



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**



TITULO

**“DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.33”**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. MARTÍNEZ MARTÍNEZ ARTURO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR
DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
COORDINADORA. CLIN. DE EDUC. E INV. EN SALUD
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA U.M.F No. 33 EL ROSARIO

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
ASESORA DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR, U.M.F No. 33 EL ROSARIO

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
U.M.F No 33 EL ROSARIO

DR. MARTÍNEZ MARTÍNEZ ARTURO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme lo mas grande y maspreciado "la vida" por guiar mi camino por el camino del bien y porque en toda circunstancia nunca me ha abandonado.

A MI MADRE

Porque a pesar de todo un reto que la vida ha presentado, porque a pesar del sufrimiento que en su camino ha cruzado, no ha mirado atrás ni para tomar impulso. Porque a pesar del gran trabajo que le hemos causado a sacado adelante a ocho grandes hijos que han representado el fruto de todo esfuerzo que ha pasado.

Porque ha sido el ser mas grande que he tenido, te dedico este logro. "un logro mas que es tuyo".

AMIS HERMANOS

Porque me han acompañado en toda esta travesía, porque sin pensarlo ni un minuto me han brindado el apoyo que siempre he necesitado, porque por sacrificios de ellos una etapa mas he alcanzado.

A MIS AMIGOS

Que en especial en esta etapa que culmina, me han brindado, su cariño su amistad y todo el apoyo incondicional, en el justo momento necesitado. En especial a Carla, Susana, Norma y Eric.

A MIS PROFESORES

Que con sus enseñanzas he llegado a una etapa más de este largo trayecto que la vida me ha brindado.

No olvidando siempre a mi padre y a mis abuelos que se que desde un lugar muy espacial, orgullosos han de estar de mi por esta etapa mas lograda.

*Para ser un medico
eficiente son dos las
claves:*

*Saber estudiar y amar a
la profesión*

*Porque el que la ejerce
sin ciencia la degenera
en oficio*

*Y quien la practica sin
amor se frustra.*

(Dr. Alberto Ramírez Galván)

ÍNDICE

Resumen	6
Antecedentes	7
Justificación	12
Planteamiento del problema	13
Material y métodos	14
Resultados	15
Gráficas	16
Discusión	22
Conclusión	24
Bibliografía	25
Anexos	28

Martínez MA, Enríquez NM. Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la unidad de medicina familiar No. 33 el rosario.

Resumen

ANTECEDENTES: La evaluación de la calidad de vida es importante en el control y manejo del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El cuestionario respiratorio Saint George fue creado para evaluar la calidad de vida en estos

pacientes. **OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la unidad de medicina familiar No. 33.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo,

retrospectivo y transversal en pacientes de ambos sexos mayores de 50 años, que otorgaron su consentimiento, con diagnóstico de EPOC adscritos a la UMF No. 33.

Con un tamaño de muestra de 215 pacientes, con un nivel de confianza del 95%, muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Para evaluar la variable calidad de

vida se les aplicó el cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ) instrumento válido y confiable en varios países y un cuestionario diseñado ex profeso para

determinar las características sociodemográficas. Se calcularon frecuencias y porcentajes. **RESULTADOS:** La calidad de vida encontrada fue: 38 (18%) con

mínima, 95 (44%) moderada alteración y 82 (38%) máxima. Las categorías más afectadas son actividad 54% e impacto con 47% colocándolos en el rango de

moderada alteración de la calidad de vida.

CONCLUSIONES: Los pacientes de la UMF No 33 con EPOC presentaron en un 78% de moderada a máxima alteración de la calidad de vida en forma general,

siendo las categorías de actividad e impacto las más afectadas.

PALABRAS CLAVE: EPOC, Calidad de vida, Cuestionario respiratorio de St. George.

ANTECEDENTES

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar ⁽¹⁾

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define según la GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) como un proceso patológico que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo que no es completamente reversible ⁽¹⁾. La limitación al flujo respiratorio es generalmente progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anómala a partículas o gases nocivos. La EPOC ha aumentado su prevalencia y mortalidad a nivel mundial. Según información proporcionada por la (GOLD), la prevalencia mundial el año 2002 fue estimada en 11,6/1.000 en hombres y 8,8/1.000 en mujeres en todas las edades. ⁽¹⁾

Según la OMS para el año 2020 constituirá la tercera causa de muerte. Posteriormente, se estima que para 2030 la EPOC seguirá siendo la causa del 7,8% de todas las muertes y representará el 27% de las muertes relacionadas con el consumo de tabaco. Al momento se estima que mata a una persona cada 10 segundos. ⁽²⁾

El humo del tabaco es una de las principales causas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Y pese a que el 90% de los pacientes diagnosticados con EPOC son o han sido fumadores, cabe mencionar que sólo el 20% de los fumadores desarrollan la enfermedad ⁽³⁾. Y el 9% de los pacientes con EPOC no han sido fumadores, por lo que también hay que considerar factores genéticos y ambientales ⁽⁴⁾ (exposición laboral, contaminación atmosférica y/o doméstica).

De no mediar intervenciones efectivas especialmente en países en desarrollo, factores de riesgo como el tabaco, contaminación ambiental, exposición a alérgenos, infecciones respiratorias infantiles severas y tuberculosis pueden llevar a la emergencia de la EPOC como problema de salud pública de insospechadas proporciones ⁽⁵⁾.

Los datos disponibles sobre esta enfermedad en América Latina son escasos, pero el comportamiento parece similar al resto del mundo ⁽⁶⁾. En México el rápido avance que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ha tenido, llama fuertemente la atención y da una señal de alarma para tomar de inmediato acciones colectivas e individuales que frenen su avance. En nuestro país, la EPOC es ahora la 5ª causa de muerte en hombres, el cuarto lugar de muertes en mujeres, con 20,565 defunciones anuales y una tasa del 19.3% por cada 100,000 habitantes ⁽⁷⁾

Sin embargo un diagnóstico oportuno de La EPOC, la convierten en una enfermedad prevenible y tratable ⁽⁸⁾. Dicho tratamiento puede ser a largo plazo y que no *solo se encargue de controlar los síntomas* y detener la progresión de la enfermedad sino también para mejorar las actividades de la vida diaria y, en general, la calidad de vida de los enfermos y, en algunos casos, mejorar su supervivencia ⁽⁹⁾.

