen de aire inspirado/espirado y la presión cercana a la boca. Con estos elementos el equipo puede calcular las mismas variables que la espirometría, además de otras que esta última no puede evaluar, tales como el volumen residual (RV), la capacidad pulmonar total (TLC) y la Raw.¹³

El asma se manifiesta por síntomas como disnea, tos, expectoración, sibilancias y sensación de opresión torácica, los cuales pueden traer como consecuencia limitaciones en las actividades físicas y sociales, deteriorando la calidad de vida del paciente. Este último aspecto, calidad de vida, toma en cuenta las implicaciones emocionales de la enfermedad, mismas que variarán de persona a persona, dependiendo de su sensibilidad individual¹⁴.

Así, si el enfermo es una persona optimista, no se aislará socialmente y tratará de seguir haciendo su vida como normalmente la hacía, siendo más probable que se informe de su enfermedad y que siga las indicaciones de su médico. Sin embargo, si es una persona pesimista o negativa sentirá su enfermedad como algo catastrófico, se aislará socialmente, sintiéndose inútil e incapaz de seguir haciendo su vida como antes lo hacía; son personas que se deprimen y no son capaces de llevar su tratamiento como debe ser, se rebelan ante el hecho de estar enfermos y, por tanto, viven su enfermedad como algo incapacitante, deteriorando de manera importante su calidad de vida. En las últimas décadas, los estudios de calidad de vida se han venido incrementando de manera importante, no sólo en pacientes con asma, sino también en aquellos con otras enfermedades crónicas e incapacitantes¹⁵.

En la actualidad, los médicos han pasado de las medidas objetivas, exclusivamente, a considerar también las opiniones relatadas por sus enfermos y a tomar en consideración sus particularidades y sus sentimientos idiosincrásicos, que podrían llamarse medidas subjetivas. Esto supone un importante avance en la filosofía médica y conlleva un cambio de actitud en lo que la práctica médica debe llegar a ser¹⁶.

Por tanto, debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables¹⁷.

Para este fin se han diseñado diversos cuestionarios. Uno de los autores pioneros en crear y validar cuestionarios que midieran la calidad de vida en pacientes asmáticos fue Elizabeth Juniper, en el Centro Médico de la Universidad de McMaster, Canadá. En sus primeros estudios mencionaba que el tratamiento que se les daba a los enfermos asmáticos estaba enfocado a administrar medicamentos, considerando únicamente el aspecto fisiológico, pero que el efecto que pudiera tener éste en la vida del paciente no se tomaba en cuenta. Con este objetivo, Juniper intentó evaluar la salud relacionada con el deterioro de la calidad de vida del paciente asmático, desarrollando cuestionarios que fueran confiables, válidos y objetivos¹⁸.

Mediante el uso de cuestionarios de calidad de vida se ha podido comprobar que los enfermos asmáticos generalmente padecen también algún grado de trastorno emocional. Estos estudios se han hecho en diversas poblaciones, pero se desconoce si este tipo de afectación ocurre también entre los pacientes mexicanos¹⁹.

Un manejo eficaz se reflejará en una actividad cotidiana sin limitaciones físicas, emocionales o sociales y permiten una buena relación interfamiliar, escolar y médico paciente. De esta forma lo que realmente valora el éxito del buen manejo integral del paciente asmático es la evaluación de la calidad de vida, tanto del paciente como de sus familiares y cuidadores²⁰.

El AQLQ (S) es probablemente más apropiado que el AQLQ de largo plazo. Los datos de respuesta a partir de los dos instrumentos son muy similares. Por lo tanto, el tamaño de la muestra para el AQLQ (S) son muy similares a los exigidos para el AQLQ.2 Aunque se utiliza más tiempo para obtener las actividades específicas del paciente, la inclusión de estas preguntas permite a los pacientes sentir que las cosas que son importantes para ellos están siendo tomadas en cuenta, y esto puede mejorar su apego al tratamiento. Este cuestionario fue validado en 1999 y posee un coeficiente de correlación del 0.96%²¹.

Aunque el AQLQ original, es bastante ordenado, ya que tiene las cinco actividades específicas para cada paciente, no es muy práctico. Los pacientes no solo tienden a cambiar sus actividades a través del tiempo, sino que además es difícil convencer al personal de aplicación no cambiar la secuencia. En respuesta a la necesidad de una versión más simple, se desarrolló la versión normalizada AQLQ'S en la que todas las preguntas de actividad son genéricas (es decir, la misma para todos los pacientes), esto hace que su comprensión sea mucho más fácil. El AQLQ'S tiene una especificación de tiempo de dos semanas. Esto significa que se les pide a los pacientes que recuerden sus experiencias durante los últimos 14 días. Hay fuertes indicios de que este es el tiempo máximo durante el cual los pacientes pueden recordar sus experiencias con algún grado de precisión. Por lo tanto, la especificación del tiempo no debe ampliarse más allá de dos semanas. Sin embargo el asma es una condición que puede fluctuar durante periodos muy cortos de tiempo y puede ser necesario para reducir la especificación de tiempo²².

La versión AQLQ'S tiene fuertes propiedades de medición y ha sido plenamente validado para su uso en la práctica y ensayos clínicos. Tiene buenas propiedades discriminativas (fiabilidad y validez de la sección transversal). Esto significa que en estudios transversales, como en las encuestas, es capaz de detectar diferencias entre los pacientes que tienen diferentes niveles de calidad de vida debido al deterioro del asma. En la clínica, se puede dar una estimación precisa de la cantidad de deterioro experimentado por los pacientes individualmente. También tiene fuertes propiedades evaluativas (capacidad de respuesta y validez longitudinal). Esto significa que son sensibles a los cambios pequeños pero importantes que los pacientes experimentan ya sea como resultado de una intervención o la variación natural de la condición²³.

El AQLQ'S ha sido desarrollado para medir los problemas (físicos, emocionales, laborales y sociales) funcionales que son más problemáticos para los adultos con asma. Las preguntas fueron seleccionadas utilizando un método bien establecido para el desarrollo del cuestionario de calidad de vida. Esto significa que contiene los problemas del diario y las limitaciones que la mayoría de los adultos con asma encuentran más problemáticas. La estructura de cuestionario, con la elección de siete respuestas para cada pregunta y un periodo de recuperación de dos semanas ha sido elegido para asegurar que sea un instrumento de medición de precisión. Es capaz de captar pequeñas diferencias pero clínicamente importantes como cambios que experimentan los pacientes como consecuencia del tratamiento o la variación natural²⁴.

Las 32 preguntas (ítems) en el AQLQ'S se dividen en cuatro dominios: limitación de actividades, síntomas, funciones emocionales y estímulos ambientales. La puntuación global del AQLQ'S es la media de las respuestas a cada una de las 32 preguntas. Por lo tanto, la puntuación global resultante será entre 1 y 7. Los dominios se analizan exactamente de la misma manera. Todas las preguntas son relativas acerca de los problemas que se producen como consecuencia del asma. Por lo tanto, el cuestionario no puede ser contestado por cualquier persona que no tiene asma y así no puede haber "valores normales". La mejor puntuación es de 7.0

lo que significa que el paciente no tiene impedimentos debido al asma. Sin embargo, una vez que la puntuación comienza a caer por debajo de 7.0 significa que el paciente está experimentando algún grado de deterioro incluso si es mínimo. El 1.0 es el otro extremo de la escala e indica un deterioro severo, 4.0 indica un grado moderado de discapacidad²⁵.

El estudio de la calidad de vida en el asma se está convirtiendo en un elemento más de la valoración del paciente en la práctica clínica diaria. Esto es debido a que el asma es una enfermedad que repercute de una manera muy directa sobre la actividad de los pacientes. La presencia de síntomas hace que la calidad de vida de los pacientes asmáticos se vea reducida de forma considerable y más aún, cuanto mayor sea la intensidad y duración de los síntomas. Esto produce una serie de interacciones de las esferas física y psíquica que limitará de manera importante la vida de estos pacientes. Así el clínico debe incorporar también la percepción del paciente, a la hora de hacer la evaluación del paciente. La medición del estado de salud en la práctica clínica habitual podrá contribuir a la prestación de una asistencia de mayor calidad en el paciente con enfermedad respiratoria²⁶.

ANTECEDENTES

La prevalencia y la gravedad de las enfermedades respiratorias crónicas, junto con el consiguiente impacto económico, son un reto para el sistema de salud pública. Además, las enfermedades de las vías respiratorias son una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral temporal en España. El asma en particular, es una enfermedad respiratoria crónica con altos costos económicos que a nivel mundial superan a los costos combinados de la tuberculosis y el VIH / SIDA. Los aumentos de los costos observados durante los últimos años se han debido principalmente a los gastos indirectos representados por una mayor proporción significativa del mayor ausentismo laboral por enfermedad. La relación entre las condiciones de asma y de trabajo, sobre todo entre los pacientes con asma ocupacional y asma trabajo agravado, han sido establecido con claridad. Por ello se cree que hasta el 15% de los casos de asma en adultos se puede atribuir a la exposición ocupacional. El análisis de las causas de incapacidad laboral entre los asmáticos es complejo por la etiología multifactorial probable, que incluye factores tales como la salud del sujeto, condiciones de trabajo, y la condición social y sanitaria del país. Un mayor conocimiento de los factores que tienden a aumentar el ausentismo de los asmáticos permitirá reducir los costos asociados con la enfermedad²⁷.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el asma es la primera causa de atención en la consulta externa y urgencias, y ocupa el segundo lugar como causa de hospitalización. Los estudios realizados en población mexicana con asma muestran que el área emocional es la más afectada en aquellos pacientes con asma grave, en comparación con aquellos que tienen asma menos grave, demostrando que existe una estrecha relación con entre el factor psicológico y la sintomatología respiratoria. El que el asma presente como síntoma principal la disnea, determina en el paciente cierto grado de ansiedad, la cual, por un lado, puede ser determinada por la personalidad, y por otra parte, por la educación recibida para controlar su enfermedad. La identificación de que el área principal de afectación en el paciente asmático es la emocional, permitirá implementar estrategias de apoyo psicológico o técnicas que resuelvan o mejoren la calidad de vida del paciente asmático. Esto tendrá como consecuencia que el paciente eleve su autoestima, tenga mayor aceptación y conocimiento de su enfermedad y tenga mayor apego al tratamiento, lo cual le ayudará posiblemente a controlar mejor sus crisis asmáticas y disminuir el número de hospitalizaciones^{28, 29}.

La incidencia de la obesidad está aumentando drásticamente en los EE.UU. y en todo el mundo, tanto en niños como en adultos. Se ha demostrado recientemente que la adiposidad es un factor de riesgo para el asma, especialmente en las mujeres. Las explicaciones mecanicistas que se han realizado para explicar esta asociación incluyen, mecánica de efectos (como la falta de estiramiento de las vías aéreas que lleva a enclavamiento de músculo liso) y efectos inmunológicos de la adiposidad, así como la genética hormonal y los efectos ambientales (incluyendo cambio en los factores dietéticos y el aumento de la exposición a alérgenos y aumento de hábitos sedentarios). Se ha demostrado recientemente que la adiposidad se asocia con inflamación sistémica crónica de bajo grado. Este estado inflamatorio es relacionado a proteínas adipocinas producidas principalmente por adipocitos, que pueden ser células pro-inflamatorias (tales como la leptina) o anti-inflamatorio (tales como adiponectina). Análisis recientes han sugerido que las concentraciones séricas elevadas de leptina pueden ser un factor de riesgo independiente para asma en mujeres pre menopáusicas. Del mismo modo, se ha planteado la hipótesis de que la disminución de las concentraciones séricas de adiponectina en seres humanos obesos puede contribuir a la propensión hacia el asma³⁰.

En los seres humanos, el dimorfismo sexual se observa en la prevalencia y la gravedad de muchas enfermedades, incluyendo la obesidad y el asma. La obesidad es un factor de riesgo para el asma. Algunos estudios también han demostrado una asociación entre las adipocinas y el asma. En nuestros estudios, tenemos demostrado que la obesidad y adipocinas son más fuertemente asociadas con el asma en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la posible modificación del efecto de estas asociaciones por sexo sigue siendo controvertido y necesita más investigación. En base a los estudios previos, que postula que las diferencias relacionadas con el sexo en la grasa ectópica (como la grasa intramuscular y la grasa visceral) pueden explicar estas asociaciones en las mujeres. También se hipotetiza un papel primordial de las gónadas hormonas en la regulación tanto de la secreción de adipocinas por la grasa ectópica y el efecto adipocina en la vía aérea. Además, la mayoría de la literatura sugiere que la asociación de la obesidad y adipocinas con asma es independiente de la actividad física. Sin embargo, la relación entre el sexo, la obesidad, las adipocinas, y la actividad es compleja y necesita investigación adicional³¹.

La prevalencia de asma en población adulta residente en la Ciudad de México y área metropolitana es de 5%, significativamente menor en hombres (3.3%) que en mujeres (6.2%), $p=0.03$. En nuestro estudio la obesidad (IMC ≥ 30) se asoció con asma en mujeres pero no en hombres. Los síntomas auto reportados relacionados con el sueño fueron ocho veces más frecuentes en los pacientes con asma que en la población general. Este es el primer estudio de base poblacional en México que determina la prevalencia de asma en adultos, la cual fue de 5%. En estudios en población adulta realizados en nuestro país, la prevalencia de asma varía de 0.2% en una población geográficamente definida a 8.6% en población de 20 a 44 años, sin embargo, estos estudios no son comparables al nuestro por las diferencias en su diseño epidemiológico y en la edad de las poblaciones estudiadas. Desde el estudio del International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC, por sus siglas en inglés) es sabido que la prevalencia de asma y alergias varía considerablemente en el mundo de 0.8 a 32.6% por motivos conocidos de manera incompleta. En general la prevalencia es menor en áreas rurales que en urbanas, y en México se ha documentado que es menor en el altiplano que a nivel del mar. La variabilidad se incrementa mucho más cuando se utilizan criterios heterogéneos de diagnóstico³².

