



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 2 NORTE DE LA CIUDAD DE MEXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.94 "ARAGON"**



TESIS:

**ALTERACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE LA UMF 94**

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

P R E S E N T A:

Dra. Lilian Gisela Flores García

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dr. Héctor Francisco Ramírez Zaragoza

Ciudad de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIONES

Dra. Virginia Palacios Castillo
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Uziel Valle Matildes
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dra. Miriam Idalith Infante Miranda
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No.94 IMSS

Dra. Esther Azcarate García
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94 IMSS

AGRADECIMIENTOS

“...todos tenemos sueños. Pero para convertir los sueños en realidad, se necesita una gran cantidad de determinación, dedicación, autodisciplina y esfuerzo”.

JO.

Dedicada a mis padres, que me han enseñado a lograr y alcanzar mis sueños, por su apoyo, amor y confianza para lograr los objetivos deseados.

A mi hermana Mariel por su apoyo incondicional.

A Abraham por los sueños compartidos.

A mis amigos por su lealtad y paciencia.

A mis profesores en especial la Dra. Esther Azcarate y el Dr. Rodrigo Villaseñor por sus enseñanzas y desarrollo profesional.

INDICE

RESUMEN.....	5
MARCO TEORICO.....	6
ANTECEDENTES.....	7
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	15
PLANETAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	18
General.....	18
Específicos.....	18
EXPECTATIVA EMPIRICA.....	18
METODOLOGIA.....	18
IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	18
Variable de estudio.....	18
Variables descriptoras.....	19
DISEÑO DE ESTUDIO.....	19
UNIVERSO DE TRABAJO.....	19
POBLACIÓN.....	19
MUESTRA.....	20
ESCENARIO.....	20
DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA.....	20
TIPO DE MUESTREO.....	20
PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA.....	20
PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN.....	21
PROGRAMA DE TRABAJO.....	21
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
INCLUSIÓN.....	22
NO INCLUSIÓN.....	22
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	22
ASPECTOS ESTADÍSTICOS.....	23
ASPECTOS ÉTICOS.....	23
Riesgo de la investigación.....	24
Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes.....	24
Confidencialidad.....	24
Condiciones para el consentimiento informado.....	24
Forma de selección de los participantes.....	24
Balance riesgo beneficio.....	24
RECURSOS.....	24
RESULTADOS.....	25
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	29
CONCLUSIONES.....	29
SUGERENCIAS.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33

ALTERACION EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE LA UMF 94

Villaseñor-Hidalgo R¹, Ramirez-Zaragoza H², Flores-García L³

Resumen

Antecedentes: la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad que ocupa las primeras causas de muerte a nivel mundial, su diagnóstico predomina en la edad reproductiva, representando altos costos para la economía familiar y las instituciones, ya que ocasiona una pérdida de la vitalidad funcional en el ámbito laboral, familiar y social. El objetivo principal de la terapia es evitar un deterioro de la vitalidad funcional pulmonar y retardar las complicaciones, y con esto elevar la calidad de vida.

Objetivo: Identificar el grado de alteración en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94.

Material y métodos: estudio observacional, transversal, descriptivo y prolectivo, en una población de adultos con diagnóstico de EPOC en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se aplicará el instrumento de Saint George para medir calidad de vida, se utilizará estadística descriptiva para los datos obtenidos y se presentarán los resultados en tablas y gráficos.

Resultados: con una muestra de 125 pacientes, se observó que dentro del grado de alteración de EPOC, el 60% con moderada alteración, el 30% con una mínima alteración y por último el 10% con una máxima alteración en la calidad de vida. Nos interesó estudiar el grado de alteración que representaba el EPOC en la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones: el grado de alteración en la calidad de vida de los pacientes con EPOC es moderada en una unidad médica de primer nivel.

Recursos e infraestructura: material de papelería con recursos propios de los investigadores.

Tiempo a desarrollarse: 1 año.

Palabras clave: calidad de vida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 94 "Aragón" IMSS.
2. Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 94 "Aragón" IMSS.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad crónica que ocupa las primeras causas de muerte a nivel mundial, la cual representa altos costos para la economía familiar y las instituciones; es diagnosticada en personas laboralmente activas, que como consecuencia de las complicaciones agudas se llega a perder vitalidad funcional en el ámbito laboral y social; el objetivo principal del manejo terapéutico es tener un nivel de salud y de calidad de vida que permita retardar complicaciones y deterioro de la vitalidad funcional pulmonar.

La calidad de vida es un término que abarca condiciones de vida objetiva y grado de bienestar subjetivo de la satisfacción hasta la cobertura de necesidades en todos los ámbitos del individuo, está relacionada con la funcionalidad y desempeño, sensación de bienestar físico, psicológico, independencia, relaciones sociales y relaciones de su entorno. Dicho concepto en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una problemática debido a diferentes comorbilidades, condicionando mayor dependencia familiar con disminución en el área funcional, aunado a una deficiencia funcional para la adaptación al medio, se obliga a la necesidad de atención en sus múltiples y variadas facetas. ¹

Un aspecto importante para evaluar la calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica son las actividades de la vida diaria, como elemento esencial el vestirse, bañarse, interactuar con el medio y actividades de funcionalidad personal; forman parte de elemento clave para estimarla, refiriéndose a un conjunto de tareas cotidianas que se necesitan para el cuidado personal y una vida independiente.

El ser humano en busca de mejorar el aspecto psicológico busca mejorar su calidad de vida y condiciones de vida, conservando sus capacidades de funcionalidad, adaptación y aceptación por los círculos sociales. ²

ANTECEDENTES

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Es una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no resulta completamente reversible. La limitación al flujo aéreo es generalmente progresiva y se asocia con una anormal respuesta inflamatoria de los pulmones a partículas nocivas o gases, causada principalmente por el humo del tabaco.¹

Los fenotipos de esta entidad son cuatro, los cuales permiten hacer algunas diferencias clínicas útiles para su abordaje integral ².

1. Fenotipo agudizador
2. Fenotipo mixto EPOC-asma
3. Fenotipo agudizador con enfisema
4. Fenotipo agudizador con bronquitis crónica

Fenotipo agudizador

Se define como a todo paciente con EPOC que presente dos o más agudizaciones moderadas o graves al año. Estas exacerbaciones deben estar separadas al menos 4 semanas desde la finalización del tratamiento de la agudización previa o 6 semanas desde el inicio de la misma en los casos que no han recibido tratamiento, para diferenciar el nuevo evento de un fracaso terapéutico previo. Hay diferentes tipos de agudizaciones, relacionados con su etiología, y que el tipo de agudización que presenta un paciente (bacteriana, viral o eosinofílica) suele mantenerse constante en episodios sucesivos.

Fenotipo mixto EPOC-asma

Se define por la presencia de una obstrucción no completamente reversible al flujo aéreo acompañada de síntomas o signos de una reversibilidad aumentada de la obstrucción.

Dentro del espectro de la obstrucción crónica al flujo aéreo se encuentran individuos asmáticos fumadores que desarrollan obstrucción no completamente reversible al flujo aéreo y fumadores sin antecedentes conocidos de asma cuyo patrón inflamatorio bronquial tiene un predominio de eosinófilos y se manifiesta clínicamente por un aumento de la reversibilidad al flujo aéreo. En otras normativas se los conoce como “pacientes con EPOC con componente asmático prominente” o como “asma que complica la EPOC”.

Los jóvenes asmáticos que desarrollan EPOC tienen una enfermedad de características diferentes de las que presentan los pacientes con EPOC sin antecedentes de asma. En el primer caso son más frecuentes la rinitis alérgica, la hiperreactividad bronquial inespecífica y la presencia de sibilantes, y son mayores las concentraciones plasmáticas de IgE, lo que indica que se trata de un síndrome mixto entre asma y EPOC. Fenotipo de paciente con obstrucción crónica al flujo aéreo y aumento de la reversibilidad, que es lo que define al fenotipo mixto.²

Fenotipo agudizador con enfisema

El enfisema se define como la afección de los pulmones caracterizada por un aumento de tamaño de los espacios aéreos situados más allá del bronquiolo terminal y que se acompaña de cambios destructivos en sus paredes. El fenotipo enfisema incluye a los pacientes con EPOC con diagnóstico clínico/radiológico/funcional de enfisema, que presentan disnea e intolerancia al ejercicio como síntomas predominantes. Los pacientes con fenotipo enfisema presentan una tendencia a un índice de masa corporal (IMC) reducido. No debe confundirse el diagnóstico de fenotipo enfisema con la presencia de enfisema pulmonar. Los signos de enfisema pueden encontrarse en cualquiera de los fenotipos, e incluso en fumadores sin criterios de EPOC. Este fenotipo de la EPOC se caracteriza por la presencia de datos funcionales de hiperinsuflación. El Fenotipo enfisema suele tener menos agudizaciones que el fenotipo bronquitis crónica, pero es posible que pacientes con enfisema sean también agudizadores, en especial los que presentan formas más graves de la enfermedad.