Se han hecho muchos esfuerzos por concientizar a la población, acerca del grave problema de salud que representa dicha enfermedad. Por lo que desde 2002, el tercer miércoles de noviembre se conmemora el *Día Mundial de la EPOC*, con el objetivo de llamar la atención de gobiernos, personal de salud y población en general, en especial

fumadores, para que conozcan las características de esta enfermedad, potencialmente reversible si es diagnosticada y tratada a tiempo, sobre todo cuando se presentan los primeros síntomas ⁽¹⁰⁾, ya que los costos que este problema de salud pública, pueden ser millonarios, tan solo y de acuerdo a cifras del Departamento de Costos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) su gastos asciende a más de 13 millones de pesos ⁽¹¹⁾. Pero no es solo la cuestión económica lo ha hecho que se clasifique como un fuerte problema de salud, ya que de igual forma se refleja en las muertes prematuras, en la invalidez de población productiva y en un deterioro de la calidad de vida de los mexicanos ⁽¹²⁾.

Los síntomas característicos de la EPOC son la tos persistente y diurna, la expectoración y la disnea de esfuerzo. La disnea es el síntoma principal de la EPOC, el más limitante y el que lleva con más frecuencia al paciente a la consulta. La disnea puede ser percibida de forma desigual por los pacientes con el mismo grado de limitación al flujo aéreo, especialmente los de mayor edad ⁽¹³⁾. Además, según progresa la enfermedad, la dificultad respiratoria limita progresivamente la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida cotidiana, motivo por el cual se recomienda la valoración de la disnea a lo largo de la enfermedad. Algunos otros signos y síntomas inespecíficos, que pueden aparecer durante el curso de la EPOC pueden ser sibilancias o la opresión torácica ⁽¹⁴⁾.

La EPOC constituye un problema social y de salud de primera magnitud, no sólo por su elevada prevalencia, sino también por los costes económicos, las repercusiones laborales y la morbimortalidad asociadas, así como el grave descenso en la calidad de vida de los pacientes afectados ⁽¹³⁾. Ya que la EPOC supone una alteración estructural y funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento o dolor y un proceso social que puede llevar hasta la invalidez ⁽¹⁵⁾.

La característica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que interesa a los profesionales de la salud es, entre otras, la alteración de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, consecuente la incapacidad que presentan para desarrollar movimientos que permiten la independencia de la persona ⁽¹⁶⁾. En otras palabras la inactividad con lleva a un desacondicionamiento físico, éste a su vez a una incapacidad, y el círculo concluye en un incremento de la enfermedad con una marcada desmejoría de la calidad de vida del paciente, y una afectación directa al sistema familiar ⁽¹⁷⁾.

La EPOC tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren. En el caso de la EPOC la obstrucción al flujo aéreo es el mecanismo primario que define la enfermedad y causa su síntoma principal: la disnea de esfuerzo y agotamiento crónico ⁽¹⁸⁾.

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario ⁽¹⁹⁾. Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta; su origen proviene, principalmente, de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar". Si bien el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad ⁽²⁰⁾. Inicialmente, este concepto se refería al cuidado de la salud personal; luego, se convirtió en preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los

bienes económicos y, finalmente, se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud ⁽¹⁹⁾.

El concepto de Calidad de vida incluiría términos afines, como salud y bienestar, y obviamente se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica en la que el paciente puede experimentar la inmersión de las actividades diarias y la permanente restricción de las propias posibilidades, lo cual afecta asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provoca estados depresivos ⁽²¹⁾.

Calidad de vida es un concepto reciente y en ciencias de la salud, se aplica para definir las repercusiones que la enfermedad y su terapéutica ocasionan en el estilo de vida del sujeto, según su particular percepción y valoración; es decir, como siente y vive la propia morbilidad (anatomofisiológica y funcional) y su tratamiento ⁽²²⁾.

En los últimos años el término calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) se ha insertado plenamente en la práctica médica, sobre todo a la hora de perfilar dos facetas de gran importancia estratégica como son la evaluación de la gravedad real de los padecimientos crónicos, así como el diseño general de programas de actuación terapéutica para los mismos ⁽³⁾. La evaluación de la calidad de vida busca cuantificar el impacto de la enfermedad sobre el estado de salud del enfermo y dispone de sus propios instrumentos entre los que podemos nombrar, están el Airways Questionnaire 20 (AQ20) ⁽²³⁾; el Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) ⁽²⁴⁾ y el SGRQ ⁽²⁵⁾, estos dos últimos han adquirido mayor difusión.

El SGRQ fue diseñado para evaluar la calidad de vida en específico de enfermedades respiratorias crónicas, como EPOC y asma, el cuestionario se concentra en 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; Ha demostrado que reúne grandes propiedades de fiabilidad y validez ⁽²⁵⁾, sin embargo, cabe mencionar que es complejo para su uso a gran escala y requieren un tiempo considerable (10 minutos para el SGRQ) ⁽²⁶⁾.

El interés a nivel mundial por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y su relación con la calidad de vida, han incrementado, dando como resultado la publicación de varios estudio como lo son:

El realizado por LISBOA y cols, (2001) con el objetivo de evaluar el impacto la Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e impacto del entrenamiento físico, para lo cual se hizo uso del CRQ (Chronic Respiratory Disease Questionnaire), Los resultados mostraron que la *Calidad de vida basal en el grupo total de pacientes*, los valores promedio de cada una de las 4 áreas de la calidad de vida en el grupo total de pacientes demuestran un deterioro en todas ellas. Por lo que se confirma que los pacientes con EPOC presentan, aún en etapa estable de su enfermedad, un importante deterioro de su calidad de vida ⁽²⁷⁾.

Ferrer y cols (1997) evaluaron los síntomas respiratorios y la calidad relacionada con la salud, dichos parámetros fueron medidos usando la versión española del SGRQ (Cuestionario Respiratorio Saint George-CRSG) y el Perfil de Salud de Nottingham. Se evaluó un grupo de 321 pacientes con EPOC, y los resultados mostraron que el deterioro de la calidad de vida era mayor en los pacientes con mayor gravedad de la EPOC que no tenían comorbilidad. Sin embargo, esta relación se perdía en los pacientes con comorbilidad, situación que es frecuente en este tipo de pacientes ⁽²⁸⁾.

El realizado por Caballero *et al.*, (2003) se encontró que los factores de riesgo de EPOC en Colombia fueron: la edad mayor de 60 años, el antecedente de tuberculosis, el hábito de fumar, ninguna escolaridad, el sexo masculino, la exposición a humo de la leña por más de 10 años y variaciones geográficas. Además se encontró que la prevalencia de la EPOC es de 8.9%, lo cual se considera como elevada. Con respecto al género, esta enfermedad se presentó significativamente en hombres mayores de 60 años y en relación a la posición geográfica, la prevalencia de EPOC en la ciudad de Medellín fue la más alta del país, con un 13.5%. (29)

Un estudio realizado por Renwick y Connolly del departamento de Geriátrica de la Universidad de Manchester en mayo del 2003, donde se aplica el cuestionario de Saint George a 227 sujetos entre 45 y 86 años con diagnóstico de EPOC, concluyó la no existencia de relación entre calidad de vida y edad (30).