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cualquier condición médica, hay tres razones básicas para el tratamiento de pacientes: para evitar morir, para reducir el riesgo de daños a órganos a largo plazo, y para mejorar su bienestar “calidad de vida”. En el asma, los resultados clínicos convencionales, tales como FEV1, PEF, los síntomas, esputo, etc., se utilizan para evaluar el control del asma y se usan principalmente para evaluar si se están logrando los dos primeros objetivos. En el pasado, se asumía con frecuencia que estas medidas clínicas ofrecerán información detallada sobre el bienestar de los pacientes. Ciertamente, los pacientes con asma muy grave tienden a tener peor calidad de vida que los pacientes con enfermedad más leve, pero la investigación reciente ha demostrado que no sólo la calidad de vida se correlaciona estrechamente con el control de asma, y es un componente muy distinto de la situación global del asma. Por lo tanto el impacto que el asma causa en la calidad de vida del paciente no se puede deducir de los índices clínicos, debe medirse directamente.

¿Cuál es la calidad de vida del paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF 8 del IMSS?

3. JUSTIFICACIÓN

El asma en adultos supone una alteración estructural y funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento o dolor y un proceso social que puede llegar hasta la invalidez; así pues, esta enfermedad altera la forma y estilo de vida de quienes la padecen.

Durante los años 90, se desarrollaron medidas de calidad de vida relacionadas con la salud y muchos clínicos reconocen la importancia de incorporar esta valoración con objeto de conseguir una información global sobre el estado de salud de un paciente. El Cuestionario de Calidad de Vida del Paciente Asmático con Actividades Estandarizadas (AQLQ´S) es un cuestionario específico, desarrollado por Juniper et al, que valora el impacto del asma en la vida diaria del paciente asmático. Contiene 23 puntos que abarcan tres aspectos: síntomas, limitación de actividades y función emocional.

4. **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida del paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

5. HIPOTESIS

Se realizó hipótesis descriptiva por motivos de enseñanza

HIPOTESIS NULA (H0)

No existe alteración de la calidad de vida del paciente asmático que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF 8

HIPOTESIS ALTERNA (H1)

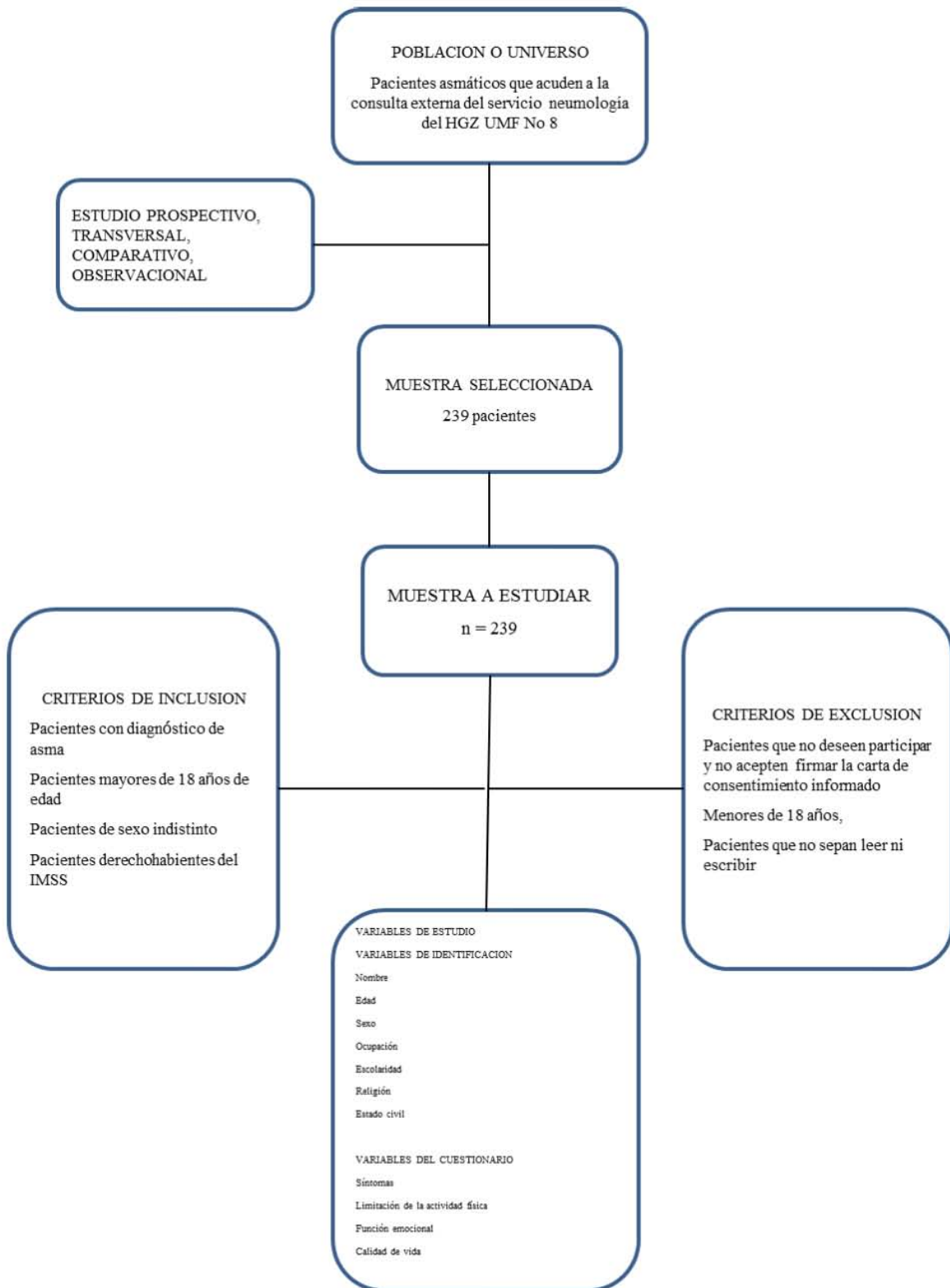
Existe alteración de la calidad de vida del paciente asmático que acude la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF 8

6. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DR GUILLERMO DAVID ARRONA ROBLES

8. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en pacientes asmáticos que acuden a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No 8 en una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se efectuó en el HGZ/UMF No. 8 Ubicado en la Colonia Tizapan San Ángel Delegación Álvaro Obregón. CP 01090 Ciudad de México. En el periodo comprendido de marzo de 2013 a febrero de 2015

9. MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, requerirá de 239 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.15. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

10. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico de asma
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes de sexo indistinto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar en el estudio de investigación.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que no sepan leer ni escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes asmáticos que NO completen el cuestionario o dieron más de una respuesta en el instrumento aplicado

11. VARIABLES

➤ VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Nombre
2. Edad
3. Sexo
4. Ocupación
5. Religión
6. Escolaridad
7. Estado civil

➤ VARIABLES DEL CUESTIONARIO

8. Síntomas del asma
9. Función emocional
10. Limitación de la actividad física
11. Calidad de vida

➤ VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

Asma

VARIABLE DEPENDIENTE:
Calidad de vida

VARIABLE INDEPENDIENTE:
Asma

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

| | |
|--|---|
| ASMA | Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; se acompaña de una mayor reactividad traqueobronquial que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada. Caracterizado por obstrucción en el flujo de aire (broncoconstricción, tapones de moco y aumento de la respuesta inflamatoria) |
| CALIDAD DE VIDA | Percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y reacción con sus objetivos, expectativas y valores e intereses |
| SINTOMAS DE ASMA | Referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, causado por asma |
| LIMITACION DE LA ACTIVIDAD FISICA | Dificultad para ejecutar actividad física por cualquier causa |
| FUNCIÓN EMOCIONAL | Referido al estado de ánimo y como este repercute en las actividades diarias |
| EDAD | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo |
| SEXO | Género al que pertenece un individuo |
| OCUPACIÓN | Forma en que una persona dedica el tiempo |
| RELIGIÓN | Conjunto de creencia y dogmas que definen una relación del hombre con lo sagrado |
| ESCOLARIDAD | Grado académico de estudio |
| ESTADO CIVIL | Estado en que una persona se encuentra legalmente |

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

| NOMBRE DE VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALORES DE LAS VARIABLES |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------|--|
| Nombre del paciente | Cualitativa | Textual | Nombre |
| Edad | Cuantitativa | Continua | Años |
| Sexo | Cualitativa | Nominal | 1.-Femenino 2.-Masculino |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | 1.-Empleado 2.-Desempleado |
| Religión | Cualitativa | Nominal | 1.-Con religión 2.-Sin religión |
| Escolaridad | Cualitativa | Nominal | 1.-Sabe leer y escribir 2.-Básica 3.-Bachillerato 4.-Licenciatura 5.-Posgrado |
| Estado civil | Cualitativa | Nominal | 1.-Soltero 2.-Casado 3.-Viudo 4.-Divorciado 5.-Unión libre |

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ASMÁTICO

| NOMBRE DE VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | VALORES DE LAS VARIABLES |
|---------------------|------------------|--|---|
| Calidad de vida | cualitativa | Puntuación del cuestionario o AQLQ Nominal dicotómica | 1.-Deterioro severo de discapacidad 2.-Grado moderado a severo de discapacidad 3.-Grado moderado a severo de discapacidad 4.-Grado moderado de discapacidad 5.-Grado leve a moderado de discapacidad 6.-Grado leve a moderado de discapacidad 7.-Sin impedimentos |

12. DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza de 95% se calcularon: distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia del 12%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ASMÁTICO

Se utilizó el cuestionario “Standardized Asthma Quality of Life Questionnaire” (AQLQ´S) (Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith y Townsend 1996) para determinar la calidad de vida y una encuesta con datos de identificación personalizada.

El AQLQ´S fue desarrollado y validado es su versión original por la Dra. E: Juniper en la universidad de Mc Master en Canadá, consta de 23 preguntas con 7 opciones excluyentes cada una. Cada pregunta se puntúa de 1 a 7 y la puntuación global es la media de todas las preguntas. Además, se obtienen otras 3 dimensiones, que son el resultado de agrupar las preguntas que se refieren a los síntomas, la función emocional y las actividades de la vida diaria. Los números del 1 al 7 representan todos los grados posibles de afección, donde 1 es la máxima afección y 7 la mínima, mientras que 2, 3, 4, 5 y 6 representan la totalidad de las posibilidades intermedias. Los ítems se encuentran en tres dominios: síntomas (contiene 10 preguntas: 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 y 23), función emocional (con 8 preguntas: 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 21) y limitación de la actividad física (tiene 5 preguntas: 1, 2, 3, 19 y 22). El cuestionario está diseñado para ser completado mediante entrevista o directamente por el paciente.

En el AQLQ´S hay tres “preguntas individualizadas”. Esto permite medir cambios en las limitaciones de actividades importantes en todos los pacientes de un estudio y en las limitaciones específicas de pacientes individuales, estas son evaluadas en una escala de 7 puntos.

El cuestionario es directamente analizado a partir de las calificaciones registradas y los resultados son expresados en la forma de una calificación promedio por pregunta para cada uno de los dominios, al igual que por la calidad de vida en general. La calificación para la calidad de vida en general se estima a partir de la calificación promedio de todas las preguntas, oscilando la calificación final de 1 a 4= peor calidad de vida y de 5 a 7= mejor calidad de vida

13. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó el cuestionario de calidad de vida AQLQ´S de manera individual a los pacientes asmáticos que acudan a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF 8. Se dará un tiempo de 20 minutos para la contestación de esta prueba.

En este estudio participaron pacientes con diagnóstico de asma del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, informando en qué consiste éste estudio de investigación. Para aquellos pacientes que acepten participar, se les entregará la carta de consentimiento informado (**anexo 2**) la cual se les pedirá lean detenidamente y si están de acuerdo la firmen.

Posteriormente se les solicitará a los pacientes completen la ficha de identificación (**anexo 3**) y al finalizarla se les proporcionará el cuestionario de calidad de vida en el paciente asmático (**anexo 4**) para que lo contesten de manera individual.

La prueba deberá realizarse en 20 minutos, será importante recordar que cada pregunta no requiere de más de una respuesta por categoría.

Una vez completada la muestra del estudio, se procederá a aplicar los criterios de eliminación dejando por separado aquellos cuestionarios incompletos o con más de una respuesta por categoría. Por último se procederá a recolectar los datos en una hoja de cálculo para formar la unidad de análisis.

14. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Control de sesgos de información.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

Sesgos de selección.

Se evaluó cuidadosamente la selección de participantes en el estudio, utilizando cuidadosamente los criterios de inclusión al seleccionar las unidades de estudio y eligiendo los grupos de estudio representativos.

Control de sesgo de análisis.

Se registró y analizó todos los datos obtenidos de los cuestionarios adecuadamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir y siendo cuidadosos en la interpretación de los datos recabados.

Se utilizó el cuestionario de AQLQ'S para evaluar la calidad de vida de pacientes asmáticos con actividades estandarizadas, el cual tiene una alfa de cronbach de 0.99.

Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción

Si existe dudas sobre alguna definición del instrumento se utilizara un diccionario para disipar las dudas.