Fenotipo bronquitis crónica

La bronquitis crónica se definió en el Simposio Ciba en 1958, ratificado por la OMS en 1961, como la presencia de tos productiva o expectoración durante más de 3 meses al año y durante más de 2 años consecutivos. El fenotipo bronquitis crónica identifica al paciente con EPOC, en el cual la bronquitis crónica es el síndrome predominante. La hipersecreción bronquial en la EPOC se ha asociado a una mayor inflamación en la vía aérea y a un mayor riesgo de infección respiratoria, lo que puede explicar que los pacientes con bronquitis crónica tengan una mayor frecuencia de agudizaciones que los pacientes sin expectoración crónica.²

Epidemiología

Respecto a la mortalidad, se encontraba en el cuarto puesto en 1990 al tercero en 2010, detrás de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, las traqueobronquitis son ahora ya la cuarta causa de muerte, el cáncer de pulmón la quinta y la tuberculosis la décima.

La actualización del GBD 2010 indica un incremento del número de personas con EPOC desde la anterior cifra en 1990 de 210 millones de personas con EPOC en todo el mundo, a la actual de 328.615.000 con EPOC (168 millones en varones y 160 millones en mujeres).

La prevalencia de la EPOC en países desarrollados va del 3 al 6% en sujetos mayores de 50 años. En los Estados Unidos, 15 millones de personas la padecen. En México, tan solo en el INER, la EPOC se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de morbilidad y mortalidad anual. Actualmente la EPOC ocupa el cuarto lugar en cuanto a mortalidad a nivel mundial, en México se ubica entre el sexto y cuarto sitio. Estudios recientes muestran que la prevalencia es igual entre hombres y mujeres.

En nuestro país, la EPOC afecta al 10% de la población adulta de más de 40 años de edad. Su incidencia va en aumento y la Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que será la tercera causa de muerte en el mundo en el año 2020. Un análisis reciente sobre la carga global de enfermedad en el mundo sitúa la EPOC en segunda posición, solo detrás de las enfermedades cardiovasculares.⁴

Asimismo, la OMS calcula que para el año 2020, la EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez, y la tercera causa de mortalidad y tendrá un impacto mayor en los países en vías de desarrollo.

La EPOC eleva de forma significativa la morbilidad y mortalidad, en consecuencia, condiciona el consumo de cuantiosos recursos económicos, representando un verdadero problema para la salud mundial. Se calcula que en el mundo puede haber hasta 600 millones de personas que la padecen. Su prevalencia se mantiene en aumento en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica, llegando a constituir un problema de salud pública de primer orden. Se proyecta que pasará de ser la cuarta a la tercera causa de mortalidad a nivel global.⁵

Factores de riesgo

Se han identificado a la biomasa y otros combustibles para uso en calefacción o cocina en países en vías de desarrollo como factor de riesgo de EPOC en áreas rurales. Individuos expuestos a humo de leña por más de 10 años tienen mayor riesgo de desarrollar EPOC.

La exposición a gases, vapores o polvos orgánicos o inorgánicos derivados de procesos industriales, combustión de motores o calefacciones constituyen un factor de riesgo para la exacerbación de la EPOC. Los contaminantes ambientales específicos estudiados en su relación con EPOC son el ozono, las partículas en suspensión (PM), monóxido de carbono (CO), dióxido de sulfuro (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), y otros gases.

Los individuos con Déficit de Alfa-1-antitripsina y fumadores desarrollan enfisema precozmente. Se estima que es responsable del 1% de los casos de EPOC y del 2-4% de los enfisemas.⁶

La proteína Alfa 1 antitripsina (AAT) es el inhibidor de proteasas más abundante del suero humano.⁷

La deficiencia de alfa 1 antitripsina es una condición genética que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar en adultos. La función principal de la alfa 1 antitripsina (AAT) inhibe la elastasa de los neutrófilos, que a su vez es capaz de digerir la elastina, las membranas basales y otros componentes de la matriz extracelular y, de esta forma, la deficiencia del inhibidor contribuye a la destrucción del parénquima y la aparición de enfisema.⁸

El 25% de los pacientes con EPOC nunca han sido fumadores, lo que sugiere la participación de otros factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad

que pueden incluir la exposición ocupacional a polvos inorgánicos, orgánicos y agentes químicos, el tabaquismo pasivo, la exposición a biomasa que se utiliza para cocinar en espacios poco ventilados en países poco desarrollados y factores que alteren el crecimiento pulmonar durante la gestación y la infancia, como son el tabaquismo materno, el bajo peso al nacer, las infecciones respiratorias o el asma bronquial.⁹

EPOC se asocia a una exposición crónica a gases nocivos y partículas, especialmente al humo del tabaco, que provoca una respuesta inflamatoria anormal en pulmones y a nivel sistémico. Las causas de la patología son multifactoriales, y pueden incluir tanto trastornos genéticos como factores ambientales.

El tabaco sigue siendo considerado el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad, cada vez hay más datos que indican que entre una tercera y una cuarta parte de todos los casos de EPOC se dan en sujetos no fumadores.

Entre los diversos factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de la EPOC se encuentra el humo de biomasa como un importante elemento contaminante susceptible de causar EPOC.¹⁰

Fisiopatología

Los distintos cambios patológicos producidos en la EPOC conllevan una serie de anomalías fisiológicas que inicialmente son evidentes durante el ejercicio y posteriormente también en reposo. Cambios característicos de esta enfermedad incluyen la hipersecreción mucosa, la disfunción ciliar, la limitación al flujo aéreo, la hiperinsuflación pulmonar, las alteraciones en el intercambio de gases y las manifestaciones sistémicas.

Hipersecreción mucosa y disfunción ciliar.

Diversos mediadores inflamatorios son responsables de que en la EPOC se produzca una hiperplasia de glándulas mucosas y un aumento de células caliciformes, responsables directas de la hiperproducción de moco característica de algunos pacientes con EPOC. Las células epiteliales ciliadas sufren una metaplasia escamosa que producirá alteraciones en el mecanismo mucociliar. Estos cambios, son las primeras alteraciones fisiológicas observadas en la EPOC.

Limitación al flujo aéreo e hiperinsuflación pulmonar.

La principal característica fisiopatológica de la EPOC es la limitación espiratoria al flujo aéreo como consecuencia del estrechamiento de la vía aérea periférica y, de la pérdida de elasticidad y destrucción del parénquima pulmonar, como resultado del enfisema, y de la oclusión de la luz por secreciones mucosas. A medida que progresa la obstrucción, el vaciado pulmonar es más lento y el intervalo entre los esfuerzos inspiratorios no permiten la espiración completa, lo que produce una hiperinsuflación por atrapamiento aéreo. La musculatura inspiratoria se acorta y se hace menos efectiva para generar la tensión deseada. Todo ello lleva a un incremento de la sensación de esfuerzo muscular y la consiguiente disnea. Este efecto de la hiperinsuflación se ve amplificado durante el ejercicio.

Alteraciones en el intercambio de gases.

La obstrucción en la vía aérea periférica, la destrucción del parénquima y las alteraciones vasculares pulmonares reducen la capacidad pulmonar para el intercambio de gases, lo que produce hipoxemia e hipercapnia.

El desequilibrio en la relación ventilación/perfusión es el principal mecanismo implicado en la hipoxemia. La hipercapnia crónica generalmente refleja disfunción de la musculatura inspiratoria e hipoventilación alveolar.

