



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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA UTILIZANDO EL
INSTRUMENTO DE ST GEORGE
EN LA UMF 28**

T E S I S

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

**P R E S E N T A:
DRA. LINA PATRICIA RAMÍREZ AGUAYO**

**ASESOR CLÍNICO:
DRA. CLAUDIA YESSICA TORRES TORRES**

**ASESOR EXPERIMENTAL:
DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA**

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
"GABRIEL MANCERA"**



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.

**“CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA UTILIZANDO EL
INSTRUMENTO DE ST GEORGE
EN LA UMF 28”**

DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
“GABRIEL MANCERA”

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
“GABRIEL MANCERA”

**"CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA UTILIZANDO EL
INSTRUMENTO DE ST GEORGE
EN LA UMF 28"**

DRA. CLAUDIA YESSICA TORRES TORRES
ASESOR DE TESIS
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MEDICAS QUIRURGICAS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS
UMF 28 "GABRIEL MANCERA"

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE LA UMEC
"DR. FRANCISCO J. BALMIS"
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por ser mi guía más grande, por no dejarme sola en ningún momento y permitirme llegar a esta etapa de la vida.

A mis Padres:

Quienes son el regalo más grande de la vida, por su amor, apoyo incondicional que me ha brindado por tantos años y por enseñarme a luchar por las cosas que quiero.

A Mis Hermanos:

Por su cariño, apoyo incondicional y por hacer mi vida más agradable.

Al Dr. Apolinar y Dra. Yessica:

Por su paciencia y todo el apoyo que me brindaron a lo largo de esta tesis, que creyeron en mi proyecto y me ayudaron a defenderlo.

A Mis Amigos:

Por estar presentes para escuchar cuando las cosas estaban difíciles.

INDICE

	Página
Resumen	6
Antecedentes	7
Planteamiento del Problema	24
Justificación	25
Objetivos	26
Material y Métodos	27
Población	29
Criterios de Selección	30
Variables	31
Diseño Estadístico	34
Consideraciones Éticas	36
Resultados	37
Discusión de los Resultados	43
Conclusiones	44
Anexo	45
Bibliografía	54

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA UTILIZANDO EL INSTRUMENTO DE ST GEORGE EN LA UMF 28

AUTORES:

Dra. Lina Patricia Ramírez Aguayo, Dra. Claudia Yesica Torres Torres y Dr. Apolinar Membrillo Luna.

OBJETIVO:

El estudio se realizó con el propósito de Evaluar la Calidad de Vida en el Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, utilizando el instrumento de St George en la UMF 28.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, no comparativo, longitudinal y prospectivo en derechohabientes de la UMF 28 del IMSS con EPOC mayores de 45 años, ambos sexos. La selección de la muestra se tomo por conveniencia de 96 pacientes realizándose la aplicación del instrumento de St. George en la Consulta Externa de noviembre del 2008 a enero del 2009.

RESULTADOS:

Se evaluó a 96 pacientes 50 mujeres y 46 hombres con edad promedio de 70 años, los cuales el 79% eran desempleados y el 55% se encontraban casados, con un promedio de 7 años de portar la enfermedad, el 76% de los pacientes ya no realizan actividad física, la cual se ve limitada por los síntomas, el 70% de los pacientes tenían tabaquismo positivo, así como 70% de los pacientes presentaban disnea y tos productiva en el momento de la aplicación del cuestionario, con el 73% de alteración Moderada en la Calidad de vida. Situación que concuerda con lo publicado por otros autores.

CONCLUSIONES:

En los pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica evaluados en la Unidad de Medicina Familiar No 28, se encontró una Alteración Moderada en la Calidad de vida, siendo más evidente en lo referente a las actividades que conlleva a limitar su vida cotidiana.

2. MARCO TEORICO O ANTECEDENTES.

El concepto y definición de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ha sido muy controversial, algunos autores incluyen dentro de la definición a la Bronquitis Crónica y el Enfisema Pulmonar, otros se basan en la estructura y funcionalidad del parénquima pulmonar, motivo por el cual se han planteado varias definiciones.

El Segundo Consenso Mexicano para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, define la EPOC: como una "Enfermedad caracterizada por limitación al flujo aéreo, la cual no es totalmente reversible y es usualmente progresiva. Esta limitación se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía aérea, cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo del tabaco y exposición al humo de leña".¹

Según la GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): La define "Como un proceso patológico que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo y que no es reversible, la limitación al flujo respiratorio es generalmente progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos, cuyo factor etiológico fundamental es el tabaco, participando otros factores como la contaminación ambiental, la carga genética y probablemente un cierto grado de hiperactividad bronquial."^{2,3}

Actualmente según la Asociación Española de Neumología y la Sociedad Centroamericana de Neumología define a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica como una enfermedad caracterizada por la presencia de obstrucción del flujo aéreo a causa de Bronquitis Crónica y Enfisema Pulmonar.⁴

En la literatura internacional, la epidemiología revela que la prevalencia de EPOC en muchos países desarrollados está en aumento. El incremento del tabaquismo a nivel mundial, ha ocasionado una mayor prevalencia, afectando principalmente a los países en desarrollo, así también como la mortalidad, en Estados Unidos ocupa la cuarta causa de morbilidad y según la Organización Mundial de la Salud su prevalencia e impacto va en aumento, esta tiene un alto impacto económico ya que requiere de una atención prolongada, consultas frecuentes y múltiples internamientos en el servicio de urgencias u hospitalización.⁵

La prevalencia en sujetos mayores de 50 años se ha estimado entre 3 al 6% de la población abierta^{1,-2}

A pesar de que esta enfermedad se puede prevenir mediante el abandono en el uso del tabaco, la prevalencia va en aumento con un gran impacto a nivel sanitario. Un estudio realizado en España sobre la EPOC demostró que la prevalencia de la obstrucción crónica del flujo aéreo es del 9.1% y esta se presenta entre las edades de 40 a 70 años, en cuanto a la relación con el sexo, varón/mujer es de 4:1, esta prevalencia está ligada al tabaquismo, la población fumadora mayor de los 16 años es del 33.7 de la población total.

Por otro lado se ha visto un incremento importante en las mujeres, ya que dicha enfermedad esta subdiagnosticada. En España es la cuarta causa de muerte y la mitad de los enfermos mueren a los 10 años después de haber sido diagnosticados ^{6, 7, 8,9}

En Cuba es la octava causa de muerte y también es causa de invalidez crónica, incapacidad profesional y laboral.¹⁰

Sin embargo en Latinoamérica y específicamente en México no existen estadísticas ni tampoco estudios epidemiológicos que puedan determinar la prevalencia. Se considera que del total de fumadores, 1.8 millones padecen esta enfermedad y en la mortalidad general de 1997 ocupa el décimo tercer lugar.¹¹

Como se ha mencionado, esta enfermedad también se ha asociado al humo de leña, situación que en nuestro país sigue utilizándose para cocinar, en el 50%, de los estados del sureste como Oaxaca, Chiapas, y Guerrero, la prevalencia del tabaquismo es del 27.7% y el consumo de leña es del 17.5%.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de cada 100 pacientes que se atienden por EPOC, el 60% tiene el antecedente de tabaquismo y el 40% a exposición crónica al humo. En relación al sexo cuando se habla de tabaquismo el 70% es en el sexo masculino y en exposición a humo de leña el 92% son mujeres.¹⁻³

La mortalidad está en relación a la edad de inicio, el hábito de fumar, del número de cigarrillos y del abandono del tabaquismo o seguir fumando.

Existen múltiples factores de riesgo que coadyuvan para la presentación de esta enfermedad, como son la edad, sexo, bajo nivel socioeconómico, factores genéticos y constitucionales, función pulmonar reducida, hiperactividad bronquial, eosinofilia, niveles séricos altos de IgE, exposición ocupacional, contaminación ambiental e infecciones del tracto respiratorio.¹²

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tiene varias clasificaciones, una de ellas está en relación a la descompensación de la enfermedad, como es la de Athonysen la que se refiere con síntomas mayores y menores, otra es la clínico-funcional que propone la GOLD, la cual toma en cuenta la espirometría para su estadificación.

Mencionaremos la primera por considerarla que los datos clínicos que se refieren están en relación a lo anteriormente mencionado.

CRITERIOS DE ANTHONYSEN: EPOC DESCOMPENSADO

SINTOMAS MAYORES: Aumento de la disnea
 Aumento en volumen de expectoración
 Expectoración purulenta.

SINTOMAS MENORES: Tos
 Fiebre
 Sibilancias
 Odinofagia
 Congestión Nasal
 Descarga posterior.

La clasificación de Anthonysen se divide en:

- ANTHONYSEN I: Tres síntomas mayores
- ANTHONYSEN II: Dos síntomas mayores
- ANTHONYSEN III: Un síntoma mayor y un Menor.

En relación a la clasificación clínico/funcional se mencionan los siguientes datos:

CLASIFICACIÓN CLÍNICA-FUNCIONAL DE LA EPOC DE ACUERDO AL GOLD.^{1, 2,13}

GRADO	CARACTERISTICAS
GRADO "0"	SINTOMAS (PERO NO DISNEA) ESPIROMETRIA NORMAL
GRADO I	SINTOMAS CON ESPIROMETRIA NORMAL PERO FEV1/FVC <70%
GRADO II A	SINTOMAS CON FEV1 >50%
GRADO II B	SINTOMAS CON FEV1 >30% Y < 50%
GRADO III	FEV1 <30% O <50% CON PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (PaO2 < 55 mmHg con o sin PaCO2 >50mmHg) y/o presencia de <i>Cor Pulmonale</i> .

Fuente: Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-1276.

En la fisiopatología desde el punto de vista funcional, este se caracteriza por una disminución del flujo aéreo, un estrechamiento intrínseco de las vías aéreas por inflamación y hay destrucción del tejido que rodea la vía respiratoria con pérdida del tejido elástico, favoreciendo la obstrucción bronquial y provocando un desequilibrio en la ventilación/perfusión ocasionando alteraciones en el intercambio gaseoso con hipoxemia; produciendo hiperinsuflación y aumento en la participación de los músculos accesorios.¹⁰⁻²

Por otro lado el estrés oxidativo es un proceso de daño celular, desencadenado por radicales libres, principalmente oxígeno, que puede afectar uno o varios componentes de la célula y altera seriamente sus funciones, por lo que en los últimos años se ha asociado a los mecanismos patogénicos de diferentes enfermedades como el envejecimiento.^{13, 14}

También se menciona que existe un reclutamiento de neutrófilos polimorfo nucleares (PMN) que migran hacia los pulmones por la elaboración de factores quimiotácticos alveolares pulmonares, estimulados por el humo del tabaco, constituyendo una de las fuentes más importantes de radicales libres^{15, 16}

A partir de los 45 a 50 años de edad suelen aparecer las manifestaciones clínicas, los síntomas se presentan en los individuos susceptibles que han fumado aproximadamente 20 cigarrillos al día por un espacio de 20 años (20 paquetes al año), al parecer 10 años posteriores a haber presentado los primeros síntomas se presenta la disnea de esfuerzo, al progresar la enfermedad las agudizaciones de los cuadros se hacen más frecuentes.