15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ASMATICO QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8

2013

| FECHA | M A R 20 13 | A B R 20 13 | M A Y 20 13 | JU N 20 13 | JU L 20 13 | A G O 20 13 | S E P 20 13 | O C T 20 13 | N O V 20 13 | DI C 20 13 | E N E 20 14 | FE B 20 14 |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| TITULO | X | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES | X | | | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | X | | | | | | | | | | | |
| OBJETIVOS | | X | | | | | | | | | | |
| HIPOTESIS | | X | | | | | | | | | | |
| PROPOSITOS | | X | | | | | | | | | | |
| DISEÑO METODOLOGICO | | X | | | | | | | | | | |
| ANALISIS ESTADISTICO | | X | X | | | | | | | | | |
| CONSIDERACIONES ETICAS | | | X | | | | | | | | | |
| RECURSOS | | | X | | | | | | | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | X | | | | | | | | | |
| ASPECTOS GENERALES | | | X | | | | | | | | | |
| ACEPTACION | | | X | | | | | | | | | |

2014

| FECHA | M R 20 14 | A B R 20 14 | M A Y 20 14 | JU N 20 14 | JU L 20 14 | A G O 20 14 | SE P 20 14 | O CT 20 14 | N O V 20 14 | DI C 20 14 | EN E 20 15 | FE B 20 15 |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO | | | | X | | | | | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | | | | | X | X | X | X | | | | |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS | | | | | | | | X | | | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | | | | | | X | | | | |
| DESCRIPCION DE DATOS | | | | | | | | | X | | | |
| DISCUSIÓN DE DATOS | | | | | | | | | X | | | |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO | | | | | | | | | | X | | |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL | | | | | | | | | | X | | |
| REPORTE FINAL | | | | | | | | | | | X | |
| AUTORIZACIONES | | | | | | | | | | | X | |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO | | | | | | | | | | | | X |
| PUBLICACION | | | | | | | | | | | X | X |

16. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Se contó para la realización de esta tesis con recursos humanos en base de un investigador. Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contó con un equipo de cómputo SONY VAIO con WINDOWS 7, una memoria USB de 8 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo. Se utilizaron las instalaciones del HGZ UMF No 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, servicio de la consulta externa de neumología. Los gastos de esta tesis corrieron por cuenta del Dr. Guillermo David Arrona Robles.

17. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- La presente tesis obedece a lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, quien en sus primeros párrafos establece lo siguiente:
 1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.
 2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
 3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
 4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
 5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
 6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
 7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
 9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.
 10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
- El reglamento de la Ley general de Salud en materia de investigación para la salud en México.
 - Así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
 - Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis calidad de vida en pacientes asmáticos con actividades estandarizadas del HGZ/UMF No. 8, dentro de los anexos. (ANEXO 2)

18. RESULTADOS:

Se estudió 241 pacientes con diagnóstico de asma del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en donde se encontró en relación al sexo 135 (56.0%) femeninos y 106 (44.0%) masculinos.

(ver tabla 1 y gráfica 1)

Los resultados obtenidos para la edad fueron los siguientes: el valor mínimo 19 años, el máximo 94 años, la media de 56.57 años con una desviación estándar de 18.72 años.

La edad se distribuyó en rangos de la siguiente manera: 64 (26.6%) de 18 a 43 años, 110 (45.6%) de 44 a 69 años, 67 (27.8%) de 70 a 95 años. (Ver tabla 2 y gráfica 2)

En el rubro que corresponde a la ocupación se encontró: 107 (44.4%) empleados, 134 (55.6%) desempleados. (Ver tabla 3 y gráfica 3)

En el apartado de estado civil se observó: 22 (9.1%) solteros, 127 (52.7%) casados, 53 (22.0%) viudos, 12 (5.0%) divorciados y 27 (11.2%) en unión libre. (Ver tabla 4 y gráfica

4)

En relación al apartado de religión se observó lo siguiente: 226 (93.8%) con religión y 15 (6.2%) sin religión. (Ver tabla 5 y gráfica 5)

Respecto a los datos obtenidos en relación a la escolaridad se obtuvo: 2 (0.8%) saben leer y escribir, 94 (39.0%) básica primaria-secundaria, 71 (29.5%) bachillerato, 63 (26.1%) licenciatura y 11 (4.6%) posgrado. (Ver tabla 6 y gráfica 6)

De acuerdo al cuestionario AQLQ´S se obtuvieron los siguientes datos: 7 (2.9 %) deterioro severo de la discapacidad, 117 (48.5%) deterioro moderado a severo de la discapacidad, 5 (2.1%) deterioro moderado de discapacidad, 106 (44.0%) deterioro leve a moderado de discapacidad, y 6 (2.5%) sin impedimentos. (Ver tabla 7 y gráfica 7)

En el rubro de sexo y calidad de vida se encontró lo siguiente: en el sexo femenino 2 (0.8%) sin impedimentos, 67 (27.8%) grado leve a moderado de discapacidad, 2 (0.8%) grado moderado de discapacidad, 60 (24.9%) grado moderado a severo de discapacidad y 4 (1.7%) deterioro severo de discapacidad. Por otro lado, en el sexo

masculino 5 (2.1%) sin impedimentos, 50 (20.7%) grado leve a moderado de discapacidad, 3 (1.2%) grado moderado de discapacidad, 46 (19.1%) grado moderado a severo de discapacidad y 2 (0.8%) deterioro severo de discapacidad.

(Ver tabla 8 y grafica 8)

De acuerdo a la sección de edad en rangos y calidad de vida se observó: en el rango de 18 a 43 años 6 (2.5%) sin impedimentos, 41 (17.0%) deterioro leve a moderado de discapacidad, 2 (0.8%) deterioro moderado de discapacidad y 15 (6.2%) deterioro moderado a severo de discapacidad. Mientras que de 44 a 69 años, 47 (19.5%) deterioro leve a moderado de discapacidad, 2 (0.8%) deterioro moderado de discapacidad, 60 (24.9%) deterioro moderado a severo de discapacidad, 1 (0.4%) deterioro severo de discapacidad. Y de 70 a 95 años 1 (0.4%) sin impedimentos, 29 (12.0%) deterioro leve a moderado de discapacidad, 1 (0.4%) deterioro moderado de discapacidad, 31 (12.9%) deterioro moderado a severo de discapacidad y 5 (2.1%) deterioro severo de discapacidad. (Ver tabla 9 y gráfica 9)

En la asociación de ocupación y calidad de vida se observó: se encuentran empleados 5 (2.1%) sin impedimentos, 59 (24.5%) grado leve a moderado de discapacidad, 2 (0.8%) grado moderado de discapacidad y 41 (17.0%) grado moderado a severo de discapacidad. Por otra parte los que se encuentran desempleados 2 (0.8%) sin impedimentos, 58 (24.1%) deterioro leve a moderado de discapacidad, 3 (1.2%) deterioro moderado de discapacidad, 65 (27.0%) deterioro moderado a severo de discapacidad y 6 (2.5%) deterioro severo de la discapacidad. (Ver tabla 10 y gráfica 10)

En el apartado de estado civil y calidad de vida se obtuvieron los siguientes datos: solteros 3 (1.2%) sin impedimentos, 12 (5.0%) deterioro leve a moderado de discapacidad y 7 (2.9%) deterioro moderado a severo de discapacidad. Casados 1 (0.4%) sin impedimentos, 65 (27.0%) con deterioro leve a moderado de discapacidad, 4 (1.7%) deterioro moderado de discapacidad, 54 (22.4%) deterioro moderado a severo de discapacidad y 3 (1.2%) deterioro severo de discapacidad. Mientras que los viudos 1 (0.4%) sin impedimentos, 20 (8.3%) deterioro leve a moderado de discapacidad, 1 (0.4%) deterioro moderado de discapacidad, 28 (11.6%) deterioro moderado a severo de discapacidad y 3 (1.2%) deterioro severo de discapacidad. En tanto que divorciados 4 (1.7%) con grado leve a moderado de discapacidad y 8 (3.3%) grado moderado a severo de discapacidad. Por otra parte viven en unión libre 2 (0.8%) sin impedimentos, 16 (6.6%) deterioro leve a moderado

de discapacidad y 9 (3.7%) deterioro moderado a severo de discapacidad. (Ver tabla 11 y gráfica 11)

Con respecto al rubro de religión y calidad de vida se obtuvo: si cuentan con una religión 6 (2.5%) sin impedimentos, 109 (45.2%) grado leve a moderado de discapacidad, 4 (1.7%) grado moderado de discapacidad, 101 (41.9%) grado moderado a severo de discapacidad y 6 (2.5%) grado severo de discapacidad. Mientras que los que no cuentan con religión 1 (0.4%) sin impedimentos, 8 (3.3%) grado leve a moderado de discapacidad, 1 (0.4%) grado moderado de discapacidad y 5 (2.1%) grado moderado a severo de discapacidad. (Ver tabla 12 y gráfica 12)

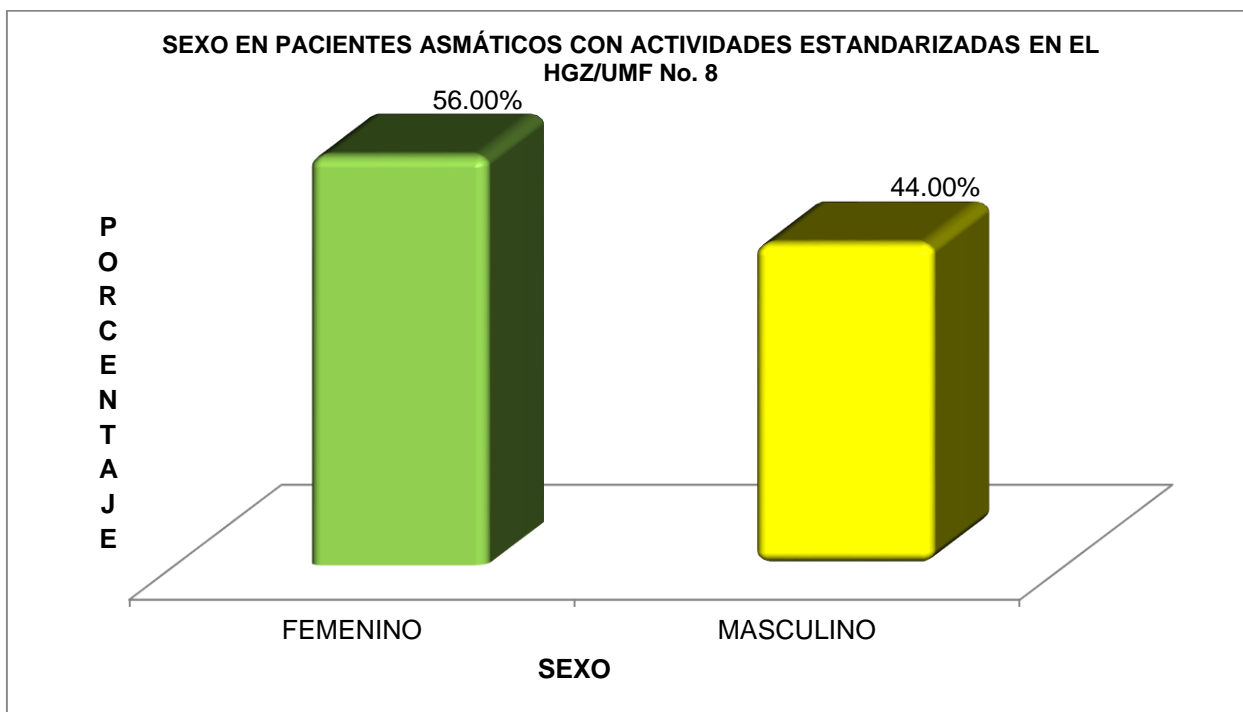
De acuerdo a la escolaridad y calidad de vida se encontró los siguientes datos: sabe leer y escribir 1 (0.4%) grado leve a moderado de discapacidad, 1 (0.4%) grado moderado a severo de discapacidad. Nivel básico 1 (0.4%) sin impedimentos, 45 (18.7%) grado leve a moderado de discapacidad, 3 (1.2%) grado moderado de discapacidad, 40 (16.6%) grado moderado a severo de discapacidad y 5 (2.1%) grado severo de discapacidad. Nivel bachillerato 1 (0.4%) sin impedimentos, (8.3%) grado leve a moderado de discapacidad, 1 (0.4%) grado moderado de discapacidad, 30 (12.4%) grado moderado a severo de discapacidad y 1 (0.4%) grado severo de discapacidad. A nivel licenciatura 4 (1.7%) sin impedimentos, 26 (10.8%) grado leve a moderado de discapacidad, 33 (13.7%) grado moderado a severo de discapacidad. Con posgrado 1 (0.4%) sin impedimentos, 7 (2.9%) grado leve a moderado de discapacidad, 1 (0.4%) grado moderado de discapacidad y 2 (0.8%) grado moderado a severo de discapacidad. (Ver tabla 13 y gráfica 13)

TABLA 1.

| SEXO EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|--|------------|----------------|
| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
| FEMENINO | 135 | 56.00% |
| MASCULINO | 106 | 44.00% |
| TOTAL | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 1