Manifestaciones sistémicas

Los sistemas muscular y esquelético son los sistemas extrapulmonares que con más frecuencia se ven afectados en la EPOC. Mecanismo quizás sea por la inflamación sistémica, puesto que en los pacientes donde se observa la afectación simultánea de los sistemas muscular y esquelético se han detectado aumentos significativos de diversas citocinas proinflamatorias. Hay otras causas potenciales, entre las que se incluyen la inactividad, el uso de corticosteroides, la afectación nutricional y el tabaquismo.¹¹

Manifestaciones clínicas

La presencia de síntomas o signos clínicos apoyan el diagnóstico de EPOC, pero su ausencia cuando hay un factor de riesgo evidente no excluye la enfermedad. Los signos clínicos se presentan usualmente en estadios avanzados de la EPOC.

Es una enfermedad que se caracteriza por un periodo asintomático por lo que pueden pasar varios años entre la aparición de la limitación al flujo aéreo y el desarrollo de las manifestaciones clínicas. La disnea, tos y expectoración son los síntomas cardinales de la EPOC. Cuando la enfermedad progresa, aumenta la intensidad de la disnea, la tos, la expectoración y se hace más frecuente la presencia de sibilancias.

La disnea de esfuerzo es el motivo de consulta más frecuente y por lo general se asocia con diagnóstico tardío de la enfermedad; los pacientes con disnea grave y persistente generalmente tienen mayor grado de obstrucción y peor pronóstico. Ante la progresión de la disnea, los pacientes adoptan un estilo de vida sedentario que progresivamente se asocia a disfunción de músculos periféricos y miopatía.

La tos crónica es frecuentemente productiva con expectoración mucosa de predominio matutino. A medida que la enfermedad progresa la intensidad de la tos y la expectoración aumentan; esta última puede ser marrón en los grandes fumadores y durante las exacerbaciones se hace purulenta, viscosa y más abundante. Otros síntomas como la anorexia y la pérdida de peso son más frecuentes en la enfermedad avanzada y se asocian a peor pronóstico.¹²

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de sospecha de EPOC ha de considerarse en todas las personas adultas con exposición a factores de riesgo, básicamente el hábito tabáquico (con una exposición de al menos 10 años/paquete) que presentan tos crónica, con o sin producción de esputo o disnea. Presencia de tos crónica y expectoración suele preceder en varios años a la obstrucción de la vía aérea.

La disnea es el síntoma principal de la enfermedad y el que mayor pérdida de calidad de vida produce. Aparece en fases avanzadas, es persistente, empeora con el ejercicio y se desarrolla de forma progresiva hasta limitar las actividades de la vida diaria. La tos crónica se caracteriza por su inicio insidioso, aunque más tarde aparece a diario, de predominio matutino, suele ser productiva. Otros síntomas inespecíficos, como sibilancias u opresión torácica.

Auxiliares de Diagnóstico

Radiografía de tórax

Los signos de hiperinflación pulmonar, atenuación vascular y radio transparencia, que indican la presencia de enfisema, bullas, zonas radiolucetas o signos de hipertensión arterial pulmonar. Sensibilidad del 50% en los pacientes moderados-graves.¹³

Espirometría

La espirometría es una prueba de la función pulmonar que mide los volúmenes y flujos respiratorios del paciente, esto es, la capacidad para acumular aire en los pulmones y la capacidad para moverlo.

Existen dos tipos de espirometría:

- Simple: El paciente realiza una espiración máxima no forzada tras una inspiración máxima.
- Forzada: El paciente realiza una espiración máxima forzada (en el menor tiempo posible) tras una inspiración máxima.

Cociente FEV1 / FVC: Aporta información sobre qué cantidad del aire total espirado lo hace en el primer segundo. Es una tasa, por lo que suele representarse en tanto por ciento (tanto por ciento de la FVC que se espira en el primer segundo).

Capacidad vital forzada (CVF, o en inglés Forced Vital Capacity, FVC): Cantidad de aire que se moviliza en una inspiración o espiración máximas forzadas.¹⁴

Se considera que existe EPOC si el cociente de volumen máximo espirado en el primer segundo/capacidad vital forzada (FEV₁/FVC) pos broncodilatador es menor de 0.7.¹⁵

Calidad de vida en pacientes con EPOC

La Organización Mundial de la Salud define la Calidad de Vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. ¹⁶

Los pacientes con EPOC suelen presentar una mala calidad de vida, a causa de los síntomas, la disminución de la capacidad física y el uso de medicaciones. El deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CdVRS) constituye un marcador importante en los pacientes con EPOC, puesto que refleja el impacto que tiene la enfermedad en sus vidas. Se han elaborado cuestionarios de calidad de vida para disponer de un método sencillo y no invasivo de medir la respuesta del paciente al tratamiento. Estos cuestionarios incluyen generalmente dominios relativos a los síntomas, el estado funcional, el estado de ánimo y los factores sociales.¹⁷

Indicadores de calidad vida.

El propósito fundamental de la utilización y medición de la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica.

La mayoría de los instrumentos de la CVRS se componen de instrucciones del cuestionario, una serie de ítems (preguntas) y unas opciones de respuesta. Estos ítems se agrupan generalmente en dimensiones que miden diversos aspectos de la salud, como son la función física, mental y social.

El propósito para el que se elabore el instrumento, la demostración de su viabilidad y de las propiedades de medición de las medidas de la CVRS es fundamental para obtener datos clínicos válidos y fiables para su uso en la práctica e investigación clínica.¹⁸

Instrumento para medir calidad de vida.

El Cuestionario Respiratorio de Saint George fue traducido al español por Ferrer y colaboradores en 1993, validaron el instrumento al lenguaje castellano, demostrando ser muy confiable, con una sensibilidad y especificidad altas.

La calidad de vida (CAV), puede ser definida como el proceso de cuantificar el impacto de la enfermedad sobre la vida de un paciente y la sensación de sentirse bien.

El Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG) se utiliza para fines de evaluar la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas. Instrumento

válido, reproducible, y muy sensible para evaluar cambios después de una intervención terapéutica en pacientes con EPOC.

Cuestionario Respiratorio Saint George(CRSG) para su evaluación consta de diferentes puntuaciones:

50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso.

Se divide en tres categorías¹⁹:

a) Síntomas: ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos.

b) Actividades:16 reactivos de opción verdadero o falso y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a disnea.

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

La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida. A cada reactivo del cuestionario le corresponde un peso o puntaje dependiendo de la opción elegida por el sujeto y para los reactivos de cierto-falso solamente los de la respuesta cierto tienen un puntaje.

El cálculo del puntaje que corresponde a cada sujeto se hace por sub escalas. Componente síntomas se suman los puntajes obtenidos de todos los reactivos de la parte 1, se dividen entre 662.5 y se multiplica por 100.

- Componente actividad: se suma el puntaje obtenido de la sección 2 y la sección 6, se divide entre 1,209.1 y se multiplica por 100.
- Componente impacto: se calcula con la suma de los puntajes de las secciones 1, 3, 4, 5 y 7, se divide entre 2,117.8 y se multiplica por 100.

El total resulta de la suma del puntaje de las tres categorías y la división de éste entre 3,989.4 multiplicado por 100. Entre menor sea el porcentaje, mayor es la calidad de vida y viceversa, entre mayor sea, menor es la calidad de vida.

Lo que nos permite distinguir tres grupos¹⁹:

1.- Mínima alteración de la calidad de vida para los pacientes que alcanzan puntuaciones entre cero y 35.0 puntos.

2.- Moderada alteración de la calidad de vida que corresponden con puntuaciones entre 35.1 y 70.0.

3.-Màxima alteración de la calidad de vida para puntuaciones iguales o mayores a 70.1 puntos.

