



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS No. 61
NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO

**“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON EPOC CON OXIGENOTERAPIA EN CONTROL EN
LA UMF No. 227”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JORGE ALFREDO MIRANDA CRESCENCIO.

Número de registro: R-2017-1505-28

Naucalpan, Estado de México

2020.

Asesor:



DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON EPOC CON OXIGENOTERAPIA EN CONTROL EN LA UMF No. 227”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JORGE ALFREDO MIRANDA CRESCENCIO.

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON EPOC CON OXIGENOTERAPIA EN CONTROL EN LA UMF No. 227”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JORGE ALFREDO MIRANDA CRESCENCIO.

AUTORIZACIONES



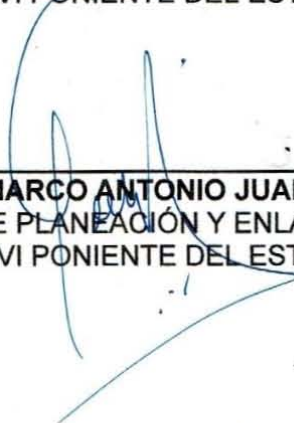
DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZÁLEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS No. 61



DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO
ASESOR DE TESIS Y
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ROSA MARÍA PIÑA NAVA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO



DR. JESUS MARCO ANTONIO JUAREZ ROMERO.
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO



Naucalpan, Estado de México

2020

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

3

3

DEDICATORIA

A mis Padres María Esther y Juan Manuel por todo su amor y el apoyo que siempre me han dado, gracias por haberme hecho la persona que soy.

A mi hermosa esposa Blanca, gracias por todo tu apoyo, tu paciencia y tu amor a lo largo de los años.

A mi princesa Allison que eres mi luz y fortaleza que me impulsa a ser cada día una mejor persona y profesionalista.

A mi hermana, familia y amistades por siempre estar juntos en las buenas y malas, brindándome su apoyo incondicional.

A mis profesores de especialidad por todo su apoyo, conocimientos y enseñanzas compartidas a lo largo de estos 3 años y ante todo su amistad que me han brindado.

ÍNDICE GENERAL.

ÍNDICE GENERAL.....	5
RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
Pregunta de Investigación.	18
JUSTIFICACIÓN.	19
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	21
HIPOTESIS.	22
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.	24
RECURSOS HUMANOS, ETICOS, FISICOS.	28
RESULTADOS	30
TABLAS (CUADROS) Y GRAFICOS.	32
DISCUSION.....	37
CONCLUSIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	42
ANEXO.....	44

RESUMEN.

“Calidad de vida y Adherencia al Tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227”.

Miranda Crescencio Jorge Alfredo¹, Espinosa Lugo Mauricio².

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbilidad crónica a nivel mundial, estos pacientes pudieran generar una disminución en su calidad de vida y una deficiente adherencia al tratamiento empeorando el pronóstico y los resultados pueden ser desfavorables. **Objetivo.** Determinar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de tipo: observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. no probabilístico a conveniencia, Los datos obtenidos, fueron analizados en frecuencia y porcentaje y se utilizó chi cuadrada para confirmar hipótesis con valor de $p < 0.05$, **Resultados** de los 32 pacientes estudiados la edad promedio fue de 70 años, predomina sexo masculino (59.4%), estado civil casado (53.1%); el (50%) son adultos mayores jubilados y con educación primaria (65.6%). Solo un paciente con mala adherencia y calidad de vida **Conclusiones:** los pacientes con EPOC con oxigenoterapia de la UMF No 227 tienen una buena calidad de vida y adherencia al tratamiento, impactando en una mejor evolución y disminuyendo comorbilidades.

Palabras clave: EPOC, Calidad de Vida, Tratamiento.

¹ Alumno de Primer año del Curso de especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS.

² Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF No. 61.

MARCO TEÓRICO.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable que se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo aéreo a causa de alteraciones de las vías aéreas o de los alvéolos usualmente producidas por una exposición significativa a partículas o gases nocivos. La limitación crónica del flujo aéreo que caracteriza a la EPOC es el resultado de una enfermedad de las pequeñas vías aéreas (bronquiolitis obstructiva) y de la destrucción del parénquima pulmonar (enfisema), cuya importancia relativa varía según individuos. La infección crónica provoca alteraciones estructurales estrechamiento de las pequeñas vías aéreas y destrucción del parénquima pulmonar. La desaparición de las pequeñas vías aéreas contribuye a la limitación del flujo aéreo y a la disfunción mucociliar, un rasgo característico de la enfermedad.¹

Tres estudios epidemiológicos han permitido tener en forma precisa un panorama de la situación mundial de la EPOC. Éstos, son el estudio BOLD, el NICE, y en América Latina el estudio PLATINO. De estos estudios, Platino resalta porque fue el primer estudio epidemiológico internacional que utilizó la definición de GOLD para medir la prevalencia, es decir, que, para determinar el grado de obstrucción, se requirió realizar espirometrías y utilizar el VEF1 postbroncodilatador.

