



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



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, APEGO TERAPÉUTICO EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

T E S I S

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

PRESENTA:

DR. DURÁN CASTILLO OSCAR EDUARDO

Cel: 5539763466. Email: doctor.oscar.duran@gmail.com

DIRECTOR DE TESIS

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

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

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DRA. GUTIÉRREZ GARCÍA TERESITA DE JESÚS.

Cel: 5550688463. Email: teretjgg@hotmail.com

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2015
NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-10**



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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN HGZ/UMF No 8.

AUTORES: Dr. Durán Castillo Oscar Eduardo¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Gutiérrez García Teresita De Jesús⁴.

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES:

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

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

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

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

OBJETIVO:

Evaluar la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio trasversal, descriptivo, en el HGZ/UMF#8. Muestra: 239 pacientes. IC de 99%, con amplitud de IC: 0.10 y una proporción 0.10. Se incluyó a pacientes de 40 años, con EPOC, que desearon participar, se excluyeron a menores de edad y pacientes con limitantes neurológicas. Instrumentos: Cuestionario CAT para calidad de vida y Morisky Green- Levine para apego terapéutico. Variables: Edad, sexo, religión, calidad de vida, apego terapéutico.

RESULTADOS:

Se estudió a 240 pacientes con un predominio del sexo 133 (55.4%) femenino con relación a 107 (44.6%) masculino. Con respecto a la edad media fue de 72 años y la desviación estándar 9.2 años, el rango de edad más frecuente fue 60 a 79 años de edad con 107 (44.6%). La mayor parte en relación a la ocupación 184 (76.6%) desempleados, escolaridad 92 (38.3%) primaria, estado civil 150 (62.5%) casados. En calidad de vida se halló 85 (34.5%) moderado impacto y 152 (55%) con buen apego terapéutico.

CONCLUSIONES:

En este estudio se concluyó que los pacientes con EPOC del HGZ/UMF #8 tienen una buena calidad de vida y apego terapéutico, lo que es trascendente para una mejor evolución y menos comorbilidades.

PALABRAS CLAVES:

Calidad de vida, Apego terapéutico, EPOC.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

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

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

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

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

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

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

Dra. Teresita De Jesús Gutiérrez García
Especialista en Neumología del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme estar en este punto de mi vida.

A ti por estar en este largo recorrido, por acompañarme en los buenos y malos momentos, sin todo ese apoyo, esto jamás se hubiera cumplido.

A mis padres y hermanos, porque a pesar de la distancia, siempre fueron un apoyo.

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

ÍNDICE

1.MARCO TEÓRICO	1
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3.JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVO GENERAL	16
5. HIPÓTESIS	17
6. MATERIALES Y MÉTODOS	18
7. TIPO DE ESTUDIO	18
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
9. POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	20
10. MUESTRA	21
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	22
12. VARIABLES	23
13. DISEÑO ESTADÍSTICO	26
14. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	28
16. CRONOGRAMA	29
17. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	32
18. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
19. RESULTADOS	35
20. DISCUSIÓN	63
21. CONCLUSIONES	67
22. BIBLIOGRAFÍA	70
23. ANEXOS	73

MARCO TEÓRICO

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una entidad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación al flujo aéreo persistente, generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas o gases nocivos. Las exacerbaciones y comorbilidades que presenta cada paciente influyen en la gravedad de la enfermedad ⁽¹⁾.

La EPOC ocupa los primeros lugares de morbilidad en todo el mundo. Su prevalencia mundial en personas mayores de 40 años de edad es del más del 10%. A pesar de la complejidad para medir la prevalencia en EPOC, se puede afirmar que en muchos países desarrollados está aumentando, que la prevalencia es mayor en fumadores que en exfumadores, en mayores de 40 años y en hombres. Además la prevalencia incrementa con la edad. De acuerdo al estudio PLATINO en poblaciones con personas mayores de 60 años se podría tener una prevalencia que oscila en un rango de 18.4% (la más baja, en México) a 32.1% (la más alta, en Uruguay). En el estudio PLATINO como en otros estudios se ha comprobado que el utilizar exclusivamente el índice $FEV1/FVC = 0.70$ para identificar a los sujetos con obstrucción al paso del aire puede conducir tanto a un sobre diagnóstico en mayores de 50 años, como a un subdiagnóstico en adultos jóvenes. Lo anterior es consecuencia de una caída progresiva de $FEV1/FVC$ por el envejecimiento natural del pulmón, afectando en mayor grado el $FEV1$ que el FVC . Por lo tanto es más racional identificar a los sujetos obstruidos, cuando están por debajo de la percentil de $FEV1/FVC$ (posbroncodilatador). Es importante notar que hay muchas causas de obstrucción al paso del aire y que en términos generales para atribuirla a EPOC se requeriría adicionalmente confirmar el carácter inflamatorio de la obstrucción y una clara exposición a un factor riesgo conocido (tabaquismo, humo de leña, etc). En este sentido, las personas con obstrucción espirométrica identificada requerirían una confirmación clínica para atribuirles el diagnóstico de EPOC. El incremento en la mortalidad ha sido sustancial en los últimos 30 años. En 1990 ocupaba el sexto lugar y se considera que ocupará el tercer lugar para el 2020 y en términos de morbilidad se situará del cuarto al tercer lugar a nivel mundial. La causa del incremento en la morbilidad se debe principalmente a la epidemia del tabaco que estamos viviendo en todo el mundo. Además, los cambios demográficos, sobre todo en países en vías de desarrollo donde la esperanza de vida está aumentando, permitirá ensanchar el riesgo de que más personas cursen con esta enfermedad.⁽²⁾

En México como en los demás países de Latinoamérica, la EPOC, es una enfermedad sobresaliente por su morbi-mortalidad, sin embargo, permanece subdiagnosticada y poco reconocida como un problema de salud pública. La prevalencia calculada para México por el reporte de PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad. Como en otros estudios internacionales la prevalencia es mucho mayor en hombres (11% en hombres versus 5.6% en mujeres), se incrementa considerablemente de acuerdo a la edad (18.4% en personas > de 60 años versus 4.5% en personas de 50 a 59 años) y al número de paquetes fumados (15.7% en personas que han fumado > 10 paquetes/año versus 6.3% cuando se fuma < 10 paquetes/año). La prevalencia se reduce al 5.3% cuando se utiliza como criterio de obstrucción la percentila 5 de acuerdo a valores de referencia espirométrica locales para estudios después de broncodilatador. Usando el mismo criterio GOLD, pero dejando sólo los sujetos con estadio 2 o superior, es decir, pacientes con un grado mayor de obstrucción, la prevalencia es del 2.7%. Este grupo se ha considerado un mejor indicador de los sujetos que requerirán utilización de servicios médicos De acuerdo a las estadísticas que reporta el INEGI, existe evidencia que la mortalidad en la EPOC ha ido incrementando. En personas mayores de 65 años de edad para el año 2005, se situó en el 5° lugar dentro de las 10 principales causas de mortalidad en personas mayores de 65 años. En cuanto a la morbilidad, no existen datos específicos en nuestro país. Sin embargo, existen evidencias de que también la morbilidad es muy importante. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), la EPOC ocupa el segundo lugar en visitas a urgencias y el 4° lugar como causa de egreso hospitalario. A pesar de todos estos datos, la EPOC permanece subdiagnosticada en nuestro país, no sólo en los estadios tempranos de la enfermedad, sino también en los tardíos. Este fenómeno es explicable si se toma en cuenta que el uso de la espirometría, el instrumento con el que se le diagnóstico de EPOC, es poco utilizado. La EPOC se ha considerado una enfermedad asociada al tabaco y de predominio en hombres. Sin embargo, en países en desarrollo como México, las mujeres también son muy afectadas, pero estas mujeres no se afectan por el uso del tabaco, como tradicionalmente se asocia esta enfermedad, sino en ellas, la exposición crónica a biomasa, origina la presencia del daño pulmonar. Cabe destacar que en nuestro país el consumo de leña en algunos estados continua siendo muy alto. La muestra censal sobre condiciones de vivienda y uso de leña del XII Censo General de Población del 2000, reveló que en más de la mitad de las viviendas rurales (56.9%) sus ocupantes utilizan la leña como combustible para cocinar. En términos de personas, aproximadamente equivale a 14.5 millones. Además la afección en salud por el uso de la leña puede ser muy grave si tomamos en cuenta que en el área rural, 4 de cada 10 viviendas cuentan con un solo cuarto. Esta muestra censal identificó a los estados del sur de la república, como los más expuestos. El estudio PLATINO reveló que en un 37.5% la población mayor de 40 años de edad utiliza biomasa para cocinar. En el INER cerca de un 30% de pacientes con EPOC, acuden por la exposición al humo de leña, y más del 88% son exclusivamente mujeres.⁽³⁾

Hay una lista completa de los factores de riesgo asociados con el desarrollo y desencadenantes de exacerbaciones de EPOC. Algunos de ellos susceptibles de modificación, mientras que otros no y algunos se aplican a nivel individual y/o nivel de grupo, por lo que con toda probabilidad, cualquier estrategia destinada a limitar cada carga difiere.⁽⁴⁾

La literatura reciente está repleta de informes que tienen por objeto explicar la EPOC por separado del fumar. Por ello están siendo reconocidos cada vez más factores de riesgo para desarrollar EPOC que no sea el tabaco, las cuales incluye muchas otras exposiciones ambientales, como exposición ocupacional a polvos y humos en los países desarrollados y en vías de desarrollo así como la quema de combustible de biomasa en interiores en muchos países en desarrollo. El Examination Survey (NHANES III) sugiere que la fracción atribuible de EPOC en exposición laboral es de 19 % en general y 31 % entre los que nunca han fumado. En exposición conjunta para fumadores y factores ocupacionales se ha demostrado que el riesgo de EPOC se multiplica. Los factores que parecen ser menos importantes en el desarrollo de la EPOC, aunque pueden empeorar la enfermedad, incluyen contaminantes al aire y el humo pasivo de la exposición. Las mujeres parecen ser más susceptibles a los efectos del humo del tabaco, y lo mismo puede ser cierto para otras sustancias nocivas por inhalación. A diferente relación dosis -respuesta para los hombres y mujeres se ha demostrado, sobre todo un menor nivel en los fumadores. Varios otros factores asociados con el desarrollo de la EPOC pueden actualmente no ser modificables. Estos incluyen envejecimiento del pulmón, trastornos concomitantes y repetidas infecciones respiratorias en niños o adultos. El más conocido factor genético vinculado a la EPOC es la deficiencia de $\alpha 1$ - antitripsina ($\alpha 1$ - ATD), que está presente en hasta 3 % de los pacientes con EPOC y cuando se combina con el hábito de fumar aumenta el riesgo de enfisema panlobulillar. Varios otros genes han sido implicados en la EPOC, pero la consistencia de su efecto en el desarrollo de la EPOC está actualmente no probada. El Asma como trastorno concomitante muestra consistentemente que se asocia con EPOC y parece que las personas con asma que fuman pierden función pulmonar con mayor rapidez que los individuos sin asma. Informes recientes apuntan también en una relación directa con tuberculosis. En la actualidad, el cambio climático global, entre otros efectos en la salud, pueden contribuir a los aumentos en las condiciones respiratorias, incluyendo EPOC, tanto en términos de aumento de la incidencia y la exacerbación de la EPOC.⁽⁵⁾

Se ha sugerido que el centro de la patogénesis de esta condición es una respuesta inflamatoria anormal en los pulmones a la inhalación de partículas tóxicas y de invernadero, derivada del humo del tabaco, la contaminación atmosférica o la exposición ocupacional. El consumo de tabaco provoca una respuesta inflamatoria en los pulmones de todos los fumadores, pero en aquellos que desarrollan EPOC esto se aumenta y no logra resolver después de dejar fumar, lo que sugiere que los fumadores que desarrollan EPOC tienen una regulación anormal de la respuesta inflamatoria en los pulmones. Los factores que conducen a una susceptibilidad a EPOC son aún poco conocidos y puede involucrar a varios factores, incluyendo la genética y los factores epigenéticos, como infecciones, alteraciones o regulaciones del sistema inmunológico o alteraciones de la respuesta inflamatoria y los mecanismos de reparación anormales. Sin embargo, la relación entre las respuestas inflamatorias en el pulmón y la disminución acelerada del FEV1, que caracteriza a esta enfermedad, es mucho más clara. La EPOC es una enfermedad heterogénea en donde están implicadas las vías respiratorias grandes y pequeños (bronquitis / bronquiolitis) y el parénquima pulmonar (enfisema) varía considerablemente entre los pacientes. Los mecanismos resultantes en estos cambios patógenos son probablemente diferentes también.⁽⁶⁾

Varios estudios han documentado la presencia de niveles elevados de citoquinas proinflamatorias en muestras de individuos con EPOC incluyendo interleucina (IL) -8, factor de necrosis tumoral α (TNF- α), CXC motivo de ligando 1, y quimiotáctica de monocitos proteína del factor 1,21 por nombrar sólo algunos. El más susceptible y por lo tanto el que muestra cambios morfológicos más tempranamente en la EPOC son las lesiones en las vías respiratorias pequeñas, produciendo una bronquiolitis. La identificación de la deficiencia de α 1-antitripsina condujo al concepto inicial de desequilibrio proteasa-antiproteasa que conduce a la destrucción del tejido, sin embargo, la investigación ahora es compatible con la idea de que un desequilibrio entre los mediadores que promueven la inflamación y mediadores que protegen los tejidos de la inflamación conducen al desarrollo de enfisema. Los oxidantes son también parte de las consecuencias inflamatorias de cigarrillo fumar y mientras que el pulmón produce y fuertemente regula una gran variedad de antioxidantes para protegerse a sí mismo, el sistema antioxidante endógeno también se abruma, lo que lleva a un daño celular y destrucción del pulmón. Niveles reducidos del factor de crecimiento del endotelio vascular y el aumento de la apoptosis, junto con la eliminación ineficiente de las células apoptóticas, puede causar enfisema independiente de la inflamación.⁽⁷⁾

Se pueden identificar 3 regiones anatómicas que explican no solamente el cuadro clínico de la EPOC sino todo el espectro de su clasificación. La primera región es la de los bronquios mayores y aquéllos cuyo calibre es mayor de 2 mm de diámetro y su afección explica los síntomas de la bronquitis crónica como tos crónica y expectoración. El daño de la vía aérea pequeña que se refiere a los bronquiolos menores de 2 mm explica la mayor parte de la limitación del flujo aéreo en ausencia de enfisema, mientras que la destrucción del parénquima pulmonar explica la limitación del flujo aéreo que no es debida a lesión de la vía aérea pequeña. Las dos últimas explican la disnea que acompaña al paciente con EPOC; sin embargo, se requieren estudios que permitan dilucidar la región afectada que se asocia con la disnea. Independientemente de la región afectada, la inflamación está presente desde el principio de la enfermedad. Los cambios inflamatorios que se observan como parte de la respuesta inflamatoria inmune innata y adaptativa de la EPOC son una muestra de ello.⁽⁸⁾

Los síntomas típicos de tos crónica durante cuando menos 3 meses al año por dos años están relacionados a hiperplasia de las glándulas submucosas de los bronquios que tienen un calibre mayor de 2 mm y se ha demostrado que existe un infiltrado inflamatorio en el aparato secretor de moco desde los inicios de la enfermedad.⁽⁹⁾

Los bronquios de menor calibre y los bronquiolos cuyo diámetro es menor de 2 mm representan el sitio de mayor resistencia en la obstrucción que ocurre en la EPOC. Recientemente las evidencias señalan que la inflamación de la vía aérea pequeña está presente desde las etapas iniciales de la EPOC y que la inflamación es mayor en la medida que empeora la limitación del flujo aéreo medida por el VEF. Además, hay evidencias de que existen exudados inflamatorios de moco en la vía aérea pequeña que incrementan en la medida que empeora la EPOC, relación que se ha observado también con el engrosamiento y remodelamiento de la vía aérea. La vía aérea pequeña es una región anatómica de menor acceso a la evaluación funcional.⁽¹⁰⁾

El enfisema se define como la destrucción de las paredes alveolares que da como resultado «agrandamiento» de los espacios alveolares y una reducción consecuente del área de intercambio gaseoso en el pulmón. La inhalación crónica de los componentes del tabaco y la inflamación parecen ser el común denominador de las diferentes hipótesis que explican los mecanismos del enfisema. La hipótesis del desequilibrio proteasa/antiproteasas es la mejor conocida; no obstante, no es la única. El papel del estrés oxidativo, la apoptosis, la senescencia, el envejecimiento y la combinación de todos ellos pueden desempeñar un papel importante. En cualquier caso, el incremento de neutrófilos y macrófagos y sus productos proteolíticos así como otras moléculas, rebasan las defensas antiproteolíticas y ocurre la destrucción de las fibras elásticas del pulmón.⁽¹¹⁾

Existe una mala correlación entre los síntomas y el grado de obstrucción bronquial, se ha preferido clasificar la gravedad de la enfermedad bajo criterios funcionales relacionados al FEV1 obtenido a través de una espirometría realizada tras la administración de un broncodilatador inhalado. En la última revisión de la normativa GOLD se reconocen cuatro escalones de gravedad y uno previo (grado 0). (Anexo 1). **Grado 0: riesgo de EPOC.** Se corresponde con la definición de bronquitis crónica. Existe tos y expectoración crónica, sin afectación espirométrica. **Grado I: EPOC leve.** Existe discreta obstrucción, con FEV1 \geq 80% del teórico pero con relación FEV1/FVC $<$ 70%, independientemente de la presencia de síntomas. **Grado II: EPOC moderada.** El FEV1 se encuentra entre el 50 y el 80% del teórico y el FEV1/FVC $<$ 70%, independientemente de la presencia de síntomas. **Grado III: EPOC grave.** El FEV1 se encuentra entre el 30 y el 50% del teórico y el FEV1/FVC $<$ 70%, independientemente de la presencia de síntomas. **Grado IV: EPOC muy grave.** El FEV1 es inferior al 30% del teórico, o bien inferior al 50% cuando coexista con insuficiencia respiratoria crónica, y el FEV1/FVC $<$ 70%.⁽¹²⁾

La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable, por lo que el diagnóstico precoz en etapas tempranas de la enfermedad es vital para determinar su pronóstico y por lo tanto todo paciente con historia de tabaquismo, exposición a biomasa u otro factor de riesgo aun siendo asintomático, puede tener EPOC y debe ser estudiado. El curso clínico se caracteriza por una lenta evolución que puede llegar a incapacitar al paciente para realizar actividades de la vida diaria y se acompaña de episodios de empeoramiento de los síntomas (exacerbaciones) que pueden obligar al enfermo a consultar los servicios de urgencias y/o internarse. Este comportamiento explica el enorme impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y el altísimo costo para los sistemas de salud. Los “fumadores susceptibles” pueden tener una caída acelerada de la función pulmonar que suele manifestarse clínicamente como EPOC a partir de la cuarta década de la vida. En aquellos pacientes con enfermedad leve a moderada que dejan de fumar en forma temprana disminuye la velocidad de caída del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) y la mortalidad mientras que en aquellos que persisten fumando la enfermedad progresa de forma más acelerada. El diagnóstico precoz es de importancia fundamental para intentar modificar el curso clínico de la EPOC. A todo paciente con historia de exposición a factor de riesgo, con o sin síntomas respiratorios, se le debe solicitar una espirometría con broncodilatador para descartar o confirmar el diagnóstico de EPOC. El grado de obstrucción espirométrica sumado al impacto de la enfermedad nos permiten definir la gravedad de la EPOC y el nivel de asistencia médica requerida.⁽¹³⁾