Las manifestaciones clínicas características que se presentan en esta enfermedad, son las siguientes:

- **TOS CRÓNICA:** Suele ser productiva y de predominio matutino, es poco común que se presente solo por la noche, no guarda relaciones con la gravedad o las alteraciones funcionales respiratorias, se incrementa durante las exacerbaciones.
- **EXPECTORACIÓN CRÓNICA:** No existe ningún patrón en las características de la expectoración. Un aumento de su volumen o purulencia puede indicar la presencia de una infección respiratoria, puede aumentar la cantidad, cambiar el color y consistencia, un volumen expectorado superior a 30 ml/día sugiere la existencia de bronquiectasias, la presencia de expectoración hemoptoica obliga a descartar como el cáncer bronco pulmonar.
- **DISNEA:** Es progresiva, empeora a través del tiempo, persistente (presente todos los días), empeora con el ejercicio, durante las infecciones o descompensaciones.
- **SIBILANCIAS:** Son un sonido silbante y agudo durante la respiración que ocurre cuando el aire fluye a través de las vías respiratorias estrechas.

- SENSACION DE PECHO APRETADO: Síntomas no específicos, pueden variar de un día a otro y presentarse o no, se desencadenan con el ejercicio, frío o durante las exacerbaciones infecciosas.^{1,6, 12}

En la anamnesis: se debe investigar sobre antecedentes de tabaquismo y la sintomatología. A la Exploración Física, dicha enfermedad es poco expresiva cuando es leve, en la enfermedad avanzada se puede encontrar espiración prolongada, sibilancias que pueden ser inespecíficas; en la enfermedad grave lo más característico es roncus, distensión del tórax por obstrucción aérea, cianosis central, acropaquia, hepatomegalia, edema o pérdida de peso.

Los estudios complementarios que se utilizan para hacer es el diagnóstico son: la Espirometría y la Radiografía de Tórax, en las pruebas de laboratorio la gasometría y la oximetría de pulso, así como las pruebas de sangre, examen general de orina, electrocardiograma, pletismografía, difusión de monóxido de carbono y tomografía axial computarizada (TAC).

La Espirometría es imprescindible para el diagnóstico ya que valora la gravedad de la EPOC, permite detectar la alteración ventilatoria incluso en sus fases iniciales, también ayuda a estimar la respuesta al tratamiento. La Fracción de Expulsión Ventilatoria (FEV₁) es el mejor predictor de la expectativa de vida, de la tolerancia al ejercicio y del riesgo operatorio.

Se considera que existe obstrucción al flujo aéreo cuando el FEV₁ es menor del 80% del valor teórico o de referencia y la relación FEV₁/FVC (Capacidad Vital Forzada) es menor del 70%.

La Radiografía de tórax. Es imprescindible en el estudio inicial, para realizar el diagnóstico diferencial y para descartar la presencia de posibles complicaciones.

La Gasometría arterial no se realiza en todos los pacientes, está indicada en las formas moderadas o graves para valorar la existencia de una insuficiencia respiratoria crónica así como para indicar y controlar la oxigenoterapia continua domiciliaria.

La determinación de los volúmenes pulmonares estáticos (pletismografía o técnicas de dilución con helio), está indicada en los pacientes con EPOC moderada o grave, permitiendo analizar el componente restrictivo en los enfermos con una disminución de la FVC y valorar, así, el grado de atrapamiento aéreo.

La determinación de alfa-1 antitripsina sérica, debe realizarse en todo paciente con una EPOC al menos una vez al año, por su valor pronóstico, y la posibilidad de instaurar un tratamiento sustitutivo por la importancia del estudio familiar.

La oximetría de pulso es un método no invasivo y muy sencillo que puede realizarse en todos los pacientes, el cual determina la saturación arterial de oxígeno (SaO₂). El valor normal debe ser mayor de 92%.

Las pruebas funcionales más específicas, que pueden estar indicadas puntualmente en ciertos enfermos en algún momento de su evolución, son el test de la marcha de 6 o 12 min, la oximetría nocturna, la polisomnografía, la ergometría respiratoria y la determinación de la distensibilidad pulmonar .

En la Tomografía computarizada de tórax, no es de rutina, es útil para el estudio de enfisema, diagnóstico de las bronquiectasias y en el carcinoma broncogénico, por lo que ocasionalmente puede estar indicada.

Otras pruebas pueden ser necesarias, en algún momento de la evolución, como son los análisis de sangre y orina, el electrocardiograma (ECG), el ecocardiograma y los estudios del esputo o de la secreción respiratoria.^{1, 6}

Acidosis: Esta condición también produce una vasoconstricción pulmonar y está íntimamente relacionada a la hipoxemia, a la acidosis respiratoria y eventualmente a acidosis metabólica causada por hipoxia tisular, que origina un aumento en la producción de ácido láctico y ácido pirúvico secundarios a la anaerobiosis.¹⁷

La tolerancia al ejercicio se evalúa con la prueba de caminata de 6 min, así como con la prueba de caminata Shuttle (CIS), esta última estandarizada, son pruebas muy importantes en los programas de rehabilitación pulmonar, se realizan en todo neumopata incluyendo a otros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y patología intersticial, además esta prueba correlaciona directamente con el consumo de oxígeno (VO₂) un indicador importante de la capacidad aeróbica de los pacientes.

El grado de alteración en la espirometría refleja generalmente, la gravedad de la enfermedad, clasificándolo en los siguientes grados o estadios:

- Estadio 0: En riesgo: Tos crónica y aumento de la emisión de esputo, la función normal.
- Estadio 1: E.P.O.C. leve: Limitación leve del flujo respiratorio (VEMS1/CVM <70%, pero VEMS1 >80% del valor referencia)
- Estadio 2: E.P.O.C moderado: Mayor deterioro de la limitación del flujo respiratorio (50% o VEMS1 < 80% del valor de referencia)
- Estadio 3: E.P.O.C grave: Deterioro superior de la limitación del flujo respiratorio (30% o VEMS1 < 50% del valor de referencia)
- Estadio 4: E.P.O.C muy grave: Limitación grave del flujo respiratorio (VEMS1 < 30% del valor de referencia)¹⁸

El Diagnóstico Diferencial se puede hacer con las siguientes patologías:

Asma
Insuficiencia Cardíaca Congestiva
Bronquiectasias
Tuberculosis.¹⁵

La mayoría de los pacientes con Bronquitis Crónica Presenta exacerbaciones agudas dos veces al año, la exacerbación por infección bacteriana se inicia frecuentemente después de una infección por agentes virales, particular rinovirus, las bacterias solo intervienen en la mitad o las dos terceras partes del total de los cuadros, como infección secundaria se encuentra al Haemophilus influenzae y Moraxella Catarrhalis, el Staphylococcus Aureus betalactamasa positivo y enterobacterias son relativamente comunes y pueden desarrollar resistencia a los antibióticos, por eso es necesario disponer de otras opciones de tratamiento antimicrobiano como son los inhibidores de las betalactamasa.^{10,18,19}

Los objetivos del tratamiento se centran en mejorar los síntomas y aumentar la supervivencia, los pilares principales del mismo son:

- Abandonar el hábito tabaquito
- Aliviar los síntomas y prevenir las agudizaciones
- Mejorar la Calidad de Vida y la tolerancia al ejercicio
- Aumentar la supervivencia
- Preservar la función pulmonar o reducir su deterioro
- Prevenir, detectar y tratar precozmente las complicaciones
- Minimizar los efectos adversos de la medicación.

Abandonar el hábito tabáquico debe ser la primera y más importante medida terapéutica en todos los pacientes con una EPOC. Si falla, debe ponerse en marcha una segunda etapa de ayuda más enérgica. Ésta incluye el tratamiento farmacológico, la terapia sustitutiva con nicotina y las intervenciones conductuales. El éxito global de estos programas se estima en un 30% a largo plazo.

El apoyo con material impreso aumenta la eficacia del consejo antitabaco. La clase de nuevas drogas antinicotínicas desarrolladas para el tabaquismo severo, basadas en el sistema neurotransmisor de los núcleos envueltos incluyen antagonistas del metabolismo del glutamato, dopamina y receptores CB1 y del GABA, así como el factor agonista de la relación corticotropico.^{19, 20, 21}

La elección de los fármacos a emplear debe hacerse en función de la gravedad de la enfermedad y ha de individualizarse según la tolerancia y la respuesta de cada paciente.

PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA EPOC EN FASE ESTABLE.

En cualquiera de las fases o antes de pasar a otra de mayor gravedad siempre hay que dar el pertinente consejo antitabaco, revisar la técnica de inhalación y valorar la adhesión al tratamiento. En todos los casos debe evitarse la exposición a humos y gases, indicar anualmente la vacuna antigripal y prescribir la vacuna antineumocócica.

Broncodilatador:

Habitualmente mejoran los síntomas, la vía de elección para administrarlos es la inhalatoria, son básicos en el tratamiento sintomático del EPOC, mejoran el flujo del aire al disminuir el tono del músculo liso de las vías aéreas; como resultado, la mejoría del vaciamiento de los pulmones en reposo y durante el ejercicio lleva a la reducción de la hiperinflación dinámica.

Generalmente se administran de manera regular o por razón necesaria para aliviar los síntomas, así como disminuyen la exacerbación de la enfermedad, y mejora la calidad de vida. Estos pueden agruparse de acuerdo al mecanismo de duración de la acción:

- 1 Los de acción corta son los B2 adrenérgicos receptores agonista (sulfato de albuterol) y receptores colinérgicos antagonistas (bromuro de ipratropio), resulta un broncodilatador por 6 hrs.
- 2 Los de acción larga son receptores B2 adrenérgicos como el formoterol o salmeterol tiene un efecto de 8 a 12 hrs y de larga acción, agentes anticolinérgicos bromuro de tiotropio con una duración de 24 hrs.^{22, 23}

Beta-2-adrenérgicos:

- De acción corta, se recomienda como medicación de rescate cuando aparecen o aumentan los síntomas en la EPOC estable y en las agudizaciones.
- De acción prolongada, se aconseja su empleo de forma pautada cuando predominan los síntomas nocturnos, si se quiere reducir el número diario de inhalaciones y siempre que se precise aliviar los síntomas de forma continua.