La EPOC ocupa los primeros cinco lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo y su prevalencia en personas mayores de 40 años de edad es más del 10%. A pesar de la complejidad para medir su prevalencia, se puede afirmar que en muchos países desarrollados está aumentando, que es mayor en fumadores que en exfumadores, en individuos de más de 40 años de edad y es mayor en hombres que en mujeres; sin embargo, el perfil etario está cambiando, y si bien antes se consideraba a la EPOC como una enfermedad de los fumadores viejos, actualmente los datos muestran una alta prevalencia de la enfermedad en edad laboral, donde el 70% de los pacientes son menores de 65 años. 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).²

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud global y es una de las principales causas de morbilidad crónica y de mortalidad a nivel mundial. Se ha proyectado que a nivel mundial la EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (DALYs) por enfermedades crónicas no transmisibles en el 2020 y que su importancia será mayor en el 2030. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que 210 millones de personas viven con EPOC y que más de 3 millones de personas murieron por esta enfermedad en 2005, lo que corresponde al 5% del total de las muertes a nivel global. Cerca del 90% de las muertes ocurren en países con ingresos bajos o moderados. La OMS ha proyectado que el total de muertes atribuibles a EPOC aumentarán en más de 30% en los próximos 10 años. Este incremento está relacionado principalmente a la epidemia global de tabaquismo y a la contaminación ambiental dentro y fuera de la vivienda en los países asiáticos.

México no ha sido la excepción y, al igual que en otros países, la mortalidad general por EPOC ha aumentado en los últimos años. En el año 2000, la tasa de mortalidad por esta causa fue de 15.2 por 100,000 habitantes en comparación con la observada en el año 2005 de 19.0 por 100,000 habitantes. En el 2008, esta enfermedad fue la quinta causa de muerte, la sexta causa de muerte entre hombres y la cuarta causa de muerte entre mujeres. En una encuesta de base poblacional realizada en la Ciudad de México en el 2002, la prevalencia de EPOC determinada por espirometría fue de 7.8% (78 de 1,000; IC95% 5.9-9.7) en población con edad mayor o igual a 40 años. Los costos de la atención médica varían, entre otros factores, de acuerdo con la etapa de gravedad de la EPOC, si el paciente presenta una exacerbación, si se trata de un primer episodio o si es un paciente crónico y de acuerdo con los servicios clínicos a los cuales ingresa el paciente. El departamento de costos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, ha calculado que el gasto por paciente con EPOC en consulta externa es de \$2,100.00; el gasto en hospitalización por día, \$2,290.00; en urgencias, \$3,000.00; y en terapia intensiva, si el paciente tiene una enfermedad grave, el costo puede elevarse hasta más de \$400,000. En los pacientes con EPOC, las hospitalizaciones y reingresos a consecuencia de las exacerbaciones constituyen la mayor parte de los costos de atención médica, por lo que se requieren intervenciones y

tratamientos costo-efectivos capaces de evitar las hospitalizaciones para reducir la carga económica de la enfermedad sobre el sistema de salud.³

El costo promedio anual de un caso de EPOC es de 73 303 pesos. En esta enfermedad en particular las estimaciones de costos difirieron de manera importante según el grado de severidad de la enfermedad; así, el costo promedio anual de un caso de EPOC estable corresponde a 6 628 pesos y el de un EPOC exacerbado a 139 978 pesos. Está marcada diferencia se debe a que los casos severos con exacerbaciones requieren no sólo de un manejo hospitalario prolongado, sino de oxigenoterapia permanente, a través del programa de atención domiciliaria del enfermo crónico, lo que representa un costo promedio anual de 66 643 pesos. Los costos totales anuales de la atención médica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la delegación ascienden a 114 millones 645 mil 892 pesos, de los cuales 99 millones 741 mil 926 pesos se atribuyen al consumo de tabaco.⁴

Desde la década de los 50 se conoce que el tabaco es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de EPOC, y su relación causal ha sido establecida a través de numerosos estudios prospectivos de cohortes entre ellos el del British Medical Research Council y del Framingham Heart Study Offspring. En estudios de cohortes prospectivos se estima que el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre fumadores esta entre el 25 y el 30%.⁵ Una proporción de casos de EPOC ocurre en personas que no han fumado nunca. Entre estas personas no fumadoras, el tabaquismo pasivo es un factor de riesgo que se ha implicado en la patogenia de la EPOC. El tabaquismo pasivo, también llamado humo ambiental de tabaco, es la inhalación involuntaria del humo de otra persona que fuma tabaco. Aunque se produzcan obviamente riesgos de salud menores a los del tabaquismo activo, estos son no solo evitables sino involuntarios.