La EPOC se caracteriza con frecuencia por un periodo asintomático por lo que pueden pasar varios años entre la aparición de la limitación al flujo aéreo y el desarrollo de las manifestaciones clínicas. Por esta razón, el médico debe buscar sistemáticamente la presencia de síntomas que puedan pasar inadvertidos para el paciente, ser atribuidos a la edad, al sedentarismo o al mismo hecho de fumar. La disnea, tos y expectoración son los síntomas cardinales de la EPOC. Cuando la enfermedad progresa, aumenta la intensidad de la disnea, la tos, la expectoración y se hace más frecuente la presencia de sibilancias. La disnea de esfuerzo es el motivo de consulta más frecuente y por lo general se asocia con diagnóstico tardío de la enfermedad; los pacientes con disnea grave y persistente generalmente tienen mayor grado de obstrucción y peor pronóstico. Ante la progresión de la disnea, los pacientes adoptan un estilo de vida sedentario que progresivamente se asocia a disfunción de músculos periféricos y miopatía. La presencia de disnea progresiva en un adulto joven con historia familiar de EPOC puede sugerir deficiencia congénita de α 1-antitripsina. La percepción de la disnea tiene variaciones de un sujeto a otro por lo que es importante estandarizar su medición con escalas indirectas como la escala modificada del Medical Research Council (MMRC). La tos crónica es frecuentemente productiva con expectoración mucosa de predominio matutino. A medida que la enfermedad progresa la intensidad de la tos y la expectoración aumentan; esta última puede ser marrón en los grandes fumadores y durante las exacerbaciones se hace purulenta, viscosa y más abundante. Un volumen de expectoración excesivo sugiere la presencia de bronquiectasias. Otros síntomas como la anorexia y la pérdida de peso son más frecuentes en la enfermedad avanzada y se asocian a peor pronóstico. El ronquido nocturno y la somnolencia diurna excesiva sugieren trastornos respiratorios del sueño que pueden o no estar asociados a la EPOC. **Signos:** El examen físico puede ser normal en las fases iniciales de la enfermedad. La presencia e intensidad de los signos clínicos (cianosis, respiración con labios fruncidos, uso de músculos accesorios, tiempo espiratorio prolongado, tórax en tonel y limitación para la expansibilidad del tórax) se asocian generalmente con mayor obstrucción e hiperinflación pulmonar y con la presencia de compromiso del ventrículo derecho por hipertensión pulmonar. No siempre la intensidad de los signos clínicos se asocia con mayor gravedad de la enfermedad.⁽¹⁴⁾

El primer paso para considerar el diagnóstico de EPOC consiste en interrogar sobre la exposición a uno o varios de los factores de riesgo conocidos para adquirir la enfermedad (principalmente tabaco y biomasa, pero también exposición laboral a polvos, humos, gases o sustancias químicas. Con relación a la intensidad de la exposición al humo de tabaco, el haber fumado intensamente por lo menos una cajetilla al día por más de 10 años, hace a una persona susceptible de presentar la enfermedad. Si además de tener un factor de riesgo el paciente presenta síntomas como disnea y/o tos con expectoración por más de 3 meses al año por dos o más años, se debe sospechar el diagnóstico y sólo se confirma con los valores que se obtienen de una espirometría después de aplicar un broncodilatador. **ESPIROMETRÍA** Para hacer el diagnóstico de la EPOC, es indispensable realizar una espirometría pre y postbroncodilatador y la característica funcional esencial en estos pacientes es la obstrucción persistente al flujo aéreo, la cual se evalúa con la relación VEF1 /CVF (capacidad vital forzada) disminuida. Hasta la actualidad la estrategia GOLD 2011 continúa utilizando la relación VEF1 /CVF < 70% para diagnosticar a un sujeto con EPOC. El grado de obstrucción se determina usando el VEF1. Debido a que los estudios recientes muestran que no todo sujeto va a declinar paulatinamente con el tiempo en su función pulmonar se propuso el cambio de estadio a grado.⁽¹⁵⁾

En el diagnóstico diferencial de EPOC, en primer lugar se debe considerar asma, que es la otra patología que ocasiona enfermedad obstructiva, pero reversible. Aunque el asma y EPOC están asociadas con inflamación crónica de las vías respiratorias, existen marcadas diferencias clínicas entre ambas enfermedades que nos permiten claramente distinguirlas. Si bien las características señaladas es lo más común, cerca de un 10% de pacientes pueden tener características clínicas tanto de asma como de EPOC, esto quiere decir que las dos entidades pueden coexistir. Por ejemplo, los pacientes asmáticos expuestos a agentes nocivos como el tabaco pueden desarrollar una limitación fija de la vía aérea y con estas características, se hace extremadamente difícil su diferenciación. Lo anterior ocasiona que estos pacientes se comporten como asma grave. En nuestro país donde la tuberculosis y EPOC son dos enfermedades altamente prevalentes se debe ser muy cauteloso para realizar un diagnóstico preciso ya que la sintomatología puede ser muy similar. Por ejemplo, existen reportes donde se señala que en países en vías de desarrollo, la tuberculosis se ha asociado a obstrucción al flujo aéreo y lo anterior a su vez se ha asociado a la exposición a biomasa. Otras enfermedades se manifiestan con síntomas semejantes y limitación crónica al flujo aéreo tales como asma, tuberculosis o sus secuelas, neumoconiosis, bronquiectasias, bronquiolitis constrictiva y obstrucción de la vía aérea alta. Algunas de ellas pueden coexistir al mismo tiempo con la EPOC, principalmente en ancianos.⁽¹⁶⁾

Tratamiento no farmacológico: El tratamiento de la EPOC se realiza en forma progresiva y escalonada de acuerdo a la gravedad de la enfermedad y puede ser modificado en función de la respuesta al mismo. Educación: la transmisión de conceptos específicos sobre la enfermedad a través de la educación del paciente y su familia debe ser considerada como un pilar del tratamiento. La educación puede ser individualizada o grupal y debe abordar conceptos relacionados con el conocimiento de la EPOC, su tratamiento, uso correcto de inhaladores, reconocimiento de las exacerbaciones, estrategias para minimizar la disnea, complicaciones y en pacientes más graves el uso de oxígeno y recomendaciones para el estadio final de la enfermedad. Cesación Tabáquica: la EPOC es una enfermedad prevenible. Dejar de fumar es la intervención más costo-efectiva en la prevención del desarrollo y progresión de la EPOC. También reduce la mortalidad por otras causas, muchas de las cuales son comorbilidades asociadas a la EPOC. El tabaquismo es una enfermedad crónica y recurrente que puede tratarse con herramientas de demostrada efectividad. La intervención mínima (consejo médico), que dura al menos 3 minutos, debe aplicarse a todo fumador en cada visita médica. Esta intervención debe incluir una explicación de por qué es necesario dejar de fumar, enfatizando que el tabaquismo es una enfermedad crónica condicionada por la adicción a la nicotina. Exposición al humo de biomasa: debe evitarse la exposición al humo de biomasa mediante la colocación de extractores o preparación de la cocción en ambientes abiertos. Al igual que con el tabaquismo, el dejar de exponerse al humo de leña tiene un impacto favorable sobre los síntomas respiratorios y la función pulmonar. Vacunación: Se recomienda la vacunación antigripal y antineumocócica a todos los pacientes con EPOC. La vacuna antigripal (influenza) disminuye las neumonías bacterianas, los ingresos hospitalarios y la mortalidad. La indicación de ambas vacunas produce un efecto aditivo reduciendo las exacerbaciones en forma más eficaz que cualquiera de las vacunas por separado. Apoyo nutricional: las alteraciones nutricionales son frecuentes en la EPOC.⁽¹⁷⁾

En el caso de obesidad es importante ayudar al paciente a perder peso con dieta hipocalórica y ejercicio, mejorando así la disnea y disminuyendo la probabilidad de presentar síndrome de apnea obstructiva del sueño asociado. Se ha demostrado que un IMC < 20 kg/m² se asocia con mayor mortalidad, sobre todo en pacientes con VEF1 < 50%. La educación nutricional y una adecuada alimentación son importantes en estos pacientes. No hay evidencias que indiquen que el suplemento nutricional mejore las medidas antropométricas, función pulmonar o tolerancia al ejercicio. Actividad física: un nivel de actividad física regular, por lo menos tres veces por semana, al menos 30 minutos, reduce significativamente el riesgo de exacerbación y la mortalidad. Rehabilitación: los principales objetivos de la rehabilitación pulmonar son reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y aumentar la física y la participación emocional en las actividades cotidianas. Al lograr estos objetivos, la rehabilitación pulmonar cubre una serie de problemas no pulmonares que pueden no ser tratado adecuadamente por la terapia médica para la EPOC, incluyendo el acondicionamiento al ejercicio, el aislamiento social relativo, los estados de ánimo alterados (especialmente depresión), atrofia muscular, y pérdida de peso.⁽¹⁸⁾

Tratamiento farmacológico: La terapia farmacológica en la EPOC se utiliza para reducir síntomas, reducir la frecuencia y gravedad de exacerbaciones y mejorar el estado de salud y la tolerancia al ejercicio. Los tratamientos existentes para la EPOC no han demostrado concluyentemente que modifique la disminución a largo plazo de la función pulmonar que es el sello distintivo de esta enfermedad. Un modelo propuesto para el inicio del manejo farmacológico de la EPOC se basa según la evaluación individualizada de los síntomas y exacerbaciones.⁽¹⁹⁾

Los pacientes del grupo A tienen pocos síntomas y un bajo riesgo de exacerbaciones. Pruebas específicas para la efectividad de tratamientos farmacológicos no está disponible para los pacientes con FEV1 > 80% predicho (GOLD 1). Sin embargo, para todos los pacientes del grupo A un broncodilatador de acción corta se recomienda como primera elección en base a su efecto sobre la función pulmonar y disnea. Una opción alternativa es una combinación de los broncodilatadores de acción corta o la introducción de un broncodilatador de acción prolongada. Los pacientes del grupo B tienen síntomas más significativos, pero todavía un bajo riesgo de exacerbaciones. Los broncodilatadores de acción prolongada son superiores a los broncodilatadores de acción corta (tomados a demanda, o por razón necesaria) y por lo tanto recomendable. En el paciente, la elección debe depender de la percepción del paciente de alivio de los síntomas. Para los pacientes con severa disnea, la opción alternativa es una combinación de los broncodilatadores de acción prolongada. Otros posibles tratamientos incluyen broncodilatadores de acción corta y la teofilina. Los pacientes del grupo C tienen pocos síntomas, pero un alto riesgo de las exacerbaciones. Como primera opción una combinación fija de corticosteroides inhalados/beta2-agonista de acción prolongada o se recomienda el uso de anticolinérgico de acción prolongada. Como una opción alternativa una combinación de dos broncodilatadores de acción prolongada o la combinación de corticosteroides inhalados /anticolinérgico de acción prolongada se puede utilizar. Tanto anticolinérgicos de acción prolongada y beta2-agonista de acción prolongada pueden reducir el riesgo de exacerbaciones. Otros posibles tratamientos incluyen broncodilatadores de acción corta y teofilina. Los pacientes del grupo D tienen muchos síntomas y un alto riesgo de las exacerbaciones. La primera elección es la triple terapia con corticosteroide inhalado/beta2-agonista de acción prolongada/anticolinérgico de acción prolongada.⁽²⁰⁾

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health- Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud.⁽²¹⁾

La aparición del concepto calidad de vida es relativamente reciente y se define como "la satisfacción personal experimentada y ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas individuales, mediante la combinación de componentes objetivos y subjetivos de dichas condiciones vitales". La Organización Mundial de la Salud (1998) define la calidad de vida en función de cómo el individuo "percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales". Conceptualmente, la calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. En los últimos años, las investigaciones han estado orientadas a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a la cual se han dado tres enfoques principales: Como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general. Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social. Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas tendentes a mejorar el nivel de salud.⁽²²⁾

El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este respecto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorable. Haynes (1976) menciona e identifica más de 200 variables relacionadas con la adherencia, en las que se encuentran: factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, complejidad, duración, cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar. Existen, en la actualidad, datos y cifras que refieren que entre el 20 y 50% de los pacientes son atendidos de forma irregular en la consulta de diferentes centros de salud, y no se detecta o canaliza correctamente a quienes sufren de padecimientos que requieren tratamientos específicos de especialidad; no son atendidos como se debe, y tienen una mayor demanda, de entre 70 y 80%. De acuerdo con estos datos, la Secretaría de Salud menciona que solamente de 4 a 12% de los pacientes con problemas de especialidad siguen de forma impecable el tratamiento farmacológico ante un diagnóstico correcto. No hay que olvidar que los enfermos con padecimientos crónicos siempre recaen por conflictos al interior de su familia; por ejemplo, circunstancias socioeconómicas que impiden acceder al elevado costo de los medicamentos, o bien, por rechazo al medicamento. Estas circunstancias implican que los pacientes no sigan las instrucciones del personal de salud, lo cual los lleva a recaer. Por esta razón, los pacientes con problemas crónicos debido a esquizofrenia, epilepsia, hipertensión, diabetes mellitus, entre otros, recaen y se complican por no llevar un tratamiento adecuado, puesto que hay estudios que mencionan que las recaídas se van presentando cada vez más severas y éstas son por la falta de adherencia al tratamiento; esto conlleva un riesgo de retrocesos, hasta del 100% en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento farmacológico.⁽²³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o al apego terapéutico como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual, en ocasiones, puede ser desfavorable. El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este respecto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables.⁽²⁴⁾

Para determinar el apego o no a un tratamiento farmacológico, se utilizó el test de Morisky-Green-Levin, un instrumento de evaluación breve y sencillo. Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. Tiene una sensibilidad y especificidad de 88y 44% respectivamente.⁽²⁵⁾

Cuestionario CAT (COPD Assessment Test) realizado por el laboratorio GSK, validado en su versión al español en 2009, el cual sirve para cuantificar directamente el impacto de la EPOC sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha desarrollado distintos cuestionarios específicos. Sin embargo, debido a su extensión y la complejidad, su uso no se ha generalizado.⁽²⁶⁾

El CAT es un cuestionario estandarizado, breve y sencillo que ha sido recientemente desarrollado para ser utilizado en la práctica clínica asistencial. Consta de 8 sencillas preguntas que miden aspectos sobre la tos, la expectoración, la opresión torácica, la disnea, las actividades domésticas, la autoconfianza, el sueño y la energía. Cada una de estas preguntas puede ser ponderada en una puntuación que oscila entre 0 (mejor) y 5 (peor), por lo que su puntuación global se sitúa entre 0 y 40 puntos y el impacto sobre la CVRS guarda estrecha relación con estas puntuaciones. La validación internacional muestra que el CAT tiene buena validez y fiabilidad. La consistencia interna es excelente (alfa de Cronbach = 0,88).⁽²⁷⁾

ANTECEDENTES

Con respecto a calidad de vida se han realizado múltiples estudios como se menciona a continuación:

La calidad de vida puede ser considerada como un indicador útil para evaluar el resultado de intervenciones y programas de atención a la salud. Sin embargo, existen pocas investigaciones que se han dedicado al estudio de la calidad de vida, cuya medición se realice a nivel poblacional, dado que en la mayoría se han contrastado las condiciones de algún grupo de pacientes o de sujetos de características específicas dentro de la población general. Los principales grupos de personas donde se centran estos estudios son en los adultos mayores, debido en parte a que es el grupo de edad en el que se concentran las pérdidas cualitativas más que cuantitativas en el estado de salud. Asimismo, se ha tratado de determinar cuáles son los factores que pueden estar asociados con la percepción de calidad de vida, porque en este grupo de individuos es más factible encontrar resultados efectivos. En México un estudio reciente sobre la calidad de vida en las 25 ciudades más grandes de la República Mexicana, se encuestó en forma aleatoria a 5 504 personas. Los entrevistados calificaron a sus respectivas ciudades en 12 rubros: a) oportunidades de empleo, b) vivienda, c) seguridad pública, d) servicios de salud, e) servicios educativos, f) calidad del aire, g) servicios públicos, h) actividades y centros culturales, i) trámites con autoridad local, j) infraestructura urbana, k) áreas verdes y parques, y l) abasto de bienes básicos. El promedio ponderado de los 12 rubros dio un índice general de calidad de vida de 6.8, ubicando a la ciudad de Aguascalientes en el primer lugar con un porcentaje de 7.9, y a la Ciudad de México en último lugar, con 5.4 puntos.⁽²⁸⁾

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el apego a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. En particular, se reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos. Los participantes en la reunión también señalaron que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. En la bibliografía, la calidad de la relación de tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica.⁽²⁹⁾

Las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento. El proyecto sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Varios exámenes rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%. Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito. Los datos sobre pacientes con depresión revelan que entre 40 y 70% se adhieren a los tratamientos antidepresivos. En Australia, solo 43% de los pacientes con asma toman su medicación según lo prescrito todo el tiempo y solo 28% emplean la medicación preventiva prescrita. En el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA, la adherencia a los agentes antirretrovíricos varía entre 37 y 83%, según el medicamento en estudio y las características demográficas de las poblaciones de pacientes. Esto representa un desafío extraordinario para las campañas de salud poblacional, en las cuales el éxito se determina principalmente por la adherencia a los tratamientos a largo plazo. Estos indicadores son sumamente preocupantes, pero proporcionan una imagen incompleta. Para evaluar el grado real de la adherencia terapéutica, se requieren urgentemente datos sobre los países en desarrollo y los subgrupos importantes, como los adolescentes, los niños y las poblaciones marginales. Una imagen completa de la magnitud del problema es fundamental para crear políticas de respaldo efectivos para los esfuerzos encaminados a mejorar la adherencia terapéutica.⁽³⁰⁾

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre apego terapéutico son de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para los gobiernos. Se ha estudiado en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH. Sin embargo no existen estudios publicados en México sobre calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con enfermedad pulmonar crónica obstructiva, a pesar de ser un tema que en los últimos años ha preocupado a diversas organizaciones de salud, pues podemos encontrar estudios realizados y publicados en Madrid España y la OMS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La EPOC es una de las enfermedades respiratorias crónicas que en los últimos años ha incrementado su incidencia y representa en la actualidad un problema de salud pública con importantes repercusiones sociales y que implica numerosas complicaciones a lo largo de su historia natural, que pueden llevar al paciente a un deterioro progresivo en la calidad de vida, que puede ser consecuencia de un mal apego terapéutico en estos pacientes. Por tal motivo es que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

La EPOC es una enfermedad caracterizada por la limitación del flujo aéreo a nivel de la vía aérea consecuencia principalmente a la exposición prolongada al humo del tabaco así como a humo de biomasa, por lo que es fundamental que estos pacientes sean diagnosticados al inicio de su enfermedad, para lograr iniciar un tratamiento temprano y con ello disminuir las posibles complicaciones; ya que como se ha demostrado el incremento en los últimos años del EPOC tanto a nivel mundial como nacional ha preocupado a los servicios de salud, pues sabemos que en los próximos años esta enfermedad ocupará los primeros lugares de mortalidad, aunado a que es una enfermedad crónico degenerativa cuya historia natural de evolución llevará al paciente primero a una disminución de sus capacidades individuales, hasta progresar a un desenlace final.

Por todo esto debemos trabajar intensamente en aquellos pacientes diagnosticados con EPOC, pero sobre todo dar un seguimiento estrecho en el cumplimiento adecuado del tratamiento, pues con ello lograremos disminuir las exacerbaciones de las enfermedades y complicaciones tan graves como las neumonías adquiridas en la comunidad, ya que esto repercutirá a corto y a largo plazo en una mejor calidad de vida y esto traducirá una mejora en el entorno de los pacientes, todo esto producirá a largo plazo una disminución en los costos de la enfermedad a nivel institucional, pero sobre todo en la mejora de la salud de dichos individuos. Por lo cual surge esta inquietud de conocer como es la calidad de vida y el apego terapéutico en esta particular enfermedad, ya que no existen estudios publicados sobre dichos tópicos.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPÓTESIS

Se realiza hipótesis descriptiva con fines de enseñanza.

Hipótesis Nula

H₀: Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no tienen buena calidad de vida y apego terapéutico.