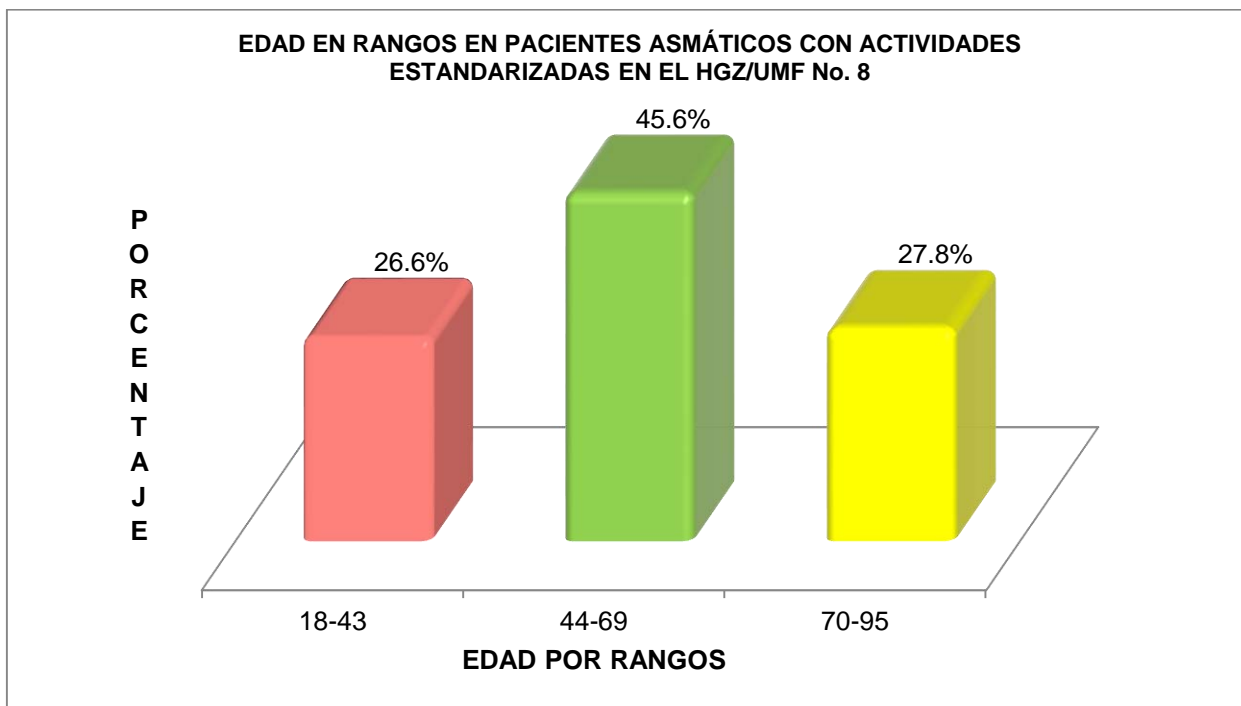
FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 2

| EDAD EN RANGOS EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|--|------------|----------------|
| RANGOS DE EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
| 18-43 | 64 | 26.6 |
| 44-69 | 110 | 45.6 |
| 70-95 | 67 | 27.8 |
| Total | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R.G, Espinoza-A.G, Vilchis-C.E, Gutiérrez-G.T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 2



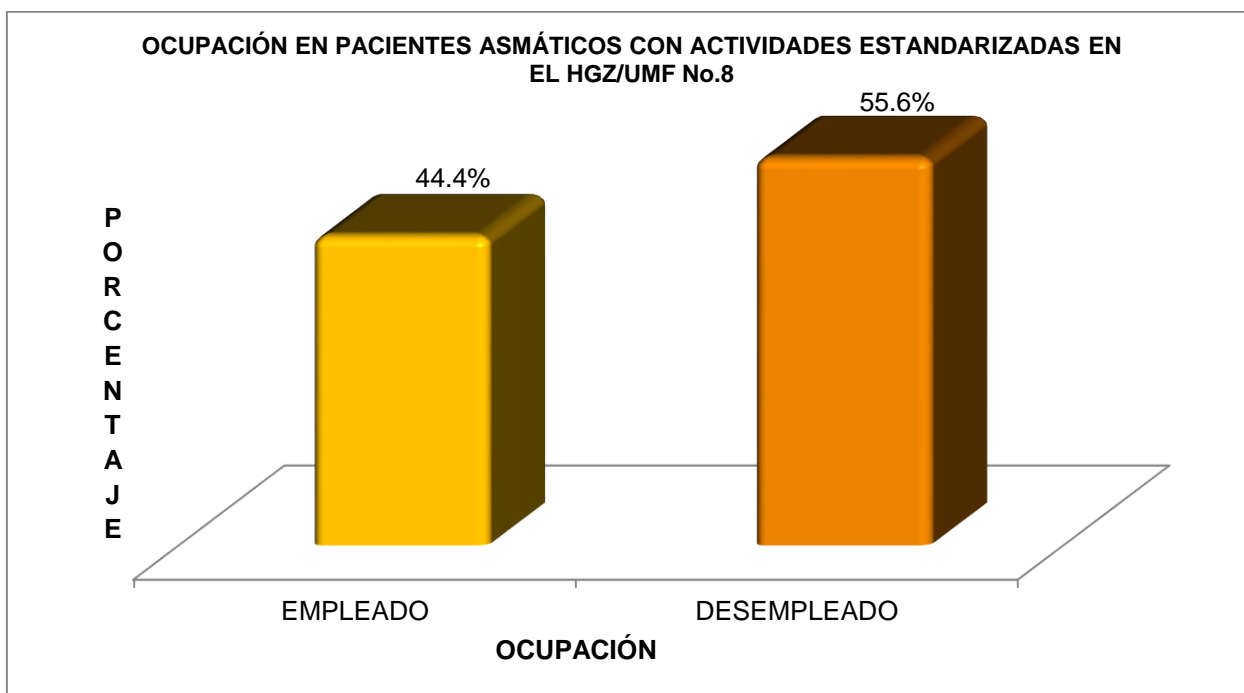
FUENTE: n=241 Arrona-R.G, Espinoza-A.G, Vilchis-C.E, Gutiérrez-G.T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 3

| OCUPACIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|--|------------|----------------|
| OCUPACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
| EMPLEADO | 107 | 44.4 |
| DESEMPLEADO | 134 | 55.6 |
| TOTAL | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 3



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

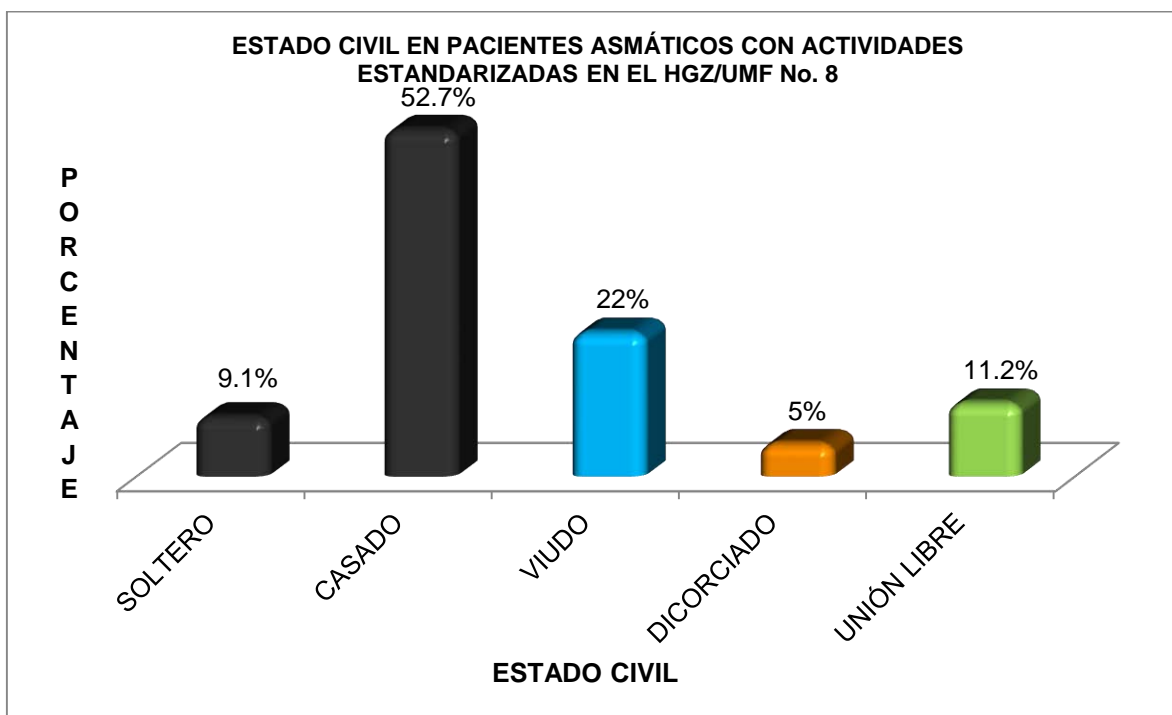
TABLA 4

ESTADO CIVIL EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No. 8

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|--------------|------------|----------------|
| SOLTERO | 22 | 9.1 |
| CASADO | 127 | 52.7 |
| VIUDO | 53 | 22 |
| DICORCIADO | 12 | 5 |
| UNIÓN LIBRE | 27 | 11.2 |
| TOTAL | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 4



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

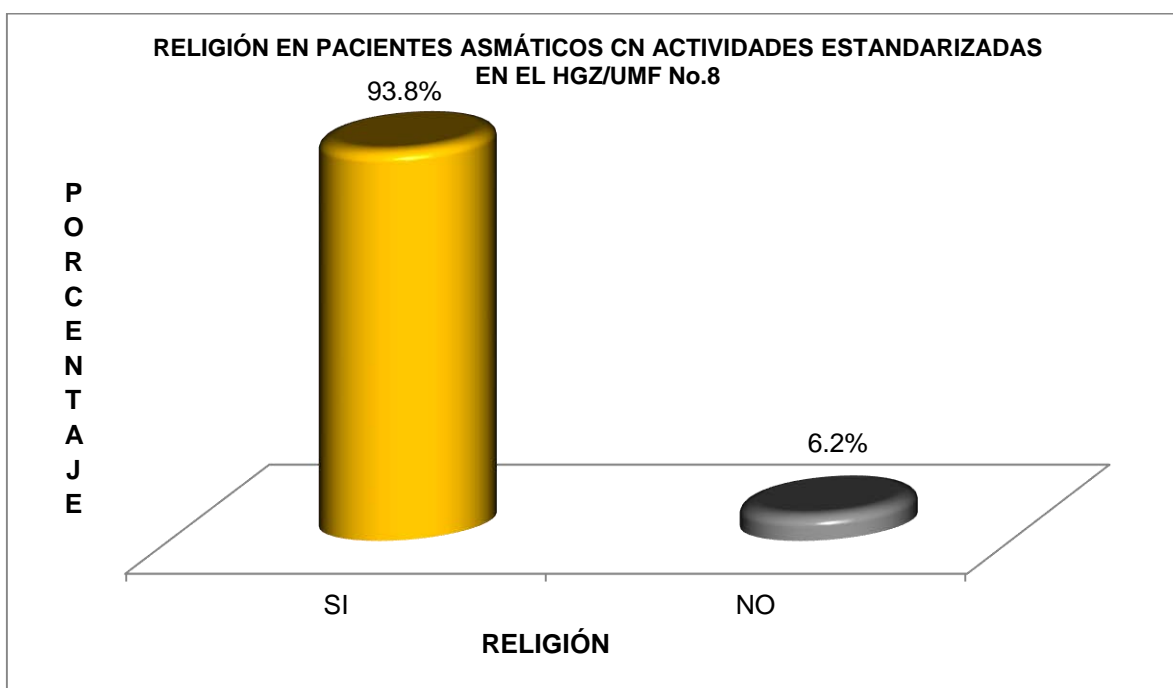
TABLA 5

RELIGIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8

| RELIGIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|--------------|------------|----------------|
| SI | 226 | 93.8 |
| NO | 15 | 6.2 |
| TOTAL | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 5



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

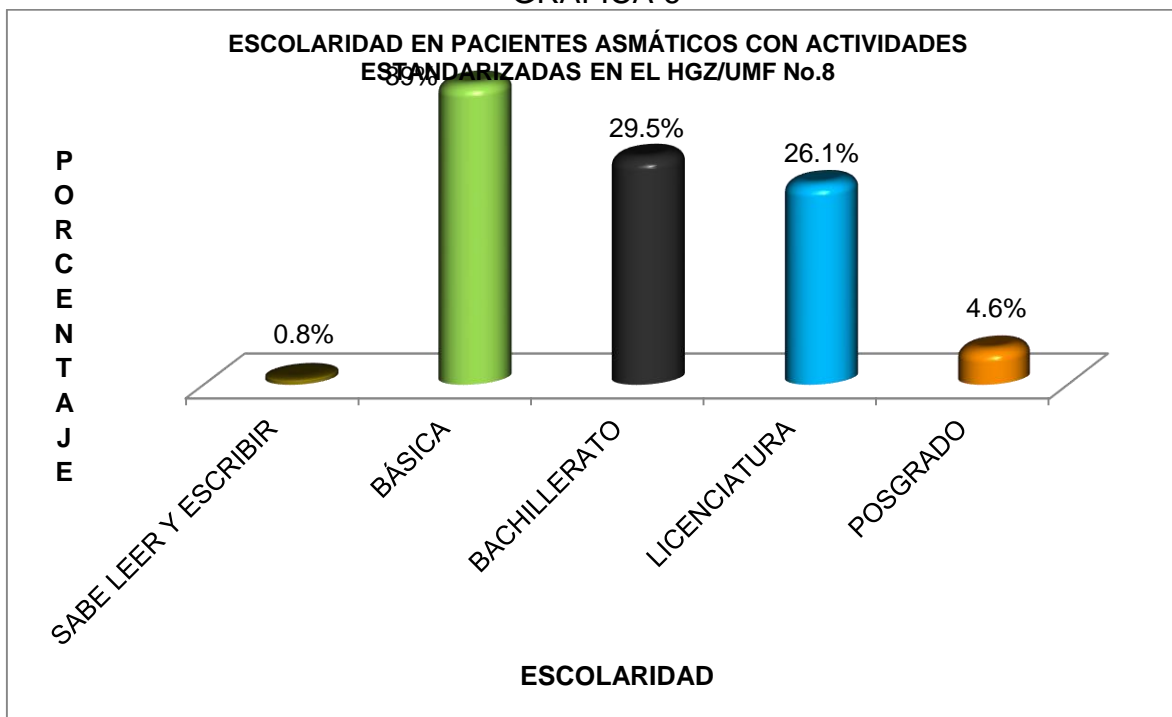
TABLA 6

ESCOLARIDAD EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No. 8

| ESCOLARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|----------------------|------------|----------------|
| SABE LEER Y ESCRIBIR | 2 | 0.8 |
| BÁSICA | 94 | 39 |
| BACHILLERATO | 71 | 29.5 |
| LICENCIATURA | 63 | 26.1 |
| POSGRADO | 11 | 4.6 |
| TOTAL | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 6