A nivel mundial, aproximadamente el 50 % de todas las casas y el 90 % de casas rurales usan el combustible de biomasa (madera, carbón vegetal, otras materias vegetales y el estiércol) y el carbón como su fuente principal de energía doméstica. Diversas revisiones sistemáticas han identificado a la biomasa y otros combustibles para uso en calefacción o cocina en países en vías de desarrollo como factor de riesgo de EPOC en áreas rurales. Los contaminantes específicos estudiados en su relación con EPOC son el ozono, las partículas en suspensión (PM), monóxido de carbono (CO), dióxido de sulfuro (SO₂),

dióxido de nitrógeno (NO₂), y otros gases. La alta contaminación atmosférica, sobre todo asociada al tráfico rodado, es un factor desencadenante de exacerbaciones de EPOC en individuos susceptibles.

Aquellos individuos con EPOC que están expuestos en su lugar de trabajo a polvos minerales o de todo tipo, gases o humos presentan una mayor gravedad de su EPOC, comparados con los que no tienen una exposición profesional significativa.⁵

El enfisema hereditario, debido a la deficiencia de alfa-1-antitripsina, es el principal ejemplo de un factor genético. El déficit congénito de alfa-1-antitripsina predispone a una disminución acelerada de la función pulmonar. Es una enfermedad autosómica de expresión recesiva que causa EPOC y cirrosis hepática. Se estima que es responsable del 1% de los casos de EPOC y del 2-4% de los enfisemas.

Otros factores de riesgo que se han descrito son la edad, el sexo, el envejecimiento pulmonar, las infecciones respiratorias repetidas del niño o adulto en edades tempranas y factores socioeconómicos. La mayoría de estos factores asociados con el desarrollo de EPOC no pueden ser modificados. La prevalencia de la EPOC aumenta con la edad y es más frecuente en hombres, pero este hecho parece estar más relacionado con el efecto acumulativo de otros factores de riesgo a los que se ha expuesto el individuo a lo largo de la vida que con la edad o el sexo. En las clases sociales más desfavorecidas existe un mayor número de factores que se asocian al desarrollo de la enfermedad: mayor consumo de alcohol tabaco, peores condiciones de las viviendas, infecciones frecuentes en la infancia y menos recursos sanitarios.⁵

Debe considerarse el diagnóstico de EPOC en todo paciente que presente disnea, tos crónica o expectoración y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo de la enfermedad. Es necesario realizar una espirometría para establecer el diagnóstico en este contexto clínico. En ella, un cociente FEV₁/FVC < 0,70 tras la prueba broncodilatadora confirma la existencia de una limitación persistente del flujo aéreo e identifica la presencia de EPOC en pacientes con síntomas apropiados y riesgos compatibles.¹

Las guías de tratamiento para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica de GOLD y ALAT, sugieren que el tratamiento para esta enfermedad debe estar basado en la prevención y disminución de los síntomas (especialmente la disnea); en reducir la

frecuencia y severidad de las exacerbaciones; mejorar la calidad de vida y la capacidad de ejercicio. Ambas guías están estrictamente apegadas a evidencias científicas. Las guías mexicanas, siguiendo las mismas estrategias de GOLD y ALAT y tomando la información colectada, asumen, además, que el tratamiento debe estar dirigido a pacientes que buscan ayuda para aliviar sus síntomas y exacerbaciones. Por lo tanto, están muy orientadas a la resolución de síntomas y prevención de las exacerbaciones. A esto último lo llamaremos prevención del deterioro tanto de la función pulmonar como de la calidad de vida. ²

La oxigenoterapia se define como el aporte artificial de oxígeno (O₂) en el aire inspirado; su objetivo principal es la oxigenación tisular, que se consigue cuando la presión parcial de O₂ (pO₂) en la sangre arterial supera los 60mmHg, lo que se corresponde, aproximadamente, con una saturación de hemoglobina del 90%. Hoy por hoy, la oxigenoterapia es la herramienta terapéutica fundamental en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica. Los objetivos de la oxigenoterapia son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar (HTP) y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico. La oxigenoterapia está indicada cuando hay una situación de hipoxemia aguda o crónica con pO₂ inferior a 55–60 mmHg, cifra que se corresponde con una saturación de hemoglobina del 90%. Por debajo de estas cifras, la afinidad de la hemoglobina por el O₂ disminuye rápidamente y el contenido total de O₂ y el aporte de este a los tejidos se ve afectado. ⁶