Hipótesis Alterna

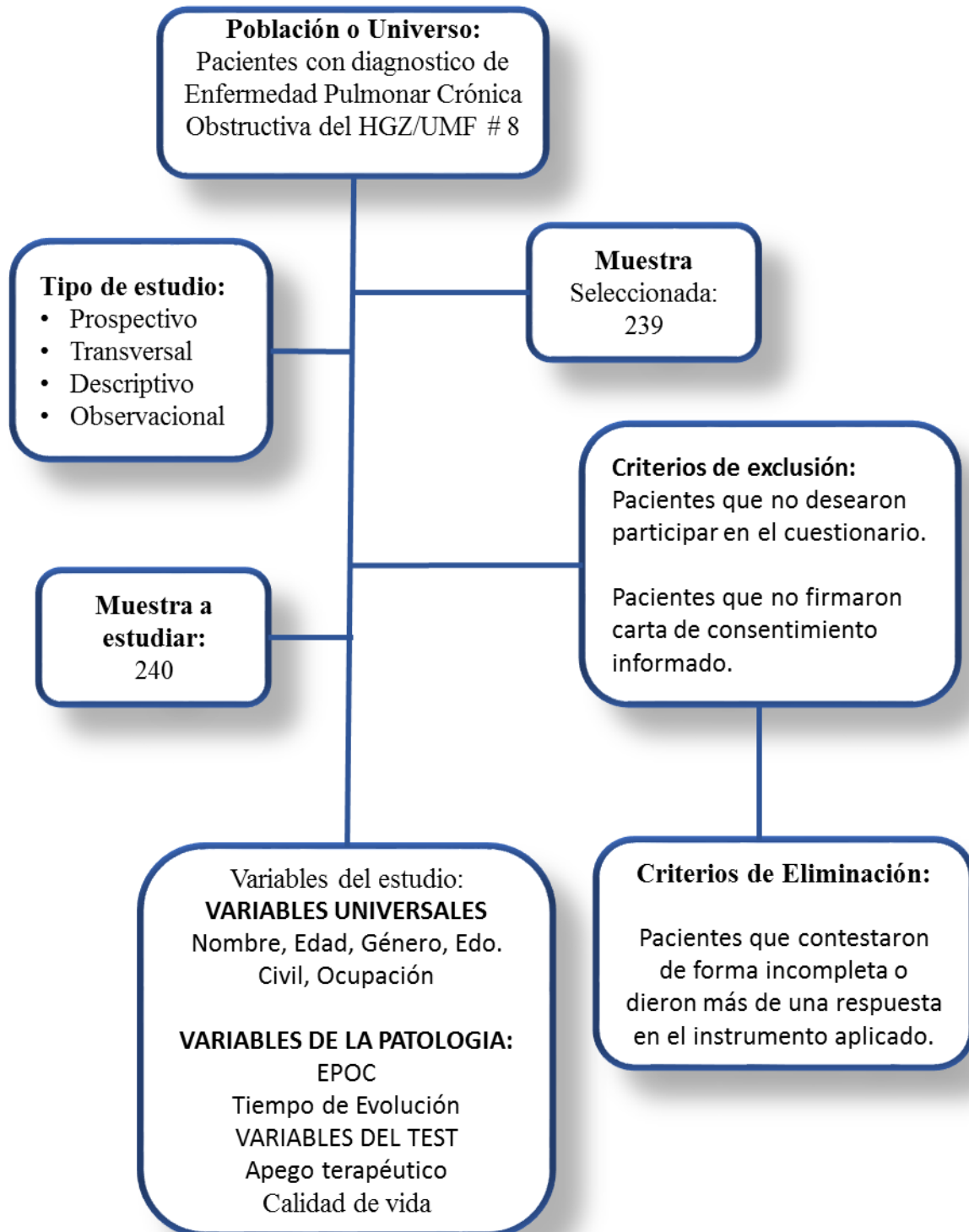
H₁: Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” tiene buena calidad de vida y apego terapéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

- Según el proceso de causalidad o tiempo de recurrencias de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**.
- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.
- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dr. Durán Castillo Oscar Eduardo

POBLACIÓN O UNIVERSO:

El estudio se efectuó con los pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar y Neumología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se elaboró en el Hospital general de Zona con Unidad de Medicina familiar #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Ubicado en Rio Magdalena No. 289 Tizapan San Ángel C.P. 01090. Tel 55 50 64 22 en el Delegación Álvaro Obregón Distrito Federal, México Se realizó en el periodo comprendido de Marzo 2013 a Febrero 2015.

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió 239 pacientes, con un intervalo de confianza de 99%, con una proporción del 0.10, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P =Proporción esperada.

(1 - P)= Nivel de confianza del 99%.

W= Amplitud del intervalo de confianza.

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

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes derechohabientes que se encontraron con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y en ese momento estaban en tratamiento médico.
- Pacientes hombres y mujeres mayores de 40 años.
- Pacientes que acudieron a consulta al HGZ/UMF #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el periodo de Marzo a Diciembre de 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no desearon participar en el cuestionario.
- Pacientes que no firmaron carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que contestaron de forma incompleta o dieron más de una respuesta en el instrumento aplicado.

VARIABLES:

Variables sociodemográficas

1. Edad.
2. Sexo.
3. Ocupación.
4. Escolaridad.
5. Estado civil.

Variables de la enfermedad

6. Tiempo de evolución de la enfermedad.
7. Numero de medicamentos prescritos.

Variables de los cuestionarios:

8. Apego terapéutico.
9. Calidad de vida.

Variable Dependiente

Calidad de vida.

Variable distractora

Apego terapéutico.

Variable independiente

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
EDAD	Tiempo que un ser humano ha vivido en años a partir de su nacimiento.
SEXO	Género al que pertenece un individuo.
OCUPACIÓN	Forma en que una persona dedica el tiempo.
ESCOLARIDAD	Grado académico de estudio.
ESTADO CIVIL	Estado en que una persona se encuentra legalmente.
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido en años que ha portado la enfermedad a partir de su diagnóstico.
NÚMERO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Cantidad de fármacos que utiliza un paciente para controlar o mitigar una entidad nosológica.
CALIDAD DE VIDA	La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida en función de cómo el individuo “percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”.
APEGO TERAPÉUTICO	Definido como el grado de adhesión que un paciente posea al manejo terapéutico farmacológico indicado por su médico para una enfermedad crónica con potenciales exacerbaciones.
EPOC	Es una lenta y progresiva enfermedad caracterizada por tos crónica, producción de expectoración y de disnea de esfuerzo. Es una enfermedad tratable y prevenible caracterizada por limitación al flujo aéreo que es parcialmente reversible. La limitación del flujo aéreo es consecuencia de una respuesta inflamatoria principalmente neutrofílica a partículas nocivas o gases, principalmente de cigarrillo.

Elaboró: Dr. Durán Castillo Oscar Eduardo

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERÍSTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1= FEMENINO 2= MASCULINO
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= PRIMARIA 2= SECUNDARIA 3= PREPARATORIA 4= LICENCIATURA 5= NINGUNA
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SOLTERO 2= CASADO 3= DIVORCIADO 4= VIUDO 5= UNIO LIBRE 6= SEPARADO
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS
NÚMERO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
APEGO TERAPÉUTICO	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTÓMICA	1= BUEN APEGO 2=MAL APEGO
CALIDAD DE VIDA	CUALITATIVA	NOMINAL	1. BAJO IMPACTO 2. MODERADO IMPACTO 3. ALTO IMPACTO 4. MUY ALTO IMPACTO

Elaboro: Oscar E. Duran Castillo

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo) y proporciones con intervalos de confianza. El tamaño de la muestra fue representativo de una variable dicotómica, con intervalo de confianza 99% y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Para determinar el apego o no, a un tratamiento farmacológico, se utilizó el test de Morisky-Green-Levin, un instrumento de evaluación breve y sencilla. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. (ANEXO 2)

Se utilizó el cuestionario CAT (COPD Assessment Test) para cuantificar directamente el impacto de la EPOC sobre la CVRS se han desarrollado distintos cuestionarios específicos, sin embargo, debido a su extensión y la complejidad, su uso no se ha generalizado. El CAT es un cuestionario estandarizado, breve y sencillo que ha sido recientemente desarrollado para ser utilizado en la práctica clínica asistencial. Consta de 8 sencillas preguntas que miden aspectos sobre la tos, la expectoración, la opresión torácica, la disnea, las actividades domésticas, la autoconfianza, el sueño y la energía. Cada una de estas preguntas puede ser ponderada en una puntuación que oscila entre 0 (mejor) y 5 (peor), por lo que su puntuación global se sitúa entre 0 y 40 puntos y el impacto sobre la CVRS guarda estrecha relación con estas puntuaciones. El paciente tendrá un máximo de 10 minutos para realizar dicho cuestionario. (ANEXO 3)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó un apartado para la recolección de datos sociodemográficos y se contó con 5 minutos para contestarlo.

Se aplicaron los cuestionario de apego al tratamiento de Morisky Green- Levine y el Cuestionario CAT (COPD Assessment Test) traducidos al español, a todos los pacientes del HGZ/UMF No.8 que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, de manera individual, explicando a los participantes la finalidad del cuestionario y solicitando su consentimiento por escrito; se dieron las instrucciones para su llenado dando un tiempo máximo de resolución de 15 minutos, asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos y posteriormente se realizó la recopilación y análisis de los resultados.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Control de sesgos de información.

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

Sesgos de selección.

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

Control de sesgo de análisis.

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

Se utilizó el cuestionario de CAT para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el cual tiene una alfa de Cronbach de 0.88.

Se utilizó el cuestionario de Morisky-Green-Levin el cual es un instrumento validado en su versión al español, con una sensibilidad y especificidad de 88 y 44% respectivamente; por lo que solo es un instrumento de escrutinio.

Se corroboró que el instrumento no tuviera errores de redacción.

Se utilizó un diccionario para disipar las dudas sobre algunas definiciones de los instrumentos utilizados.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ/UMF No 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DE LA TESIS:

“Evaluación de la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar
 Obstructiva Crónica del HGZ/UMF 8”

2013-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
IDEA A INVESTIGAR	X											
TÍTULO		X										
ANTECEDENTES			X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
JUSTIFICACIÓN				X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS					X							
MATERIALES Y MÉTODOS						X						
TIPO DE ESTUDIO						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
POBLACIÓN (UNIVERSO DE LA MUESTRA)							X					
LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO								X				
TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA								X				
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN								X				
VARIABLES									X			

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES									X			
DISEÑO ESTADÍSTICO									X			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS									X			
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS										X		
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										X		
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD											X	
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
REPORTE DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN												X

2014-2015

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2015	2015	2015
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X	X										
RECOLECCIÓN DE DATOS			X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X	X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTADIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de esta tesis se contó con recursos humanos como el investigador principal además de los asesores. Además para la recolección de datos se tuvo a disposición los suficientes cuestionarios impresos para su aplicación, lápices y borradores. Para el análisis de los datos obtenidos se contó con un equipo de cómputo Toshiba con sistema operativo Windows 7, con el programa SPSS 21 para análisis estadístico y una memoria externa de 4 GB para el respaldo de la información. Todos los costos generados por la realización del estudio fueron solventados por el autor principal del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

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

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.
 10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
- El reglamento de la Ley general de Salud en materia de investigación para la salud en México.
 - Así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
 - Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del HGZ/UMF No. 8, dentro de los anexos. (ANEXO 4)

RESULTADOS

- Se estudió a 240 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8; en relación con el sexo se encontró: 133 (55.4%) sexo femenino y 107 (44.6%) del sexo masculino. (Ver tabla y grafica 1)
- Se obtuvieron los siguientes resultados: en edad el valor mínimo 48 años, el valor máximo 94 años, la media fue de 72 años y la desviación estándar 9.2 años.
- Con respecto a los rangos de edad de los pacientes portadores de EPOC se observó que: 27 (11.3%) fueron de 40 a 59 años de edad, 107 (44.6%) 60 a 79 años de edad y 53 (22.1%) de 80 a 99 años de edad. (Ver tabla y grafica 2)
- En cuanto a los años de padecer EPOC se halló: un valor mínimo de 1, un valor máximo de 35, una media de 7.12 y una desviación estándar 5.2.
- En relación a los años de evolución de EPOC en rangos se obtuvo que: 228 (95%) de 1 a 15 años de evolución y 12 (5.0%) de 16 a 35 años de evolución. (Ver tabla y grafica 3)
- En cuanto al rubro número de medicamentos ingeridos se vio: un valor mínimo de 1, un valor máximo de 6, media de 2.49 y una desviación estándar de 0.959.
- Para medicamentos ingeridos en rangos se obtuvo que: toman de 1 a 3 medicamentos 208 (86.7%), y de 4 a 6 medicamentos 32 (13.3%). (Ver tabla y grafica 4)
- En el apartado de ocupación se encontró lo siguiente: 56 (23.2%) empleados y 184 (76.7%) desempleados. (Ver cuadro y grafica 5)
- En el rubro de escolaridad se observó: 92 (38.3%) primaria, 63 (26.3%) secundaria, 47 (19.6%) preparatoria, 27 (11.3%) licenciatura, 1 (0.4%) posgrado y 10 (4.2%) analfabetas. (Ver tabla y grafica 6)
- Por otro lado en el estado civil los resultados obtenidos fueron: 6 (2.5%) solteros, 150 (62.5%) casados, 18 (7.5%) divorciados, 56 (23.3%) viudos, 7 (2.9%) en unión libre y 3 (1.3%) separados. (Ver tabla y grafica 7)
- En la sección de apego terapéutico se encontró: 132 (55%) con apego terapéutico y 108 (45%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 8)
- Se obtuvo en el apartado de calidad de vida: 66 (27.5%) con bajo impacto, 85 (34.5%) con moderado impacto, 81 (33.8%) con alto impacto y 8 (3.3%) con muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 9)

- En cuanto al rubro rango de edad y calidad de vida se halló que: de 40 a 59 años 12 (5.0%) tuvieron bajo impacto, 10 (4.2%) moderado impacto, 4 (1.7%) alto impacto y 1 (0.4%) muy alto impacto; por otra lado, de 60 a 70 años de edad 44 (18.3%) tuvieron bajo impacto, 54 (22.5%) moderado impacto, 59 (24.6%) con alto impacto y 3 (1.2%) con muy alto impacto; mientras que en el rango de 80 a 99 años 10 (4.2%) con bajo impacto, 21 (8.8%) de moderado impacto, 18 (7.5%) con alto impacto y 4 (1.7%) muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 10)
- Para la sección sexo y calidad de vida se obtuvo que: en el sexo femenino 32 (13.3%) tuvieron bajo impacto, 42 (17.5%) moderado impacto, 52 (21.7%) alto impacto y 7 (2.9%) muy alto impacto; en comparación al sexo masculino 34 (14.2%) con bajo impacto, 43 (17.9%) con moderado impacto, 29 (12.1%) alto impacto y 1 (0.4%) muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 11)
- En el rubro de ocupación y calidad de vida se encontró que: empleados 22 (9.2%) tuvieron bajo impacto, 25 (10.4%) con moderado impacto, 9 (3.6%) alto impacto; por otro lado se observó, desempleados 44 (18.3%) tuvieron bajo impacto, 60 (25.0%) con moderado impacto, 72 (30.0%) alto impacto y 8 (3.3%) muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 12)
- En relación a escolaridad y calidad de vida se obtuvo: con primaria 19 (7.9%) tuvieron bajo impacto, 31 (12.9%) moderado impacto 39 (16.2%) alto impacto y 3 (1.2%) muy alto impacto; mientras que, con secundaria 17 (7.1%) tuvieron bajo impacto, 24(10%) moderado impacto, 21 (8.8%) alto impacto y 1 (0.4%) muy alto impacto; en tanto a preparatoria 17 (7.1%) tuvieron bajo impacto, 17 (7.1%) moderado impacto, 12 (5.0%) alto impacto y 1 (0.4%) muy alto impacto; así mismo con licenciatura 13 (5.4%) bajo impacto, 9 (3.8%) moderado impacto, 4 (1.7%) alto impacto y 1 (0.4%) muy alto impacto; por otro lado, con posgrado 1 (0.4%) moderado impacto; por ultimo en la categoría analfabetas 3 (1.2%) con moderado impacto, 5 (2.1%) alto impacto y 2 (0.8%) muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 13)
- Con respecto al estado civil y calidad de vida se encontró: solteros 1 (0.4%) con bajo impacto, 4 (1.7%) alto impacto y 1 (0.4%) muy alto impacto; mientras que casados 47 (19.6%) obtuvieron bajo impacto, 56 (23.3%) moderado impacto, 45 (18.8%) alto impacto y 2 (0.8%) muy alto impacto; así mismo divorciados 8 (3.3%) con bajo impacto, 4 (1.7%) moderado impacto, 6 (2.5%) alto impacto; por otro lado, viudos 8 (3.3%) obtuvieron bajo impacto, 21 (8.8%) moderado impacto, 22 (9.2%) alto impacto; en comparación a unión libre 1 (0.4%) tuvieron bajo impacto, 3 (1.2%) moderado impacto, 3 (1.2%) alto impacto; en la sección separados 1 (0.4%) se observó bajo impacto, 1 (0.4%) moderado impacto y 1 (0.4%) alto impacto. (Ver tabla y grafica 14)
- En el apartado rangos años de padecer la enfermedad y calidad de vida los resultados obtenidos fueron: de 1 a 15 años 64 (26.7%) tuvieron bajo impacto, 84 (35%) moderado impacto, 72 (30%) alto impacto y 8 (3.3%) muy alto impacto; por otro lado, de 16 a 35 años 2 (0.8%) con bajo impacto, 1 (0.4%) moderado impacto, 9 (3.8%) alto impacto. (Ver tabla y grafica 15)

- En cuanto al rubro rangos de medicamentos y calidad de vida se halló que: en la ingesta de 1 a 3 medicamentos 60 (25.0%) tuvieron bajo impacto, 77 (32.1%) con moderado impacto, 65 (27.1%) con alto impacto y 6 (2.5%) muy alto impacto; por otro lado, en la toma de 4 a 6 medicamentos 6 (2.5%) tuvieron bajo impacto, 8 (3.3%) moderado impacto, 16 (6.7%) alto impacto y 2 (0.8%) muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 16)
- En la sección rango de edad y apego terapéutico se obtuvo que: de 40 a 59 años 12 (5.0%) con apego terapéutico y 15 (6.2%) no apego terapéutico; en otro rango de 60 a 79 años 90 (37.5%) se observó con apego terapéutico, 70 (29.2%) sin apego terapéutico; en comparación de 80 a 99 años 30 (12.5%) con apego terapéutico y 23 (9.6%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 17)
- Con respecto al sexo y apego terapéutico se observaron los siguientes: sexo femenino 73 (30.4%) con apego terapéutico, 60 (25.0%) sin apego terapéutico; en comparación al sexo masculino 59 (24.6%) con apego terapéutico y 48 (20%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 18)
- En relación al apartado Ocupación y Apego terapéutico se observó: empleados 34 (14.2%) con apego terapéutico, 22 (9.2%) sin apego terapéutico; mientras tanto, desempleados 98 (40.8%) con apego terapéutico y 86 (35.8%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 19)
- En cuanto a la escolaridad y apego terapéutico los resultados fueron: primaria 41 (17.1%) con apego terapéutico, 51 (21.2%) sin apego terapéutico; mientras que con secundaria 36 (15.0%) tuvieron apego terapéutico, 27 (11.2%) sin apego terapéutico; por otra parte, con preparatoria 30 (12.5%) tuvieron apego terapéutico; así mismo, con licenciatura 19 (7.9%) tuvieron apego terapéutico, 8 (3.3%) sin apego terapéutico; mientras que, de posgrado 1(0.8%) con apego terapéutico; por último, analfabetas 5 (2.1%) con apego terapéutico y 5 (2.1%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 20)
- Con relación al apartado estado civil y apego terapéutico se obtuvo lo siguiente: solteros 1 (0.4%) con apego terapéutico, 5 (2.1%) sin apego terapéutico; mientras que casados 92 (38.3%) con apego terapéutico, 58 (24.2%) sin apego terapéutico; por otro lado, divorciados 7 (2.9%) con apego terapéutico, 11 (4.6%) sin apego terapéutico; en cuanto a viudos 28 (11.7%) con apego terapéutico, 28 (11.7) sin apego terapéutico; en comparación a unión libre 3 (1.2%) con apego terapéutico, 4 (1.7%) sin apego terapéutico; se vio también, separados 1 (0.4%) con apego terapéutico, 2 (0.8%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 21)
- Respecto a la sección años de enfermedad por rangos y apego terapéutico se encontró que: entre 1 a 15 años 129 (53.8%) con apego terapéutico, 99 (41.2%) sin apego terapéutico, mientras que entre 16 a 35 años 3 (1.2%) tuvieron apego terapéutico y 9 (3.8%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 22)