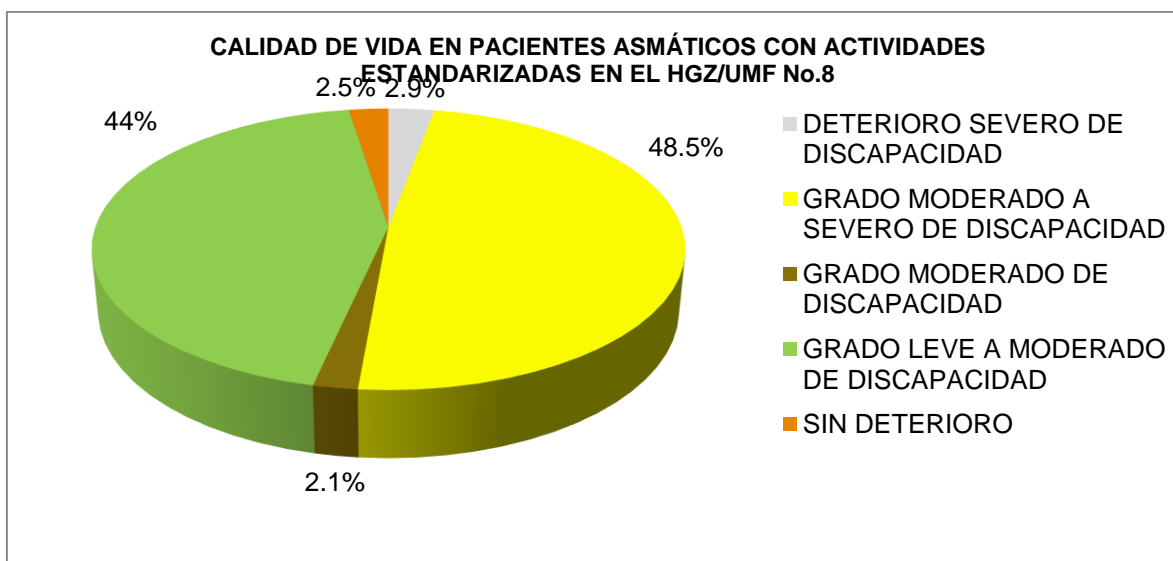
FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 7

| CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|--|------------|----------------|
| CALIDAD DE VIDA | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
| DETERIORO SEVERO DE DISCAPACIDAD | 7 | 2.9 |
| GRADO MODERADO A SEVERO DE DISCAPACIDAD | 117 | 48.5 |
| GRADO MODERADO DE DISCAPACIDAD | 5 | 2.1 |
| GRADO LEVE A MODERADO DE DISCAPACIDAD | 106 | 44 |
| SIN DETERIORO | 6 | 2.5 |
| TOTAL | 241 | 100 |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 7



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

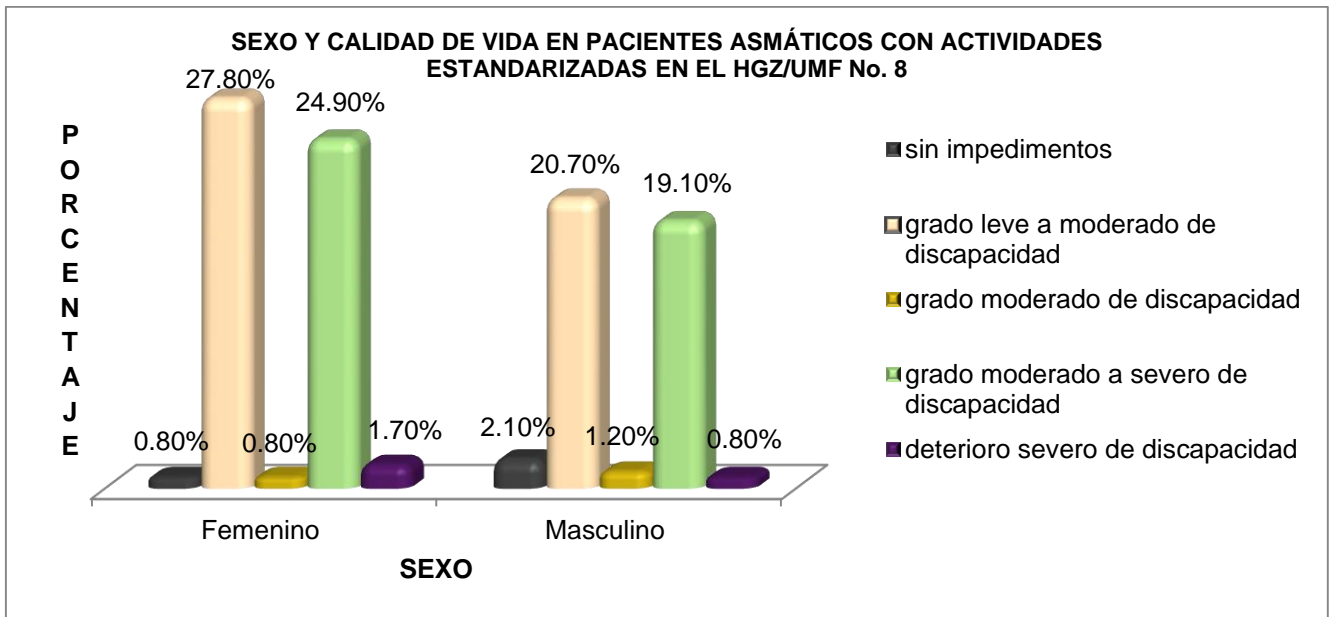
TABLA 8

SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No. 8

| sexo | sin impedimentos | | grado leve a moderado de discapacidad | | grado moderado de discapacidad | | grado moderado a severo de discapacidad | | deterioro severo de discapacidad | | total | |
|--------------|------------------|-------------|---------------------------------------|--------------|--------------------------------|-------------|---|--------------|----------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Frec. | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| femenino | 2 | 0.8% | 67 | 27.8% | 2 | 0.8% | 60 | 24.9% | 4 | 1.7% | 135 | 56% |
| masculino | 5 | 2.1% | 50 | 20.7% | 3 | 1.2% | 46 | 19.1% | 2 | 0.8% | 106 | 44% |
| total | 7 | 2.9% | 117 | 48.5% | 5 | 2.1% | 106 | 44.0% | 6 | 2.5% | 241 | 100% |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 8



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

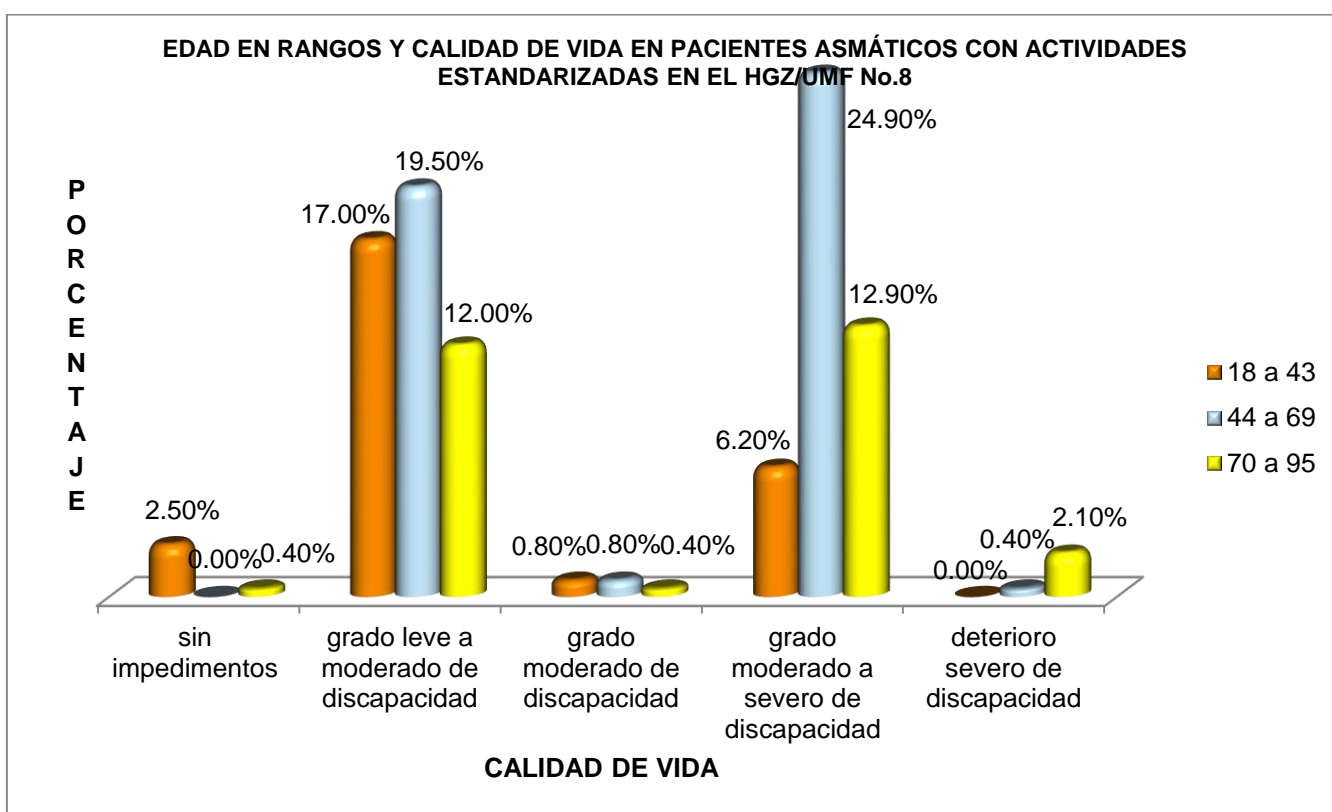
TABLA 9

EDAD EN RANGOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8

| | sin impedimentos | | grado leve a moderado de discapacidad | | grado moderado de discapacidad | | grado moderado a severo de discapacidad | | deterioro severo de discapacidad | | total | |
|----------------|------------------|------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|------|---|-------|----------------------------------|------|-------|-------|
| | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % |
| 18 a 43 | 6 | 2.5% | 41 | 17.0% | 2 | 0.8% | 15 | 6.2% | 0 | 0.0% | 64 | 26.5% |
| 44 a 69 | 0 | 0.0% | 47 | 19.5% | 2 | 0.8% | 60 | 24.9% | 1 | 0.4% | 110 | 45.6% |
| 70 a 95 | 1 | 0.4% | 29 | 12.0% | 1 | 0.4% | 31 | 12.9% | 5 | 2.1% | 67 | 27.9% |
| total | 7 | 2.9% | 117 | 48.5% | 5 | 2.1% | 106 | 44.0% | 6 | 2.5% | 241 | 100% |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 9



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

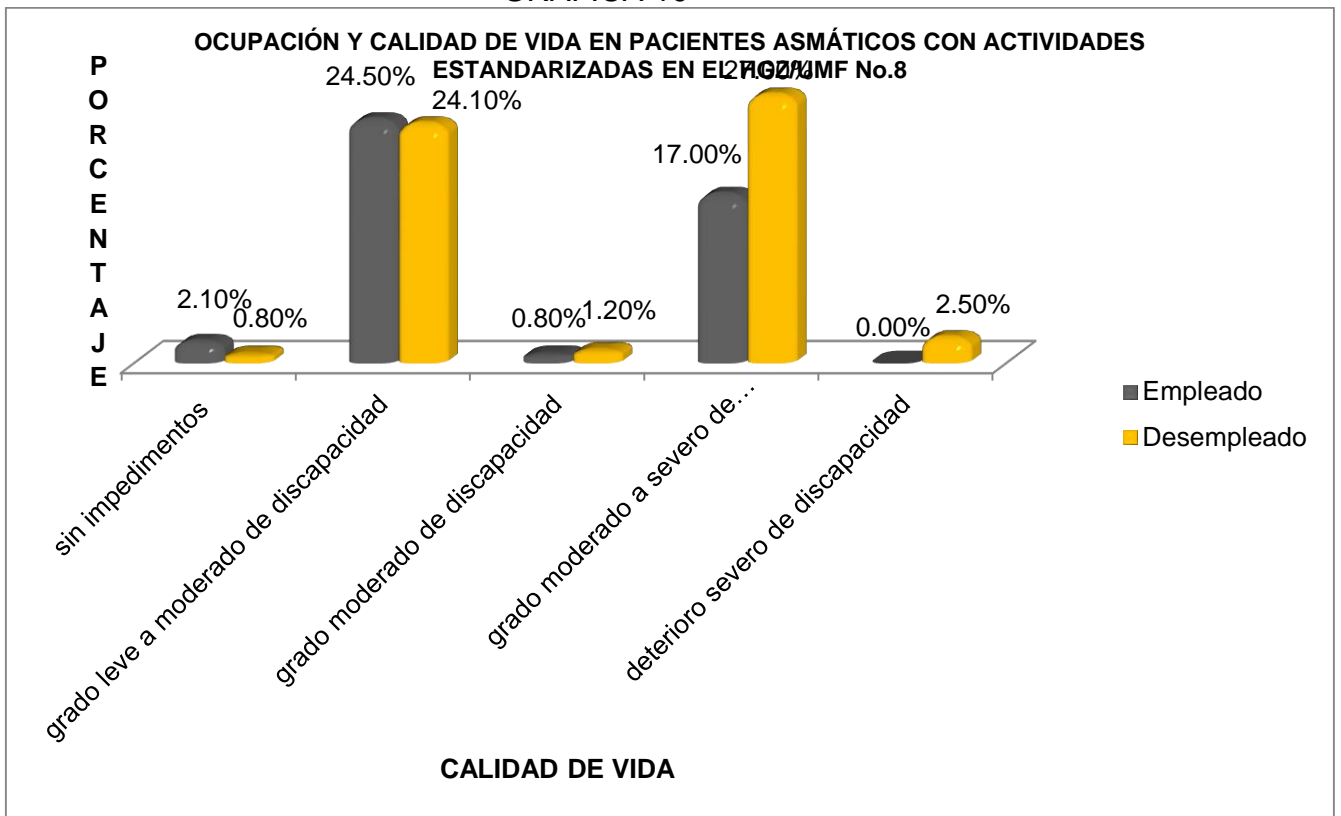
TABLA 10

OCUPACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8

| | sin impedimentos | | grado leve a moderado de discapacidad | | grado moderado de discapacidad | | grado moderado a severo de discapacidad | | deterioro severo de discapacidad | | total | |
|--------------------|------------------|------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|------|---|-------|----------------------------------|------|-------|-------|
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| Empleado | 5 | 2.1% | 59 | 24.5% | 2 | 0.8% | 41 | 17.0% | 0 | 0.0% | 107 | 44.4% |
| Desempleado | 2 | 0.8% | 58 | 24.1% | 3 | 1.2% | 65 | 27.0% | 6 | 2.5% | 134 | 55.6% |
| total | 7 | 2.9% | 117 | 48.5% | 5 | 2.1% | 106 | 44.0% | 6 | 2.5% | 241 | 100% |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 10