J. Sans- Torres y col. En su artículo sobre calidad de vida e hipoxemia crónica en la EPOC, de octubre del 2004, cuando aseveran que la falta de asociación entre la edad y cuestionarios de calidad de vida es una realidad demostrada en diversos trabajos y revisiones (31).

El realizado por De Miguel *et al.* (2004) Se evaluaron a 560 pacientes, 100 en atención primaria y 460 en neumología, y se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con EPOC estable, no se relaciona con el nivel de atención, ya sea asistencia primaria o neumología, pero sí con otros factores como la disnea, la existencia de agudizaciones o visitas a urgencias. (32)

En el estudio realizado en La Habana Cuba: "Calidad de vida de la población de ancianos con EPOC atendida en el Hospital Neumológico. Julio- Octubre del 2006." Demuestra que La población objeto de estudio estuvo constituida por 60 ancianos, de los cuales: 46 (76.6 %) eran hombres y 14 mujeres (23.3 %). En relación a la población masculina: el 65.2 % estuvo comprendido entre las edades de 60-65 años y solo el 8.6 % en el grupo de 72 y más, ocurriendo exactamente lo contrario en el caso de las mujeres, en las cuales el mayor porcentaje (42.8) estuvo comprendido en el último grupo etario. La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 68.4 años y los valores máximos y mínimos de 82 y 60 años respectivamente. Luego, todos los estudiados se consideran en el grupo del adulto mayor. Muestra predominio (40 %) de los pacientes en la categoría de moderada alteración de la calidad de vida; seguidos muy de cerca por un 38.3% de aquellos que mostraron una alteración máxima de su calidad de vida y solo un 21.6 % se agrupó en la categoría de mínima afectación. El comportamiento por escalas de actividad (76.7%) e impacto (93.3%) el mayor porcentaje de los enfermos alcanzaron puntuaciones que los colocaban en el rango de máxima alteración de la calidad de vida. (33)

Vinaccia y cols, 2006 desarrollaron un estudio que no solo evaluaba la calidad de vida sino también sus relaciones con la ansiedad, depresión y el apoyo social en 60 pacientes con EPOC, en habitantes de Medellín, Colombia, encontró en cuanto a factores sociodemográficos que la mayoría presenta una edad media de 67.7 años DT=10.4 y son mujeres (65,0%). Se evidencia, además, que el 50% de la muestra pertenece a un estrato bajo y medio. Acorde con lo anterior, el 55% ha realizado estudios de básica primaria y el 18% en básica secundaria. Cerca del 48.3% de la muestra está ubicada por igual en la categoría de casados, y el 30% restante se ubica en la categoría de viudos, donde el 85% vive acompañado. El 58% de las personas que participaron en el estudio son jubilados y el 28% amas de casa con una edad media de 67.7 años encontró en cuanto a factores sociodemográficos Cerca del 48.3% de la muestra está ubicada por igual en la categoría de casados, y el 30% restante se

ubica en la categoría de viudos, donde el 85% vive acompañado. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36; la ansiedad-depresión fue evaluada mediante el Cuestionario HAD, y se usó el Cuestionario AS para medir apoyo social. Los resultados no evidenciaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, excepto en las escalas de Rol Físico y Rol Emocional ⁽³⁴⁾.

En la actualidad en México existen pocos estudios en relación a calidad de vida y EPOC dentro de los cuales encontramos, el realizado por Aguilar y García (2000) con el objetivo de determinar la reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George (versión en español) en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Para lo cual se conto con una muestra de 29 pacientes con EPOC a los cuales se les aplico el cuestionario así como algunas pruebas medicas (espirometría, gasometría arterial en reposo y oximetría de pulso). Los resultados sugirieron que la versión mexicana es conceptualmente equivalente a la versión en español y original, así como similarmente confiable y válida ⁽³³⁾. Por lo que la reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George lo hace útil para evaluar la calidad de vida de los mexicanos.

Aguilar y García (2006) buscaban determinar si existen diferencias en la Calidad de vida de los pacientes hospitalizados con EPOC y asma. La muestra se conformo de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México, de los cuales 26 tenían diagnostico de EPOC y 25 de asma; a los cuales se les aplicó el cuestionario CERC y el CRSG. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia e intensidad de los síntomas de cada uno de los padecimientos, sin embargo *de acuerdo con el CRSG, la puntuación para el total en CV es mayor para los pacientes con EPOC hospitalizados que para los hospitalizados por asma (mediana 60 y 45, respectivamente, $p = 0.020$), así como las actividades limitadas por disnea (74 y 53, $p = 0.010$), por lo que se concluyo que los pacientes hospitalizados por EPOC tienen menor Calidad de vida y en sus actividades de la vida diaria están más limitados por disnea en comparación con los asmáticos ⁽¹⁵⁾.*

Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de nuestros pacientes exige conocer con profundidad qué factores o variables son los que la determinan, para poder actuar sobre ellos e influir así en la misma. Garantizar una existencia satisfactoria en estos pacientes es el reto que nos impone hoy el envejecimiento de nuestra población, es por tanto nuestro deber humano y médico, contribuir con esta hermosa tarea.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país mueren alrededor de 165 personas al día a consecuencia del consumo de tabaco, lo que representa cerca de 60 mil muertes anuales, por ello desde hace varios años el tabaquismo se considera como un grave problema de salud pública. El costo que este problema de salud pública tiene, se refleja en las muertes prematuras, en la invalidez de población productiva y en un deterioro de la calidad de vida de los mexicanos). En México, la EPOC ocupa el cuarto lugar de muertes en mujeres y la quinta en hombres. Puede ser completamente tratable si se obtiene un diagnóstico temprano y un tratamiento a largo plazo. Afecta a casi el 8 por ciento de la población fumadora o no, en la Ciudad de México, y es probable que en otros estados del interior de la República haya cifras similares, de acuerdo al estudio Platino.

En la unidad de medicina familiar esta investigación será de gran importancia para los pacientes que cuentan con dicho diagnóstico ya que la literatura sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes ya que al tener una medición sobre esta podremos intervenir para mejorarla disminuyendo así la muertes prematuras, la invalidez en la población productiva y el deterioro en su calidad de vida. El beneficio que traerá para el IMSS será una reducción en el costo que este problema de salud tiene.