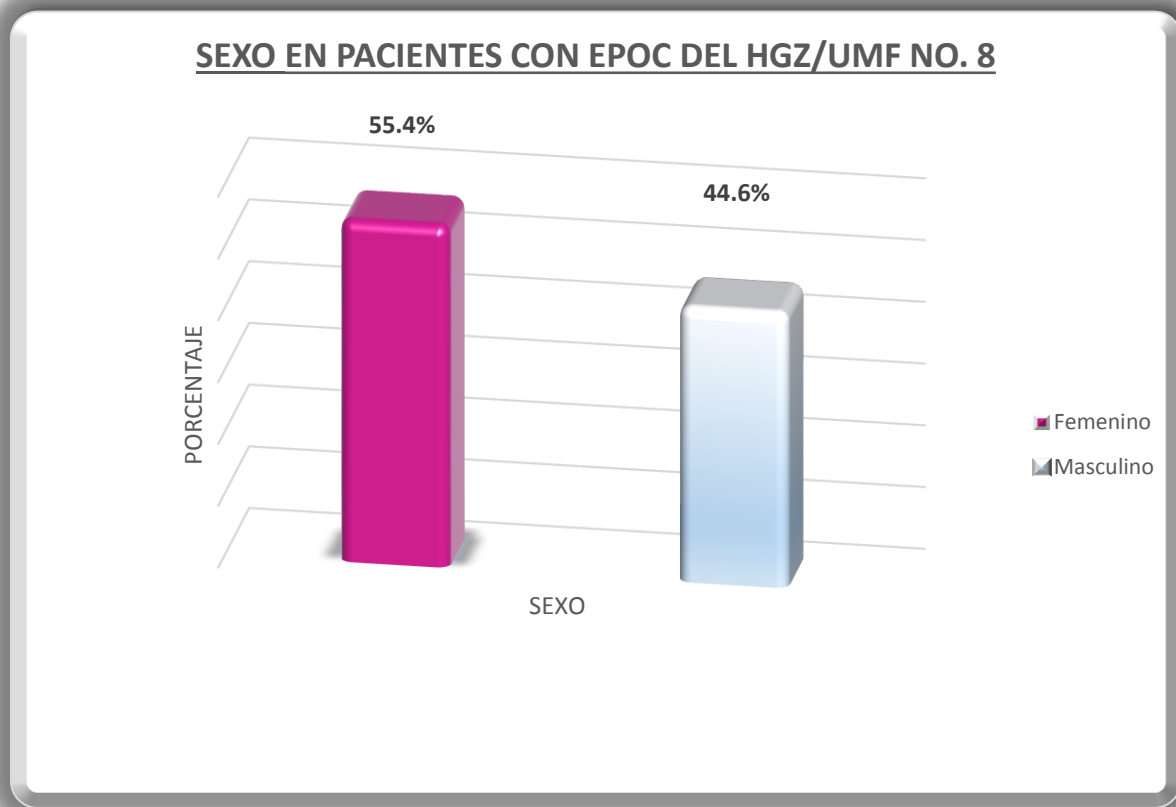
- En el apartado de medicamentos en rangos y apego terapéutico se vio que: ingieren de 1 a 3 medicamentos 120 (20%) con apego terapéutico, 88 (36.7%) sin apego terapéutico; por otro lado, entre 4 a 6 medicamentos 12 (5.0%) tuvieron apego terapéutico y 20 (8.3%) sin apego terapéutico. (Ver tabla y grafica 23)
- Por último en el rubro Apego terapéutico y Calidad de vida se observó: con apego terapéutico 42 (17.5%) tuvieron bajo impacto, 48 (20.0%) moderado impacto, 41 (17.1%) alto impacto, 1 (0.4%) muy alto impacto; mientras que sin apego terapéutico 24 (10.0%) con bajo impacto, 37 (15.4%) moderado impacto, 40 (16.7%) alto impacto y 7 (2.9%) muy alto impacto. (Ver tabla y grafica 24)

Tabla 1.

SEXO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF No. 8		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	133	55.4
Masculino	107	44.6
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica. 1



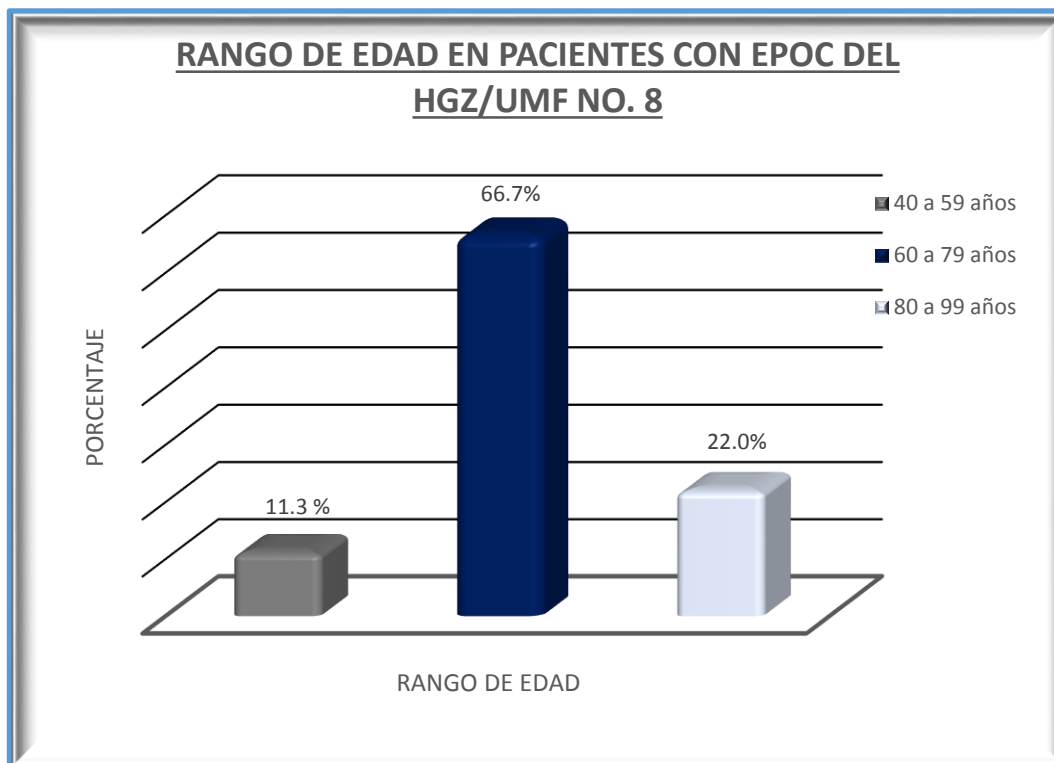
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 2.

RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8		
RANGOS DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
40 a 59 años	27	11.3
60 a 79 años	160	66.7
80 a 99 años	53	22.0
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 2.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

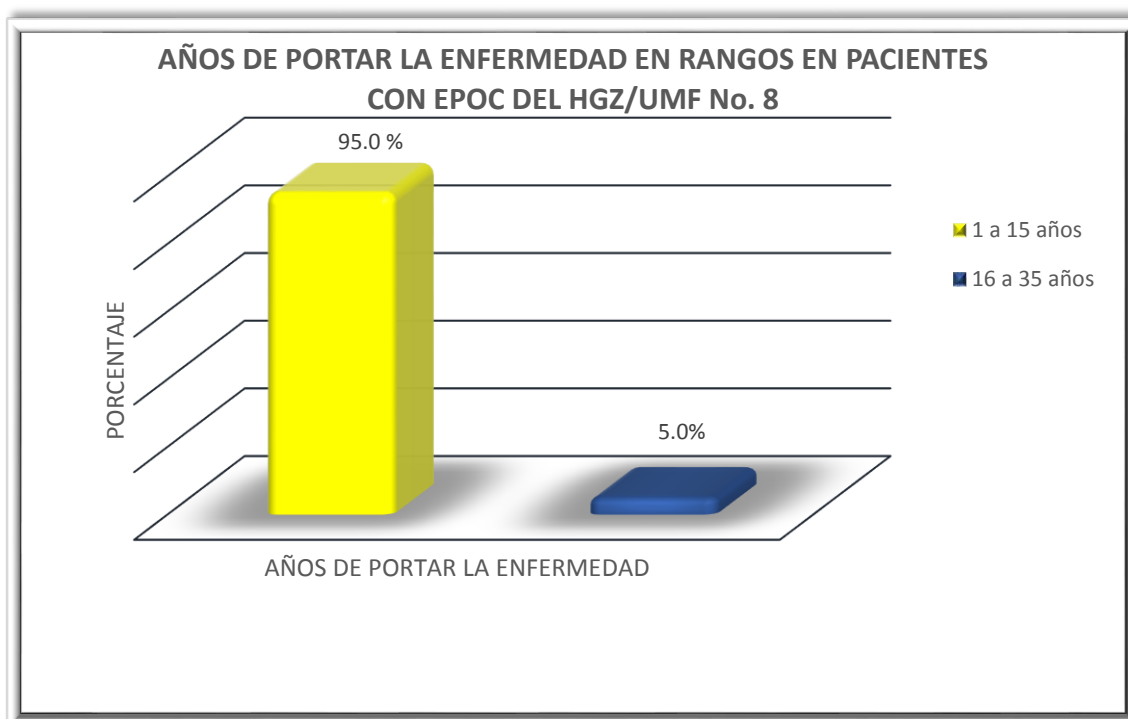
Tabla 3.

AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD EN RANGOS EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8

RANGOS DE AÑOS	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 a 15 años	228	95.0
16 a 35 años	12	5.0
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 3.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 4.

RANGO DE MEDICAMENTOS TOMADOS EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8		
RANGO DE MEDICAMENTOS TOMADOS	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 a 3 medicamentos	208	86.7
4 a 6 medicamentos	32	13.3
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 4.



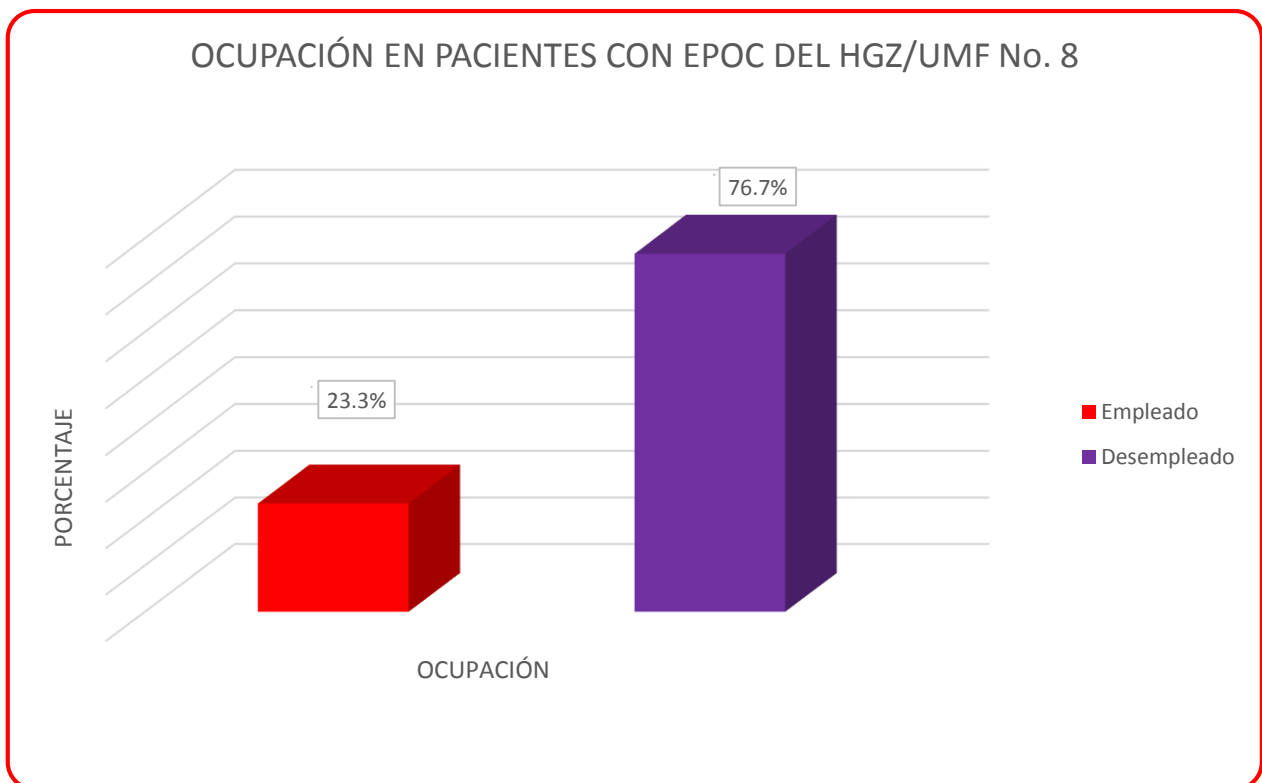
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 5.

OCUPACIÓN EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF No. 8		
OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	56	23.3
Desempleado	184	76.7
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 5.



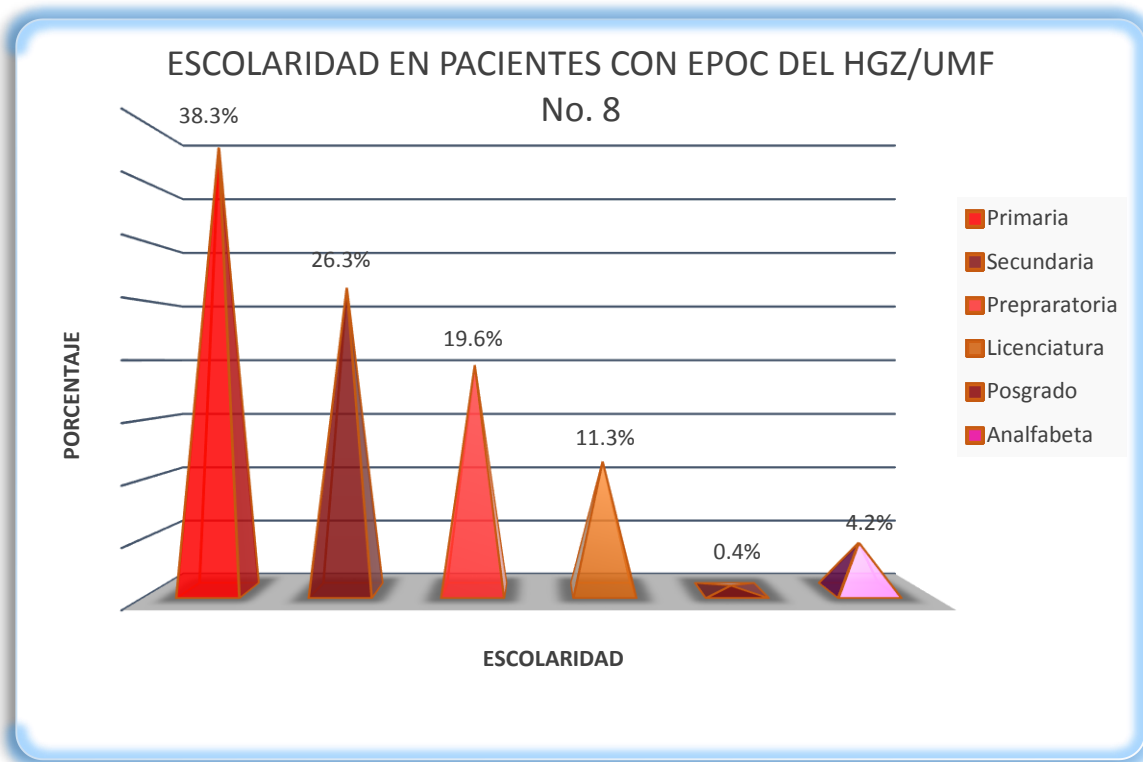
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 6.

ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	92	38.3
Secundaria	63	26.3
Preparatoria	47	19.6
Licenciatura	27	11.3
Posgrado	1	0.4
Analfabeta	10	4.2
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8, 2015

Gráfica 6.



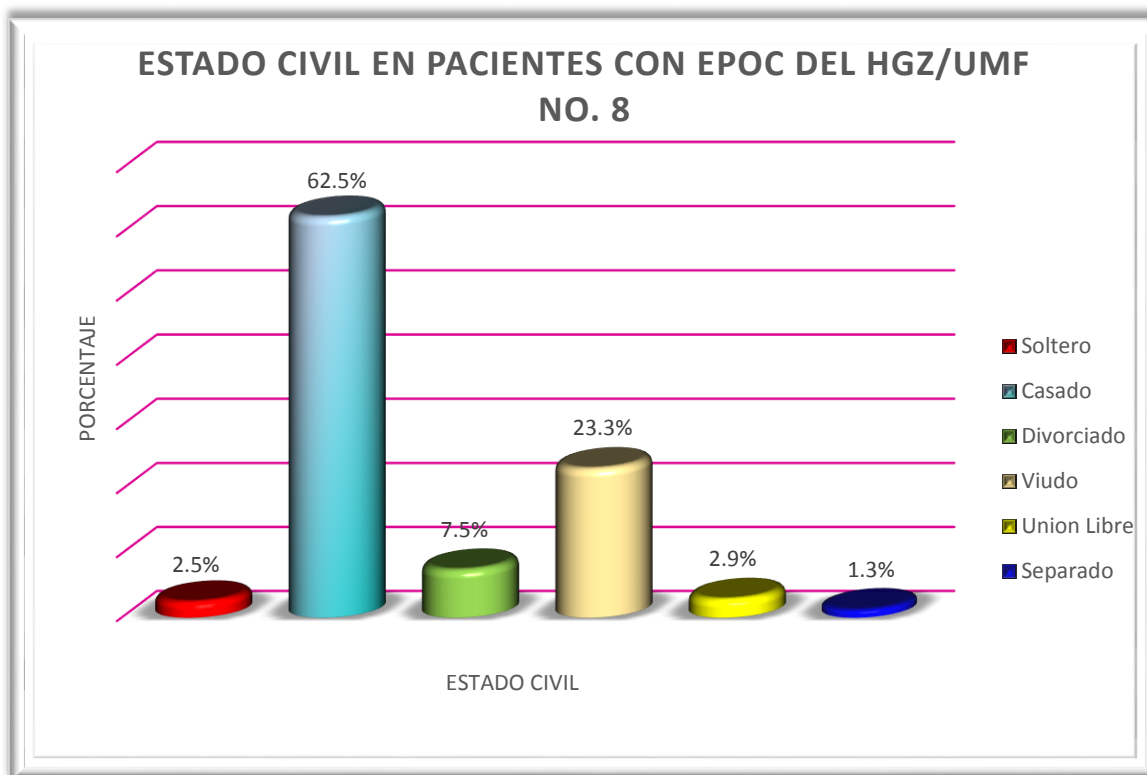
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8, 2015

Tabla 7.