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

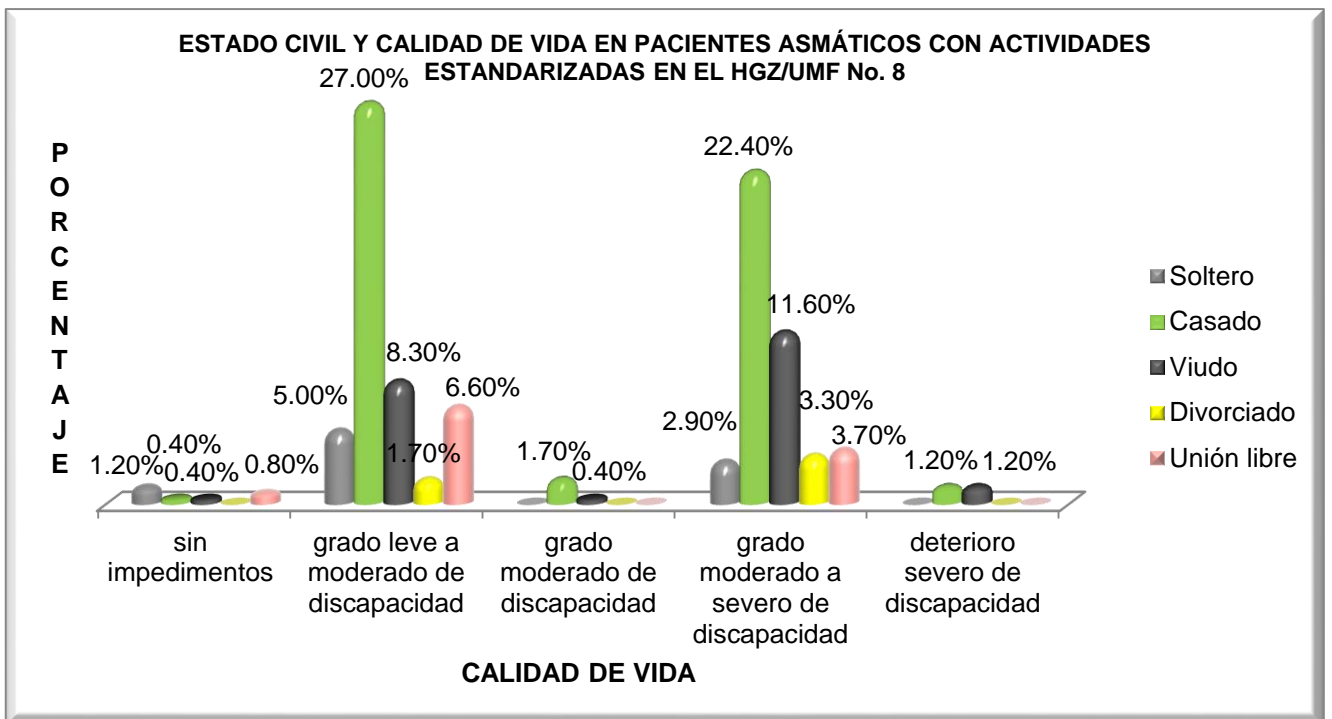
TABLA 11

ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8

| | sin impedimentos | | grado leve a moderado de discapacidad | | grado moderado de discapacidad | | grado moderado a severo de discapacidad | | deterioro severo de discapacidad | | total | |
|--------------------|------------------|------|---------------------------------------|--------|--------------------------------|------|---|--------|----------------------------------|------|-------|--------|
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| Soltero | 3 | 1.2% | 12 | 5.0% | 0 | 0.0% | 7 | 2.9% | 0 | 0.0% | 22 | 9.1% |
| Casado | 1 | 0.4% | 65 | 27.0 % | 4 | 1.7% | 54 | 22.4 % | 3 | 1.2% | 127 | 52.7 % |
| Viudo | 1 | 0.4% | 20 | 8.3% | 1 | 0.4% | 28 | 11.6 % | 3 | 1.2% | 53 | 21.9 % |
| Divorciado | 0 | 0.0% | 4 | 1.7% | 0 | 0.0% | 8 | 3.3% | 0 | 0.0% | 12 | 5% |
| Unión libre | 2 | 0.8% | 16 | 6.6% | 0 | 0.0% | 9 | 3.7% | 0 | 0.0% | 27 | 11.1 % |
| Total | 7 | 2.9% | 117 | 48.5 % | 5 | 2.1% | 106 | 44.0 % | 6 | 2.5% | 241 | 100% |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 11



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

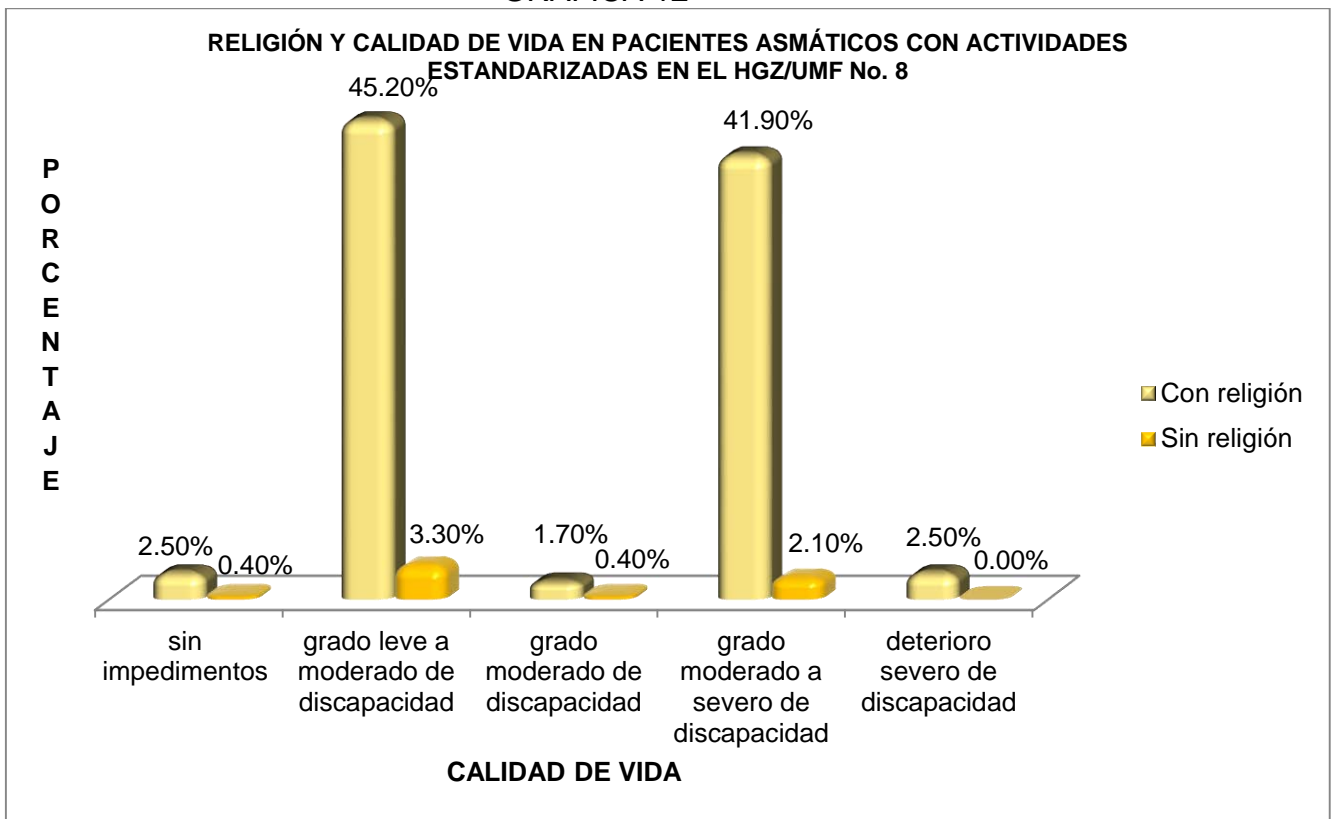
TABLA 12

RELIGIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No.8

| | sin impedimentos | | grado leve a moderado de discapacidad | | grado moderado de discapacidad | | grado moderado a severo de discapacidad | | deterioro severo de discapacidad | | total | |
|---------------------|------------------|------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|------|---|-------|----------------------------------|------|-------|-------|
| | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % |
| con religión | 6 | 2.5% | 109 | 45.2% | 4 | 1.7% | 101 | 41.9% | 6 | 2.5% | 226 | 93.8% |
| sin religión | 1 | 0.4% | 8 | 3.3% | 1 | 0.4% | 5 | 2.1% | 0 | 0.0% | 15 | 6.2% |
| total | 7 | 2.9% | 117 | 48.5% | 5 | 2.1% | 106 | 44.0% | 6 | 2.5% | 241 | 100% |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 12



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

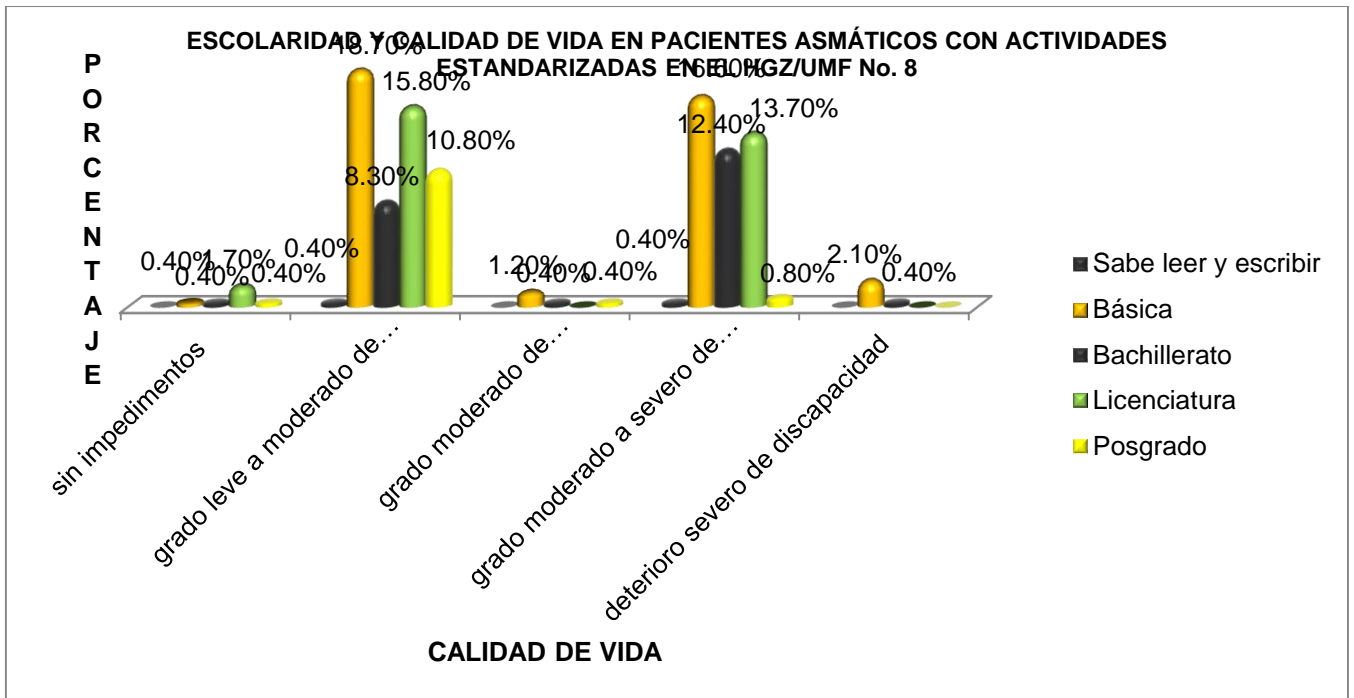
TABLA 13

ESCOLARIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS EN EL HGZ/UMF No. 8

| | sin impedimentos | | grado leve a moderado de discapacidad | | grado moderado de discapacidad | | grado moderado a severo de discapacidad | | deterioro severo de discapacidad | | total | |
|-----------------------------|------------------|------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|------|---|-------|----------------------------------|------|-------|-------|
| | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % | frec | % |
| Sabe leer y escribir | 0 | 0.0% | 1 | 0.4% | 0 | 0.0% | 1 | 0.4% | 0 | 0.0% | 2 | 0.8% |
| Básica | 1 | 0.4% | 45 | 18.7% | 3 | 1.2% | 40 | 16.6% | 5 | 2.1% | 94 | 39% |
| Bachillerato | 1 | 0.4% | 38 | 15.8% | 1 | 0.4% | 30 | 12.4% | 1 | 0.4% | 71 | 29.4% |
| Licenciatura | 4 | 1.7% | 26 | 10.8% | 0 | 0.0% | 33 | 13.7% | 0 | 0.0% | 63 | 26.2% |
| Posgrado | 1 | 0.4% | 7 | 2.9% | 1 | 0.4% | 2 | 0.8% | 0 | 0.0% | 11 | 4.5% |
| total | 7 | 2.9% | 117 | 48.5% | 5 | 2.1% | 106 | 44.0% | 6 | 2.5% | 24 | 100% |

FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

GRAFICA 13



FUENTE: n=241 Arrona-R G, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Gutiérrez-G T. Evaluación de la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas que acude a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8, 2015

19. DISCUSIÓN:

En el estudio realizado por Vargas B. M. "Epidemiología del asma en México" publicado en la Revista Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (2009) menciona que el asma en la niñez es más frecuente en hombres, pero después de la adolescencia y en todas las etapas subsiguientes la frecuencia aumenta en las mujeres, de igual manera lo reporta el estudio realizado por Leynaert B. et al. "Quality of life in allergic rhinitis and Asthma a population-based study of Young adults" (2013), en donde el 57% del grupo investigado lo conforma el género femenino. Por otra parte, en nuestro estudio se halló un 56% para el género femenino. Esta concordancia probablemente se deba a que en nuestra sociedad la mujer acude frecuentemente a consulta por tener una mayor preocupación por su salud y las complicaciones que de su enfermedad puedan surgir o que ya padezca.