Anticolinérgicos:

Tienen un efecto broncodilatador comparable o incluso superior al de los agentes beta-2 agonistas de acción corta y su margen de seguridad es mayor. Cuando se utilizan conjuntamente con los agentes beta adrenérgicos su acción broncodilatadora es aditiva. Están indicados en el tratamiento de mantenimiento de los pacientes con una EPOC estable sintomática.

Metilxantinas:

Tienen un poder broncodilatador ligeramente menor y sus efectos secundarios son más frecuentes e importantes. Su administración debe reservarse para conseguir una mayor potencia broncodilatadora cuando se emplean conjuntamente con anticolinérgicos y beta-2 agonista, se indican en los estadios severos y en las exacerbaciones.²⁴

Corticoides:

El uso de los corticoides en la EPOC no está bien definido, pueden indicarse por vía oral en la enfermedad grave, así como en las agudizaciones. Alrededor del 10% de los pacientes en fase estable mejora su función pulmonar después de un tratamiento esteroideo oral, de dos semanas de duración, con 30 mg/día de prednisona oral.

El tratamiento de las agudizaciones con corticoides orales es benéfico en la mayoría de los casos, por lo que debe considerarse su administración a la dosis de 0,5 mg/kg de peso durante 7 a 15 días. Están indicados en los pacientes con una EPOC grave, existen estudios que sugieren que estos consiguen mejorar la calidad de vida, reducir las agudizaciones graves y aumentar algunos parámetros de función respiratoria. Estos no están justificados en los pacientes con una EPOC leve.

Mucolíticos:

Estimulante respiratorio y antioxidante: no hay suficientes datos como para recomendar el empleo regular de estas sustancias en la EPOC. En algunos estudios se sugiere que el tratamiento regular con N-acetilcisteína podría disminuir el número de agudizaciones.

Antibióticos:

La antibioterapia no está justificada en todas las agudizaciones de la EPOC.

En todo paciente con agudización está justificado el antibiótico por el riesgo de un fracaso terapéutico, en la elección del antibiótico hay que tener en cuenta las características de la enfermedad de base y sobre todo, en el FEV₁, pues los pacientes con un FEV₁ menor del 50% tienen mayores probabilidades de sufrir una agudización bacteriana debida a gérmenes gram negativos, como *Haemophilus influenzae* o *Pseudomonas aeruginosa*.

La amoxicilina puede ser útil, pero ante la creciente aparición de cepas resistentes debe considerarse el empleo de otros betalactámicos (amoxicilina/clavulánico, ampicilina/sulbactam), en las bronquiectasias (generalmente, en estadios más avanzados de la enfermedad) puede ser de interés seleccionar un antibiótico oral con acción frente a *Pseudomonas*, como ciprofloxacino.

La vacuna antigripal debe administrarse anualmente a todos los pacientes que padecen una EPOC. También se recomienda la vacuna antineumocócica. Para esta última se considerará la revacunación transcurridos 7 u 8 años.

Oxigenoterapia:

La oxigenoterapia continua domiciliaria mejora la supervivencia a largo plazo del enfermo con hipoxemia. La administración de oxígeno regular a largo plazo (> 15 horas/día) han demostrado disminuir la presión arterial pulmonar y la policitemia, mejorar la capacidad de ejercicio, el funcionamiento pulmonar y la actividad intelectual, además de aumentar la supervivencia.⁹

Los criterios clínicos utilizados para el ingreso al Programa de Oxígeno Domiciliario (POD) son los internacionalmente aceptados para este tratamiento:

- PaO₂ < 55mmHg o SaO₂ < 88% en reposo
- PaO₂ entre 56 a 59 mmHg o SaO₂ = 89% cuando hay evidencias de disfunción Hipóxica (hipertensión pulmonar secundaria, corazón pulmonar, policitemia Secundaria).

Por lo tanto el criterio fundamental para decidir el ingreso al programa es la gasometría arterial, considerando que este examen debe ser efectuado después de 30 días de tratamiento óptimo y en condiciones de estabilidad clínica.

Existen además situaciones especiales que justifican el uso de oxigenoterapia no continua como son:

- PaO₂ < 55mmHg o SaO₂ < 88% durante el ejercicio y en quienes el O₂ aumenta la capacidad de ejercicio.
- En trastornos del sueño: PaO₂ < 55mmHg. SaO₂ < 88% durante el sueño, asociada con disfunción Hipóxica de órganos.

Actualmente utilizamos balones de O₂ comprimido, debe administrarse incluyendo en las horas del sueño.²⁵

La ventilación mecánica no invasiva, a través de máscaras nasales o faciales, permite el reposo de los músculos respiratorios y determina una mejoría del intercambio de gases. Según los datos actualmente disponibles la ventilación mecánica no invasiva podría utilizarse en el tratamiento hospitalario de las agudizaciones graves de la EPOC que cursen con insuficiencia respiratoria hipercápnica, sin embargo, actualmente no puede recomendarse la aplicación continuada o domiciliaria de este procedimiento terapéutico.

Tratamiento Quirúrgico:

El Tratamiento quirúrgico se basa en la extirpación de quistes o bulas pulmonares de gran tamaño puede mejorar la función respiratoria y la tolerancia al ejercicio. Las técnicas video toracoscópicas actualmente en uso permiten que las resecciones se lleven a cabo de forma menos cruenta.

El trasplante pulmonar puede ser un tratamiento útil en algunos pacientes con una EPOC grave, menores de 65 años y no fumadores. La cirugía de reducción de volumen puede ser una alternativa terapéutica para algunos casos de enfisema grave.²²

TRATAMIENTO DE LAS EXACERVACIONES:

La EPOC se asocia frecuentemente con exacerbaciones de los síntomas. Entre las causas de las exacerbaciones destacan las infecciones del árbol traqueo bronquial infecciones por agentes etiológicos comunes como el rinovirus en un 30% y la contaminación ambiental. En un tercio de los casos no puede identificarse ninguna causa.

La infección respiratoria es la primera causa implicada como agravante de Insuficiencia Cardíaca (IC) establecida, motivando el ingreso hospitalario sobre todo en período invernal.

La evaluación de la gravedad de una exacerbación de la EPOC incluye:

- 1 **La Medición de VEMS1:** si es < 1 litro, es sugestivo de exacerbación grave. La cual es difícil de practicar durante una exacerbación.
- 2 **Gasometría Arterial:** Sirve para confirmar el tipo de insuficiencia respiratoria (parcial o global), determinar la gravedad del cuadro y ayudar en toma de decisiones sobre la actitud terapéutica.
- 3 **Radiografía de Tórax:** Esta excluye diagnósticos alternativos que puedan simular los síntomas de una exacerbación.
- 4 **Electrocardiograma:** Útil en el reconocimiento de hipertrofia ventricular derecha, arritmias e isquemia miocárdica.
- 5 **Otras pruebas:** Es el Cultivo de esputo, y bioquímica básica entre otras.

Los factores que empeoran el pronóstico de la EPOC son los siguientes:

- Persistencia del hábito tabáquico.
- Presencia de hipoxemia o de hipercapnia.
- Existencia de hipertensión pulmonar y cor pulmonale.
- Edad avanzada.
- Malnutrición.
- Episodios frecuentes de agudización.
- Comorbilidad.

El parámetro que mejor predice el pronóstico de la EPOC es el FEV₁.²³

CALIDAD DE VIDA

La EPOC afecta las actividades diarias de los que la padecen, intervienen con su rendimiento físico y psicosocial,²⁶ llegando en su fase más tardía a incapacitar a los pacientes. El tratamiento es un paliativo, ya que cuando se establece el daño pulmonar este es irreversible. Por eso aliviar la disnea es incidir en la calidad de vida del paciente.²⁷

Para hablar de Calidad de Vida primero tenemos que conocer el concepto de salud, el cual se ha definido desde hace varias décadas como la "ausencia de Enfermedad", pero la OMS (Organización Mundial de la Salud) la define como "El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

El concepto de salud está fundamentado en un marco biosociológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional.²⁸

Hablar de calidad de vida es abstracto, el concepto nace a mediados de este siglo, su nacimiento obedece a la problemática del desarrollo económico que incluye un creciente avance tecnológico y científico, que pretende atender los problemas que acarrearán el proceso tecnológico, crecimiento de la población, la dinámica de los procesos de urbanización y en general el bienestar del individuo.

El concepto de calidad de vida tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean hombres cuyas necesidades vitales están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países ricos y altamente industrializados, que cuando lo emplean otros cuya principal preocupación es cómo y dónde alimentarse el día de hoy, como sucede en los países subdesarrollados. Falta una definición de calidad de vida y de estilo de vida, para aterrizar la idea.

Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de las enfermedades crónicas, que padecen los efectos de su enfermedad,²⁹ no solo incluye el deterioro funcional, sino que abarca las repercusiones sobre el estilo de vida del paciente, se refiere a su propia percepción e interpretación.³⁰

En la última década, la calidad de vida se ha relacionado con la salud, por lo que se ha ido transformando en un importante indicador de los cuidados médicos, lo que importa en este siglo es como se siente el paciente y no como el médico cree que debería sentirse.

La calidad de vida puede ser definida como “el proceso de cuantificar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente y la sensación de sentirse bien”.

En otras palabras se puede decir que es el proceso de cuantificar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente y de cómo se siente con ella, se refiere a cómo vive cuando presenta la enfermedad.³¹

La OMS (1991) propuso la siguiente definición de calidad de vida, basándose en estudios transculturales:

“Percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de [valores](#) en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Este concepto incorpora dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, tales como la salud física, el estado psicológico, el nivel de [independencia](#), las relaciones sociales y las creencias religiosas.

Asimismo, identifica los diez factores que más influyen en el nivel global de la calidad de vida de una persona: sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, [autoestima](#), actividades de ocio, relaciones personales, dolor y disconformidad, sueño y descanso (Maldonado, 2006).