El rango de puntuación va desde 0 (sin deterioro o perfecto estado de salud) hasta 100 % (máximo efecto o peor estado de salud posible). El comité de ética de Investigación clínica y del Instituto para la Investigación de Gol Jordi de atención primaria (Barcelona, España) aprobó el estudio.²⁰

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados.²¹

Dra. Adriana Muiño y colaboradores en el año 2005 realizaron un estudio transversal, en donde se seleccionó una muestra representativa de la población de 40 años y más de la ciudad de Montevideo con datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y el Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) es un estudio dirigido a medir la prevalencia de esta enfermedad en cinco ciudades latinoamericanas, sus principales factores de riesgo, describir los síntomas respiratorios, evaluar la sensibilidad y especificidad de los mismos así como correlacionar el diagnóstico médico previo con el diagnóstico funcional de EPOC. La prevalencia de EPOC considerando los principales criterios funcionales diagnósticos fue: para la relación volumen espiratorio forzado en el primer segundo/capacidad vital forzada (VEF1/CVF) <70%: 19,7%. Según la definición de la Iniciativa Global de EPOC (GOLD) (VEF1/CVF <70% y VEF1 < 80% predicho) fue 7,8% ya que cuantifica además el grado de severidad de la enfermedad (estadio II). El tabaquismo actual se presentó en 28% de los sujetos encuestados. Estos presentaron 47% más EPOC que los no fumadores; esta probabilidad fue 78% mayor para aquellos fumadores con un índice de paquetes/año mayor a 10.²¹

Mara Michelle Cirino Matthews y colaboradores en el año de 2012 realizaron un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y cuantitativo en 16 individuos de ambos sexos, con diagnóstico de EPOC y evaluar la interferencia de un programa de rehabilitación respiratoria para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC a través del Cuestionario Respiratorio Saint George, se encontró que un 23,03% en los síntomas, un aumento de un 23,84% en la capacidad de hacer actividad física y una disminución de un 29,44% en el impacto que la enfermedad tiene en la vida de estos pacientes, observándose una mejora en todos los dominios del Cuestionario Respiratorio Saint George en pacientes con EPOC tras tres meses de ingreso en el Programa de Rehabilitación Respiratoria, lo que sugiere mejoras en la calidad de vida de estos pacientes.²²

Pinto Blazquez y colaboradores en el 2009, realizaron un estudio prospectivo en todos los trabajadores diagnosticados de EPOC en la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur de Extremadura y Madrid, para estudiar el impacto que pueda tener un adecuado seguimiento periódico de estos pacientes, especialmente en cuanto a su hábito tabáquico y cumplimiento terapéutico. En relación a este último se destaca que únicamente un 48% acude a su médico de cabecera, y solo un 17% es derivado a un Neumólogo, y al año, observaron una mejoría, con un 70% y 40% respectivamente.²³

Rodríguez González Moro y colaboradores en el 2007 en España, investigaron la calidad de vida en pacientes diagnosticados de EPOC, así como la posible existencia de diferencias en la percepción del estado de salud entre géneros. Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y multicéntrico en 10782 pacientes y se encontró que los pacientes con EPOC presentan una alteración significativa en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, que es más importante en estadios de enfermedad severa pero que está también presente en la enfermedad moderada. Las mujeres presentan una mayor afectación de la dimensión mental de la calidad de vida, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres en la escala de calidad física.²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de la calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especial en la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las últimas décadas.

Las Enfermedades Respiratorias son un grave problema global de salud pública. A pesar de que muchas de ellas son prevenibles, éstas son causa frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema sanitario de primera magnitud por su elevada prevalencia (en nuestro país afecta al 10% de la población de más de 40 años de edad), incidencia en aumento (actualmente es la cuarta causa de mortalidad global y la Organización Mundial de la Salud predice que será la tercera en el año 2020) e importantes costos socioeconómicos asociados.

Se estima que la carga de la enfermedad de la EPOC para el 2020 medida a través de los años de vida perdidos por muerte prematura coloca a la EPOC en el lugar 10 a nivel mundial.

La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo y la OMS estima que será la tercera en el año 2030. La OMS estima que actualmente existen 210 millones de personas en el mundo que padecen EPOC.

El impacto de la enfermedad en la calidad de vida incluye limitación de la actividad, pérdida del trabajo, impacto económico, efecto en la rutina de la familia, sentimiento de ansiedad y depresión, actividad sexual y sentirse bien.

La evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida del paciente con EPOC, así como creación y reforzamiento de los programas sociales orientados hacia el área específica para cada individuo.

La Calidad de Vida, actual no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de las personas. Sin embargo es frecuente que se dejen de lado estos aspectos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de alteración en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94?

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de EPOC está aumentando en países como Estados Unidos y el norte de Europa debido al aumento en el número de mujeres fumadoras mayores de 50 años.

Las limitaciones funcionales del EPOC constituyen el componente principal de deterioro de la calidad de vida.

El impacto en gasto institucional en personas con EPOC es de 20 millones de pesos anuales que representa el 0.3% del destino a institución.

La actualización en el 2010 indica incremento en el número de personas con EPOC desde la anterior cifra en 1990 de 210 millones de personas con EPOC en todo el mundo a la actual, de 328.615.000 con EPOC (168 millones en varones y 160 millones en mujeres).

Existe la necesidad de realizar un abordaje diagnóstico más personalizado en cada paciente. El tratamiento actualmente disponible ha mejorado significativamente la sintomatología de la enfermedad y quizás su pronóstico, optimismo que se ve reforzado con las novedades farmacológicas que se avecinan.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es una respuesta a la mundialización de la epidemia de tabaquismo y tiene por objetivo proteger a miles de millones de personas de la exposición nociva al humo del tabaco. Es el primer tratado sanitario mundial que ha negociado la Organización Mundial de la Salud y ha sido ratificado ya por más de 180 países.

La lucha contra la EPOC forma parte de las actividades generales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles que lleva a cabo la Organización Mundial de la Salud, cuyos objetivos son aumentar la sensibilización acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas, crear ambientes más saludables, sobre todo para las poblaciones pobres y desfavorecidas, reducir los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, tales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física, prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables relacionadas con las principales enfermedades no transmisibles.

La detección temprana de la EPOC permite mejorar la calidad de vida y evitar una muerte prematura. La importancia de presentar este trabajo será el determinar la calidad de vida en pacientes con dicho diagnóstico para que desde

el primer nivel de atención podamos incidir ya sea con factores farmacológicos y/o educativos para mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

- Identificar el grado de alteración en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94.

Específicos:

- Reconocer la dimensión que se ve más afectada en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94.
- Conocer el género y el rango de edad con el mayor grado de alteración en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94.

EXPECTATIVA EMPÍRICA

Existe una máxima alteración de la calidad de vida en el 70% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94.

METODOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio

- Alteración en la calidad de vida: es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí mismas ²⁵, para fines del estudio es la manera en que un individuo percibe su bienestar, sus indicadores son los elementos que constituyen el instrumento del cuestionario respiratorio de Saint George el cual explora las dimensiones de diversos aspectos de la salud, como son la función física, mental y social por medio de una escala numérica cuyo rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100, es una variable de tipo cualitativa policotómica, en escala de medición ordinal con las categorías de buena y mala.

Variables descriptoras

- **Edad:** es la definición de edad tiene origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento del ser vivo. tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento.²⁷, para fines del estudio son el número de años que refiera la participante, es una variable de tipo discreta cuantitativa, en escala de medición de razón, con las categorías de los 60-90 años.
- **Género:** es un conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres.²⁶, para fines del estudio de características fenotípicas del participante, es una variable de tipo cualitativa, en escala de medición nominal, con las categorías de femenino y masculino.
- **Escolaridad:** es un período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. ²⁸, para fines del estudio se considera como el grado escolar referido por el participante, es una variable de tipo cualitativa policotómica, en escala de medición ordinal, con las categorías de analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato y profesional.
- **Ocupación:** es un término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer. ²⁶, para fines del estudio será a través del tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento, es una variable de tipo cualitativa, en escala de medición categórica, con las categorías de cocinero, obrero, carpintero, ama de casa, trabajadora doméstica, herrero, profesional.

DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con EPOC.

POBLACIÓN

Pacientes con EPOC derechohabientes del IMSS.

MUESTRA

Pacientes con EPOC derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 94.

ESCENARIO

Una entrevista a pacientes con EPOC que acudieron a control al Instituto Mexicano del Seguro Social a la consulta externa de la unidad de medicina familiar número 94.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Calculo de tamaño de muestra: el cálculo de tamaño de muestra se realizó utilizando una fórmula para proporciones finitas:

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

δ^2 = significancia estadística la cual será tal cuando el valor de $p \leq 0.05$

N= número de sujetos necesarios para el estudio

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96 seguridad del 95%

P= proporción esperada 5%

q= 1-p 0.95

d= precisión 3%

$$n = \frac{(10861)(1.46)^2(5)(0.95)}{(0.03)^2(10861-1) + (1.46)^2(5)(0.95)} = 116975 = 100$$

El tamaño de muestra calculado es de 125 sujetos de estudio.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por conveniencia.

PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA

El alumno del curso de especialización de Medicina Familiar a través de la agenda electrónica, se buscará a los pacientes con diagnóstico de EPOC los que se encuentren en sala de espera, de las 8:00 horas a las 20:00 horas, se les invitará a colaborar en el estudio, para ello se les explicara de manera

personalizada el objetivo y forma de participación, en aquellos aceptantes que cubran los criterios, de selección se les proporcionara el consentimiento informado (Anexo 1) y el Cuestionario Respiratorio Saint George cuestionario de calidad de vida (anexo 3). Dando las indicaciones adecuadas para su llenado de forma adecuada.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Posterior a la obtención del consentimiento bajo información, en la entrevista se procede a interrogar los datos contenidos en el instrumento, posteriormente se vaciarán los datos en una hoja de programa electrónico (Excel) para graficar la información, analizarla y poder llegar a las conclusiones.

PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez elegido el tema de investigación, en base a las necesidades observadas en una unidad de medicina familiar, se procede a elaborar el marco teórico referencial con los antecedentes, así como se eligió el instrumento para recabar los datos, y se solicita la aprobación del comité local de investigación para iniciar con la fase de integración de la muestra y obtener los datos de estudio.

Primer año

Adquisición de los conocimientos en investigación biomédica, por medio de un seminario de Investigación I y Estadística I

Se llevó acabo la selección de tema de Investigación

Se realizó búsqueda bibliográfica sobre deterioro cognitivo.

Se elaboró el proyecto de Investigación, conforme la metodología de investigación revisada

Segundo año

Se realizan las modificaciones de acuerdo a las observaciones del comité Local de Investigación.

Se realiza entrega del proyecto al Comité Local para solicitar valoración de aprobación y registro.

Se lleva a cabo la recolección de los datos en trabajo de campo, vaciado de los datos y manejo estadístico con apoyo en el programa estadístico SPSSV 20

Se elaborarán los cuadros y gráficos para clasificación de los resultados

Tercer año

Se elaborará el informe final de tesis. Se adquirirán los conocimientos para la elaboración del escrito médico. Se realizará el escrito médico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Edad entre 60-90 años.
- Derechohabientes de la UMF 94 del IMSS.
- Ambos géneros.
- Que acudan a sus citas de control de manera regular.
- Ambos turnos.
- Que acepten participar en el trabajo de investigación previa firma de consentimiento informado.
- Que contesten de manera completa el instrumento.

NO INCLUSIÓN

- Que contesten de manera incompleta el instrumento.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Una vez aprobado el trabajo por el Comité Local de Investigación, se notificará a la Unidad y se procederá a la integración de la muestra.

Aquellos aceptantes a participar previa explicación del objetivo y forma de participación, se les entregará el formato de consentimiento informado, para rubricarse, posteriormente se aplicará por el investigador el formato de recolección de datos personales, se aplicará de manera guiada en un lugar tranquilo en la sala de espera para aplicar el cuestionario respiratorio de Saint George.

El instrumento se utiliza para fines de evaluar la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas, en pacientes con EPOC. Consta de diferentes 50 reactivos que exploran síntomas como tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos, actividades que se ven limitadas debido a disnea y el impacto referente al funcionamiento social o psicológico afectados por el o los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente.

Encuesta estructurada que se integra de 3 apartados

- El primero corresponde a la ficha de identificación que especifica nombre, edad, escolaridad, genero.
- El segundo apartado es el Cuestionario respiratorio Saint George.
- El tercero pertenece a la asignación de puntaje.

La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida.

Las puntuaciones van de 0 (sin deterioro o perfecto estado de salud) a 100 (máximo efecto o peor estado de salud posible).

Dicho procedimiento se efectuará con cada uno de los participantes hasta complementar la muestra establecida.

(Anexo 3)

ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Para el manejo de variables universales se propone estadística descriptiva con determinación de porcentajes y para determinar el nivel de calidad de vida en el paciente con EPOC será a través de los resultados que arroje el instrumento, determinado por porcentajes y representado por medio de cuadros y figuras con ayuda del programa estadístico SPSS V 20.

ASPECTOS ÉTICOS

En la elaboración de este proyecto se considerarán los fundamentos éticos internacionales (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002) y nacionales (Ley de salud e instructivos del IMSS) vigentes en materia de investigación humana. Este trabajo se considera de riesgo mínimo y se cubrirán los requisitos de confidencialidad, privacidad, se realizará una revisión del expediente clínico de los pacientes participantes y se utilizará el consentimiento informado y la participación libre y voluntaria, respetando la autonomía de la participante, así como de los médicos tratantes que estén involucrados en la atención de salud primaria de los pacientes participantes.

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevará a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso

exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No.94 de México D.F.

Riesgo de la investigación

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, el artículo 17, considera esta investigación dentro de la categoría II. Como investigación con riesgo mínimo, debido a que la recolección de los datos será por medio de una entrevista con aplicación de un cuestionario.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes

Cada participante se beneficiará en conocer la necesidad de programas de salud realmente efectivos en el control de los pacientes con EPOC, al obtener mayor entendimiento de su naturaleza multifactorial. A los participantes se les hará conocimiento de los resultados arrojados por el cuestionario respiratorio de Saint George para que se comience en el supuesto de encontrar una alteración de la búsqueda de ayuda por el profesional correspondiente.

Confidencialidad

La información obtenida de los participantes se establece en registros anónimos, y sólo se estableció un código interno (folio) para identificar el número de participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

La participación en el protocolo de estudio se explica en lenguaje coloquial en el consentimiento informado, lo cual realizará el investigador, quien informará y explicará este documento hasta cerciorarse que la participante y los testigos han entendido cabalmente lo que se les ha explicado, tras la invitación a participar en el estudio, podrá decidir el acceder o no y entender que puede retirarse del estudio en el momento que lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

Forma de selección de los participantes

Se eligen a todos aquellos participantes con EPOC, considerando solo los criterios de inclusión.

Balance riesgo beneficio

El siguiente estudio no representa ningún riesgo para los participantes, son mayores los beneficios obtenidos.

RECURSOS

Humanos: los investigadores (responsable y asociado).

Físicos: instalaciones de la UMF No 94 "Aragón".

Materiales: artículos y material de papelería.

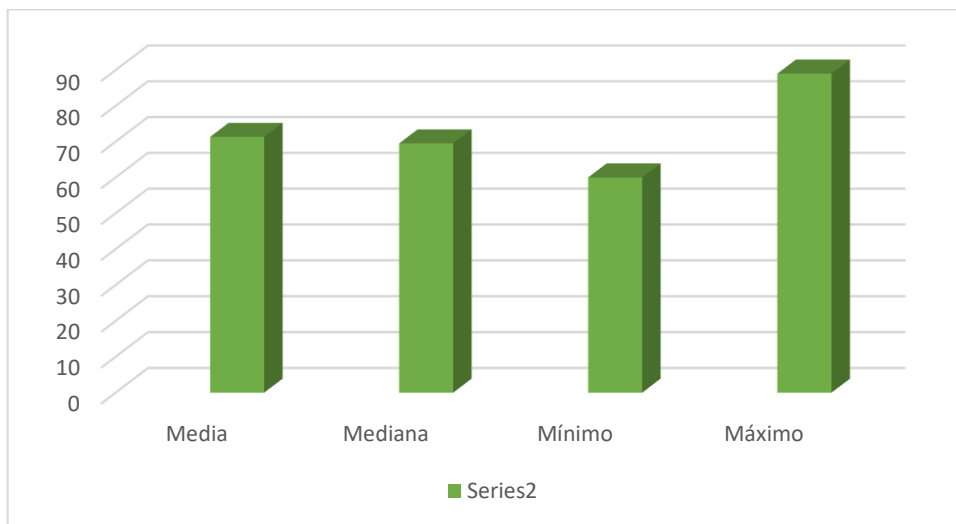
Tecnológico: equipo de cómputo con paquetería Microsoft.

Financieros: propios de los investigadores.

RESULTADOS

Con un total de 125 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, respecto a la edad, la media fue de 71.32 años, 69.5 años la mediana, un mínimo de 60 años y un máximo de 89 años (Gráfica 1).