Consideramos también factibilidad ya que contamos con 4028 pacientes con el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no se requerirán más recursos porque será autofinanciado por el investigador, dado que la información será recabada a través de un cuestionario que será aplicado a los pacientes.

Este proyecto está acorde con las políticas de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y con los objetivos del Plan Nacional de Salud los cuales son: Mejorar las condiciones de salud de la población, reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, prestar servicios de salud con calidad y seguridad, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. Siendo actualmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica la cuarta causa de muerte en México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La EPOC constituye un problema social y de salud de primera magnitud, no sólo por su elevada prevalencia, sino también por los costes económicos, las repercusiones laborales y la morbimortalidad asociadas, así como el grave descenso en la calidad de vida de los pacientes afectados. Dado que el diagnóstico de la enfermedad supera generalmente los 50 años de edad, luego de una exposición de más de 20 años al nocivo hábito tabáquico, podemos considerarla como una enfermedad prácticamente geriátrica.

Según la OMS para el año 2020 constituirá la tercera causa de muerte. Posteriormente, se estima que para 2030 la EPOC seguirá siendo la causa del 7,8% de todas las muertes y representará el 27% de las muertes relacionadas con el consumo de tabaco.

En México, la EPOC ocupa el cuarto lugar de muertes en mujeres y la quinta en hombres. Puede ser completamente tratable si se obtiene un diagnóstico temprano y un tratamiento a largo plazo, tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren. La obstrucción al flujo aéreo es el mecanismo primario que define la enfermedad y causa su síntoma principal: la disnea de esfuerzo y agotamiento crónico. Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como esta altera la calidad de vida del paciente. La característica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que interesa a los profesionales de la salud es, entre otras, la alteración de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, consecuente la incapacidad que presentan para desarrollar movimientos que permiten la independencia de la persona. En otras palabras la inactividad con lleva a un desacondicionamiento físico, éste a su vez a una incapacidad, y el círculo concluye en un incremento de la enfermedad con una marcada desmejoría de la calidad de vida del paciente, y una afectación directa al sistema familiar. En la unidad solo se encuentran estudios en relación a calidad de vida en otras patologías tales como: 1) "Calidad de vida en pacientes con IRC en una unidad de primer nivel de atención del DF" en el cual de 262 pacientes que participaron en el estudio se encontró que 30 tuvieron una excelente calidad de vida, 50 muy buena calidad de vida, 75 con buena calidad de vida, 80 con regular calidad de vida y 27 con mala calidad de vida. 2) "Calidad de vida de los pacientes que acuden al grupo de autoayuda de hipertensos de la UMF No 33 el Rosario" se observo que en promedio la calidad de vida de los pacientes es regular. 3) "Calidad de vida que presentan las mujeres pos menopáusicas de la UMF 33 el rosario" se encontró que de 245 encuestas realizadas 87 por ciento presento una mínima calidad de vida y solo en 13 por ciento presento una máxima calidad de vida. 4) "Calidad de vida en adultos mayores que acuden a la UMF 33 el rosario" Los resultados mostraron que predomino el sexo femenino con respecto al masculino presentan una mala calidad de vida.

Sin embargo no se cuenta con un estudio de calidad de vida y EPOC a pesar de que en la unidad de los 113525 derechohabientes existen 4028 pacientes con diagnostico de EPOC es por eso que me planteo la siguiente pregunta:

¿CUAL ES LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33?

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio, se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la delegación Azcapotzalco, perteneciente a la delegación norte del Distrito Federal, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la unidad de medicina familiar no.33".

Se realizo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal por medio de muestreo no probabilístico de casos consecutivos, calculando un tamaño de muestra de 215 pacientes con un nivel de confianza de 95% y una proporción para mala calidad de vida del 85%. En el estudio participaron los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos de la unidad de medicina familiar numero 33, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, mayores de 50 años, de ambos turnos que otorgaron su consentimiento informado por escrito.

Previo consentimiento se les aplico un cuestionario exprofeso que determino las características sociodemográficas (edad, genero y estado civil), y para evaluar la variable calidad de vida se les aplico el cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ) a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. El cual ha sido diseñado para cuantificar el impacto de la EPOC en el estado de salud percibido por los pacientes respiratorios. Ha probado al mismo tiempo, ser suficientemente sensible para reflejar los cambios en la actividad de la enfermedad, así como para evaluar la respuesta al tratamiento con broncodilatadores anticolinérgicos de acción larga. Es un cuestionario específico para pacientes con patología respiratoria, desarrollado por Jones y cols, traducido y validado al español, es preferentemente autoadministrado con un tiempo para completarlo de 10 minutos. Contiene 50 reactivos repartidos en tres categorías: síntomas, actividad e impacto. La categoría de síntomas hace referencia a la frecuencia e intensidad de la tos, sibilancias, expectoración o agudizaciones del paciente. Consta de 8 ítems correspondientes a 8 preguntas (pregunta uno a ocho) de múltiple respuesta, salvo la pregunta 8, que es de respuesta dicotómica SI/NO. La categoría de actividad hace referencia a las limitaciones de la actividad del paciente debidas a la disnea. Consta de 16 ítems de respuesta dicotómica repartidos en 2 preguntas (preguntas 11 y 15). La categoría de impacto resume las alteraciones de la esfera psíquica, laboral y social como consecuencia de la forma en la que el paciente percibe su enfermedad. Consta de 26 ítems repartidos en 8 preguntas, (Preguntas 9, 12, 13, 14,16 y la última parte de la sección 7) 3 de las cuales son de múltiple respuesta. Se permite no responder a las preguntas 6, 8, 10 y 14 (7 ítems) dependiendo de la respuesta dada a la pregunta anterior a la considerada, o a las propias circunstancias del paciente. Se calcula una puntuación para cada una de las categorías 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.

Para realizar el análisis de datos los resultados obtenidos se concentraron en una tabla de Excel y a través de programas de estadística descriptiva se calcularon los porcentajes y los resultados se esquematizaron en tablas y graficas correspondientes.

La presente investigación se realizo tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 215 cuestionarios a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33 que cumplieron con los criterios de inclusión determinados para este estudio. No se excluyó ni eliminó ningún cuestionario por lo que la muestra quedó comprendida por 215 pacientes, lo que corresponde al 100 %.

En cuanto a los factores sociodemográficos se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación al género de los 215 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se registraron a 138 (64%) del género masculino, y a 77 (36%) del género femenino (Tabla y gráfica No 1).

En cuanto a la distribución por grupo de edad se encontró que 61 (28%) pacientes entre 50 a 59 años de edad, 91 (42%) pacientes entre 60 a 70 años de edad, 45 (21%) pacientes entre 71 a 80 años de edad, 18 (9%) pacientes mayores de 80 años (Tabla y gráfica No 2).