Según Rodríguez Marín (1995) la calidad de vida en los individuos que padecen una enfermedad crónica en la perspectiva de un constructo multidimensional abarca los siguientes aspectos:

a) Estatus funcional (autocuidado, movilidad y actividades físicas). Se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías que se incluyen comúnmente son el **autocuidado** (alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios); **la movilidad** (capacidad para moverse dentro y fuera de la casa) y las **actividades físicas** (andar, subir escalera, etc.).

b) Síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento. Cada síntoma puede ser evaluado de varias maneras, usando desde simples variables dicotómicas que representan su exteriorización o ausencia, a medida de frecuencia de aparición, de la gravedad y/o de la duración.

c) Funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológica). Aquí se pueden observar los niveles de estrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas. Los datos no señalan que existan estados patológicos o trastornos mentales diagnosticables, sino más bien una forma de estrés específica.

d) Funcionamiento Social (ajuste o adaptación social). El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos crónicos, y es el resultado de diferentes factores como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga; el miedo del paciente a ser una carga para los demás; el azoramiento por los síntomas o las discapacidades; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente.

Se menciona que para hablar de calidad de vida se debe tomar en cuenta el equilibrio entre las expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas, se puede decir que una buena calidad de vida se expresa con los términos de felicidad, satisfacción y la capacidad para afrontar los acontecimientos vitales.

La mayoría de la gente quiere vivir, pero cada vez más se interesa por su calidad de vida, y se hace varias preguntas como: ¿me quedará incapacitado?, ¿tendré dolor o malestar?, ¿podré realizar mis actividades cotidianas?, ¿me veré limitado a en la actividad social?, lo cual depende en gran medida de la escala de valores que cada individuo presenta y que ha adoptado libremente además de sus recursos emocionales y personales.³¹

La Calidad de Vida es un concepto que está relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad³²

Ahora bien, esta enfermedad presenta una alteración estructural y funcional, que conlleva a un proceso psicológico y social, el cual puede conducir al paciente a la invalidez³³

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, el mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida se requiere de instrumentos que se han diseñado para evaluar las dimensiones que integran las mediciones, se deben considerar algunos conceptos básicos al evaluar un concepto multidimensional.

Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos, para conocer y comparar el estado de salud de las poblaciones (aspectos estratégicos para programar políticas de salud), para evaluar los trastornos y el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y sus funciones físicas a través del tiempo.²⁹

Según Donovan las características que definen a un buen instrumento de medida para la calidad de vida son:

- a) Adecuado al problema de salud que se pretende medir.

- b) Válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden medir y no otras.
- c) Preciso, es decir, con un mínimo de error de medida.
- d) Sensible, o sea, capaz de detectar cambios tanto entre diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo.
- e) Basado en datos generados por los propios pacientes.
- f) Aceptable por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores.³⁴

Habitualmente los instrumentos elaborados para medir la calidad de vida se componen de unas instrucciones de administración (para el entrevistador o para el entrevistado), unas dimensiones (p. ej., desplazamiento, movilidad o cuidado corporal) y unos ítems que describen, bien mediante escalas visuales analógicas o bien de forma categórica, diferentes niveles de estas dimensiones (p. ej., en la dimensión de movilidad: no tengo problemas para andar, tengo algunos problemas para andar o no ando en absoluto).²⁸

Se menciona que la utilidad de esta herramienta en la investigación, es en la epidemiología ya que mide el evento y la capacidad del test para detectar realmente a quien se está afectando.

Aun no se ha logrado asimilar que la medición de salud de los indicadores de morbilidad, mortalidad, esperanza de vida, y los años de vida perdidos, para estimar el perfil de salud se debe tener en cuenta la enfermedad, la discapacidad y la muerte de las personas.

Los instrumentos requieren de validación de cada país, tomando en cuenta la proyección, al usuario y al proveedor.³²

Para poder cuantificar este impacto se han diseñado varios cuestionarios de calidad de vida que se relacionan con la salud.³⁵ A partir de la década de los ochentas, en varios países europeos y anglosajones se realizaron varios estudios acerca de la atención informal de salud. Se ha visto que en los últimos años debido al envejecimiento progresivo de la población, se han presentado más casos de enfermedades crónicas, entre ellas la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica por lo que es necesario medir la calidad de vida en dichos pacientes.³⁶

Se han diseñado varios instrumentos para medir la Calidad de Vida en los pacientes neumopatas,³⁷ existen los de tipo genéricos y los específicos.

Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminación, entre sujetos afectados, para predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones.³³

Los cuestionarios genéricos o generales se encargan de medir el impacto de la salud de los pacientes en los diferentes estadios de la enfermedad, así como la calidad de vida en comparación con la población en general, detectando efectos fuera del ámbito de la salud respiratoria y son menos sensibles, para detectar cambios relevantes, entre ellos tenemos al cuestionario de salud SF-36, el Cuestionario de Calidad de Vida SF-12, el Cuestionario Perfil de las Consecuencias de la enfermedad SIP, y el Cuestionario perfil de salud de Nottingham (NHP).

Los específicos evalúan solamente el órgano o sistema como es el impacto de las enfermedades respiratorias, estos fueron diseñados a partir de los síntomas los trastornos de la vida diaria y sus limitaciones, se ha demostrado que estos son más sensibles a los cambios que experimentan en el curso evolutivo de la enfermedad entre estos tenemos a Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica (CRQ) y el Cuestionario Respiratorio St. George (SGRQ).³⁰

El CRQ mide el impacto de los problemas de la salud en los pacientes con EPOC y sobre todo cuantifica los cambios después de una intervención terapéutica que inicialmente fue la rehabilitación respiratoria. Se menciona que se ha utilizado como instrumento de evaluación en distintos estudios en donde se evalúan los tratamientos y el seguimiento de los pacientes.

El instrumento de St. George (The St. George's Respiratory Questionnaire), ha sido diseñado para evaluar la calidad de vida y cuantificar el impacto de la EPOC en el estado de salud percibido por los pacientes respiratorios, al mismo tiempo a probado ser suficientemente sensible para reflejar los cambios en la actividad de la enfermedad, su confiabilidad se basa en la limitación del flujo aéreo.^{29, 38}

Este fue diseñado por Jones en 1992, para ser utilizado en enfermedades obstructivas de las vías aéreas como es la EPOC y el Asma.³⁹ Se ha incrementado el interés de los investigadores por ampliar su uso en los diferentes países de distintas lenguas, por lo que ha sido traducido a varios idiomas incluyendo el español, el cual fue realizado por Ferrer y cols., en 1993.^{40,41}

Se refiere que los primeros estudios publicados de este tipo metodológico, han demostrado que este cuestionario reúne las propiedades de fiabilidad, validez y sensibilidad, lo cual es suficiente para ser aplicados.⁴¹

En un estudio transversal realizado por Hajiro analizó las propiedades discriminativas del St George observando que las variables valorables son las fisiológicas, la capacidad al ejercicio, la valoración de la disnea, la ansiedad y la depresión.³⁹

El St. George es un instrumento que tiene la característica de ser autoaplicado, está compuesto por 50 ítems, donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso, se divide en tres categorías:

- a) Síntomas: el cual consta de 8 reactivos y se refiere a toda sintomatología presentada por la patología pulmonar, entre ellos tos, productiva con expectoración, disnea o sensación de ahogo, falta de aire y sibilancias, así como la duración, frecuencia y severidad de estos.
- b) Actividades: que consta de 16 reactivos de opción verdadera o falsa y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a la 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.

Las 3 categorías nos dan la calificación "total" de calidad de vida, cada reactivo se le ha dado un puntaje dependiendo de la opción elegida y para los reactivos de cierto o falso solamente se da puntuación a los de cierto, el cálculo del puntaje se hace por subescalas.

Para el componente de síntomas, se suman los puntajes obtenidos de todos los reactivos de la parte 1, se dividen entre 662.5 y se multiplican por 100.

En actividades; se suma el puntaje obtenido de la sección 2 a la 6, se divide entre 1209.1 y se multiplica por 100.

El Impacto se calcula con la suma de los puntajes de las secciones 1, 3, 4,5 y 7 se divide entre 2117.8 y se multiplica por 100.

Se calcula una puntuación para cada una de las escalas y se efectúa una puntuación global. El rango de las puntuaciones oscila entre cero (no alteración de la calidad de vida) y 100 (máxima alteración de la calidad vida).

Lo que nos permite distinguir tres grupos relacionados con la calidad de vida y de acuerdo al resultado del instrumento:

- a) **Mínima alteración de la calidad de vida** para los pacientes que alcanzan puntuaciones entre cero y 35.0 puntos
- b) **Moderada alteración de la calidad de vida** que corresponden con puntuaciones entre 35.1 y 70.0
- b) **Máxima alteración de la calidad de vida** para puntuaciones iguales o mayores a 70.1 puntos.^{27, 38,42}

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es un padecimiento que se presenta en la población mayor de los 40 años, en ambos sexos, y la cual actualmente va en aumento en nuestro país, generando un costo mayor en la atención de los pacientes, así como teniendo un impacto muy alto en la calidad de vida de los mismos, además y aunado a los factores de riesgo que se han incrementado en los últimos años, y considerando las estadísticas de morbilidad y mortalidad, además de reconocer que es una enfermedad progresiva e irreversible la cual va a tener un gran impacto en la vida y bienestar del paciente, se nos hace necesario conocer:

¿Cuál es la Calidad de Vida en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica utilizando el instrumento de St. George en la UMF 28?

4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio, es de interés del investigador conocer la calidad de Vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, valorando la frecuencia y severidad de los síntomas, así como la limitación de las actividades diarias y las alteraciones emocionales, ya que esta es una enfermedad lentamente progresiva e irreversible, la cual produce una importante alteración en la vida y bienestar de los pacientes que la padecen.

En México se ha incrementado, debido a que el tabaquismo y humo de leña como factores de riesgo han ido en aumento, situación que altera el equilibrio de las expectativas de vida de los pacientes.

De acuerdo a los resultados encontrados esperamos poder difundirlos en eventos académicos de nuestra especialidad y darle un mayor énfasis a los estudios e instrumentos que nos permiten conocer lo que es la calidad de vida.

5. OBJETIVOS GENERAL:

Evaluar la Calidad de Vida en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, utilizando el instrumento de St. George en la UMF 28.