En la investigación de Braido F. et al "Does asthma control correlate with quality of life related to upper and lower airways? A real life study" (2009) se reportó respecto al sexo y calidad de vida: 61.48% del sexo femenino con peor calidad de vida. Mientras tanto, nuestros resultados reflejan que el 55.2% de las mujeres tuvieron mala calidad de vida con algún grado de deterioro de discapacidad de las actividades cotidianas. Este resultado es similar ya que nos hace pensar que las mujeres tienen un mayor riesgo de descontrol del asma y esto le condicione más afectación de su calidad de vida, debido a que en la sociedad moderna tienen una participación preponderante en actividades laborales, un alto estrés profesional y doméstico que afecta directamente su estado emocional que por sí solo es un factor de riesgo para desencadenar un descontrol asmático.

Gonzalez B. F, (2012) en su investigación "Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study" en relación a la edad y la presencia de asma; observó que el 36.84% de su población estudiada se encontraba en las edades comprendidas entre los 18 y 39 años. En lo que respecta a nuestra investigación, se observó una menor frecuencia para el grupo de edades incluidas entre los 18 a 39 años con un 26.6%. Cabe mencionar que en nuestra investigación el grupo más afectado lo fue el comprendido de los 44 a 69 años con un 45.6%. Esta variación nos hace suponer que en nuestro país el diagnóstico se realiza tardíamente, con el consecuente retardo en el manejo del padecimiento y la posible progresión del daño estructural a las vías aéreas por exposición más prolongada a estímulos externos irritantes. Aunado a esto, la disminución de la

protección inmunológica del paciente geriátrico lo hace más susceptible a infecciones de las vías aéreas inferiores que pueden desencadenar crisis asmáticas con el consecuente deterioro de su calidad de vida y la necesidad de utilización de sus redes de apoyo.

De Sousa JM, en su estudio “La calidad de vida de pacientes asmáticos evaluada por el WHOQOL-BREF y el SGRQ” (2010) encontró que el 52.9% de su población investigada se encontraban al momento del estudio desempleados. En lo referente a este parámetro, nosotros reportamos una distribución del 55.6% de pacientes asmáticos desempleados. Esta cifra coincide a que el asma es una afección crónica inflamatoria de las vías aéreas que causa limitaciones en la vida diaria de las personas y es en muchas ocasiones condicionante de ausentismo laboral o pérdida del empleo por los constantes ingresos hospitalarios, aunado al gasto de recursos de salud que de ello derivan. Por otra parte, el paciente se ve ampliamente limitado en sus funciones una vez que se encuentra desempleado debido a la limitación de las actividades físicas por las condiciones climáticas, de contaminación, factores estresantes por falta de recursos para solventar su vida diaria. Otro factor muy importante que se debe remarcar es el sedentarismo de la persona que se encuentra desempleada debido a que le condicionará aumento de la grasa corporal ectópica ampliamente demostrada como factor de mal pronóstico en el paciente asmático.

De la Fuente Cid R. en su estudio “Calidad de vida del paciente asmático” (2010) demostró que en su evaluación correspondiente a la escolaridad del paciente asmático, el grupo que presentó una mayor puntuación fue el de nivel primaria con 42.5%. Por nuestra parte encontramos que el grupo predominante fue el nivel básico (primaria y secundaria) con un 39.0%. Esto concuerda con las estadísticas reportadas por el INEGI (2014), donde se demuestra que en México nos encontramos en un nivel educativo con promedio de 8.6 años de estudios. Podemos inferir que el grado de escolaridad es un factor protector para lograr una mejor calidad de vida en nuestros pacientes con asma, debido a que se puede tener un mayor acceso a la información y por lo tanto a entender lo que implica llevar un adecuado tratamiento para evitar complicaciones y de esta forma lograr un buen control. Así mismo el nivel educativo es determinante para la obtención de derechohabencia a los servicios de salud, así pues, las personas con una mejor preparación académica tendrán más oportunidades diagnósticas y terapéuticas

para sus padecimientos, además de mejor comprensión de la dimensión de afectación en su salud.

En nuestro estudio se reveló que existe impacto de la calidad de vida en el paciente asmático en un 97.5% de la población estudiada. Sin embargo, la principal limitación de este estudio es que el cuestionario AQLQ´S, a pesar de estar validado en México con población mexicana, no se han realizado suficientes investigaciones con la utilización de dicho instrumento, por lo que no existe suficiente información similar a la nuestra. Por otra parte actualmente se encuentran en proceso de desarrollo estudios en España, Sudamérica, Asia y el resto de Europa que utilizan el cuestionario AQLQ´S en sus diferentes dimensiones para objetivos específicos diferentes, lo que dificulta comparar los resultados obtenidos.

La muestra analizada se considera representativa para nuestro estudio lo que nos permitió que los hallazgos obtenidos fueran de relevancia clínica; entre los que destacan que los pacientes con asma mantienen un deterioro significativo en la calidad de vida. Cabe señalar que el sexo, edad, grado de escolaridad y empleo juegan un papel importante para convertir al asma en una enfermedad invalidante lo cual se verá reflejado en un deterioro de su calidad de vida, impidiendo así el desarrollo de funciones y capacidades de cada individuo.

Otro alcance obtenido en la presente investigación fue lograr identificar en nuestra población adscrita, que el mayor rubro de la población afectada se encuentra desempleada, con un grado de moderado a severo de discapacidad condicionado por la enfermedad, lo que nos hace reflexionar sobre el gasto económico que esto representa para el instituto.

Fue importante identificar que el grado de severidad va directamente relacionado con la edad, pues se demostró que el grupo mayormente afectado fue el comprendido entre los 44 y 69 años. Reflejando la importancia que tiene el brindar medidas preventivas y tratamientos oportunos a este grupo de edad con dicha patología y de esta manera obtener una mejor calidad de vida.

Entre las limitaciones de esta investigación se pueden mencionar que solo se centró en los pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de neumología del HGZ/UMF No. 8 lo cual se considera un sesgo de selección. Por otro lado, el hecho

de solo incluir a población derechohabiente limita conocer el comportamiento en la población abierta de esta patología.

Otra limitación del estudio es que el instrumento AQLQ´S únicamente califica el grado de deterioro de la calidad de vida en forma funcional en su totalidad y no por sus dominios ni por grado de severidad de la enfermedad.

Nuestra investigación resulta de importancia para la práctica asistencial en medicina familiar, debido a que el médico de primer contacto no debe limitarse a indicar o en algunos casos solamente continuar tratamiento mensual cuando esta enfermedad ya se diagnosticó, sino también debe tomar en cuenta las medidas de prevención, con la finalidad de orientar al paciente sobre los cambios en las medidas de detección del agravamiento de la sintomatología como lo es la no exposición a estímulos externos desencadenantes de las crisis, limitación de sus actividades y del estado emocional.

Consideramos que nuestro estudio genera nuevo conocimiento sobre las alteraciones que puede tener la enfermedad en las actividades cotidianas de los pacientes asmáticos, ya que al existir poca literatura similar a la nuestra a nivel nacional, es necesario que se realicen mayores investigaciones a distintos niveles sociales, económicos y educativos. Por ello proponemos la realización de estudios multicéntricos en población abierta, ampliar el número de variables a estudiar como la obesidad, índice tabáquico, diabetes, hipertensión, EPOC, depresión y años de portar la enfermedad ya que estos padecimientos se han visto directamente relacionados al asma en investigaciones extranjeras. También la utilización de otros instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada a enfermedades respiratorias como lo son HRQL, EQ-5D, WHOQOL-100 Y SGRQ para la ampliación del acervo bibliográfico de esta patología.

En el aspecto educativo dirigido al paciente asmático consideramos de vital importancia el fomento de concientización acerca de las dimensiones que su enfermedad impacta en sus actividades cotidianas. Promover la realización de actividades físicas de manera regular encaminadas a mejorar la capacidad pulmonar total además que con esta acción lograr la disminución de peso y remoción de la grasa ectópica de las vías aéreas inferiores y así mejorar de manera directa en su calidad de vida. Al paciente anciano la implementación de actividades recreativas para disminuir estados depresivos presentes o de forma preventiva. Así

como fomento de estilos de vida saludables de manera integral para mejorar las condiciones de salud de los pacientes que presenten otras comorbilidades. Por otra parte el médico familiar deberá llevar un control estricto de la población asmática, desde el momento del diagnóstico ya sea en edad pediátrica o adulta, para la dar continuidad al tratamiento e identificar de forma oportuna los factores de riesgo desencadenantes de alteraciones del estado biopsicosocial del enfermo.

Con respecto al área administrativa hacemos mención como piedra angular para el diagnóstico certero y oportuno de esta enfermedad es la adquisición de equipo para la realización de espirometrías en la población de influencia de nuestra unidad hospitalaria ya que esto es un instrumento necesario tanto para el inicio del tratamiento como para su seguimiento, además que reduciría de manera importante el gasto del paciente y del instituto. Mantener a médicos de primer nivel de atención constantemente capacitados sobre interpretación de los resultados de espirometrías, ya que al ser derivados a la especialidad de neumología se contrarrefieren con el diagnóstico y manejo ya establecido sin hacer ejercicio de interpretación de los resultados; de esta manera influir en el buen control de la enfermedad desde las unidades de medicina familiar sin la sobresaturación del segundo y tercer nivel. También debemos hacer mención sobre la ampliación del fondo fijo de medicamentos biotecnológicos para el manejo adecuado de casos específicos del asma severo.

20. **CONCLUSIONES:**

En la presente investigación se cumplió con el objetivo a estudiar: Evaluar la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas del HGZ/UMF No. 08 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, utilizando el cuestionario AQLQ´S, en donde se observó que casi la totalidad de la población presenta algún grado de deterioro en las actividades estandarizadas.

Con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que si existe deterioro de la calidad de vida de los pacientes asmáticos derechohabientes del Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

De acuerdo al cuestionario AQLQ´S para evaluar la calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas se obtuvo que la mayoría tiene algún grado de deterioro de discapacidad en sus actividades estandarizadas.

En nuestro estudio encontramos una mayor frecuencia de asma en mujeres, lo que muestra la similitud con estudios previos. En varios países se ha encontrado una tendencia al incremento de asma en mujeres, este aumento se produjo simultáneamente al incremento de la prevalencia de obesidad y diabetes, lo que nos hace pensar que existe una probable asociación entre obesidad y asma atribuida a la distribución corporal entre hombres y mujeres. Se ha encontrado además que la obesidad en mujeres asmáticas se asocia con obstrucción pulmonar, pero no con inflamación de las vías aéreas. También se ha descrito que la asociación entre obesidad y adipocinas es más fuerte en mujeres que en hombres con asma, debido probablemente a las diferencias por sexo en la distribución de la grasa ectópica. La grasa ectópica dentro de los tejidos magros es responsable de la asociación obesidad y asma en mujeres. Esta asociación es importante ya que se ha descrito un incremento reciente de asma y obesidad en la población mexicana, con el subsecuente incremento en el costo de la atención médica y hospitalaria; por lo cual proponemos la realización de censos de población adscrita a nuestras unidades de primer nivel de atención de pacientes femeninas asmáticas con obesidad y sobrepeso para incidir directamente en este grupo a través de implementación de sesiones de orientación nutricional, prácticas de actividades físicas grupales con la finalidad de remoción de la grasa ectópica a nivel intersticial pulmonar para disminuir la obstrucción de la vía aérea.

Es importante hacer mención que aproximadamente la mitad de la población asmática de nuestra área de influencia es mayor de 44 años de edad, lo que nos lleva a proponer la realización de campañas de detección sistemáticamente planeadas con unidades móviles acondicionadas con equipo de espirometría; en especial en aquellas áreas geográficas con mayor altitud y condiciones ambientales que sean determinantes de la sobre estimulación de las vías respiratorias de sus habitantes. Es importante mantener un censo de la población infantil con diagnóstico de asma para dar seguimiento a su evolución con la finalidad de que al pasar a la edad adulta se integre a los planes de manejo del servicio de neumología y su consiguiente manejo terapéutico.

Al saber que nuestra población más afectada es productivamente activa, consideramos que dentro de las medidas que se deben implementar es la creación de talleres de autoempleo, grupos de autoayuda, talleres participativos de autocuidado de la salud, sesiones de educación sobre medidas de prevención e identificación de factores de riesgo para la prevención de exacerbaciones asmáticas para poder lograr un buen apego al tratamiento, esto con la finalidad de poder conseguir un menor ausentismo laboral, lo que se traducirá en una disminución en la otorga de incapacidades por esta patología, hecho que se refleja en un beneficio económico a nivel institucional.

Además de mal control de la enfermedad, los pacientes suelen sobreestimar su grado de control, lo cual puede ser uno de los factores condicionantes de mal cumplimiento terapéutico y, por tanto, incrementar el costo familiar y social de la enfermedad. La percepción que el paciente asmático tiene de la enfermedad parece lejana de la realidad, dado que el 97.5% de los pacientes tiene algún grado de deterioro de la calidad de vida. Con lo cual reforzamos nuestra propuesta de la creación de los grupos participativos.