Referente al estado civil de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica 24 (11.2%) pacientes solteros, 90(41.9%) pacientes casados, 33 (15.3%) pacientes viudos, 39 (18.1%) pacientes divorciados y 29 (13.5%) en unión libre (Tabla y gráfica No 3).

En cuanto a la Variable "Calidad de vida" del total de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la unidad de medicina familiar se obtuvo que 38 (18%) presentaron mínima alteración de la calidad de vida, 95 (44%) pacientes presentaron moderada alteración de la calidad de vida y 82 (38%) pacientes presentaron máxima alteración de la calidad de vida (Tabla y gráfica No 4).

Los resultados evidencian que en las categorías de síntomas (54%) e impacto (47%) el mayor porcentaje de los pacientes alcanzaron puntuaciones que los colocan en el rango de moderada alteración de la calidad de vida. Seguido de las categorías Actividad 55% y síntomas 29% que los coloca en el rango de máxima alteración de la calidad de vida y por último las categorías de síntomas 17% y actividad 10% el menor porcentaje de los pacientes alcanzaron puntuaciones que los coloca en el rango de mínima alteración de la calidad de vida (Tabla No 5, Gráficas No.5, 6 y 7).

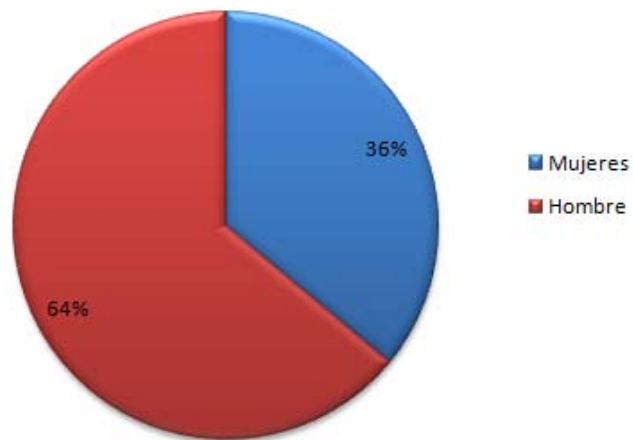
TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1.- Distribución por género de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	138	64
Femenino	77	36
Total	215	100

Fuente: Cuestionario de factores sociodemograficos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Grafica 1.- Distribución por género de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33



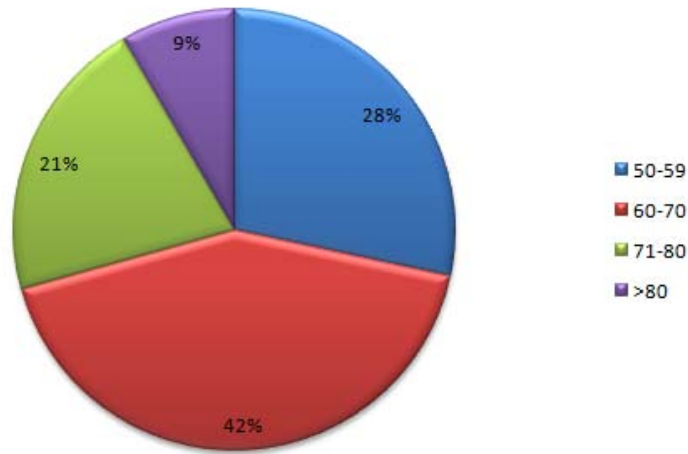
Fuente: Cuestionario de factores sociodemograficos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Tabla 2.- Distribución por edad de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50-59	61	28
60-70	91	42
71-80	45	21
>80	18	9
TOTAL	215	100

Fuente: Cuestionario de factores sociodemograficos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Grafica 2.- Distribución por edad de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.



Fuente: Cuestionario de factores sociodemograficos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33

Tabla 3.- Distribución por estado civil de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SOLTERO	24	11.2
CASADO	90	41.9
VIUDO	33	15.3
DIVORCIADO	39	18.1
UNIÓN LIBRE	29	13.5
TOTAL	215	100

Fuente: Cuestionario de factores sociodemograficos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33

Grafica 3.- Distribución por estado civil de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.



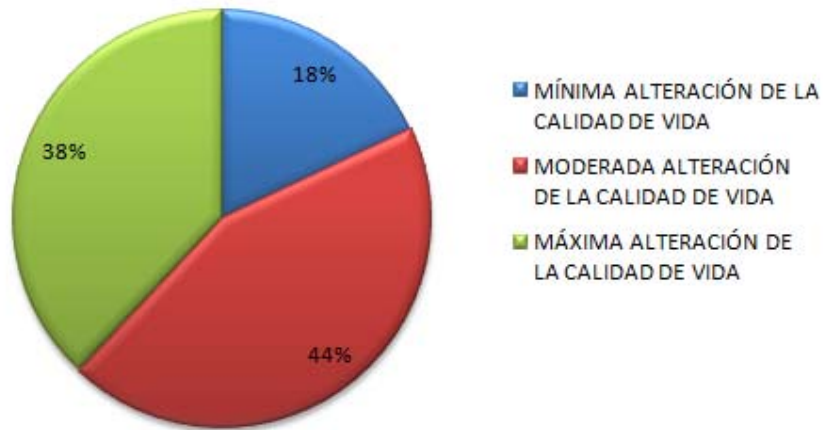
Fuente: Cuestionario de factores sociodemograficos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33

Tabla 4.- Distribución de acuerdo a la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Mínima alteración de la calidad de vida	38	18
Moderada alteración de la calidad de vida	95	44
Máxima alteración de la calidad de vida	82	38
TOTAL	215	100

Fuente: Cuestionario Respiratorio de san George (CRSG) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33

Grafica 4.- Distribución de acuerdo a la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.