5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a. Evaluar la severidad de los síntomas en los paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- b. Evaluar el Grado de limitación en las actividades diarias de los Pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- c. Evaluar el Impacto Emocional y Social en los pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

6. MATERIALES Y METODOS

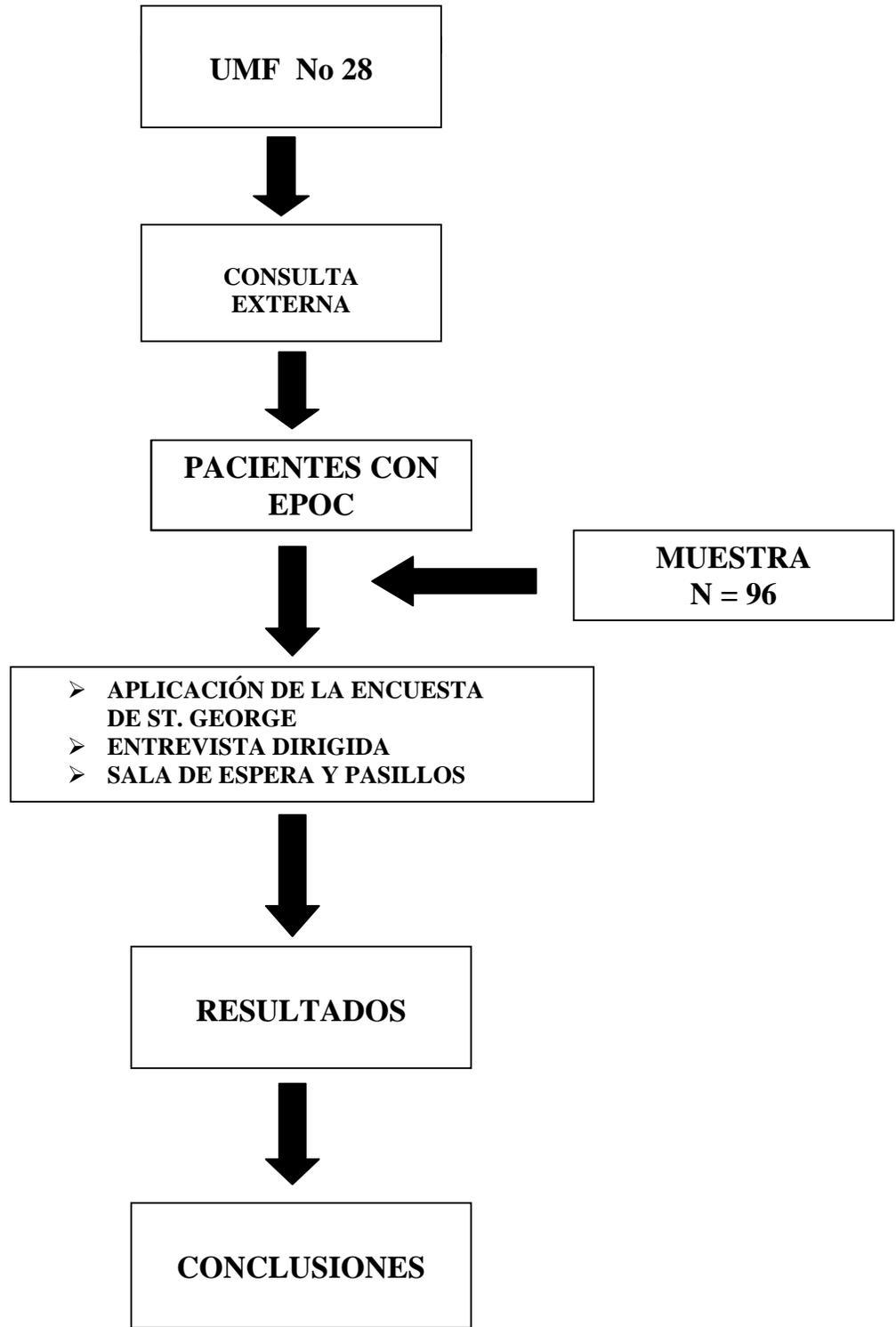
DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, no comparativo y longitudinal, en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, de la UMF No 28, valorando la calidad de Vida.

Se tomó una muestra por conveniencia de 96 pacientes.

A partir del mes de noviembre del 2008 a enero del 2009 se llevo a cabo la aplicación del instrumento de St. George a los pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de la UMF 28 , que acudían a la consulta externa de Medicina Familiar.

ESQUEMA METODOLOGICO:



POBLACION Ó UNIVERSO:

Se realizo en la población de la UMF 28 Gabriel Mancera, ubicada en la Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, en el Distrito Federal, en la población mayor de 45 años, ambos sexos, con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, de Noviembre del 2008 a Enero del 2009.

MUESTRA:

Se calcula el tamaño de la muestra en base a una fórmula para un estudio descriptivo con una variable dicotómica.

W = Amplitud total del intervalo de confianza

P = Proporción esperada = 0.30

Z α = Derivación normal estandarizada para la α bilateral

Intervalo de confianza del 90%

$$\text{Tamaño de la muestra} = N = \frac{4 Z_{\alpha}^2 P (1-P)}{W^2}$$

$$N = \frac{4 (1.64)^2 (0.10) (1 - 0.10)}{(0.10)^2}$$

$$N = \frac{4 (2.68)^2 (0.09)}{0.01}$$

$$N = \frac{0.964}{0.01}$$

$$N = 96 \text{ Pacientes}$$

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de ambos sexos mayores de 45 años.
- Con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Adscritos a la UMF No. 28 del IMSS.
- Que aceptaron participar en el estudio, otorgando su consentimiento informado por escrito.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no deseen participar o no acepten firmar la hoja de consentimiento informado.
- Que no tengan tratamiento farmacológico, que durante el estudio presentaban enfermedad aguda.
- Que hayan otorgado información incompleta o que desistan de participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que durante el estudio hayan fallecido.
- Que ya no sean Derechohabientes del IMSS.
- Que presenten complicaciones u otras Patologías adyacentes.
- Que no se encuentren en los archivos de la UMF 28 después de 3 intentos.
- Cuestionarios incompletos.

7. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de Vida

VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

CALIDAD DE VIDA:

“Percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

EPOC:

Enfermedad caracterizada por limitación al flujo aéreo, la cual no es totalmente reversible y es usualmente progresiva, se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía aérea, cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo del tabaco y exposición al humo de leña.

TOS CRONICA:

Es aquella que persiste o que es recurrente y dura más de 3 semanas

EXPECTORACION CRONICA:

Expulsión crónica de secreciones acumuladas en bronquios y pulmones.

DISNEA:

Sensación subjetiva de falta de aire.

SIBILANCIAS:

Son un sonido silbante y agudo durante la respiración que ocurre cuando el aire fluye a través de las vías respiratorias estrechas.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de Variables	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de las Variables	Fuente de Información
Nombre del Paciente	Cualitativa	Textual	Nombre del Paciente	Cédula de Recolección de datos
Edad	Cuantitativa	Continua	Números Enteros	Cédula de Recolección de datos
Sexo	Cualitativa	Nominal	1 = Femenino 2 = Masculino	Cédula de Recolección de datos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1 = Empleado 2 = Desempleado	Cédula de Recolección de datos
Estado Civil	Cualitativo	Nominal	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Viudo 4 = Divorciado 5 = Otro	Cédula de Recolección de datos
Realiza Actividad Física	Cualitativo	Nominal	1 = Si 2 = No	Cédula de Recolección de datos
Exposición a Humo	Cualitativo	Nominal	1 = Si 2 = No	Cédula de Recolección de datos
Tabaquismo	Cualitativo	Nominal	1 = Si 2 = No	Cédula de Recolección de datos

VARIABLES DE ESTUDIO

Nombre de la Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Calidad de Vida	Dependiente	Calidad de Vida al momento de la Entrevista	<p>< 35 = Mínima Alteración de la Calidad de Vida.</p> <p>35 – 70= Moderada Alteración de la Calidad de Vida.</p> <p>70.1 – 100 = Máxima Alteración de la Calidad de Vida.</p>	Cuestionario St. George
EPOC	Independiente	<p>Paciente que los presentes siguientes síntomas:</p> <p>Disnea</p> <p>Tos Crónica</p> <p>Expectoración crónica</p> <p>Sibilancias</p> <p>Sensación de Pecho Apretado</p>	<p>1 = Presenta Disnea</p> <p>2 = No Presenta Disnea</p> <p>1 = Presenta Tos</p> <p>2 = No Presenta Tos</p> <p>1 = Presenta Expectoración</p> <p>2 = No Presenta Expectoración</p> <p>1 = Presenta Sibilancias</p> <p>2 = No Presenta Sibilancias</p> <p>1 = Presenta Sensación De Pecho Apretado</p> <p>2 = No Presenta Sensación De Pecho Apretado</p>	Cédula de Recolección de Datos

8 DISEÑO ESTADISTICO

Se empleo estadística descriptiva, utilizando el programa SPSS versión 12.0 Para la descripción obtenida de los datos, se utilizaron las medidas de tendencia central como moda, mediana, y media, así como desviación de estándar.

9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se diseñó una ficha de identificación con los siguientes datos:

- No de folio
- Turno del paciente
- No de Afiliación
- Nombre del paciente
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Estado Civil
- Años de portar la enfermedad
- Si Realiza actividad Física
- Exposición a Humo
- Tabaquismo
- Disnea
- Tos Crónica
- Expectoración Crónica
- Sibilancias
- Sensación de Pecho Apretado.

La medición del estado de salud es posible gracias al desarrollo de cuestionarios estandarizados que son reproducibles y sensibles a cambios inducidos por tratamientos. El SGRQ ha sido diseñado para cuantificar el impacto de la enfermedad de las vías aéreas en el estado de salud y el bienestar percibido por los pacientes respiratorios, posee 50 ítems repartidos en tres escalas.

Síntomas: Se refiere a la frecuencia y severidad de los síntomas respiratorios.

Actividad: Cubre la limitación en la actividad diaria del individuo.

Impacto: Se refiere a las alteraciones psicológicas y del funcionamiento social producido por la enfermedad respiratoria.

Se calcula una puntuación para cada una de las escalas y se efectúa una puntuación global. El rango de las puntuaciones oscila entre cero (no alteración de la calidad de vida) y 100 (máxima alteración de la calidad vida). Lo que nos permite distinguir tres grupos:

- a) Mínima alteración de la calidad de vida para los pacientes que alcanzan puntuaciones entre cero y 35.0 puntos
- b) Moderada alteración de la calidad de vida que corresponden con puntuaciones entre 35.1 y 70.0
- c) Máxima alteración de la calidad de vida para puntuaciones iguales o mayores a 70.1 puntos.

10. METODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

En el presente estudio participaron los pacientes que acudían a la consulta externa de Medicina Familiar a control de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio por medio de la carta de consentimiento informado.

Los pacientes con diagnóstico de EPOC seleccionados, fueron entrevistados por la investigadora, quien les realizó una evaluación de la calidad de Vida, mediante el cuestionario de Saint George, validado y traducido al español.

11. MANIOBRAS PARA EVITAR EL CONTROL DE SESGOS.

Se consideran las siguientes medidas para disminuir las posibilidades de sesgos:

1. Se aplicó un instrumento de evaluación previamente diseñado y validado, que cuenta con una escala de medición establecida.
1. Se elaboraron criterios de inclusión que determinaron adecuadamente las características de los pacientes requeridos para la investigación.
2. Se describieron criterios de exclusión para descartar los pacientes que presentan características que puedan falsear la información.
3. El estudio contó con la participación voluntaria mediante consentimiento informado.
4. El investigador no indujo respuesta durante el llenado de la cedula básica de información.
5. El entrevistador estuvo presente durante la aplicación del Cuestionario de St. George para resolver dudas en el llenado de éste.
6. Se verifico el llenado completo del Cuestionario de St. George.

12. CONSIDERACIONES ETICAS

En el transcurso de la elaboración de este estudio, no se puso en riesgo la integridad física y moral de los participantes.

La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, fue de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

El proyecto respetó los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de 17. Acuerdo del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, expedida por la Secretaría de Salud en el año de 1987m en su Título 2º, capítulo 1, Artículo 17.

La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Categoría 1: Se considera INVESTIGACION SIN RIESGO, ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivo y observacionales en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de expedientes clínicos, cuestionarios, entrevistas y otros, en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

El presente estudio nos muestra los siguientes resultados:

Se estudiaron 96 pacientes con EPOC que acudieron a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS.

Se hizo un análisis de todas las variables obtenidas, siendo las siguientes:

De los 96 pacientes 46 (47.9%) eran hombres y 50 (52.1%) eran mujeres.

La edad promedio de los pacientes fue de 70 años con un valor máximo de 94 y mínimo de 49 respectivamente.

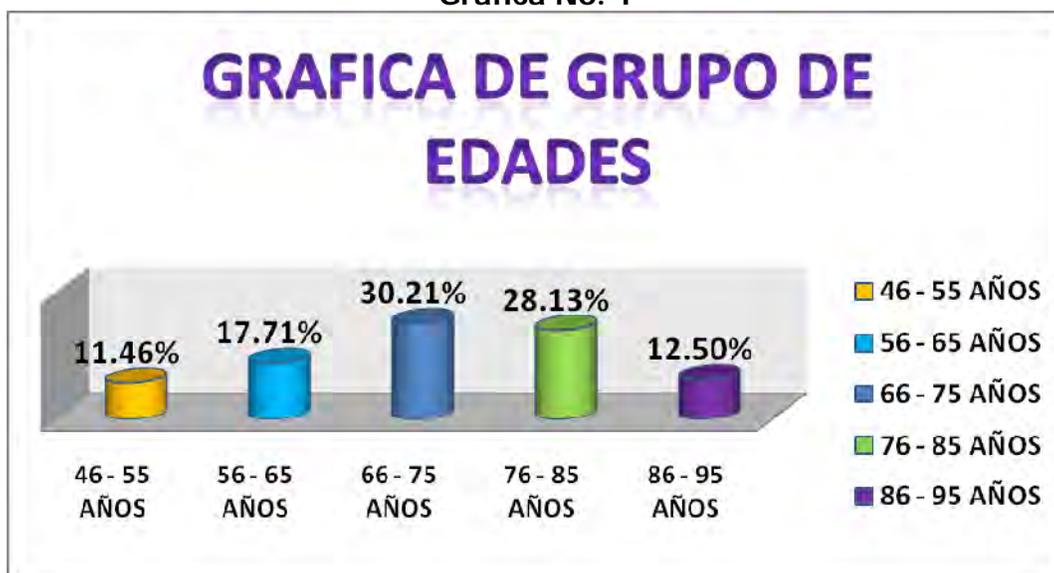
El grupo de edad que predominó fue el de 66 a 75 años con 29 pacientes que corresponde al 30.21%, y el grupo con menor número de pacientes fue el de 45 a 55 años con 11, que corresponde al 11.46%. (Gráfica 1)

Cuadro No. 1

RANGO	FRECUENCIA	%
46 a 55 Años	11	11.46 %
56 a 65 Años	17	17.71 %
66 a 75 Años	29	30.21 %
76 a 85 Años	27	28.13 %
86 a 95 Años	12	12.50 %
TOTAL	96	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Gráfica No. 1



Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Sobre la ocupación encontramos que la mayoría de pacientes se encuentran desempleados con un número de 76 que corresponde al 79%.

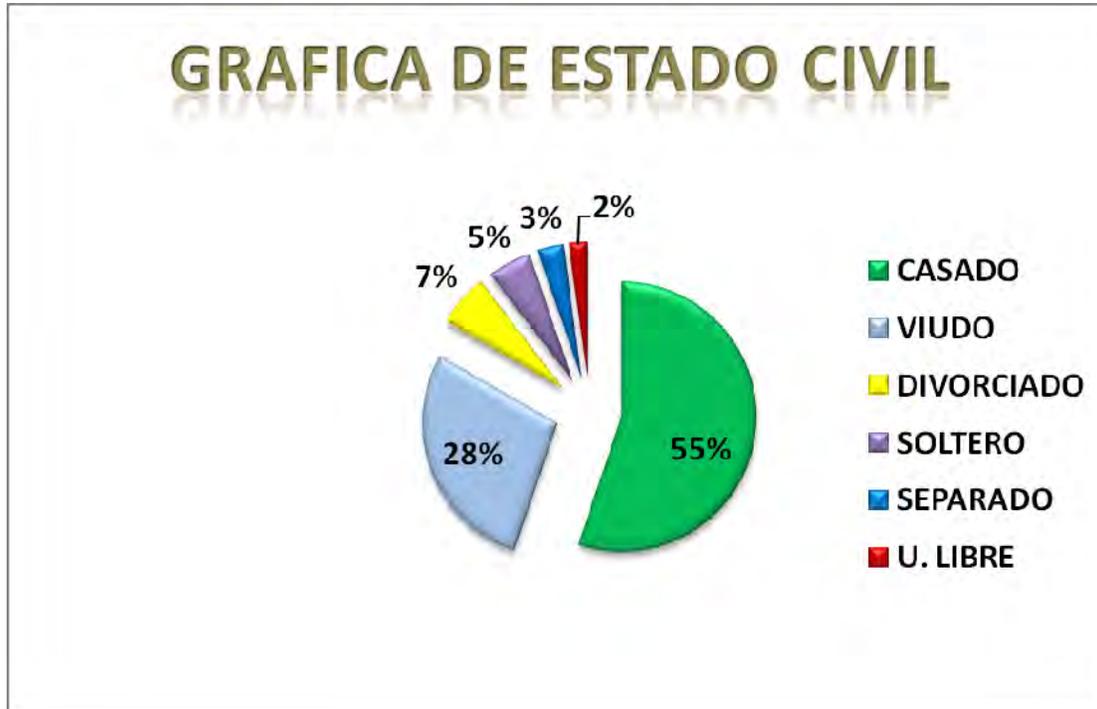
En relación al Estado Civil 53 pacientes eran casados con el 55.2%, 27 pacientes fueron viudos que corresponden al 28.1%, 6 pacientes eran divorciados con el 6.3%, 5 pacientes eran solteros y 5 en unión libre que es el 5.2%. (Gráfica 2)

Cuadro No. 2

<i>Rango</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
CASADO	53	55.21%
VIUDO	27	28.13%
DIVORCIADO	6	6.25%
SOLTERO	5	5.21%
SEPARADO	3	3.13%
U LIBRE	2	2.08%
TOTAL	96	100.00%

Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Gráfica No. 2



Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

En lo referente a las variables de la enfermedad encontramos los siguientes datos:

Años de portar la Enfermedad: con un máximo de 30 años y un mínimo de 1 año, con una media de 7.28, \pm 6.43 años, el grupo con mayor número de pacientes fue el de menor de 5 años con 41 casos que correspondió al 42.71%.

En relación a la Actividad Física el 76% de los pacientes ya no pueden realizar actividad física, en 49 pacientes se encontró que tuvieron exposición al humo, que correspondió al 51%, 68 pacientes tuvieron tabaquismo positivo que correspondió al 70%.

En lo que se refiere a la disnea 68 pacientes la presentaban en el momento de la encuesta que corresponde al 70%, 63 pacientes presentan Tos Crónica que corresponde al 65.6%, Expectoración positiva en 71 pacientes que es el 74%, Sibilancias solo la presentaron 42 pacientes que correspondió al 43.8%, sensación de Pecho apretado solo 30 pacientes con el 31.3%.