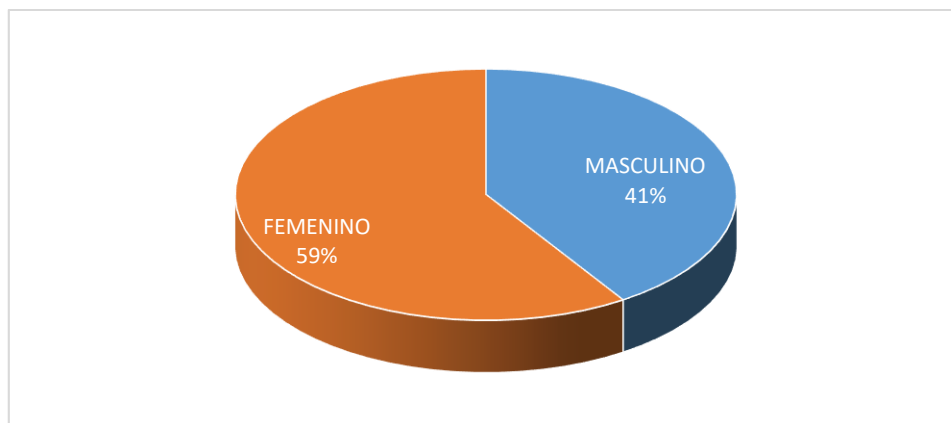
Gráfica 1. Medidas de tendencia central de la edad de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

Para el género, el mayor porcentaje se concentra en el sexo femenino con 59% y el sexo masculino en 41%. (Gráfica 2)

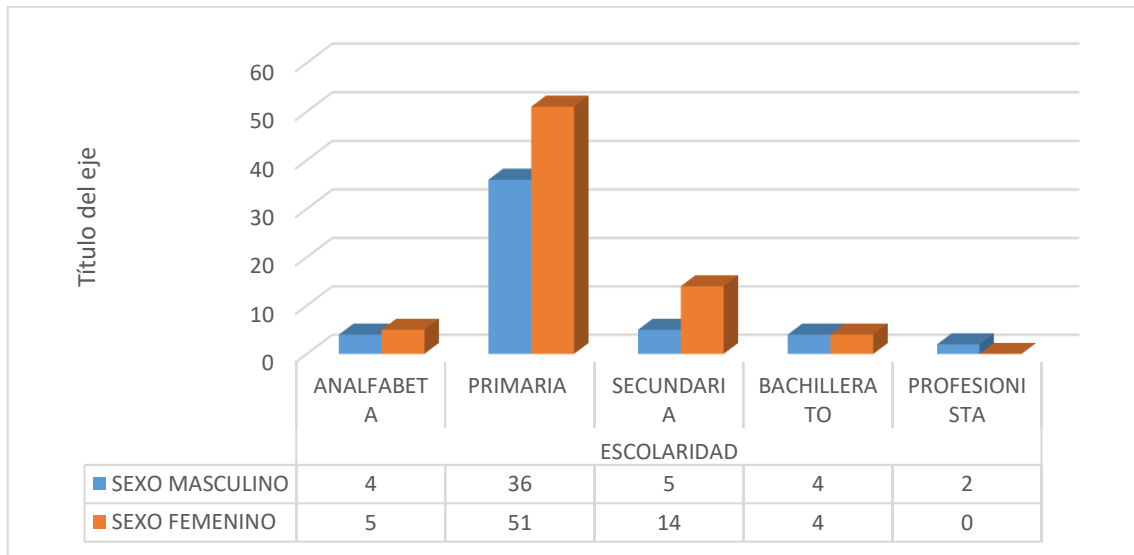
Gráfica 2. Frecuencia de género de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

En base a su escolaridad se observó que en su mayor porcentaje cursaban la primaria completa, en el 40.8% mujeres y 28.8% hombres, con un 11.2% de sexo femenino y 4% del género masculino con escolaridad secundaria y sólo 3.2% de ambos sexos tenían un bachillerato, y en un mínimo porcentaje cursaron la licenciatura en un 1.6% (Gráfica 3).

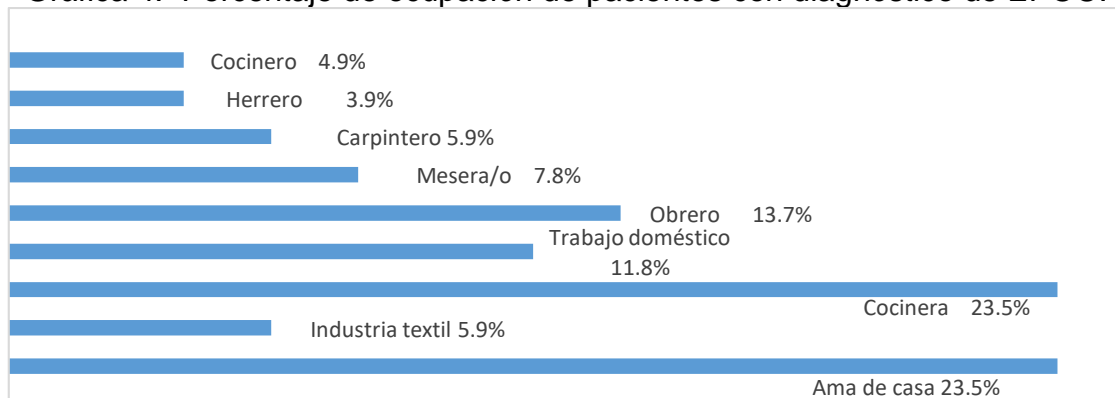
Gráfica 3. Frecuencia de escolaridad de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

Respecto a su ocupación se observó que en su mayoría eran cocineras y amas de casa con un porcentaje del 23.5, en segundo lugar obreros con un 13.7%, sólo en 3.9% eran herreros (Gráfica 4).

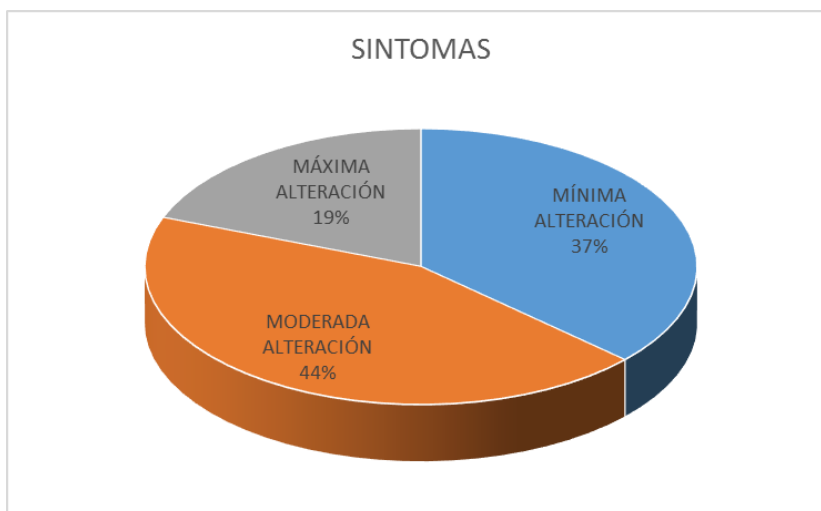
Gráfica 4. Porcentaje de ocupación de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

Respecto al grado de alteración en la calidad de vida en cuanto a los síntomas de EPOC, se observó que en su mayoría presentaban en un porcentaje de 44% con moderada alteración, un 37% con mínima alteración, y solo 19% una máxima alteración (Gráfica 5).

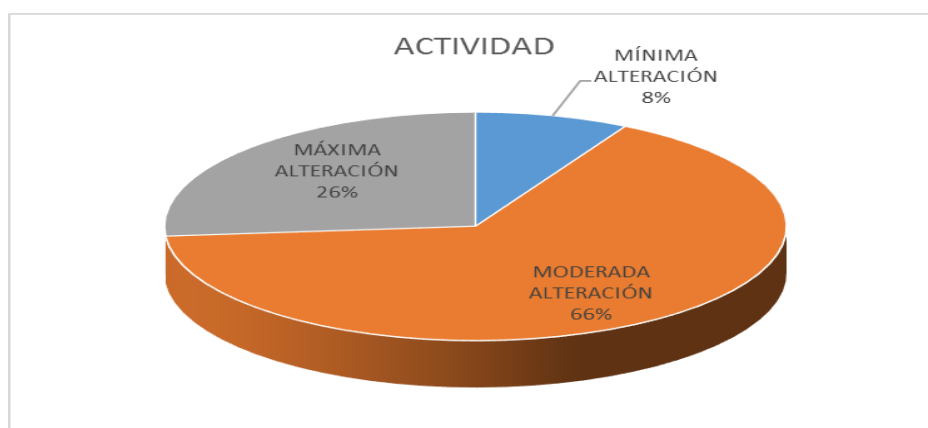
Gráfica 5. Frecuencia del grado de alteración en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

En base al grado de alteración en la calidad de vida en cuanto a la actividad de pacientes con diagnóstico de EPOC, se observó que en su mayoría presentaban en un porcentaje de 66% con moderada alteración, un 26% con máxima alteración, y solo 8% una mínima alteración (Gráfica 6).