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF No. 8		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	6	2.5
Casado	150	62.5
Divorciado	18	7.5
Viudo	56	23.3
Unión Libre	7	2.9
Separado	3	1.3
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 7.



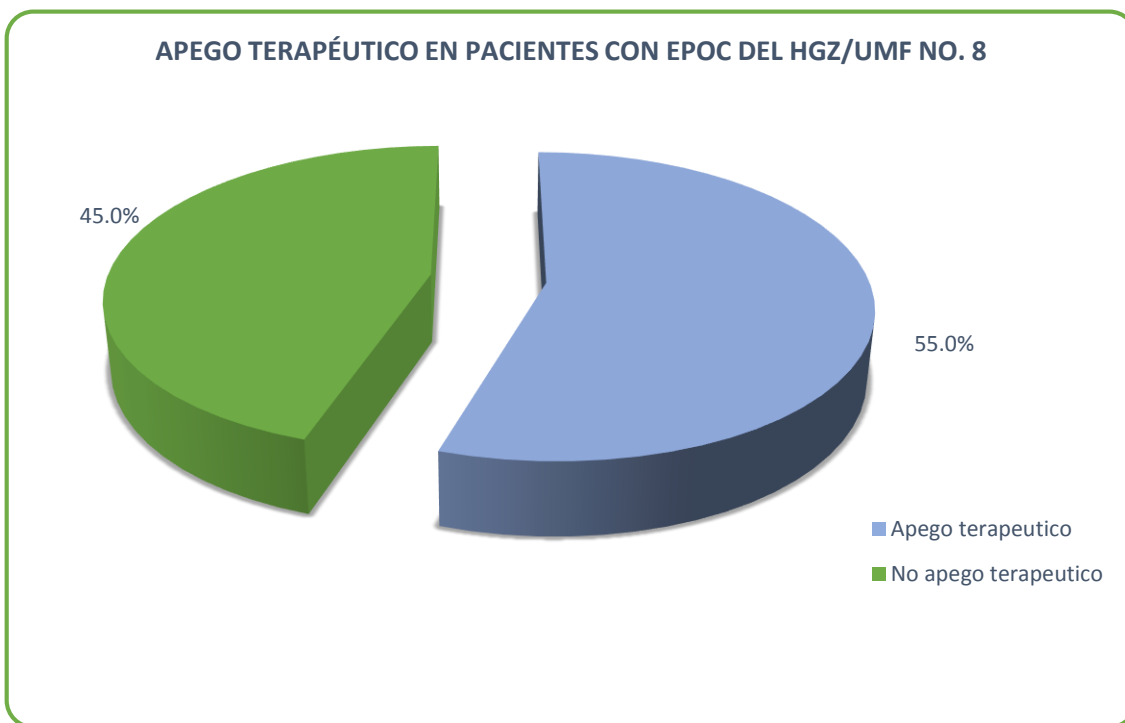
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 8

APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF No. 8		
APEGO TERAPÉUTICO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Apego terapéutico	132	55.0
No apego terapéutico	108	45.0
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 8.



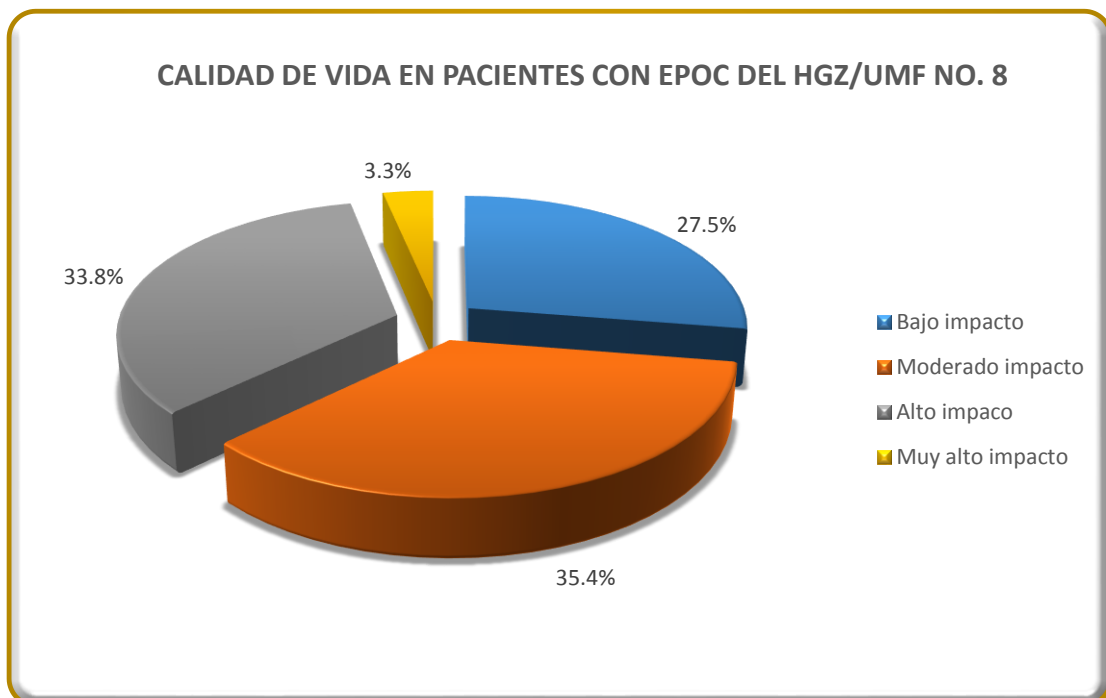
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 9.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8		
CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo impacto	66	27.5
Moderado impacto	85	35.4
Alto impacto	81	33.8
Muy alto impacto	8	3.3
Total	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 9.



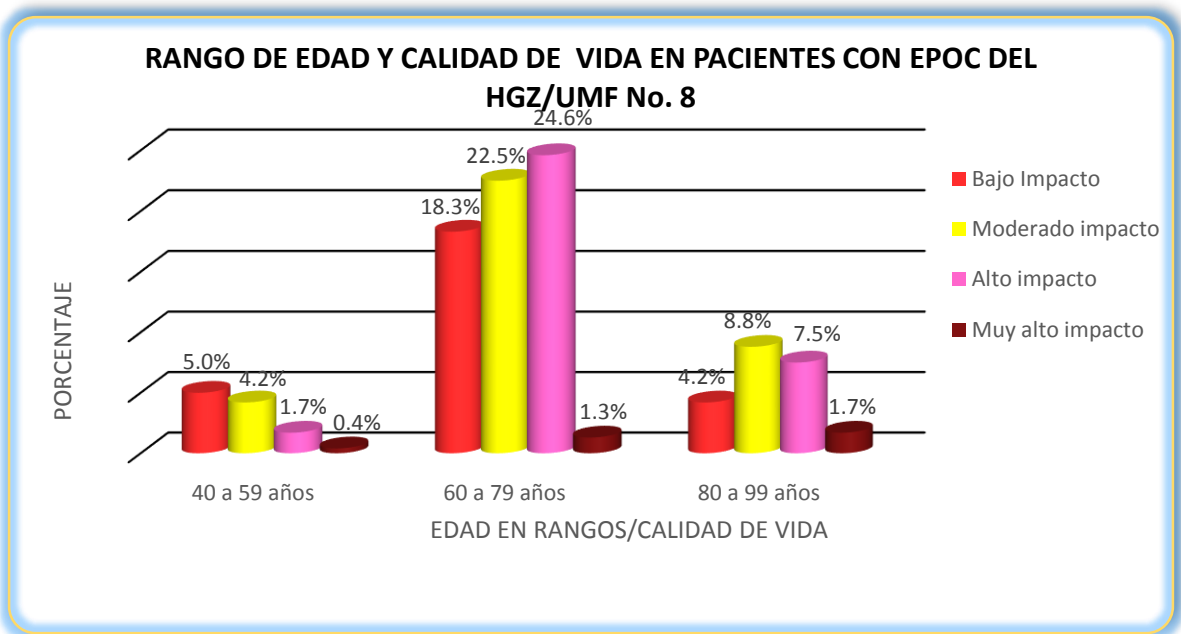
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 10.

RANGO DE EDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
RANGO DE EDAD	Bajo Impacto		Moderado impacto		Alto impacto		Muy alto impacto		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
40 a 59 años	12	5.0	10	4.2	4	1.7	1	0.4	27	11.3
60 a 79 años	44	18.3	54	22.5	59	24.6	3	1.3	160	66.7
80 a 99 años	10	4.2	21	8.8	18	7.5	4	1.7	53	22.1
Total	66	27.5	85	34.5	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 10.



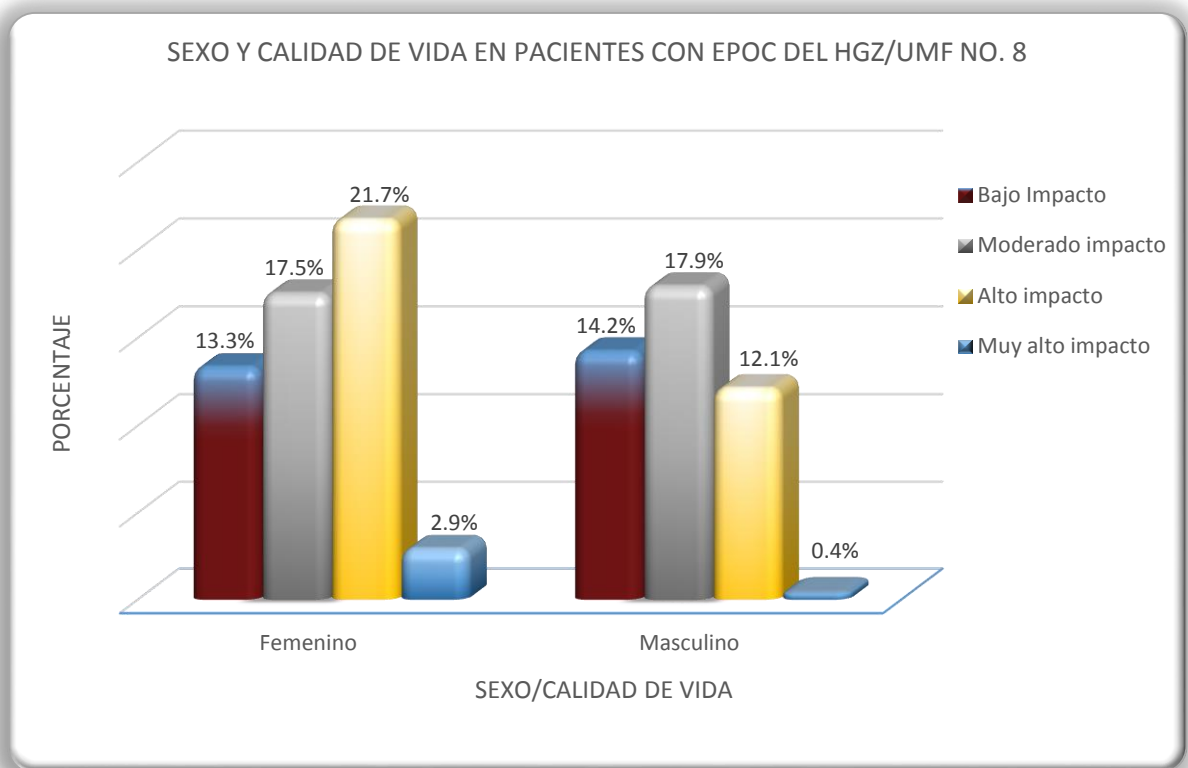
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 11.

SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
SEXO	Bajo Impacto		Moderado impacto		Alto impacto		Muy alto impacto		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	32	13.3	42	17.5	52	21.7	7	2.9	133	55.4
Masculino	34	14.2	43	17.9	29	12.1	1	0.4	107	44.6
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 11.



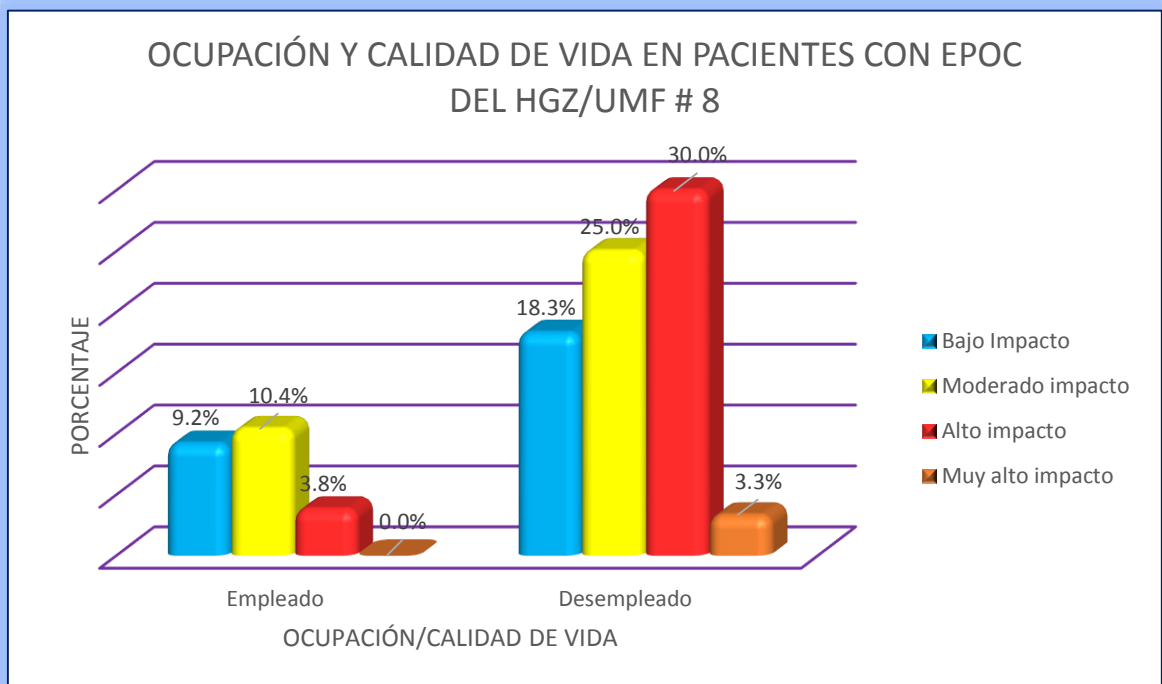
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 12.

OCUPACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
OCUPACIÓN	Bajo Impacto		Moderado impacto		Alto impacto		Muy alto impacto		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	22	9.2	25	10.4	9	3.8	0	0.0	56	23.3
Desempleado	44	18.3	60	25.0	72	30.0	8	3.3	184	76.7
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida. Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 12.



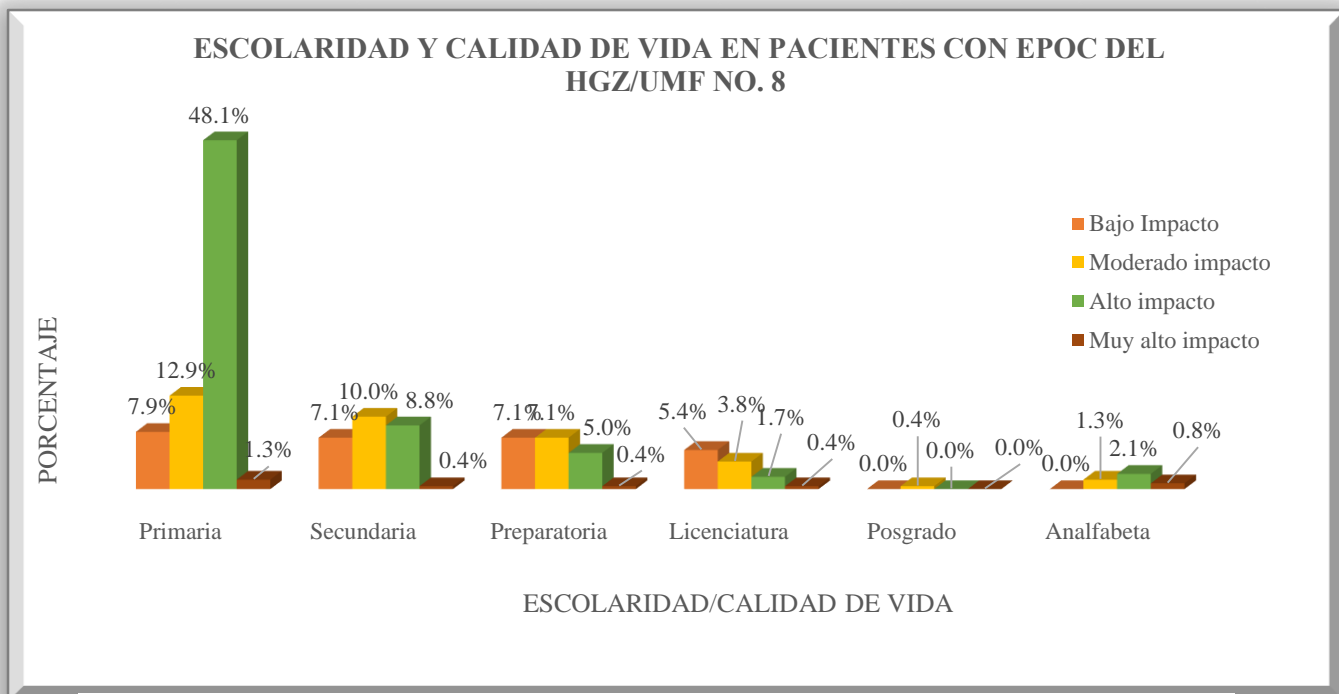
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida. Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 13.

ESCOLARIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
ESCOLARIDAD	Bajo Impacto		Moderado impacto		Alto impacto		Muy alto impacto		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Primaria	19	7.9	31	12.9	39	48.1	3	1.3	92	38.3
Secundaria	17	7.1	24	10.0	21	8.8	1	0.4	63	26.3
Preparatoria	17	7.1	17	7.1	12	5.0	1	0.4	47	19.6
Licenciatura	13	5.4	9	3.8	4	1.7	1	0.4	27	11.3
Posgrado	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Analfabeta	0	0.0	3	1.3	5	2.1	2	0.8	10	4.2
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 13.



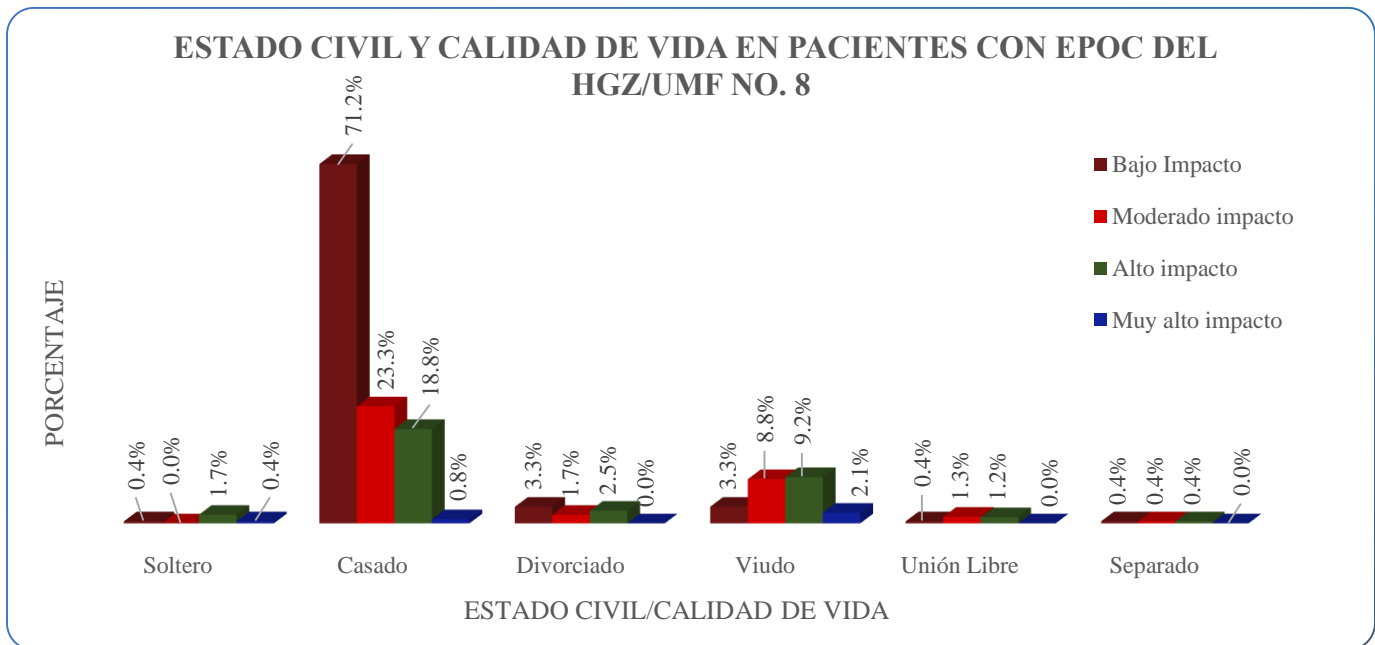
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 14.

ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
ESTADO CIVIL	Bajo Impacto		Moderado impacto		Alto impacto		Muy alto impacto		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	1	0.4	0	0.0	4	1.7	1	0.4	6	2.5
Casado	47	71.2	56	23.3	45	18.8	2	0.8	150	62.5
Divorciado	8	3.3	4	1.7	6	2.5	0	0.0	18	7.5
Viudo	8	3.3	21	8.8	22	9.2	5	2.1	56	23.3
Unión Libre	1	0.4	3	1.3	3	1.2	0	0.0	7	2.9
Separado	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0	0.0	3	1.3
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida. Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 14.



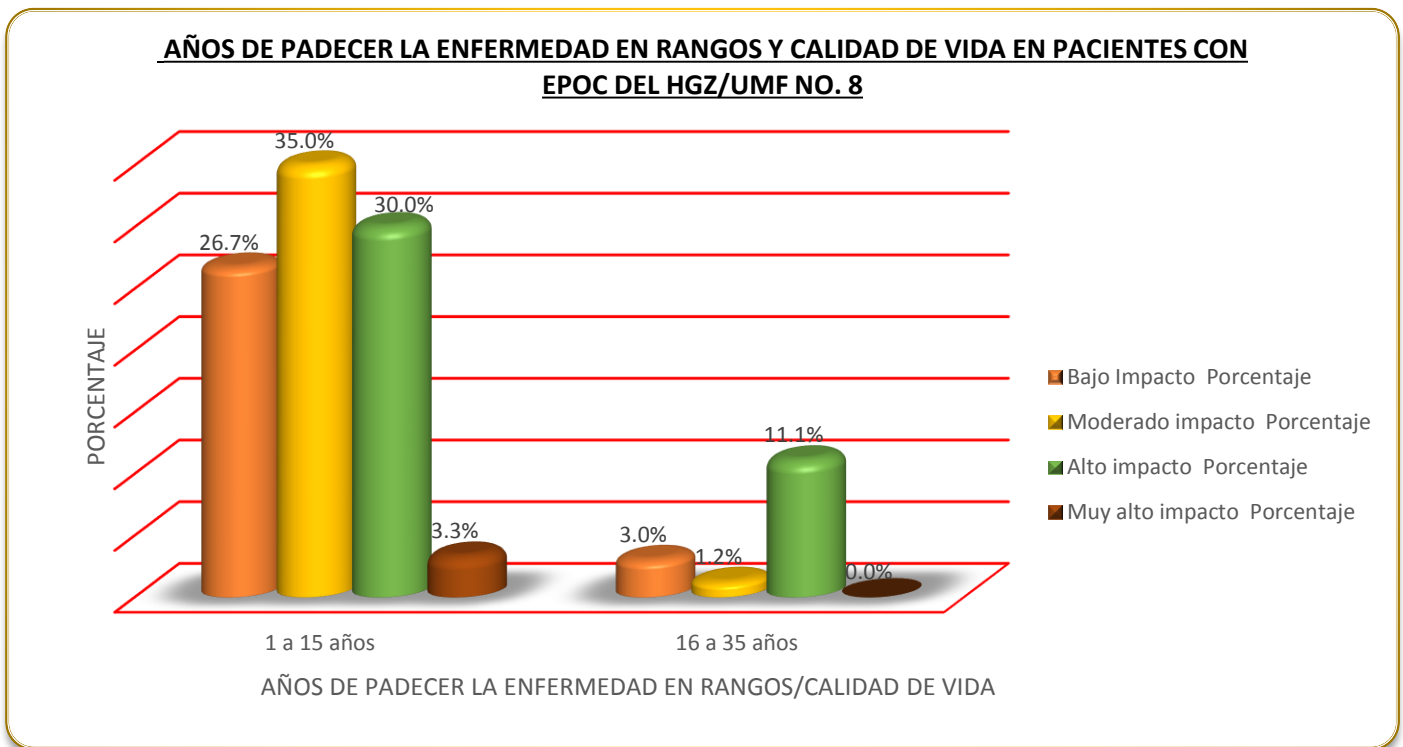
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida. Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 15.

AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD EN RANGOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD EN RANGOS	Bajo Impacto		Moderado Impacto		Alto Impacto		Muy alto Impacto		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1 a 15 años	64	26.7	84	35.0	72	30.0	8	3.3	228	95.0
16 a 35 años	2	3.0	1	1.2	9	11.1	0	0.0	12	5.0
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 15.



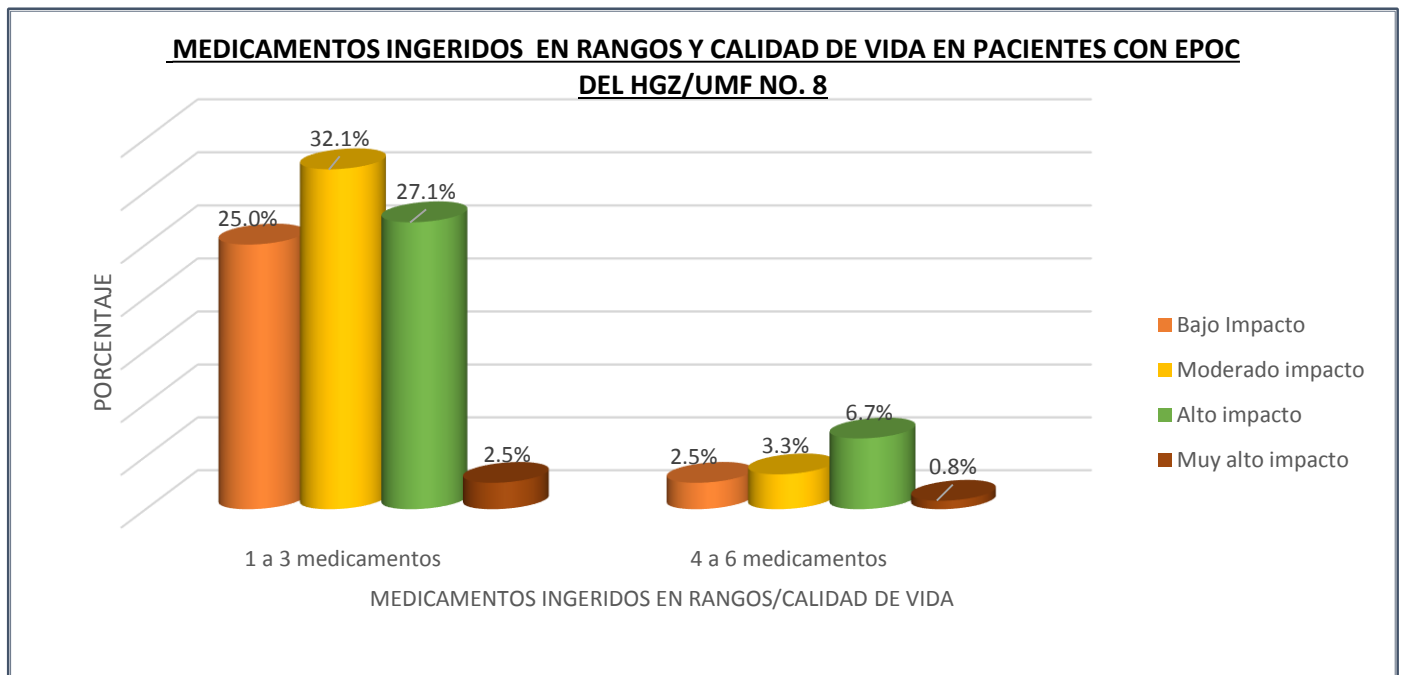
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 16.

MEDICAMENTOS INGERIDOS EN RANGOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
MEDICAMENTOS INGERIDOS EN RANGOS	Bajo Impacto		Moderado Impacto		Alto Impacto		Muy alto Impacto		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1 a 3 medicamentos	60	25.0	77	32.1	65	27.1	6	2.5	208	86.7
4 a 6 medicamentos	6	2.5	8	3.3	16	6.7	2	0.8	32	13.3
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 16.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

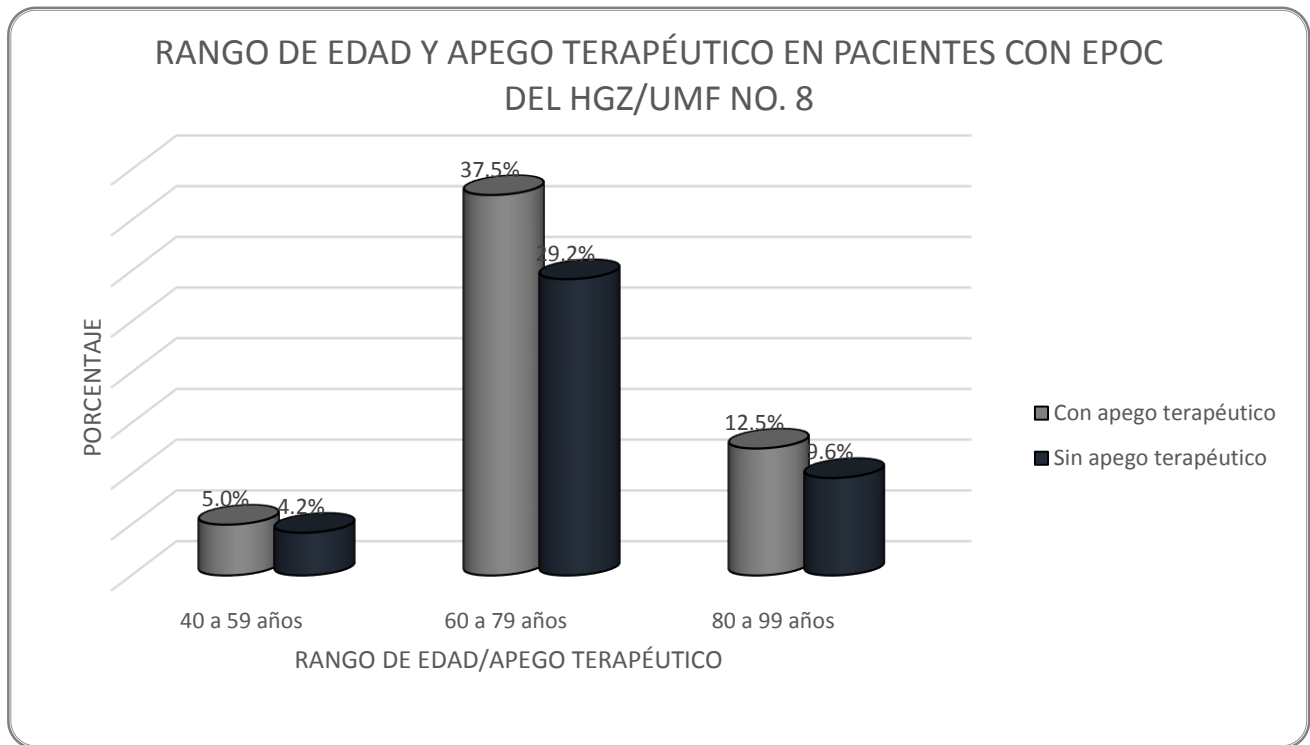
Tabla 17.

RANGO DE EDAD Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8

RANGO DE EDAD	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
40 a 59 años	12	5.0	15	4.2	27	11.2
60 a 79 años	90	37.5	70	29.2	160	66.7
80 a 99 años	30	12.5	23	9.6	53	22.1
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 17.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

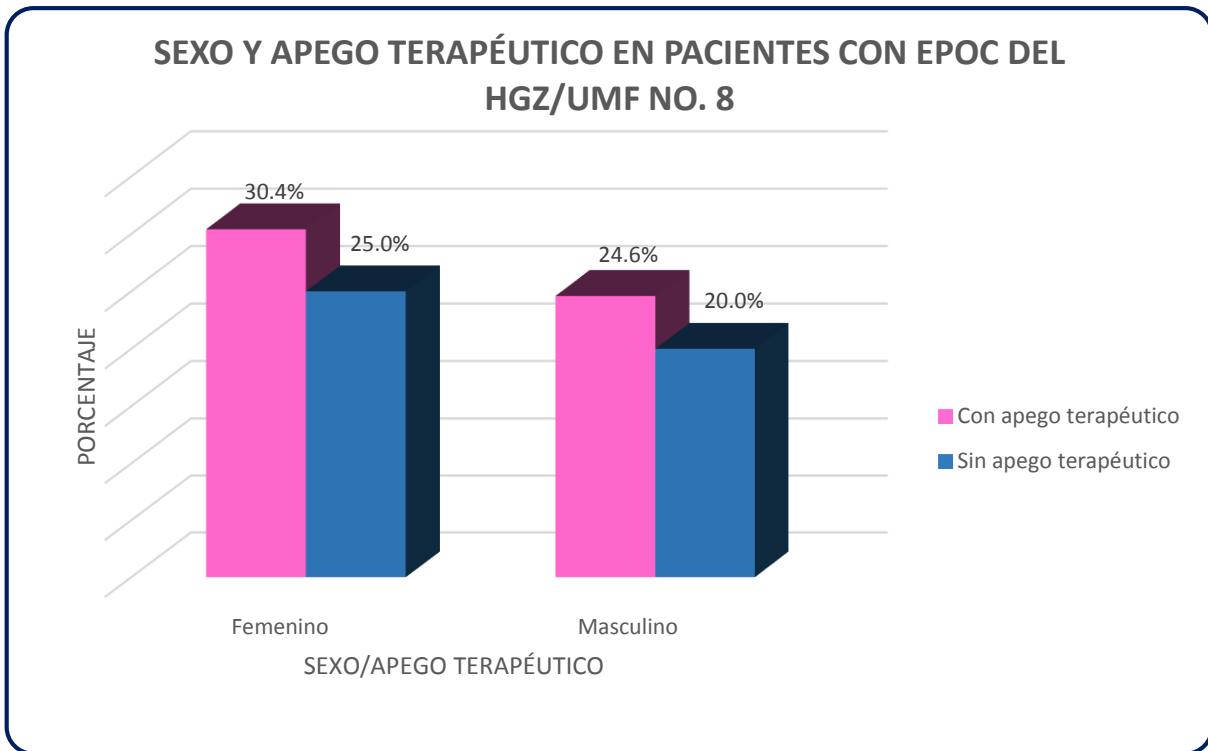
Tabla 18.

SEXO Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8

SEXO	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	73	30.4	60	25.0	133	55.4
Masculino	59	24.6	48	20.0	107	44.6
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 18.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

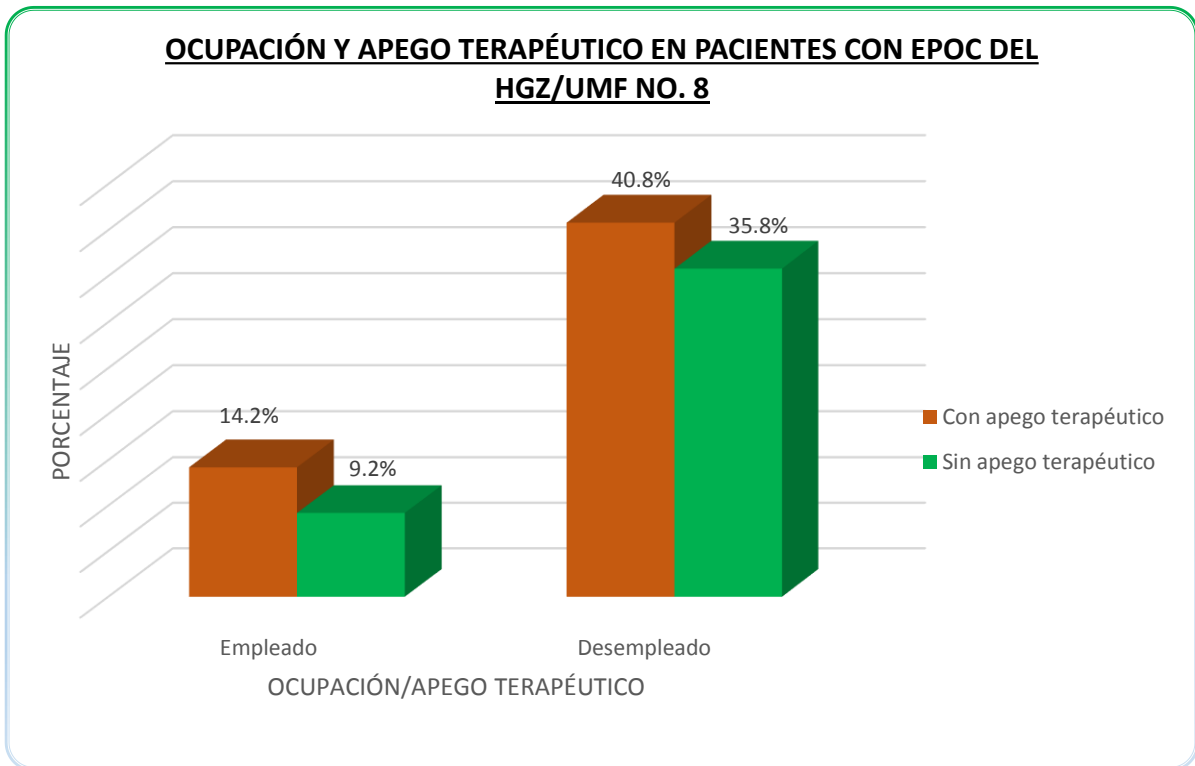
Tabla 19.