A pesar de los avances en el conocimiento del asma; la prevalencia y mortalidad ha aumentado, hecho que desafía los recursos de la salud pública, de las investigaciones biomédicas y de los profesionales sanitarios. El desafío de la salud pública es reducir las mayores causas de enfermedades crónicas en la supervivencia del individuo, a través del aumento en la eficacia de las técnicas de los sistemas de salud y en el desarrollo de áreas de investigación futuras.

El asma afecta considerablemente el aspecto psicológico de los enfermos, conlleva importantes cambios socioeconómicos y requiere de estrategias de afrontamiento de las limitaciones de la vida diaria de los pacientes. Por ello se justifica la necesidad de investigaciones sobre calidad de vida con el objetivo de no solo evaluar la eficacia del tratamiento sino también de comprender mejor como la enfermedad interfiere en los distintos aspectos de la vida del individuo.

Creemos que la identificación de los factores relacionados con mal control del asma, y en particular los que pueden ser modificados por los sistemas de salud, puede llevar a una mejoría de la calidad de vida de los pacientes asmáticos. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la obesidad, además de reforzar la educación del paciente en cuanto a su salud, mejora de manera importante el nivel de autoestima del individuo con asma.

El asma afecta a distintas dimensiones de la calidad de vida de los pacientes y pese, a que, actualmente, es un tema de interés en la investigación, hay aspectos frecuentemente abandonados, como son las limitaciones en la función sexual. El asma también afecta considerablemente el aspecto psicológico de los enfermos, conlleva importantes cambios socioeconómicos y requiere estrategias de afrontamiento de la gravedad. Por lo tanto, los aspectos expuestos justifican la necesidad de investigaciones sobre la calidad de vida de los asmáticos con el objetivo de no solo evaluar la eficacia del tratamiento sino también de comprender mejor como la enfermedad interfiere en los distintos aspectos de la vida del individuo utilizándose para ello, instrumentos de valoración específica.

21. Bibliografía:

1. - Peat JK. The Epidemiology of Asthma. *Curr Opin Pulm Med* 1996;2:7-15.
2. - Furuya M, Salas J, Lugo A. Trends of asthma in Mexico: an 11-year analysis in a nationwide institution. *Chest* 2004; 125: 1993-7.
3. - Cano-De La Cuerda R, Useros-Olmo A I y Muñoz-Hellín E. Eficacia de los programas de educación terapéutica y de rehabilitación respiratoria en el paciente con asma. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(11):600–606
4. - L. B. Bacharier et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy* 2008; 63: 5–34
5. - C. Cisneros. Un Paciente cons Asma en Urgencias actualización clínica. *Rev Clin Esp*. 2012;212(11):540---544
6. - Burgel PR, de Blic J, Chanez P, Delacourt C, Devillier P, Didler A, et al. Update on the roles of distal airways in asthma. *Eur Respir Rev* 2009; 18: 80-95.
7. - Vargas B. M. Fisiopatología del asma. *Rev. Neumología y Cirugía de tórax*, Vol. 68, S2, 2009. S2-112.
8. - Gustavo J. Rodrig, Vicente Plaza Moral, Santiago Bardagí Forns, José A. Castro-Rodríguez, Alfredo de Diego Damián, Santos Liñán Cortés, Carlos Melero Moreno, Luis J. Nannini, Hugo Neffen y Jorge Salas. Guía ALERTA 2. América Latina y España: Recomendaciones para la prevención y el Tratamiento de la exacerbación Asmática. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46 (Supl 7):2-20
9. - Eugene R. Bleeker, MD, FCCP. Similarities and Differences in Asthma and COPD. The Dutch Hypothesis. *CHEST* 2004; 126:93S–95S.
10. - Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Asthma management program, 2010-11
11. - Killian KJ, Watson R, Otis J, St Amand TA, O'Byrne PM. Symptom perception during acute bronchoconstriction. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162 (2 Pt 1):490-496.
12. - Anderson SD. Exercise-induced asthma in children: a marker of airway inflammation. *Med J Aust* 2002; 177 Suppl: S61-63.
13. - G Laszlo; Standardisation of lung function testing: helpful guidance from the ATS/ERS Task Force. *Thorax* 2006; 61:744–746. doi: 10.1136/thx.2006.061648
14. - Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality of Life Outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-840.

15. - Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx 2002; 44:342-361.
16. - Smith TG. Introduction. In: Smith TG, editor. Measuring Health: a Practical Approach. London: John Wiley, 1988.
17. - Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública Méx 2002; 44: 448-463.
18. - Juniper FE, Gordon HG, Roberts SE, Ferrie PJ, Joeschke RK. Evaluation of Impairment of Health related Quality of Life in Asthma: Development of a Questionnaire for use in Clinical Trials. Thorax 1992; 47:76-83.
19. - Méndez-Guerra m, et al. Calidad de Vida en Pacientes Asmáticos Mexicanos. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Mex 2003; Segunda Epoca, Vol 16 No 14
20. - Juniper FE, Gordon HG, Roberts SE, Ferrie PJ, Joeschke RK. Evaluation of Impairment of Health related Quality of Life in Asthma: Development of a Questionnaire for use in Clinical Trials. Thorax 1992; 47:76-83.
21. - Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH, et al. Development and validation of the Asthma Control Questionnaire [abstract]. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:A457
22. - Rowe BH, Oxman AD. Performance of an asthma quality of life questionnaire in an outpatient setting. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 675-681.
23. - Guyatt GH, Kirshner B, Jaeschke R. Measuring health status: what are the necessary measurement properties? J Clin Epidemiol 1992; 45: 1341-1345.
24. - Juniper EF, Guyatt GH, Epstein RS, Ferrie PJ, Jaeschke R, Hiller TK. Evaluation of impairment of health-related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. Thorax 1992; 47: 76-83.
25. - Juniper EF, Norman GR, Cox FM, Roberts JN. Comparison of the standard gamble, rating scale, AQLQ and SF-36 for measuring quality of life in asthma. Eur Respir J 2001; 18: 38-44.
26. - Sanjuás C, Alonso J. Medir la calidad de vida relacionada con la salud en neumología: para qué y cómo. Arch Bronconeumol 1995; 31: 199-201.

27.- Torén K, Zock JP, Kogevinas M, Plana E, Sunyer J, Radon K, et al. An international prospective general population-based study of respiratory work disability. *Thorax* 2009; 64:339– 344.

28.- Janson C, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Anxiety and Depression in relation to Respiratory Symptoms and Asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149: 930-934.

29.- Méndez M, Salas J, Vargas M, Pérez R, León L, Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* 2003; 234-242

30.- Sood A, Cui X, Qualls C, Beckett WS, Gross MD, Steffes MW, *et al.* Association between asthma and serum adiponectin concentration in women. *Thorax* 2008; 63:877-882.

31.- Sood A. Sex differences: implications for the obesity-asthma association. *Exerc Sport Sci Rev* 2011;39:48-56.

32.- García C, Fernandez R, Martínez D, Franco F, Pérez J, Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública Mex.* 2012; 54; 425-432

22. ANEXOS

ANEXO 1

| CLASIFICACION DE GRADOS DE SEVERIDAD DEL ASMA | | | |
|---|---|--------------------|---|
| | SINTOMAS | SINTOMAS NOCTURNOS | SEVERIDAD |
| NIVEL 4 PERSISTENTE SEVERO | Síntomas continuo Limitación de la actividad física | frecuentes | VEF1 o VEF 2 <60% del valor predictivo Variabilidad PFE >30% |
| NIVEL 3 PERSISTENTE MODERADO | Síntomas diarios Uso diario de B2 agonista Exacerbaciones que afectan la actividad Exacerbaciones > o = 2 veces por semana, pueden durar días | >1 vez por semana | VEF 1 o PFE >60% <80% del valor predictivo Variabilidad PFE >30% |
| NIVEL 2 PERSISTENTE LEVE | Síntomas >2 veces por semana Exacerbaciones pueden afectar la actividad | >2 veces al mes | VEF 1 o PFE > o = 80% del valor predictivo Variabilidad PFE 20-30% |
| NIVEL 1 INTERMITENTE | Síntomas < 2 veces por semana Asintomático, con PFE normal entre las exacerbaciones Exacerbaciones breves (pocas horas o pocos días) Intensidad puede ser variable | < 2 veces al mes | VEF1 o PFE >80% del valor predictivo Variabilidad PFE >20% |

Formato de GINA 2010

Características clínicas antes del tratamiento. La presencia de uno de estos factores de severidad es suficiente para calificar al paciente en esa categoría. Los pacientes en cualquier nivel de severidad pueden tener exacerbaciones leves, moderadas o severas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|--|
| Nombre del estudio: | EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ASMÁTICO CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HGZ/UMF NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" |
| Lugar y Fecha: | Consulta externa del servicio de neumología del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Enero 2014 – Agosto 2014 |
| Número de registro: | En trámite |
| Justificación y objetivo del estudio:... | El asma en adultos supone una alteración estructural y funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento o dolor y un proceso social que puede llegar hasta la invalidez; así pues, esta enfermedad altera la forma y estilo de vida de quienes la padecen. Durante los años 90, se desarrollaron medidas de calidad de vida relacionadas con la salud y muchos clínicos reconocen la importancia de incorporar esta valoración con objeto de conseguir una información global sobre el estado de salud de un paciente. El Cuestionario de Calidad de Vida del Paciente Asmático con Actividades Estandarizadas (AQLQ'S) es un cuestionario específico, desarrollado por Juniper et al, que valora el impacto del asma en la vida diaria del paciente asmático. Contiene 23 puntos que abarcan tres aspectos: síntomas, limitación de actividades y función emocional. |
| Procedimientos:..... | Firma de consentimiento informado, aplicación de cuestionario con datos socio-demográficos y aplicación del cuestionario de calidad de vida en el paciente asmático con actividades estandarizadas AQLQ'S |
| Posibles riesgos y molestias:.. | Ninguno. No se identificarán ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los pacientes. El presente es un estudio descriptivo. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... | Optimizar la atención médica en los servicios neumología del HGZ/UMF 8 |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:..... | No aplica. |
| Participación o retiro: | El Médico tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario. |
| Privacidad y confidencialidad:..... | Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Optimización de los recursos hospitalarios y su empleo en otras áreas críticas

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Guillermo David Arrona Robles

Colaboradores: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio / Dra. Teresita de Jesús Gutiérrez García /Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TÍTULO DEL PROYECTO:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ASMÁTICO CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HGZ/UMF NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| | |
|---------------------|--|
| Nombre | |
| Edad | |
| Sexo | 1. FEMENINO 2. MASCULINO |
| OCUPACIÓN | 1. EMPLEADO 2. DESEMPLEADO |
| RELIGIÓN | 1. CON RELIGIÓN 2. SIN RELIGIÓN |
| ESCOLARIDAD | 1. SABE LEER Y ESCRIBIR 2. BÁSICA 3. BACHILLERATO 4. LICENCIATURA 5. POSGRADO |
| ESTADO CIVIL | 1. SOLTERO 2. CASADO 3. VIUDO 4. DIVRCIADO 5. UNIÓN LIBRE |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE LA TESIS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2014-2014

| FECHA | MA R 20 13 | AB R 20 13 | MA Y 20 13 | JU N 20 13 | JU L 20 13 | AG O 20 13 | SE P 20 13 | OC T 20 13 | NO V 20 13 | DI C 20 13 | EN E 20 14 | FE B 20 14 |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| IDEA A INVESTIGAR | | | | | | | | | | | | |
| TÍTULO | X | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES | | X | | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | | X | | | | | | | | | |
| JUSTIFICACIÓN | | | | X | | | | | | | | |
| OBJETIVOS | | | | X | | | | | | | | |
| HIPOTESIS | | | | | X | | | | | | | |
| MATERIAL Y MÉTODOS | | | | | X | | | | | | | |
| TIPO DE ESTUDIO | | | | | | X | | | | | | |
| PROPOSITOS | | | | | | X | | | | | | |
| DISEÑO METODOLOGICO | | | | | | | X | | | | | |
| POBLACIÓN (UNIVERSO DE LA MUESTRA) | | | | | | | X | | | | | |
| LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO | | | | | | | X | | | | | |
| TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA | | | | | | | | X | | | | |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN | | | | | | | | X | | | | |
| VARIABLES | | | | | | | | X | | | | |
| DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES | | | | | | | | X | | | | |
| DISEÑO ESTADISTICO | | | | | | | | | X | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|
| INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | | | | | | | | | X | | | |
| MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | | | | | | | | | | X | | |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | | | | | | | | | X | | |
| RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD | | | | | | | | | | X | | |
| CONSIDERACIONES ETICAS | | | | | | | | | | X | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | | | | | | | | | X | |
| ACEPTACION | | | | | | | | | | | | X |

2014-2015

| FECHA | MA R 20 14 | AB R 20 14 | MA Y 20 14 | JU N 20 14 | JU L 20 14 | AG O 20 14 | SE P 20 14 | OC T 20 14 | NO V 20 14 | DI C 20 14 | EN E 20 15 | FE B 20 15 |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO | | | | X | | | | | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | | | | | X | X | X | X | | | | |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS | | | | | | | | X | | | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | | | | | | X | | | | |
| DESCRIPCION DE DATOS | | | | | | | | | X | | | |
| DISCUSIÓN DE DATOS | | | | | | | | | X | | | |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO | | | | | | | | | | X | | |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL | | | | | | | | | | X | | |
| REPORTE FINAL | | | | | | | | | | | X | |
| AUTORIZACIONES | | | | | | | | | | | X | |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO | | | | | | | | | | | | X |
| PUBLICACION | | | | | | | | | | | | X |

ELABORÓ: DR. GUILLERMO DAVID ARRONA ROBLES