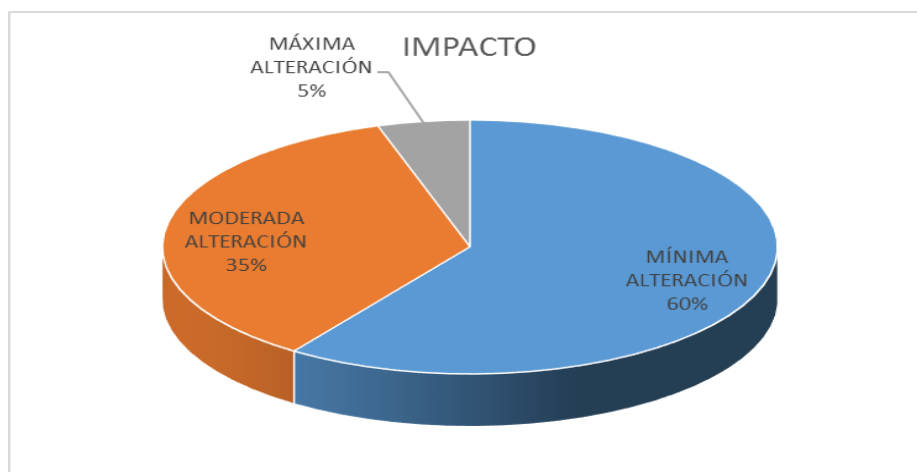
Gráfica 6. Frecuencia del grado de alteración en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

Respecto al grado de alteración en la calidad de vida en cuanto al impacto de pacientes con diagnóstico de EPOC, se observó que en su mayoría presentaban en un porcentaje de 60% con mínima alteración, un 35% con moderada alteración, y solo 5% una máxima alteración (Gráfica 7).

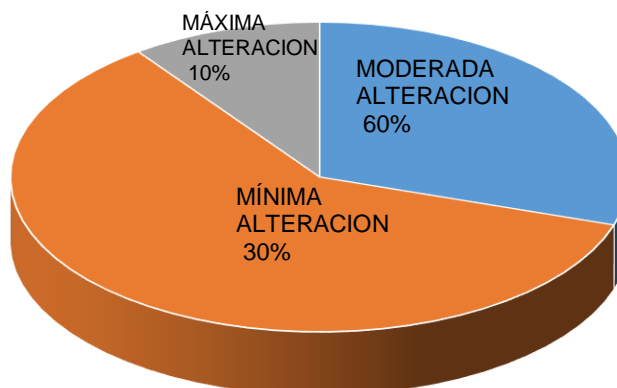
Gráfica 7. Frecuencia del grado de alteración en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

Con base a la frecuencia del grado de alteración en la calidad de vida con un total de 125 pacientes, dentro de los cuales el 60% se observaron con moderada alteración, el 30% con mínima alteración y por último el 10% con una máxima alteración en la calidad de vida con diagnóstico de EPOC.(Gráfica 8).

Gráfica 8. Frecuencia del grado de alteración en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de EPOC.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de EPOC en la UMF 94 del IMSS, septiembre 2016.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El total de la muestra fue de 125 pacientes con diagnóstico de EPOC, de los cuales se observó que la media de la edad fue de 71.32 años; con respecto al género se vio una mayor frecuencia en el sexo femenino con un porcentaje de 59%, y en el caso del sexo masculino se observó un porcentaje de 41%. Respecto a su escolaridad se vio que el sexo femenino en un 40.8% y 28.8% sexo masculino tenían primaria completa, el sexo femenino con 11.2% y sexo masculino con 4% de escolaridad secundaria y por último respecto a esta situación se observó que el 1.6% presentaron licenciatura. En base a su ocupación se vio que el 23.5% eran cocineras o amas de casa y el 13.7% eran obreros.

En el caso del grado de alteración de la calidad de vida de acuerdo a los síntomas de EPOC, se observó que en su mayoría presentaban un porcentaje de 44% con moderada alteración, un 37% con mínima alteración, y solo 19% una máxima alteración. Con respecto a la alteración en la calidad de vida en cuanto al grado de actividad de pacientes con diagnóstico de EPOC, se observó que en su mayoría presentaban un porcentaje de 66% con moderada alteración, un 26% con máxima alteración, y solo 8% una mínima alteración. Al preguntar a los pacientes sobre el impacto de la enfermedad, se observó que en su mayoría presentaban un porcentaje de 60% con mínima alteración, un 35% con moderada alteración, y solo 5% una máxima alteración.

Se observó también que dentro del grado de alteración de EPOC, el 60% se observaron con moderada alteración, el 30% con una mínima alteración y por último el 10% con una máxima alteración en la calidad de vida. Nos interesó estudiar el grado de alteración que representaba el EPOC en la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

El grado de alteración de la calidad de vida en los pacientes con EPOC fue mínima en un 60% en ambos sexos. Dentro de estas alteraciones el más frecuente en un 66% presentaron moderada alteración de sus actividades, síntomas en un 44% con moderada alteración y el impacto de la calidad de vida del EPOC fue mínima alteración en un 60% de los pacientes estudiados. Se observó que el grado de alteración fue mínima en la calidad de vida de los pacientes con EPOC en un 60%.

SUGERENCIAS

Posterior a la realización de este estudio y ver como existe alteración en la calidad de vida de los pacientes con EPOC que este puede llegar a presentar y que mediante una detección oportuna y control adecuado de la enfermedad en poblaciones de riesgo así como una adecuada capacitación al personal de salud en el primer nivel de atención, de este modo se pudieran ahorrar recursos.

Es por esto que se sugiere crear estrategias de capacitación para prevención y referencia temprana a segundo nivel de atención a los programas e instituciones pertinentes para evitar las secuelas de las mismas y otorgar un tratamiento oportuno y adecuado por el personal médico.

Incentivar la aplicación de educación para la salud en el paciente con EPOC.

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez S, Quintano J, Hidalgo R, González B, Gérez C, Zangróniz U, Moreno V, Hernández G. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: morbimortalidad e impacto sanitario. *Semergen*. 2014;40(4):198-204.
2. Lescay M, Valdés B, Cathcart R. Caracterización de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica bajo tratamiento con ventilación mecánica no invasiva. *Rev haban cienc méd*. julio-agosto 2015;14(4).
3. Marc M, Soler C, Calle, Molina, Pere A, Quintano, Riesco, Triguerosi, Piñera, Simón, Rodríguez H, López, Ramon C, Roser C, Fernández, Lobo, Díez, Soriano, Ancochea. Guía española de la EPOC (GesEPOC). 2014.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [Lugar desconocido]; Disponible en <http://www.iner.salud.gob.mx/>.
5. Bravo B, Delgado Se, Agredo C, Salomon R. Calidad de Vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán. Enero a Diciembre de 2013; Vol 7 (1):124 -135
6. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Bogotá, Octubre 2013.
7. Fernández A, López J, Soledad S. Déficit de alfa 1 antitripsina en pacientes con EPOC: estudio de corte transversal. *Arch Bronconeumol*. 2015.
8. García P, Timiraos C, Gómez B, Laviaa G, Lago P, Lara. Detección del déficit de alfa-1 antitripsina: estudio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica diagnosticados en atención primaria; Coventry and Warwickshire University Hospitals, *Semergen*. Reino Unido, 2016.
9. López G, Rodríguez R, Alvar A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medicina Balear* 2014; 29 (1): 43-48.
10. Silva, Oyarzún, Olloquequi. Mecanismos patogénicos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica causada por exposición a humo de biomasa. *Arch Bronconeumol*. 2015. 51 (6):285-92.
11. Barros C, Bueno M, Calle R, Colmenarejo H, Martín G, Martínez A, Martínez G, Marc M, Sánchez R, Soler C, Vidal L. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. España; 2006.
12. Alejandro Casas, Raúl Sansores, Antonio Tokumoto. Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Curso clínico, diagnóstico espirométrico y estratificación de la gravedad. Asociación Latinoamericana de Tórax. Enero 2011;11.