Fuente: Cuestionario Respiratorio de San George (CRSG) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33

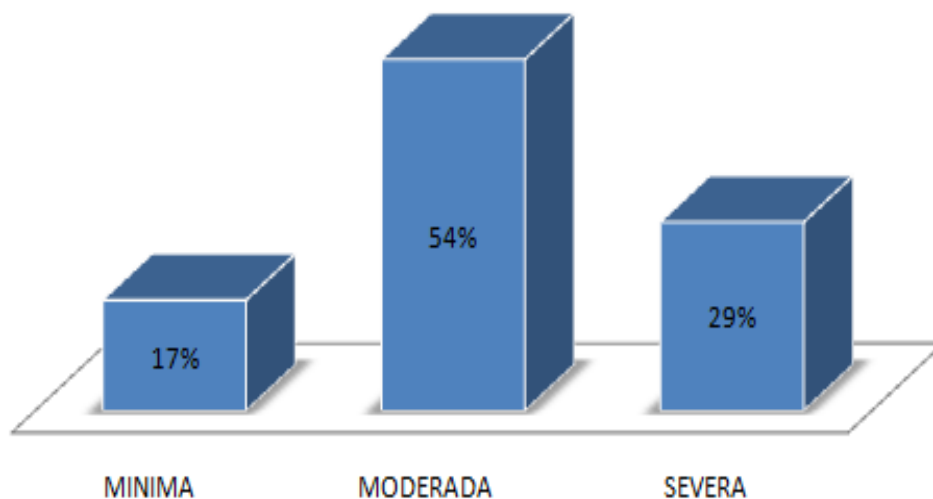
Tabla 5. Distribución por categorías en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos en la UMF No 33

ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA								
CATEGORIAS	MÍNIMA		MODERADA		MÁXIMA		TOTAL	
	<35		35 - 70		>70			
	No. Ptes	%	No. Ptes	%	No. Ptes	%	No. Ptes	%
SÍNTOMAS	37	17	116	54	62	29	215	100
ACTIVIDAD	21	10	76	35	118	55	215	100
IMPACTO	68	32	102	47	45	21	215	100

Fuente: Cuestionario Respiratorio de San George (CRSG) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

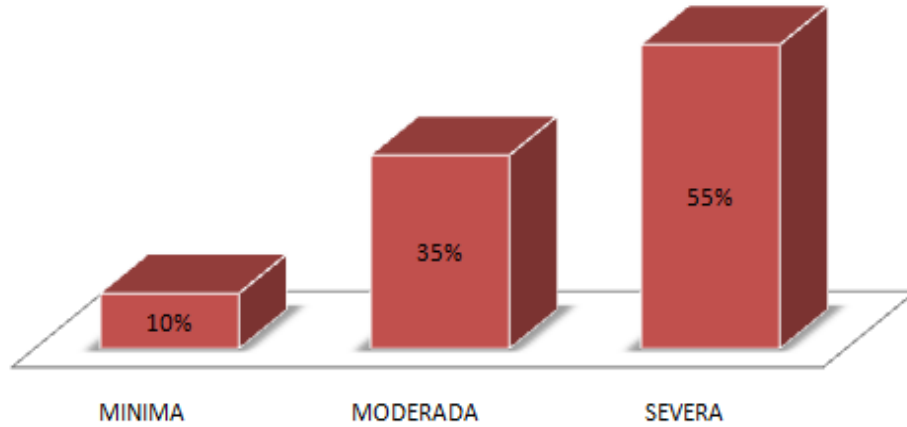
Graficas 5, 6 y 7: Distribución por categorías en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Grafica 5. **SINTOMAS**



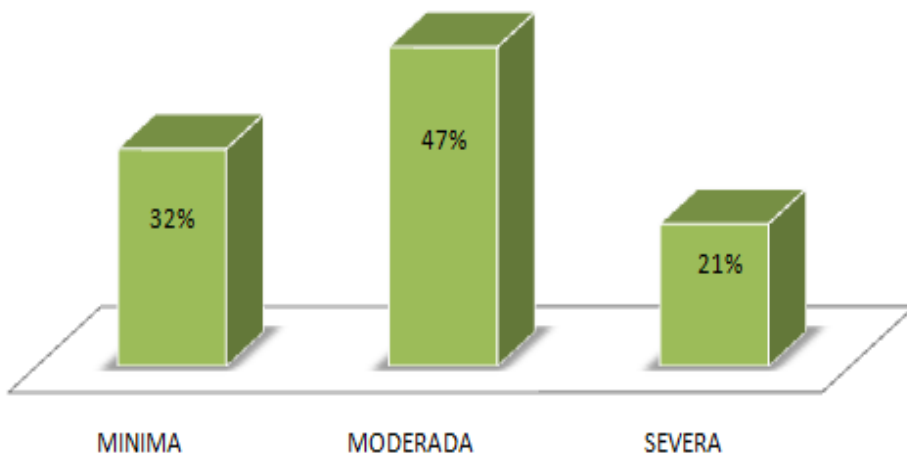
Fuente: Cuestionario Respiratorio de San George (CRSG) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Grafica 6.- **ACTIVIDAD**



Fuente: Cuestionario Respiratorio de San George (CRSG) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

Grafica 7.- **IMPACTO**



Fuente: Cuestionario Respiratorio de San George (CRSG) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No 33.

DISCUSION

En este estudio se trabajó con una muestra de 215 pacientes, mayores de 50 años la mayoría de ellos fueron hombres, diagnosticados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la UMF No.33.

En relación al genero de los 215 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se registraron a 138 (64%) del genero masculino, y a 77 (36%) del genero femenino. Lo cual concuerda con el estudio realizado por Caballero *et al.*, (2003) en el cual se encontró que uno de los factores de riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia fue el sexo masculino. Con respecto al género, esta enfermedad se presentó significativamente en hombres mayores de 60 años. Al igual que en el estudio realizado en la Habana Cuba: "Calidad de vida de la población de ancianos con EPOC atendida en el Hospital Neumológico. Julio- Octubre del 2006." El cual demostró que la población objeto de estudio estuvo constituida por 60 ancianos, de los cuales: 46 (76.6 %) eran hombres y 14 mujeres (23.3 %).

En cuanto a la distribución por grupo de edad se encontró que 61 (28%) pacientes entre 50 a 59 años de edad, 91 (42%) pacientes entre 60 a 70 años de edad, 45 (21%) pacientes entre 71 a 80 años de edad, 18 (9%) pacientes mayores de 80 años. Nuestros resultados son semejantes a los obtenidos en el estudio calidad de vida de la población de ancianos con EPOC atendidos en el hospital neumológico de la Habana Cuba el cual reporta que la edad promedio de los pacientes estudiados fue de 68.4 años y los valores máximos y mínimos de 82 y 60 años respectivamente. En nuestro estudio encontramos 61 (28%) pacientes de entre 50 a 59 años de edad lo cual difiere con dicho estudio, en que todos los estudiados se consideran en el grupo del adulto mayor, sin embargo coinciden con el estudio realizado por Renwick y Connolly del departamento de Geriátrica de la Universidad de Manchester en mayo del 2003, donde se aplica el cuestionario de Saint George a 227 sujetos entre 45 y 86 años con diagnóstico de EPOC, el concluyó la no existencia de relación entre calidad de vida y edad. Algo similar reporta J. Sans- Torres y col. En su artículo sobre calidad de vida e hipoxemia crónica en la EPOC, de octubre del 2004, cuando aseveran que la falta de asociación entre la edad y cuestionarios de calidad de vida es una realidad demostrada en diversos trabajos y revisiones.