OCUPACIÓN Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8

OCUPACIÓN	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	34	14.2	22	9.2	56	23.3
Desempleado	98	40.8	86	35.8	184	76.7
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 19.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

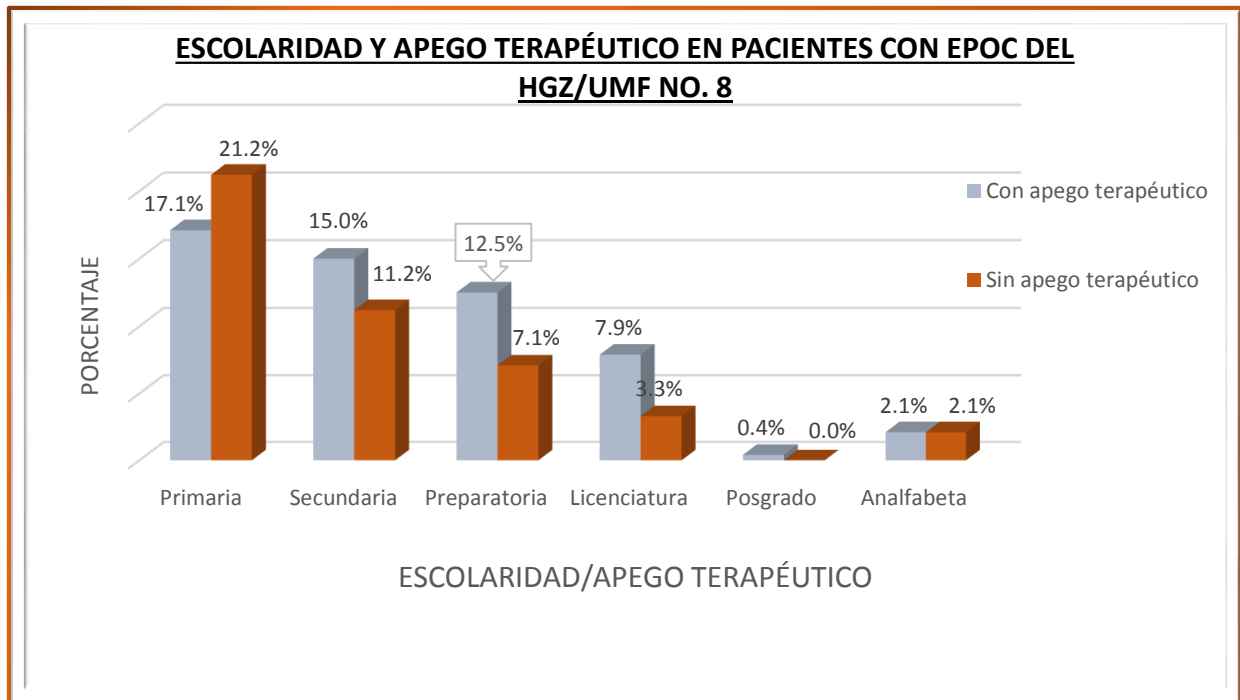
Tabla 20.

ESCOLARIDAD Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8

ESCOLARIDAD	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	41	17.1	51	21.2	92	38.3
Secundaria	36	15.0	27	11.2	63	26.2
Preparatoria	30	12.5	17	7.1	47	19.6
Licenciatura	19	7.9	8	3.3	27	11.2
Posgrado	1	0.4	0	0.0	1	0.4
Analfabeta	5	2.1	5	2.1	10	4.2
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfica 20.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 21.

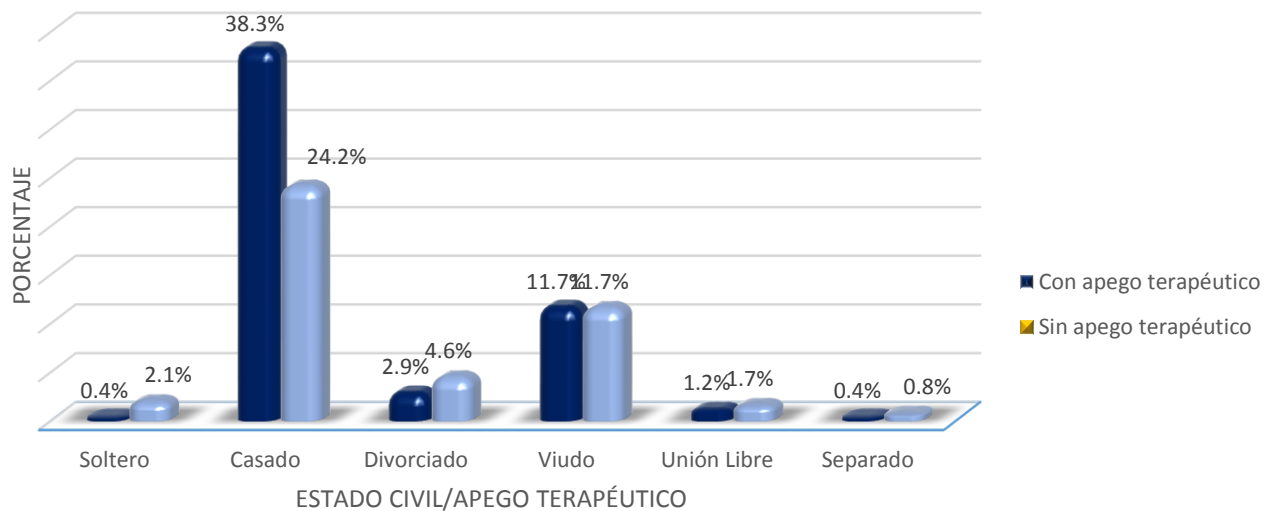
ESTADO CIVIL Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8

ESTADO CIVIL	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	1	0.4	5	2.1	6	2.5
Casado	92	38.3	58	24.2	150	62.5
Divorciado	7	2.9	11	4.6	18	7.5
Viudo	28	11.7	28	11.7	56	23.3
Unión Libre	3	1.2	4	1.7	7	2.9
Separado	1	0.4	2	0.8	3	1.2
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 21.

ESTADO CIVIL Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8



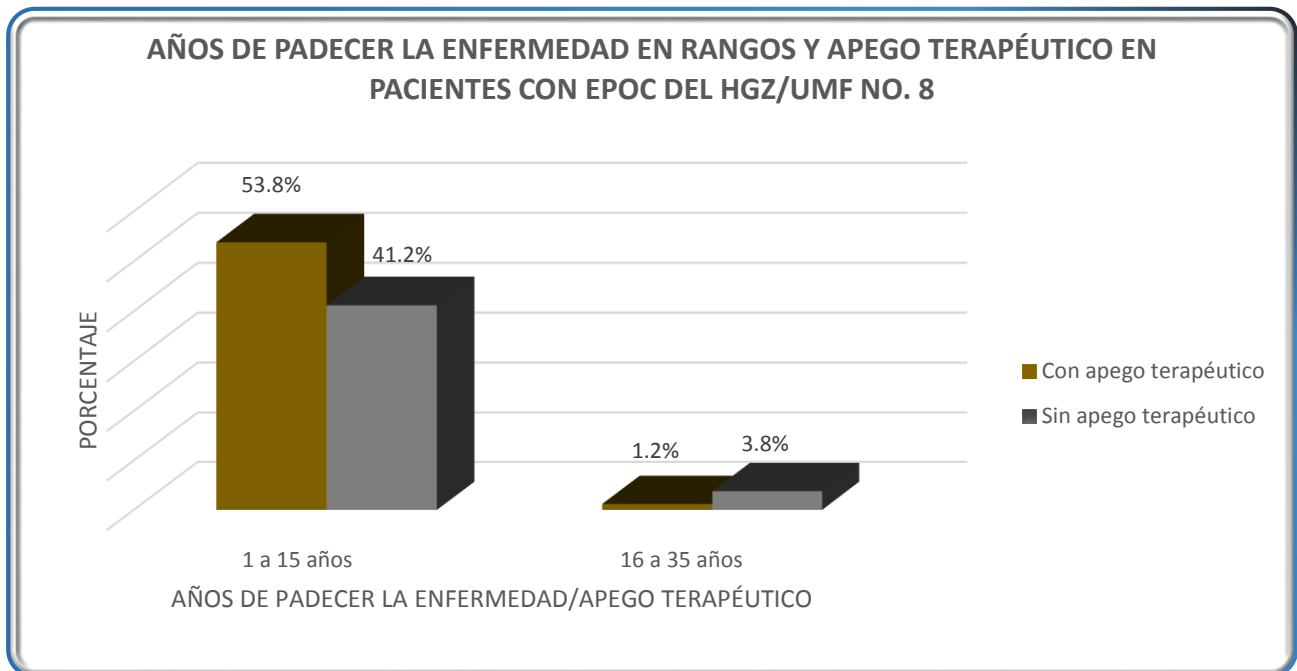
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 22.

AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD EN RANGOS Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8						
AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 a 15 años	129	53.8	99	41.2	228	95.0
16 a 35 años	3	1.2	9	3.8	12	5.0
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfico 22.



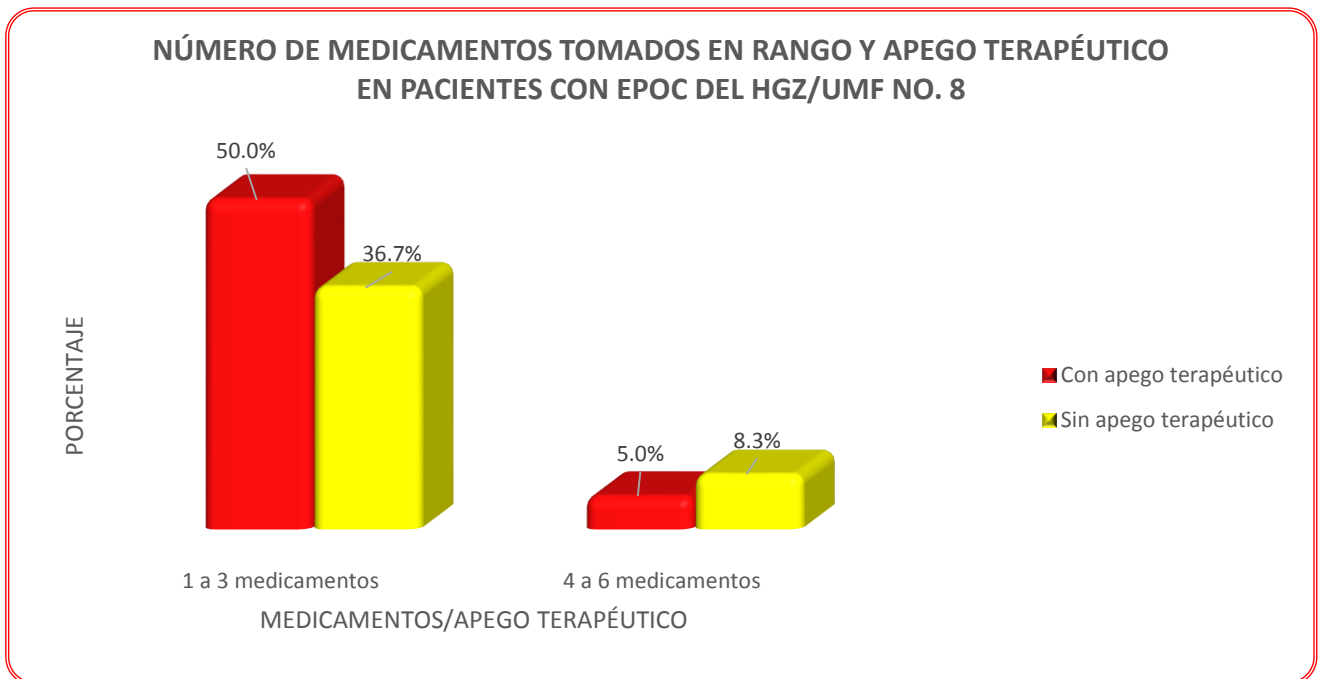
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 23.

NÚMERO DE MEDICAMENTOS TOMADOS EN RANGO Y APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8						
NUMERO DE MEDICAMENTOS TOMADOS EN RANGO	Con apego terapéutico		Sin apego terapéutico		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 a 3 medicamentos	120	50.0	88	36.7	208	86.7
4 a 6 medicamentos	12	5.0	20	8.3	32	13.3
Total	132	55.0	108	45.0	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Grafica 23.



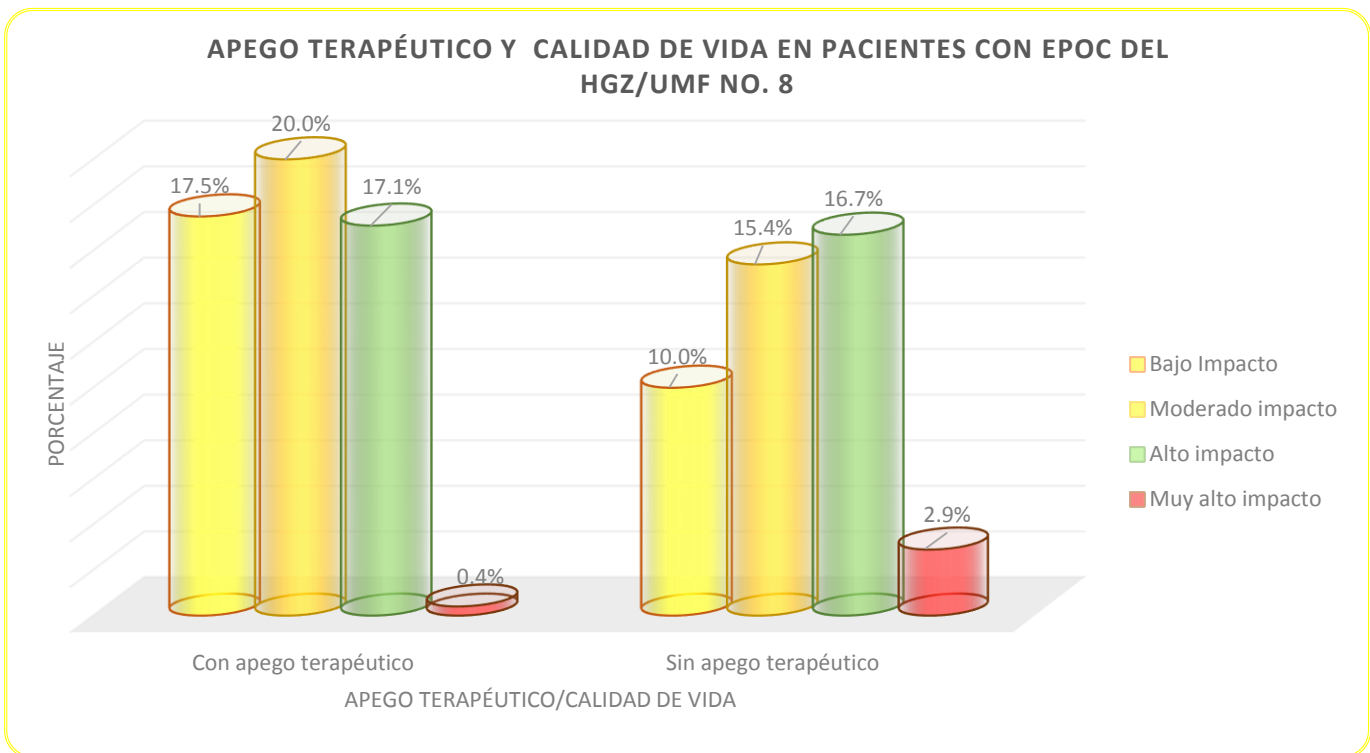
FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Tabla 24.

APEGO TERAPÉUTICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC DEL HGZ/UMF NO. 8										
APEGO TERAPÉUTICO	Bajo Impacto		Moderado impacto		Alto impacto		Muy alto impacto		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con apego terapéutico	42	17.5	48	20.0	41	17.1	1	0.4	132	55.0
Sin apego terapéutico	24	10.0	37	15.4	40	16.7	7	2.9	108	45.0
Total	66	27.5	85	35.4	81	33.8	8	3.3	240	100.0

FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

Gráfico 24.



FUENTE: n=240 Duran-C, Espinoza-A, Vilchis-C, Gutiérrez-G. Evaluación de la Calidad de Vida, Apego Terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En HGZ/UMF No 8. 2015

DISCUSIONES

En relación al género el estudio realizado por María Soledad Rodríguez-Pecchi et al; “Enfermedad Pulmonar Obstructiva: diferencias entre hombres y mujeres” (2012) Buenos Aires, se encontró una frecuencia del género femenino 20.7% y en el género masculino de 79.3% ; mientras que en nuestro estudio la frecuencia del género femenino fue 55.4% y del género masculino fue de 44.6% como podemos ver en nuestra investigación se halló una mayor frecuencia en el sexo femenino, esto puede ser debido a que en países en desarrollo como México, las mujeres también son muy afectadas, por la exposición crónica a humo de biomasa, la cual origina la presencia del daño pulmonar. Esto último documentado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) ya que cerca de un 30% de pacientes con EPOC, acuden por la exposición al humo de leña, y que más del 88% son exclusivamente mujeres. Cabe destacar que en nuestro país el consumo de leña en algunos estados continua siendo muy alto. La muestra censal sobre condiciones de vivienda y uso de leña del XII Censo General de Población del 2000, reveló que en más de la mitad de las viviendas rurales (56.9%) sus ocupantes utilizan la leña como combustible para cocinar. En términos de personas, aproximadamente equivale a 14.5 millones. Otro factor que en las últimas décadas ha favorecido el incremento de EPOC en las mujeres es el aumento en el consumo de cigarros, ya que se ha visto el incremento de este hábito en ciudades industrializadas como el D.F, esto corroborado por ENSANUT 2012 donde se halló una prevalencia de 9.9% de mujeres que fuman.

En cuanto a la edad en rangos el estudio realizado por Andrés Caballero et al; “Prevalence of COPD in Five Colombian Cities Situated at Low, Medium, and High Altitude” (2008) Colombia (PREPOCOL Study), se encontró una frecuencia de acuerdo a rangos de edad de 40 a 49 años 35.7%, de 50 a 59 años 28.9%, 60 a 69 años 21.3% y >70 años 14.1% mientras que en nuestro estudio observamos de 40 a 59 años de edad 11.3%, de 60 a 79 años 44.6% y 22.1% de 80 a 99 años, como se observa en el estudio comparado, la mayor frecuencia se encuentra entre los dos primeros grupos con un total entre ambos de 63.9%, mientras que en nuestra investigación la mayor frecuencia se encontró en el segundo grupo con un 44.6% lo que probablemente significa que en Colombia se está realizando un diagnóstico más temprano de la enfermedad, mientras que en nuestro país sucede lo contrario, esto tal vez debido a que no existan las estrategias adecuadas para una adecuada búsqueda intencionada de pacientes con factores de riesgo. Por otro lado la falta de políticas públicas en materia de salud que implementen el acondicionamiento de clínicas con el instrumental necesario para un oportuno diagnóstico, podría ayudar a la identificación más temprana. Otro factor que determina que en nuestro país se hagan diagnósticos a edades más avanzadas, es que la prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad, como se reporta en el estudio PLATINO, por lo que talvez nuestro resultados se ubicaron con mayor frecuencia en ese grupo de edad.

Por otra parte en cuanto al estado civil en el estudio de Robinson Ramírez Vélez “Calidad de Vida y Apoyo Social de los Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica” (2007) Colombia, donde reportaron solteros 27.3%, casados 40.9%, unión libre 18.2%, separado 9.1 y viudo 4.5% mientras que para nuestro estudio se halló solteros 2.5%, casados 62.5%, divorciados 7.5%, viudos 23.3%, en unión libre 2.9% y separados 1.3%, como podemos observar en ambos estudios el mayor porcentaje se sitúa en pacientes casados, ya que la edad de diagnóstico de EPOC se encuentra en individuos adultos y adultos mayores, por lo que probablemente el estado civil es otro factor que favorece a una buena evolución clínica, en los pacientes de nuestro estudio, donde pudimos encontrar que las personas casadas tiene bajo impacto en la calidad de vida y un buen apego terapéutico.

Mientras que para la calidad de vida en el estudio elaborado por Becker et al; “CAT correlates positively with respiratory rate and is a significant predictor of the impact of COPD on daily life of patients” (2014) Brasil, se reportó pacientes con bajo impacto 46.4%, con moderado impacto 39.3%, con alto impacto 14.3% y de muy alto impacto no se encontraron paciente, mientras que en nuestro estudio se halló a pacientes con afectación de la calidad de vida con bajo impacto 27.5%, con moderado impacto 34.5%, con alto impacto 33.8% y con muy alto impacto 3.3%; podemos ver, que aunque las cifras de ambos estudios no coinciden, en el estudio antes mencionado el 85.7% de los individuos se ubicaron en las categorías de bajo y moderado impacto de la calidad de vida, mientras que en nuestra investigación el 65% se encontraron en las mismas categorías, por lo que se demuestra que existe una mejor evolución clínica de la enfermedad, lo cual repercute directamente en un bajo impacto de la calidad de vida en la población estudiada. Sin embargo el 35% de los pacientes se ubicaron con un alto y muy alto impacto en la calidad de vida, lo que probablemente se deba a diversas causas, dentro de las cuales podemos destacar, que en estos grupos la enfermedad talvez se encuentre en estadios más avanzados, otra causa puede ser los altos índices de contaminación del distrito federal, además podría deberse a la utilización de estufas de leñas y fogones, sobre todo en zonas como el Ajusco y Milpa Alta por mencionar algunos, donde aún se observa este tipo de prácticas.