- 13.** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012; 48 (1): 2-58
- 14.** Romero de Ávila C, González R, Rodríguez E, Timiraos C, Molina B, Galego R, García P, González B, Pérez A. Las 4 reglas de la espirometría. Médicos de Familia. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias de Agamfec. Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria. 2013; Vol.20:7
- 15.** Martín E. Conducta a seguir ante la EPOC desde Medicina Interna.2010. Rev. Clin. Esp.210:171-7.
- 16.** Calidad de Vida. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. [Internet]. [Lugar desconocido]; México:Diciembre 2014. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/calidadVida.html>.
- 17.** Nonato, Díaz, Nascimento, Dreyse, Jardim, Lisboa. Comportamiento de la calidad de vida (SGRQ) en pacientes con EPOC según las puntuaciones BODE. Departamento de Enfermedades Respiratorias, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Arch Bronconeumol. 2015; 51 (7): 315-21.
- 18.** Badia LI. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Health Outcomes Research Europe. Barcelona. España; 2014; 27.
- 19.** Aguilar E, Sotelo M, Lara R, García F, Sansores M, Ramírez V. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2 Abril-Junio 2000;13: 85-95.
- 20.** Monteagudo, Rodríguez B, Llagostera, Carles V, Bayona, Ferrer, Miravittle. Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: A prospective study in primary care. Respiratory Medicine.2013;107:1589 -1597.
- 21.** López V, Menezes. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. Marzo 2005; 21(1).
- 22.** Cirino M, Rodríguez M, Araujo M, Brasileiro V, Pinto S, Dos Santos V, Fonseca H, Diógenes B. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con EPOC en un programa de rehabilitación respiratoria. Revista de fisioterapia. 2012; 11(1): 5-12.
- 23.** Pinto B, Gomez L, Gelpi M, Martin B. Impacto de un seguimiento periódico en la EPOC. Madrid.2009.
- 24.** Rodríguez G, Centenoc J, Izquierdo A, Díaz C, López M, Lucas R. Calidad de vida relacionada con la Salud en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: influencia del género. Arch Bronconeumol. 2007;43: 1-209.
- 25.** Definición de calidad de vida [internet]. Lugar desconocido: Google. 31 de Enero de 2014. [Noviembre 2016] Disponible en:

<https://juanfelipebohorquezvariedades.wordpress.com/2014/01/31/calidad-de-vida/>

26. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual Cuicuilco. [internet] enero-abril, 2000. [Noviembre2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>

27. Definición de edad. [internet]. Lugar desconocido: Editor desconocido,2008 [Noviembre 2016]. Disponible en: <http://definicion.de/>

28. Definición de escolaridad [internet]. Lugar desconocido: Google. 29 de Agosto de 2016.[Noviembre 2016] Disponible en: https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome_instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=definicion+de+escolaridad.

ANEXOS

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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **ALTERACION EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA
CRÓNICA DE LA UMF 94**

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Ciudad de México, Abril de 2017.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: La prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) está aumentando debido al aumento en el número de mujeres fumadoras mayores de 50 años. La detección temprana de la EPOC permite mejorar la calidad de vida y evitar una muerte prematura. La importancia será el determinar la calidad de vida en pacientes con dicho diagnóstico para que desde el primer nivel de atención podamos incidir ya sea con factores farmacológicos y/o educativos para mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

El objetivo es identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la UMF 94

Procedimientos: La participación consistirá en permitir que se les realice un cuestionario previamente elaborado, con el fin de contactar a los pacientes con diagnóstico de EPOC que acuden a consulta regular en la UMF 94 y contestar el Instrumento Saint George.

Posibles riesgos y molestias: El tiempo que se requiere para contestar el cuestionario

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejora en la calidad de la atención de los servicios de salud.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre el resultado del estudio, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le

plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Concientización médica en la consejería sobre calidad de vida en el EPOC

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

Investigador Responsable: Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matricula: 99366361, teléfono: 57672799 EXT. 21407 correo electrónico rodriguin6027@hotmail.com

Colaboradores:

Dr. Héctor Francisco Zaragoza, Matricula: 993647924 teléfono: 57672799 EXT. 21407 correo electrónico hectorfrancisco_17@hotmail.com
Dra. Lilian Gisela Flores García, Matricula: 98368594, teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico: dra_ariadnaflores@hotmail.com

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

Nombre y firma del sujeto _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma _____

Nombre, dirección, relación y firma _____

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ALTERACION EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE LA UMF 94

Actividades	MES (año)	JUNIO 2016- ENERO 2017	FEBRERO 2017	MARZO 2017	ABRIL- SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017
Elaboración del Protocolo	P	P						
	R	R						
Selección de Instrumento	P		P					
	R		R					
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P			P				
	R							
Recolección de la información	P				P			
	R							
Elaboración de la base de datos	P					P		
	R							
Captura de la información	P					P		
	R							
Procesamiento de datos	P					P		
	R							
Análisis de los Resultados	P						P	
	R							
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

P= Programado.

R= Realizado.

ANEXO 3

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE

Agradeciendo de antemano su participación, a continuación, le realizaremos preguntas, solicitando que responda con la mayor veracidad posible. Le reitero que esta información será manejada de manera confidencial.

- 1.- Edad: ____ años.
- 2.- Sexo: Femenino____ Masculino_____.
- 3.- Escolaridad: Primaria____ Secundaria____ Bachillerato____ Licenciatura____
- 4.- Ocupación: Cocinera(o) Ama de casa__ Obrera(o)__Carpintero__ Herrero__ Ingeniero_____.
- 5.- Tabaquismo: Positivo__ Negativo_____.
- 6.- Exposición a biomasa: Humo de leña____ Humo de petróleo_____.
- 7.- Tiempo de evolución del EPOC: ____ años.

Parte 1

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.

1. Durante el último año, he tenido tos
La mayor parte de los días de la semana
Varios días a la semana
Unos pocos días a la semana
Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas
La mayor parte de los días de la semana
Varios días a la semana
Unos pocos días a la semana
Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire
La mayor parte de los días de la semana
Varios días a la semana
Unos pocos días a la semana
Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).
La mayor parte de los días de la semana

Varios días a la semana
Unos pocos días a la semana
Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
Nada en absoluto

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

Más de tres ataques

Tres ataques

Dos ataques

Un ataque

Ningún ataque

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

Una semana o más

De tres a seis días

Uno o dos días

Menos de un día

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

Ningún día fue bueno

De tres a seis días

Uno o dos días fueron buenos

Casi todos los días

Todos los días han sido buenos

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

No

Sí

Parte 2

Sección 1

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? Por favor, marque una sola de las siguientes frases:

Es el problema más importante que tengo

Me causa bastantes problemas

Me causa pocos problemas

No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. Por favor marque una sola de las siguientes frases: (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar

Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo

Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:

Cierto Falso

Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.....

Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.....

Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.....

Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.....

Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.....

Me falta la respiración al caminar de subida.....

Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.....

Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:

Cierto Falso

Me duele al toser.....

Me canso cuando toso.....

Me falta la respiración cuando hablo.....

Me falta la espiración cuando me agacho.....

La tos o la respiración interrumpen mi sueño.....

Fácilmente me agoto.....

Sección 4

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:

Cierto Falso

La tos o la respiración me apenan en público.....

Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.....

Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.....

Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.....

No espero que mis problemas respiratorios mejoren.....

Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida.....

Hacer ejercicio no es seguro para mí.....

Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.....

Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)

Cierto Falso

Mis medicamentos no me ayudan mucho.....

Me apena usar mis medicamentos en público.....

Mis medicamentos me producen efectos desagradables.....

Mis medicamentos afectan mucho mi vida.....

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque cierto sí usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:

Cierto Falso

Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....

No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.....

Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.....

Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar.....

Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar.....

Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.....

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:

Cierto Falso

No puedo hacer deportes o jugar.....

No puedo salir a distraerme o divertirme.....

No puedo salir de casa para ir de compras.....

No puedo hacer el trabajo de la casa.....

No puedo alejarme mucho de la cama o la silla.....