Referente al estado civil de los pacientes con EPOC 24 (11.2%) pacientes solteros, 90(41.9%) pacientes casados, 33 (15.3%) pacientes viudos, 39 (18.1%) pacientes divorciados y 29 (13.5%) en unión libre, lo cual contrasta con el estudio de Vinaccia y cols, 2006 el cual refiere que cerca del 48.3% de la muestra está ubicada en la categoría de casados, aunque difiere en la categoría de viudos porque reporta el 30% lo que representa el doble de nuestro estudio, aunque coinciden en que el 85% vive acompañado.

En cuanto a la Variable "Calidad de vida" del total de pacientes con EPOC adscritos a la unidad de medicina familiar se obtuvo que 38 (18%) presentaron mínima alteración de la calidad de vida, 95 (44%) pacientes presentaron moderada alteración de la calidad de vida y 82 (38%) pacientes presentaron máxima alteración de la calidad de vida, lo que coincide con varios estudios realizados entre ellos el realizado en la Habana Cuba "Calidad de vida de la población de ancianos con EPOC atendida en el Hospital Neumológico. Julio- Octubre del 2006" el cual muestra que (40 %) de los pacientes cae en categoría de moderada alteración de la calidad de vida, seguido por un 38.3% de aquellos que mostraron una alteración máxima de su calidad de vida y solo un 21.6 % se agrupó en la categoría de mínima alteración. En México Aguilar y García (2006) concluyo que los pacientes hospitalizados por EPOC tienen menor

Calidad de vida, así mismo el realizado por LISBOA y cols, (2001) confirma que los pacientes con EPOC presentan, aún en etapa estable de su enfermedad, un importante deterioro de su calidad de vida.

Los resultados evidencian que en las categorías de síntomas 54% e impacto 47% el mayor porcentaje de los pacientes alcanzaron puntuaciones que los colocan en el rango de moderada alteración de la calidad de vida aunque seguidos de las categorías de actividad 55% y síntomas 29% porcentaje que los coloca en el rango de máxima alteración de la calidad de vida, lo que contrasta con los resultados del estudio realizado en la Habana Cuba el cual reporto que el comportamiento por escalas de actividad (76.7%) e impacto (93.3%) el mayor porcentaje de los enfermos alcanzaron puntuaciones que los colocaban en el rango de máxima alteración de la calidad de vida en lo cual difieren en un porcentaje no alto.

Finalmente en la literatura no encontramos datos de estudios en México sobre medición de la calidad de vida en pacientes con EPOC específicamente, por lo que la aplicación del cuestionario respiratorio de St George (CRSG) validado, ha permitido conocer en forma objetiva la calidad de vida en un grupo de pacientes con EPOC adscritos a un primer nivel de atención. Los resultados concuerdan con lo comunicado por otros autores, que demuestran que la calidad de vida está muy deteriorada en los pacientes con EPOC.

El comportamiento individual por escalas evidenció una importante repercusión de la enfermedad en las categorías principalmente de síntomas y actividad por lo que se sugiere que posterior a este estudio, se realice el cuestionario respiratorio de St George a todo paciente con diagnóstico de EPOC, para así saber cual es la categoría en la cual se ve más afectado el paciente y poder incidir en estas con el fin de lograr una mejor calidad de vida, así como establecer nuevas medidas preventivas para la aparición de la enfermedad.

CONCLUSIONES

En el total de los pacientes evaluados predominó la alteración de moderada a máxima calidad de vida, siendo más evidentes las repercusiones a nivel de las categorías de síntomas y actividad los cual trae consigo un deterioro general de la calidad de vida de los pacientes en general.

Siendo que la literatura afirma que la inactividad con lleva a un desacondicionamiento físico, éste a su vez a una incapacidad, y el círculo concluye en un incremento de la enfermedad con una marcada desmejoría de la calidad de vida del paciente, y una afectación directa al sistema familiar, por lo que la aplicación de cuestionarios validados para evaluar calidad de vida como el cuestionario respiratorio de st George deben ser utilizados para detectar la afectación de calidad de vida en los pacientes con EPOC, por lo que los médicos familiares debemos poner mayor énfasis en el diagnóstico oportuno y tratamiento integral, para así disminuir este círculo vicioso, y retardar el avance de la historia natural de la enfermedad en estos pacientes, traduciéndose esto en una mejor calidad de vida.

Bibliografía

1. Pauwels RA, Buist S, Calvey PMA, Jenkins C, Hurd S. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2005.
2. OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las Caras de la EPOC. [En línea]. Fecha de consulta: diciembre, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/respiratory/copd/es/index.html>
3. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz C. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC Multicentre Epidemiological Study. *Chest*, 2000, 118 (4):981-989.
4. Kallan, F. V., C. J. Brandt, H. Ellegaard, M. B. Joensen, A. D. Sorknaes, and L. Tougaard. (1997). The diagnosis of "smoker's lung" encourages smoking cessation. *Lancet* 349:253.
5. Eisner M, Balmes J., Katz P., Trupin L., Yelin E and Blanc D. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environ. Health* 2005; 4:7.
6. Flores B, Carlos; Solís S, María Teresa; Fortt Z, Antonia Y Valdivia C, Gonzalo. Sintomatología respiratoria y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su asociación a contaminación intradomiciliaria en el Área Metropolitana de Santiago. *Rev. chil. enferm. respir.* 2010; 26 (2): 72-80.
7. Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979 – 2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005- 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.
8. Jáuregui A. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. *Acta Médica Peruana*. 2009; 26(4)
9. Farga C. (1998). Manejo Ambulatorio del Paciente con EPOC Estable. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 1998; 14 (2)
10. Comunicado: El veinte por ciento de fumadores pueden desarrollar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Coordinación de comunicación social IMSS. Martes 17 de noviembre 2009; (350)
11. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) avanza en México en forma alarmante: experta en neumología. *DIARIO DE LA SALUD* 2010 16 de Noviembre.
12. Sánchez, C. Los cinco excesos que matan a los mexicanos. *El Universal* Lunes 29 de marzo de 2010.
13. Curtis J.R., Deyo R.A. Hudson L.D. Health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* -1994, 49, 162, 170.
14. Gallego MC, Samaniego J, Alonso J, Sánchez A, Carrizo S, Martín JM. Disnea en la EPOC: relación de la escala MRC con la disnea inducida en las pruebas de marcha y de ejercicio cardiopulmonar máximo. *Arch Bronconeumol* 2002; 38:112.6).
15. Aguilar E. y García G. Diferencias en calidad de vida de pacientes hospitalizados con EPOC y asma *Revista INER México*. 2006; 19: 272-275
16. Oteló. S. Programa Respirar. Argentina <http://www.programa-respirar.com.ar/faq.htm>
17. Izquierdo JL. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Clin Esp* 2003, 203: 391-98