En el estudio realizado por Masaya Takemura et al; (2011) Japón “Relationships between repeated instruction on inhalation therapy, medication adherence, and health status in chronic obstructive pulmonary disease” se observó que el 55% tuvo buen apego y 45% mal apego, en tanto que en nuestro estudio se encontró 55% con buen apego y 45% con mal apego; analizando los resultados, ambas investigaciones reportan los mismos porcentajes, predominando un buen apego terapéutico en más de la mitad de los individuos, esto quizá a que en nuestra investigación, cerca de la mitad de los pacientes tiene una buena calidad de vida, así como que la mayoría de los individuos estudiados consumen de 1 a 3 medicamentos, lo que tal vez facilita tener un mejor apego al tratamiento, otros factores que podrían favorecer esta condición en la población estudiada fueron el ser casado y el tener pocos años de evolución de la enfermedad, ya que estos grupos reportaron un mejor apego terapéutico.

Sin embargo el 45% de la población encuestada tienen un mal apego terapéutico, lo que está condicionado a factores como la edad del paciente, ya que debemos recordar que las personas encontradas en nuestro estudio fueron de edades avanzadas, donde quizás exista un deterioro cognitivo, así como enfermedades asociadas, lo que impida una adecuada ingesta de sus medicamentos, otra causa puede ser la falta de capacitación del uso correcto de inhaladores, ya que algunos de los dispositivos requieren técnicas específicas para su aplicación.

Dentro de los alcances encontrados en nuestra investigación, logramos estudiar una muestra de paciente con EPOC en el HGZ/UMF No. 8 y comprobar que tiene una buena calidad de vida y un buen apego terapéutico, lo que propicia una evolución favorable de los pacientes y con ello evitar que presenten exacerbaciones de la enfermedad, así como hospitalizaciones por comorbilidades lo que llevaría a un mayor consumo de los recursos en este hospital. Sin embargo, aún hay más de un cuarto de la población con mala calidad de vida y mal apego terapéutico, por lo que otro alcance de nuestra investigación fue haber identificado a estos pacientes.

Una de las limitaciones de este estudio, fue la aplicación de un instrumento genérico, con baja sensibilidad y especificidad, para evaluar el apego terapéutico, el cual se decidió utilizar, por no contar con un instrumento específico que midiera dicha variable. Otra limitante observada fue no haber tomado en cuenta el tabaquismo y la exposición de humo de biomasa, ya que en nuestro estudio hubo una mayor prevalencia del sexo femenino y sería interesante conocer el porcentaje de mujeres expuestas a estos factores.

El no estadificar la severidad de la enfermedad, en base a la espirometría, fue uno de los sesgos encontrados en nuestra investigación, debido a que con este estudio podemos determinar el grado de daño pulmonar, lo que probablemente este directamente relacionado con la disminución de las capacidades físicas, condición que afectaría en mayor o menor grado la calidad de vida de los individuos con EPOC

En el área administrativa sugerimos la adquisición de un espirómetro y la capacitación de personal dentro de la unidad, para la realización de espirometrías y una interpretación correcta, ya que con esto podríamos evitar enviar a los pacientes a un hospital de tercer nivel y como consecuencia realizar un diagnóstico oportuno y el inicio temprano del tratamiento, con el objetivo de mejorar las condiciones generales de su patología.

En cuanto al área asistencial, se sugiere realizar pláticas a los derechohabientes, por personal capacitado, con enfoque en la prevención a exposición a humo de tabaco, a gases o polvos dentro de las áreas laborales y la exposición a humo de biomasa, que como ya se ha comentado, en nuestro país, sigue siendo un problema importante, para desarrollar EPOC. Otras estrategias a implementar, sería la realización de talleres para la correcta aplicación de los inhaladores, que se utilizan para esta enfermedad.

Por otra parte es importante continuar con investigaciones de esta patología ya que esta algunas investigaciones sugieren que para 2030 puede llegar a ser la tercera causa de morbimortalidad, por lo que la vigilancia de los pacientes con EPOC debe ser una prioridad de todos los organismos de salud, para evaluar las características clínicas y causas de exacerbaciones, mediante una buena anamnesis por parte del personal de salud, con el objetivo de diagnosticar oportunamente a la población con factores de riesgo. Por lo que se sugiere realizar un nuevo estudio de casos y controles donde se le pueda practicar a los pacientes exámenes para evaluar la función pulmonar (espirometría) y toma de gases arteriales, lo que sería de gran utilidad en futuras investigaciones.

En el plano educativo se sugiere reactivar la educación médica continua de los médicos familiares y no familiares, como por ejemplo la implementación de cursos de la interpretación correcta de la espirometría, ya que a pesar de haber tenido resultados favorables en nuestra investigación, aún existe más de un cuarto de la población con mal apego terapéutico y afectación en su calidad de vida, por lo que se deberán seguir realizando esfuerzos para el mejor entendimiento de esta patología.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de estudio al evaluar la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” con los instrumentos CAT y Test de Morisky-Green-Levine y se determinó que aproximadamente un tercio de los individuos estudiados tuvieron un moderado impacto en la calidad de vida y un poco más de la mitad un buen apego terapéutico, sin embargo, a pesar de estos resultados favorables, aún existe más de un cuarto de la población que se encuentran con mala calidad de vida y un mal apego terapéutico, por lo que están expuestos a presentar complicaciones a corto plazo, lo que los condicionaría a una desfavorable evolución de su padecimiento y aun incremento en el consumo de los recursos de nuestro hospital, por lo que es importante continuar vigilando a las personas más vulnerables, que de acuerdo a nuestra investigación, fueron los solteros, los analfabetas, los de escolaridad primaria y aquellos con más de 15 años de evolución, ya que demostraron tener peor calidad de vida y mal apego al tratamiento.

Con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula concluyéndose que son buenos la calidad de vida y el apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8, al encontrar que la mayoría de los pacientes aun no sufre de discapacidad física ni intelectual, por lo que son autosuficientes para poder llevar a cabo las medidas generales de cuidado y tratamiento.

El diagnóstico de EPOC fue más frecuente en el sexo femenino; esto es debido a que en países en vías de desarrollo como el nuestro, la prevalencia favorece a las mujeres, debido a que la exposición al humo de biomasa en este grupo es un factor determinante para desarrollar la enfermedad, así como el aumento en el consumo de tabaco, por parte de este grupo etario. Sin embargo la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a porcentaje fue pequeña aproximadamente del 9%, por lo que también se deberá continuar con campañas para disminuir el consumo de tabaco en la población general.

Con respecto a la ocupación se encontró un predominio de pacientes desempleados, debido a que la edad promedio fue de 72 años, este dato es de suma importancia para nuestro estudio ya que está directamente relacionado a la calidad de vida, porque este grupo de pacientes obtuvo peores resultados en comparación a los pacientes empleados, por lo que podemos concluir que el ser empleado, es un factor favorable en pacientes con EPOC, para tener una mejor calidad de vida.

Por otra parte se confirma que un diagnóstico temprano de EPOC, está directamente relacionada con la calidad de vida, pues en nuestro estudio se halló que un poco más de la mitad de los pacientes que tiene menos de 15 años de evolución de la enfermedad, obtuvieron bajo y moderado impacto en la calidad de vida, ya que un 11% los individuos con más de 16 años de evolución, tuvieron un alto impacto en la calidad de vida de nuestra muestra estudiada, por lo que el diagnóstico oportuno de la enfermedad es esencial para prevenir un deterioro de las capacidades físicas e intelectuales de los individuos y con ello mejorar su calidad de vida.

Con respecto a calidad de vida relacionada al sexo, se encontró que una cuarta parte de los hombres tuvieron un bajo y moderado impacto, en contraste, en las mujeres hubo mayor frecuencia en las categorías de alto y muy alto impacto en la calidad de vida; esto puede ser debido a que en nuestro medio la mujer aun a estas edades, continúan desempeñando roles importante dentro del núcleo familiar, como cuidadora de nietos o de otros pacientes crónico degenerativos, lo que en muchas ocasiones dificulta tener un mejor cuidado sobre su propio estado de salud.

Por otro lado con respecto al apego terapéutico se encontró que una cuarta parte de la población femenina tiene un mejor apego en comparación con el sexo masculino que tiene un mal apego, lo que tal vez depende de diversas circunstancias, dentro de las cuales observamos en nuestro estudio el número de medicamentos ingeridos, la escolaridad, el encontrarse desempleado, debido a que todas estas variables influye directamente en la toma adecuada de los medicamentos.

En nuestra investigación resalta la relación que se encontró al comparar a los individuos estudiados con respecto a la calidad de vida y su apego terapéutico, donde observamos que la mayoría de los pacientes obtuvieron un buen apego al tratamiento y moderado impacto en la calidad de vida, lo que probablemente signifique que cuando los pacientes mantiene un adecuado tratamiento, está directamente relacionado con que presenten una mejor calidad de vida, sin embargo como ya se comentó previamente deberemos implementar nuevas estrategias y contar tanto con personal capacitado, así como las herramientas diagnóstica necesarias, para brindar a los derechohabientes una atención integral, ya que más de una cuarta parte de nuestra población se encuentra con algún grado de afectación en la calidad de vida.

Por todo lo previamente comentado es importante recordar que de acuerdo a las estadísticas que reporta el INEGI, existe evidencia que la mortalidad en la EPOC ha ido incrementando. En personas mayores de 65 años de edad para el año 2005, se situó en el 5º lugar dentro de las 10 principales causas de mortalidad. En cuanto a la morbilidad, no existen datos específicos en nuestro país. Sin embargo, existen evidencias de que también la morbilidad es muy importante. En el (INER), la EPOC ocupa el segundo lugar en visitas a urgencias y el 4º lugar como causa de egreso hospitalario. A pesar de todos estos datos, la EPOC permanece subdiagnosticada en nuestro país, no sólo en los estadios tempranos de la enfermedad, sino también en los tardíos, razón por lo que se deberán continuar haciendo estudios sobre el comportamiento de la enfermedad, ya que en la actualidad, es un padecimiento que se ha convertido en un problema de salud pública.

Así mismo proponemos realizar cursos de actualización por lo menos una vez al año, con el fin de acercar a los médicos familiares y no familiares de este hospital, a una información más actualizada basada en la evidencia científica, con el propósito de continuar realizando diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados a nuestros derechohabientes.

Para quien desee continuar sobre esta línea de investigación, el presente estudio puede servir de modelo para otros estudios posteriores a mediano o largo plazo, que incluyan un tamaño de muestra mayor para este padecimiento, así como incluir otras variables como el valor espirométrico e incluir un instrumento específico para evaluar de una manera más sensible y específica, el apego terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (2014)
2. López Varela MV et al. Tratamiento de la EPOC en 5 ciudades de América Latina: Estudio PLATINO; Arch Bronconeumol. 2008;44(2):58-64
3. Acosta Mejía Mario et al. Panorama epidemiológico e impacto económico actual, Consenso Mexicano de EPOC; Neu y Cir Tórax, Vol. 66, S2, 2007
4. Marc Miravittles et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable Arch Bronconeumol. 2012
5. Ron Balkissoon, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Concise Review; Med Clin N Am 95 (2011) 1125–1141
6. MACNEE, William; Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Clin Chest Med 28 (2007) 479–513
7. Soriano, Joan B, Lamprecht Bernd; Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Worldwide Problem, Med Clin N Am 96 (2012) 671–680
8. Acosta Mejía Mario et al. Patogénesis, Consenso Mexicano de EPOC; Neu y Cir Tórax, Vol. 66, S2, 2007
9. Cabrera Navarro Pedro, Rodríguez de Castro Felipe; Manual de enfermedades respiratorias; 2ª Edición; Hospital Universitario de Gran Canaria “Dr. Negrín” Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España. 2005
10. Denis E. O’Donnell; Pathophysiology of Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Proc Am Thorac Soc Vol 4. pp 145–168, 2007
11. National Clinical Guideline Centre. (2010) Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. London: National Clinical Guideline Centre.
12. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de le Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, México: Secretaria de Salud; 2009.
13. Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); ALAT; Edición 1, Enero 2011

14. Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Derivadas del Cuarto Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC Neumol Cir Torax, Vol. 71, Suplemento 1, 2012
15. AL Coates, BL Graham, RG McFadden, et al. Spirometry in primary care. *Can Respir J* 2013; 20(1): 13-22.
16. Guía De Bolsillo Para El Diagnóstico, Tratamiento Y Prevención De La EPOC 2011. Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2010
17. Michael R. Littner, MD et al; In the Clinic Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Annals of Internal Medicine* 2011 American College of Physicians
18. NICE clinical guideline 101 Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care (partial update) NICE 2010. All rights reserved. Last modified June 2010
19. Amir Qaseem, MD, PhD, MHA et al. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society; *Ann Intern Med.* 2011;155:179-191
20. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2013)
21. Velarde-Jurado E, Avila Figueroa C, “Evaluación de la calidad de vida” salud pública de méxico / vol.44, no.4, julio-agosto de 2002.
22. Romero-Márquez RS et al. Calidad de vida y salud Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 91-102 91.
23. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas consultar en http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
24. Salinas Cruz Elizabeth, et al; Adherencia Terapéutica. *Enf Neurol (Mex)*. Vol. 11, No. 2: 102-104, 2012
25. Rodríguez Chamorro MA et al; Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica, *Aten Primaria*. 2008; 40 (8):413-7.
26. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) / *Arch Bronconeumol*. 2012;48(Supl 1):2-58
27. Jones, P.W. et al; Development and first validation of the COPD Assessment Test, *Eur Respir J* 2009; 34: 648–654

28. Durán Arenas, Luis et al; Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 47 (1): 91-102 91.
29. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud 2003.
30. Peralta, María Luisa, Carbajal Pruneda, Patricia; Adherencia al tratamiento; Rev Cent Dermatol Pascua • Vol. 17, Núm. 3. Sep-Dic 2008.

ANEXOS

ANEXO 1.

Clasificación de la EPOC según su gravedad			
Grado	FEV1/FVC	FEV1	Síntomas
0 Riesgo de EPOC	70%	Normal	Tos y expectoración
I EPOC leve	< 70%	80%	Con o sin síntomas
II EPOC moderada	< 70%	Entre 50% y 80%	Con o sin síntomas
III EPOC grave	< 70%	Entre 30% y 50%	Con o sin síntomas
IV EPOC muy grave	< 70%	< 50%	Con insuficiencia respiratoria
	< 70%	< 30%	Independiente de los síntomas

ANEXO 2.

Instituto Mexicano del Seguro Social
HGZ/UMF No 8, “Gilberto Flores Izquierdo”
Coordinación en Enseñanza e Investigación Médica
Protocolo de Tesis “Evaluación de la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”

Nombre _____ Edad _____

Sexo: (1) Femenino (2) Masculino

Ocupación: (1) Empleado (2) Desempleado

Escolaridad: (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria
(4) Licenciatura (5) Posgrado (6) Analfabeta

Estado Civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Divorciado (4) Viudo (5) Unión libre (6) Separado

Años de su enfermedad _____

Numero de Medicamentos tomados para su EPOC _____

Lea cuidadosamente cada pregunta, y responda de acuerdo a su experiencia diaria cruzando la respuesta más cercana a lo que usted considere; no piense demasiado la respuesta, no existe correcta o incorrecta, usted no está siendo evaluado. Al terminar entregue esta papeleta al médico que se lo proporcionó.

CUESTIONARIO MORISKY-GREEN-LEVINE SOBRE APEGO TERAPÉUTICO		
¿Se olvida alguna vez de tomar o aplicar el medicamento?	SI	NO
¿Toma o aplica el medicamento a la hora indicada?	SI	NO
Cuando se siente bien, ¿deja de tomar o aplicar el medicamento?	SI	NO
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar el medicamento?	SI	NO
(1) Apego: 4 respuestas correctas		
(2) No Apego: 1 a 3 respuestas correctas		

ANEXO 3

Cuestionario COPD Assessment Test (CAT)

Este cuestionario les ayudará a usted y al profesional sanitario encargado de tratarle a medir el impacto que la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) está teniendo en su bienestar y su vida diaria. Sus respuestas y la puntuación de la prueba pueden ser utilizadas por usted y por el profesional sanitario encargado de tratarle para ayudar a mejorar el manejo de la EPOC y obtener el máximo beneficio del tratamiento.

Marque con una (X) en la casilla que mejor describa su estado actual.

Ejemplo: Estoy muy contento 0 1 3 4 5 Estoy muy triste

Nunca Toso	0	1	2	3	4	5	Siempre estoy tosiendo
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)
No siento ninguna opresión en el pecho	0	1	2	3	4	5	Siento mucha opresión en el pecho
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	0	1	2	3	4	5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho aire
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0	1	2	3	4	5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0	1	2	3	4	5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco
Duermo sin problemas	0	1	2	3	4	5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco
Tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	No tengo ninguna energía

Resultado:

- (1) BAJO IMPACTO: Menos de 10 puntos
- (2) MODERADO IMPACTO: 11 a 20 puntos
- (3) ALTO IMPACTO: 21 a 30 puntos
- (4) MUY ALTO IMPACTO: 31 a 40 puntos

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: “Evaluación de la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del HGZ/UMF No. 8
Lugar y Fecha: Servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Marzo 2014 – Agosto 2014
Número de registro: En trámite
Justificación y objetivo del estudio:... Como se ha demostrado el incremento en los últimos años del EPOC tanto a nivel mundial como nacional ha preocupado a los servicios de salud, ya que como sabemos en los próximos años esta enfermedad ocupara los primeros lugares de mortalidad, aunado a que es una enfermedad crónico degenerativa cuya historia natural de evolución llevara al paciente primero a una disminución de sus capacidades individuales, hasta progresar a un desenlace final.
Es por esto último que debemos trabajar en intensamente a prevenir esta enfermedad y para los pacientes diagnosticados, trabajar arduamente en cuidar que lleven un adecuado tratamiento de la misma, ya que esto les ayudara a tener una mejor calidad de vida y evitara tanto comorbilidades como una disminución en los gastos por parte de las organizaciones de salud
Procedimientos:..... Se aplicara un cuestionario de manera única a ser respondido por el paciente, interrogando datos relacionados con los hábitos de administración de los medicamentos, además de algunos datos de identificación personal.
Posibles beneficios que recibirá participar en el estudio:..... Reflexión y sensibilización de los propios hábitos de administración de **al** medicamentos, mejorar la adherencia al tratamiento.
Participación o retiro: El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.
Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

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

NA	No autorizo que se tome la muestra
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Conocimiento de los hábitos de administración farmacológica y la adherencia al tratamiento.
Posibilidad de creación de nuevas políticas de sensibilización al manejo integral del EPOC.

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

Investigador Responsable: Dr. Duran Castillo Oscar Eduardo. Cel: 5539763466. Email: doctor.oscar.duran@gmail.com
Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
Dra. Gutiérrez García Teresita de Jesús. Cel 5550688463. Email: teretigg@hotmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ/UMF No 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
TÍTULO DE LA TESIS:

“Evaluación de la calidad de vida, apego terapéutico en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del HGZ/UMF 8”

2013-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
IDEA A INVESTIGAR	X											
TÍTULO		X										
ANTECEDENTES			X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
JUSTIFICACIÓN				X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS					X							
MATERIAL Y MÉTODOS						X						
TIPO DE ESTUDIO						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
POBLACIÓN (UNIVERSO DE LA MUESTRA)							X					
LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO								X				
TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA								X				
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN								X				
VARIABLES									X			

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES									X			
DISEÑO ESTADÍSTICO									X			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS									X			
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS										X		
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										X		
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD											X	
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
REPORTE DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN												X

2014-2015

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2015	2015	2015
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X	X										
RECOLECCIÓN DE DATOS			X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X	X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X