En relación a la Calidad de Vida, predominó en 71 pacientes (73%) en la categoría de Moderada alteración de la Calidad de Vida (35.1 > = 70.0), seguido de 13 pacientes (13.54%), con una máxima alteración y 12 pacientes (12.50%) con una mínima alteración de su Calidad de Vida. (Gráfica No 3)

Cuadro No. 3

RANGO	FRECUENCIA	%
Máxima Alteración	13	13.54
Moderada Alteración	71	73.96
Mínima Alteración	12	12.50
T O T A L	96	100

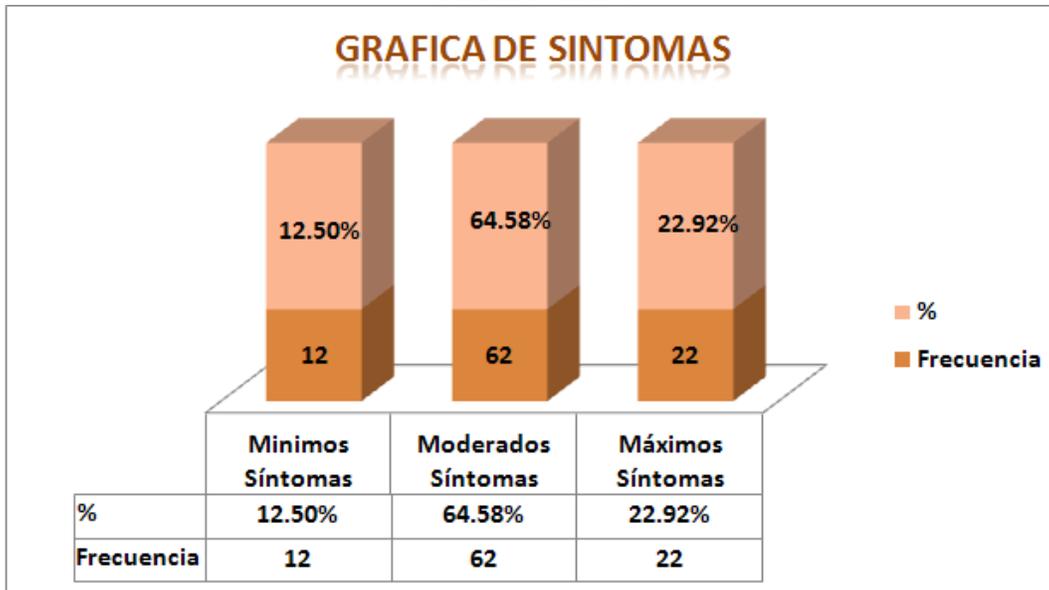
Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Gráfica No. 3



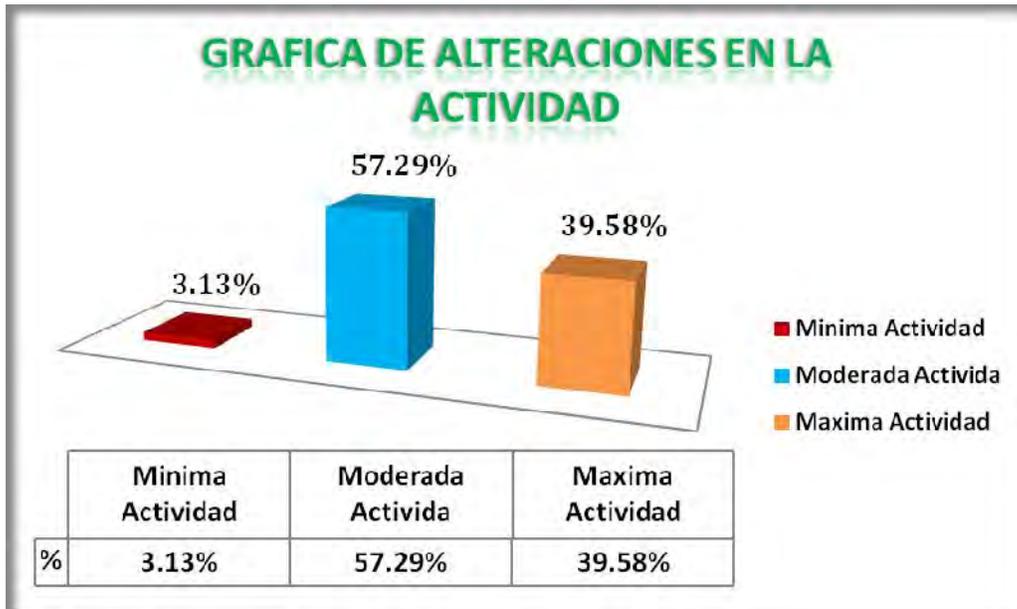
Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Cuadro No. 4



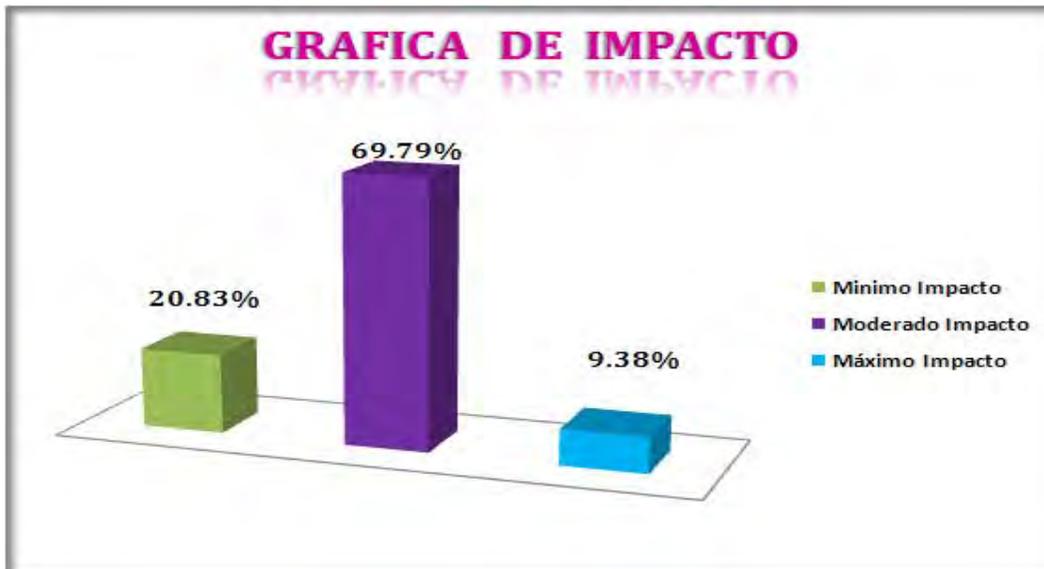
Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Gráfica No. 5



Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Gráfica No. 6



Fuente: Encuestas aplicadas N= 96

Al analizar las subescalas del cuestionario de calidad de vida se aprecio que de los 96 pacientes, 55 (57.29%) presentaron más alteración en la escala de actividad, lo que provoca la limitación de poder realizar las actividades cotidianas, 62 (64.58%) se ven limitados por la presencia de síntomas y 67 (69.79%) presentaron alteraciones en lo que es el impacto.

Gráfica No. 7



DISCUSION:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una afección crónica que afecta las actividades diarias de los que la padecen, alterando su rendimiento físico y psicosocial e incluso incapacitan a los pacientes en la fase tardía.^{26,27}

En la literatura internacional revela que la prevalencia de EPOC, va en aumento, así como el tabaquismo, afectando principalmente a los países en desarrollo⁵.

En este estudio la prevalencia en la edad fue de 70 años, que es semejante a la reportada en otros estudios que se presenta entre las edades de 40 a 70 años, en nuestro estudio no hay una contrastación semejante a la reportada en la literatura mundial con respecto al sexo de presentación de la enfermedad, ya que el estudio reporta mayor frecuencia en las mujeres y la literatura se reporta mayor en los hombres.^{6, 7, 8, 9,10}

En relación a la exposición al cigarro y la sintomatología propia de la enfermedad, nuestro estudio revela resultados semejantes a los reportados en la literatura.^{1, 3,12}

En lo referente a la Calidad de Vida, los resultados arrojados por la encuesta de St George se encontró el mayor porcentaje (73.9%) en la Alteración Moderada, situación que no está disponible para la contrastación con la literatura revisada, ya que no se encontraron datos de estudios nacionales sobre la medición de la Calidad de Vida y EPOC.

En este estudio se encontró que los pacientes se ven más limitados en las actividades debido a la disnea que les ocasiona, provocando que estos se limiten en sus actividades cotidianas.

Los resultados concuerdan con lo comunicado por otros autores, que demuestran que la Calidad de Vida en los pacientes se ve muy deteriorada en los pacientes con EPOC.^{26, 38, 39, 42.}

Por tanto y de acuerdo a los resultados encontrados en nuestro estudio, podemos considerar que la pregunta planteada como problema y los objetivos propuestos se cumplen al 100%.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a lo comentado anteriormente podemos concluir lo siguiente en relación a la investigación realizada:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por una limitación en flujo de aire, que es progresiva, no es reversible, que va en aumento y que tiene un gran impacto en los aspectos económicos que están relacionados con la atención de estos pacientes debido principalmente a que se requiere de una atención prolongada.

Por otro lado, la presencia de la enfermedad tiene un impacto preponderante en la Calidad de Vida en estos pacientes los cuales presentan modificaciones que nos permitieron clasificarlos con alteraciones moderadas y máximas, lo que evidencia una importante repercusión en la limitación de las actividades cotidianas lo cual se ve reflejada con gran impacto en las esferas psicológica y social, las cuales son muy frecuentemente afectadas en los pacientes crónicos, con el consiguiente temor del paciente de ser una carga para su familiares, así como por la discapacidad que esto representa.

Todo esto ya documentado ampliamente por la literatura consultada y corroborado por el estudio que se presenta en esta ocasión, el cual confirma la utilización del instrumento utilizado para conocer la calidad de vida de este tipo de pacientes con EPOPC.

Por tanto nuestro papel como Médicos Familiares es el de concientizar a los pacientes sobre su enfermedad, para que puedan llevar adecuadamente su tratamiento y evitar las complicaciones, así como el prevenir o disminuir las repercusiones que la enfermedad tiene con la calidad de vida, además de fomentar la participación de sus familiares para que en su conjunto la familia tenga, a su vez, un mejor estilo de vida.

Finalmente el presente estudio nos abre la posibilidad de establecer nuevas líneas de investigación en este tema, como lo es el estudio de las redes de apoyo familiar, el funcionamiento familiar de estos pacientes y poder correlacionar más ampliamente este tema desde la perspectiva del Médico Familiar con el enfoque muy específico de la Medicina Familiar.

Y para concluir, como en todos los estudio realizados, mencionaremos que los aciertos del presente trabajo son ajenos y los errores del mismo son imputables a los investigadores

ANEXOS



A N E X O: ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROTOCOLO:

Calidad de Vida en el Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica utilizando el Instrumento de St. George en la UMF 28.