18. Parmet, S. *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. JAMA. 2003; 290, 2732.
19. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2003; 2, 9-2.1
20. Rodríguez-Marín, J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis. 1996.
21. Gil-Róales, J. *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide. 2004
22. WHO. WHOQOL: Study protocol Division of mental health. Geneva, World Health Organisation -1993.
23. Blanco A., Vázquez I., Fernández M., Sanjuán. P, Rodríguez y Vereá H. Sensibilidad al cambio de la versión española del Airways Questionnaire 20 (AQ20S) en EPOC.
24. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to Ratings Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press 1987; 3-31.
25. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George.S Respiratory Questionnaire. *Respir Med* 1991; 85 (B Suppl): 25S-31S.
26. López, S., Sistachs V., Oramas V. y Rodríguez G. Diseño de un cuestionario de síntomas respiratorios: análisis de confiabilidad y validez. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2005;6(2):26-34
27. Lisboa C, Villafranca C, Leiva A, Cruz E, Pertuzé J, Borzone G. Inspiratory muscle training in chronic airflow limitation: effect on exercise performance. *Eur Respir J*. 1997;10:537-42.
28. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J* 1998; 9:1160-6.
29. Caballero, A.S.; Torres, C.; Maldonado, D.; Jaramillo, C. & Guevara, D. (2003, octubre). Prevalencia de la enfermedad pulmonar oclusiva crónica en cinco ciudades colombianas. Trabajo presentado en X Congreso Colombiano de Neumología y Cirugía de tórax. Cartagena.
30. De Miguel, J. (2004). Calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 480 – 482.
31. Sans-Torres J. y Cols. Valoración de la calidad de vida de los pacientes con EPOC e hipoxemia crónica mediante la versión española del Chronic Respiratory Disease Questionnaire Vol 35, No.9, oct. 2004.
32. Renwick DS. Connolly M.I. Impact of obstructive airways disease on quality of life in older adults. *Thorax* 2003 may, 51 (5) 520-5.
33. Vinaccia, E, Quiceno, M., Zapata C., Obesso, S. y Quintero C. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) psicología desde el Caribe 2006; (18)
34. "Calidad de vida de la población de ancianos con EPOC atendida en el Hospital Neumológico. Julio- Octubre del 2006." Venezuela

35. Aguilar EMG, Sotelo MC, Lara RAG, García FA, Sansores MR, Ramírez VA. Reproducibilidad del Cuestionario Respiratorio Saint George en la versión al español en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Inst Nal Enf Resp 2000; 13:85-95.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

"DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33"

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

"DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33"

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

CONTESTAR EN FORMA ADECUADA EL CUESTIONARIO QUE SE ME HAGA

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

NO EXISTEN RIESGO EN RELACION A MI PARTICIPACION

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a 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 o con mi tratamiento.

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.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Tel 53825377 ext. 21435 y 21407

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

Anexo 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33**

CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y marque con una x alguna de las siguientes opciones que crea conveniente:

Factores sociodemográficos:

1.- ¿Cuál es su
edad? _____

() 50-59 AÑOS

() 71-80 AÑOS

() 60-70 AÑOS

() Mas de 80 AÑOS

2.- ¿Cuál es su género?

() Masculino

() Femenino

3.- ¿Cuál es su estado civil?

() Soltero

() Viudo

() Casado

() Divorciado

() Unión libre

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
COORDINACION CLINICA DE INVESTIGACION EN SALUD

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAN GEORGE (CRSG)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y como le afectan a su vida. Usamos el cuestionario, para saber que aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas, más que para conocer lo que los médicos y enfermeras piensan que usted tiene.

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 que los describen y que se deba a su estado de salud.

PARTE I

A continuación algunas preguntas para saber cuantos 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 día a la semana
 - () Sólo cuando tuve infección en los pulmones ó bronquios.
 - () Nada en lo Absoluto.

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos)
 - () La mayor parte de los días de la semana
 - () Varios días a la semana

- Unos pocos día a la semana
 - Sólo cuando tuve infección en los pulmones ó bronquios.
 - Nada en lo 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 día a la semana
 - Sólo cuando tuve infección en los pulmones ó bronquios.
 - Nada en lo Absoluto.
4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruido en el pecho)
- La mayor parte de los días de la semana
 - Varios días a la semana
 - Unos pocos día a la semana
 - Sólo cuando tuve infección en los pulmones ó bronquios.
 - Nada en lo Absoluto.
5. Durante el último año, ¿cuándo ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?
- Más de 3 ataques
 - 3 ataques
 - 2 ataques
 - 1 ataque
 - Ningún ataque
6. ¿Cuánto le duro el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta 7).
- Una semana o más
 - De 3 a 6 días.
 - 1 ó 2 días.
 - Menos de 1 día.
- 7.- Durante el último año, ¿cuántos días de la semana fueron buenos? (con pocos Problemas respiratorios).
- Ningún día bueno.

- () 1 ó 2 días.
- () 3 ó 4 días.
- () 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 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 algún 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 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 las actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted 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 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 respiración cuando me agacho.....() ()
- La tos o la respiración me 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 que correspondan 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 mejores..... () ()

Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en
una persona insegura o invalida() ()
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 esta 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 como sus propio problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. **Por favor, marque cierto si usted cree que una ó mas partes de cada frase le describen sino marque falso.**

	Cierto	Falso
Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....	()	()
No me puedo bañar o me tardo mucho tiempo.....	()	()
Camino mas despacio que los demás, o tengo que pararme a descansar	()	()
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domesticas, o tengo que parar a descansar	()	()
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir despacio o parar Si corro o camino, tengo que parar o ir mas despacio.....	()	()

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 () ()

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, excavar en el jardín o en el campo..... () ()

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..... () ()

Sección 7.

16. Nos gustaría saber ahora como sus problemas respiratorios afectan normalmente en 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 casa..... () ()

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

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

Irse 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 AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:

A continuación, ¿podría marcar sólo una frase que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

- () No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer
- () Me impiden hacer de 1 ó 2 cosas de las que me gustaría hacer
- () Me impiden hacer la mayoría de cosas que me gustaría hacer
- () Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer

¡Gracias! por contestar este cuestionario