FICHA DE IDENTIFICACION:

No FOLIO_____

TURNO DEL PACIENTE (1) MATUTINO
(2) VESPERTINO

No DE FILIACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: (1) FEMENINO
(2) MASCULINO

OCUPACION: (1) EMPLEADO
(2) DESEMPLEADO

EDO. CIVIL: (1) SOLTERO
(2) CASADO
(3) VIUDO
(4) DIVORCIADO
(5) OTRO _____

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD:

AÑOS DE PORTAR EL EPOC: _____

REALIZA ACTIVIDAD FISICA: SI _____ NO _____

EXPOSICION A HUMO: SI _____ NO _____

TABAQUISMO: SI _____ NO _____

DISNEA: SI _____ NO _____

TOS CRONICA : SI _____ NO _____

EXPECTORACION CRONICA: SI _____ NO _____

SIBILANCIAS: SI _____ NO _____

SENSACION DE PECHO APRETADO: SI _____ NO _____

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE

Instrucciones:

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afecta a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas. Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

Parte 1

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios han 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
 - Solo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
 - Nada en absoluto

2. Durante el último año, ha sacado flemas (sacar gargajos)
 - La mayor parte de los días de la semana
 - Varios días a la semana
 - Unos pocos días a la semana
 - Solo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
 - Nada en absoluto

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

4. Durante el último año, ha tenido ataques de silbido (ruidos en el pecho)
 - La mayor parte de los días de la semana
 - Varios días a la semana
 - Unos pocos días a la semana
 - Solo 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. ¿Cuanto le duro 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 a dos días
 - Menor de un día
7. Durante el último año ¿cuantos días a la semana fueron buenos? (con pocos Problemas respiratorios)
- Ningún DIA 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
 - Si

Parte 2

Sección 1

9. ¿Como describiría usted su condición de los pulmones? Por favor, 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 como usted está actualmente:

	Cierto	Falso
Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al subir un tramo de escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta de respiración al caminar de subida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso cuando toso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me agacho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tos o la respiración interrumpen mis sueños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente me agoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 4

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

	Cierto	Falso
La tos o la respiración me apenan en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No espero que mis problemas respiratorios mejoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer ejercicio no es seguro para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 5

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

Cierto Falso

Mis medicamentos no me ayudan mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me apena usar mis medicamentos en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos me producen efectos desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos afectan mucho mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 6

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

	Cierto	Falso
Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me puedo bañar o me tardo mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domesticas o		
Tengo que parar a descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si corro o camino rápido tengo que parar o ir más despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Cierto	Falso
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como:		
Caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, excavar el jardín o en el campo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un Trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora como 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir a distraerme o divertirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir de casa para ir de compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo hacer el trabajo de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo alejarme mucho de la cama o la silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación, hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer (no tiene que marcarlas, sólo son para recordarles la manera como sus problemas respiratorios pueden afectarle).

Ir a pasear o sacar al perro

Hacer cosas en la casa o en el jardín

Tener relaciones sexuales

Ir a la Iglesia o a un lugar de distracción

Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo, visitar a la familia o a los amigos o jugar con los niños.

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

A continuación ¿Podrá marcar solo una frase, que usted crea que describe mejor como le afectan sus problemas respiratorios?

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

GRACIAS POR CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

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. 28
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA UTILIZANDO EL INSTRUMENTO DE ST GEORGE'S EN LA UMF 28

FECHA	MAR 2007	ABR 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007	NOV 2007	DIC 2007	ENE 2008	FEB 2008
ELECCION DEL TEMA A INVESTIGAR	■											
TITULO DEL PROYECTO												
ANTECEDENTES DEL TEMA		■										
MARCO TEORICO		■										
BIBLIOGRAFIA		■										
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			■									
PORTADA			■									
MARCO TEORICO			■									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			■									
JUSTIFICACION			■									
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO			■									
HIPOTESIS			■									
MATERIAL Y METODO				■								
DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO				■								
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO				■								
MUESTRA					■							
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION DE VARIABLES					■							
DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES					■							
DISEÑO ESTADISTICO						■						
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS						■						
METODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS						■						
MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS							■					
CONSIDERACIONES ETICAS							■					
ANEXOS							■					
REGISTRO Y AUTORIZACION DEL PROYECTO							■					

FECHA	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUNIO 2009
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO													
RECOLECCIÓN DE DATOS													
ALMACENAMIENTO DE DATOS													
ANÁLISIS DE DATOS													
DESCRIPCIÓN DE DATOS													
DISCUSIÓN DE DATOS													
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO													
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL													
REPORTE FINAL													
AUTORIZACIONES													
IMPRESIÓN DE TESIS													

18. BIBLIOGRAFIA:

- 1 **Sansores R, Ramírez VA.** Segundo Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento del EPOC. INER 2003; 7-49.
- 2 **Gerald, Lynn y cols.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2006; 1-88
- 3 **De la Fuente CR, González BJ y cols.** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Un Problema de Salud Pública. Rev Clin Esp 2006; 206(9):442-443.
- 4 **Barbera JA y cols.** Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Broncon 2001; 37:297-316.
- 5 **Winfrend M, Renards S.** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Nuevos Tratamientos. Aten Med 2003; 11:29-41.
- 6 **Álvarez SJL y cols.** Recomendaciones para la Atención al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Broncon 2001; 37:269-278.
- 7 **Sobradillo V, Maravitles M, Jiménez CA, Gabriel R, cols.** Estudio IBERPOC en España: Prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación Crónica al flujo aéreo. Arch Broncon 1999; 35:159-166.
- 8 **Masa JF, Maravitles M, Villasate C, Jiménez CA, Viejo JL, cols.** Under diagnosis and geographical differences in COPD prevalence in Spain. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159:A921.
- 9 **Barbera JA y cols.** Guía clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Broncon 2001; 37:297-316.
- 10 **Cívico QH, Reyes HD y cols.** Agentes físicos en el Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Rev Cubana Med Milit 2002; 3(2)119-25.
- 11 **Ramírez CE, Velásquez SG y cols.** Evaluación de la efectividad y de la tolerancia de la de la combinación amoxicilina-sulbactam en el tratamiento de la exacerbación de la Bronquitis Crónica. Rev Med Hosp Gral de Mex 2001; 642:86-90.
- 12 **Gordillo CR y cols.** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Med Crit y Terapia Intensiva. 2002; 16:(6)201-210.
- 13 **Donald PTMD, Cooper BC.** The Role of Long-Acting
broncodilators in the Management of stable COPD. Chest 2004; 125 :(1)249-259.
- 14 **Karla J, Marth S, Prasad K.** Oxygen free-radicals: key factors in clinical disease. Lab Med Int 1999; 11 :(2)16-21.
- 15 **Barnes PJ.** Molecular genetics of COPD. Thorax 1999; 54:245-252.
- 16 **Villegas E.** Hipertensión Pulmonar en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004; 17:(supl 1)71-82.
- 17 **Navarro E, Alonso B.** Insuficiencia Cardíaca y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Med 2004.

- 18 **Hernández GJL, Delgado RA y Cols.** Estrés Oxidativo. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. Rev Cubana Med 2002; 41:(5).
- 19 **Hurts Jr, Wedsicha JA.** Chronic obstructive pulmonary disease: the clinical Management o fan acute exacerbation. Med J Postgraduate. 2004; 80 :(947)497-505.
- 20 **Donaldson GC, Wedsicha JA.** COPD exacerbation: Epidemiology. Thorax. 2006; 61:164-168.
- 21 **Barnes PJ and Storckly RA.** COPD: current therapeutic interventions and future approaches. Euro Respir J 2005;25:1085-1106.
- 22 **Sutherland ER y cols.** Current Concepts: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med. 2004; 350 :(26) 2689-2697.
- 23 **Barnes PJ.** Chronic Obstructive pulmonary disease: New Treatments for COPD. Thorax. 2003; 58 :(9) 803-808.
- 24 **Arellano MJ, García GM.** Evidencia del uso de Metilxantinas en las Exacerbaciones del EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex .2006; 19:(4)309-315.
- 25 **Bello S y cols.** Oxigenoterapia domiciliaria a largo plazo, necesidad apremiante en enfermos con Insuficiencia Respiratoria Crónica. Rev Chil Enfer Resp 2002; 18:175-181.
- 26 **Monso EJ, Izquierdo J, Coll R, Rosell A et all.** Quality of life in severe Chronic Pulmonary Disease; correlation with lung and muscle function. Resp Med 1998; 92:221-227.
- 27 **Aguilar EMG, Sotelo MMC et all.** Reproducibilidad del cuestionario Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2000; 13:(2) 85-95.
- 28 **Esteve M y Roca J.** Calidad de Vida relacionada con la salud: en nuevo parámetro a tener en cuenta. Med Clin Barcelona 1997; 108:458-459.
- 29 **Valarde JE, Avila FC.** Consideraciones Metodológicas para Evaluar la Calidad de Vida. Salud Pub de Mex. 2002; 44(5)448-463.
- 30 **López VM.** Instrumentos de Calidad de Vida en el Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Neumol y Cirug de Tórax 2006; 65:(S1)511-516.
- 31 **Rodríguez MJ, Pastor A, López RS.** Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. Psicothema. 1993;5: 349-372.
- 32 **Tuscan MR.** La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte Barraquilla Colombia. 2005; 21:76-86.
- 33 **Aguilar EM, García GML.** Diferencias en Calidad de Vida de pacientes hospitalizados con EPOC y Asma. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2006; 19:(4)272-275.
- 34 **Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S.** Measuring quality of Life in cancer patients. J Clinic Oncol 1989; 7:959-968.
- 35 **Celli BR, Cote CG, Martin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et all.** The Body-mass index, airflow obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004; 350:1005-1012.
- 36 **Islas SNL, Ramos RB, Aguilar EMG y cols.** Perfil Psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006; 19:(4)266-271.

- 37 **Wilson CB, Jones PW, O'Leary CJ, Cole PJ, Wilson R.** Validation of the St George's Respiratory Questionnaire in Bronchiectasis. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156 : (2)536-541.
- 38 **López VR, Domínguez FM y cols.** Correlación entre caminata Shuttle y el Cuestionario de St George's en pacientes con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2005; 18:(4)271-276.
- 39 **Sanjuas C.** Disnea y Calidad de Vida en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Bronconeumolog* 2002; 38:485-488.
- 40 **Güell R, Casan P, Sengenis M, Morante F, Belda J, Guyatt .** Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the Spanish version of de chronic Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J* 1998; 11:55-60.
- 41 **Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, et all.** Validity and rehabilitee of the St George's respiratory questionnaire after adaptation to different Language and culture; The Spanish example. *Eur Respir J* 1996; 9:1160-1166.
- 42 **Maravites M.** La Calidad de Vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Criterios de cuantificación y Repercusión Terapéutica. *Rev Clin Esp* 2005; 205(9)439-442.
- 43 **Hulley BS y cols.** Diseño de la Investigación: Un enfoque Epidemiológico, Edic. Española Doyma. 1993; 21-32.
- 44 **León HS, Lara PE, Camarena OJ.** El Proceso de la Investigación clínica. Distribuidora y Editora Mex. SA de CV 2003.
- 45 **Rafael Bisquerra.** Métodos de Investigación Educativa: Guía Práctica. Ediciones CEAC. 2ª Edic Mayo 1996.