El concepto *oxigenoterapia continua domiciliaria* (OCD) hace referencia al suministro de oxígeno para uso continuo y, en general, indefinido, en el domicilio en pacientes con hipoxemia crónica. La finalidad de este tratamiento es prolongar la vida del paciente hipoxémico, mejorar la tolerancia al ejercicio y controlar el deterioro clínico debido a la saturación baja de oxígeno. La aplicación de la oxigenoterapia de forma continua se inició durante la década de los años ochenta, y desde entonces se han producido cambios importantes dentro de esta terapia, tanto en las formas de obtención como en sus sistemas de administración y en su indicación. ⁷

La administración de oxígeno corrige la hipoxemia solo durante su aplicación, sin efecto residual. Cuando se suprime el aporte suplementario de oxígeno, reaparece la hipoxemia, por lo que para obtener un efecto sostenido es necesario prolongar el tiempo de

administración durante más de 15 h al día. La indicación de oxigenoterapia continua en pacientes con hipoxemia grave se establece por su efecto sobre la supervivencia.⁸

Durante el periodo en estudio en el Centro Médico Nacional La Raza se proporcionaron 38 461 recetas médicas para oxígeno a domicilio a un total de 2198 pacientes (1418 de la Delegación 2 del IMSS en el Distrito Federal y 780 de otras delegaciones institucionales); se obtuvieron los expedientes de 420 enfermos con POSD. Los porcentajes de pacientes por grupo etario, donde destaca la prescripción a pacientes mayores de 50 años. El diagnóstico de EPOC fue emitido en 185 casos seguido de padecimiento pulmonar bilateral y difuso en 63 casos, nefropatía en 46, cáncer en fase terminal en 41, cardiopatía en 35 y otras neumopatías en 50. En 176 expedientes no se registraron los resultados de la gasometría y en 36 los pacientes cursaban con normoxemia, situación similar a la ocurrida con la determinación de SaO₂. De los 244 casos restantes, en 110 la insuficiencia respiratoria (medida por PaO₂) fue catalogada como severa, en 58 moderada y en 76 casos leve. La SaO₂ se midió únicamente en 47 % de los pacientes (197 casos), identificada como baja en 40 % (168 casos). La ausencia de estudios sobre constantes hemodinámicas y hematológicas se identificó en 64 y 75 % respectivamente. Sólo en 38 % se pudo identificar la existencia de por lo menos dos criterios para la prescripción de oxigenoterapia. El costo bruto de las recetas suministradas que ampararon un total de 2198 pacientes con un promedio de seis meses de duración del tratamiento fue de 1 681 470 pesos mensuales, que equivale a un gasto promedio mensual sólo para oxígeno de 765 pesos por paciente.⁹

Con la vejez se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que en parte se asemejan a los de la misma EPOC. Entre estos cabe destacar un aumento del tejido colágeno pulmonar junto con una disminución de su elasticidad, un aumento de las resistencias respiratorias por la disminución del diámetro bronquiolar y una disminución de los flujos espiratorios con aumento del volumen residual. Además, se producen cambios en la caja torácica por la cifoscoliosis y calcificación de los cartílagos intercostales, disminuye la fuerza de los músculos respiratorios y existe una mayor reactividad bronquial. A las alteraciones fisiológicas que comporta la edad se suman las derivadas de la misma EPOC. Esto puede hacer caer a pacientes frágiles en la llamada cascada de la dependencia. Esta pérdida funcional se asocia en los ancianos con una

mayor mortalidad en caso de requerir ventilación mecánica invasiva y en una pérdida de las actividades de la vida diaria en los supervivientes. También son más frecuentes en los pacientes con EPOC grave la depresión, la malnutrición, el deterioro cognitivo o las caídas. Por el contrario, la ventilación mecánica no invasiva en mayores de 65 años y la rehabilitación respiratoria en los mayores de 75 tienen una utilidad similar a la de los pacientes más jóvenes.¹⁰

El grado de severidad de la EPOC, así como la mejoría postratamiento y la progresión de la enfermedad se han medido tradicionalmente por pruebas de fisiología pulmonar, específicamente el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1), el cual es aceptado como un parámetro objetivo de la obstrucción al flujo aéreo. Con la progresión de la enfermedad, los pacientes con EPOC experimentan una disminución en su calidad de vida (CV), con empeoramiento de la capacidad laboral y la pérdida gradual de su autonomía, transformando su relación con el entorno social e incrementando su dependencia a los sistemas de salud. Esta mayor dependencia puede ejemplificarse con las exacerbaciones de la enfermedad, que son la causa más frecuente de solicitud de atención médica, hospitalización y muerte intrahospitalaria entre los pacientes con EPOC.¹¹

Si la población mexicana ahora vive más años y en promedio muere a edades mayores, debemos destacar que ese incremento en la esperanza de vida no necesariamente garantiza un buen estado de salud pues el estudio de carga de la enfermedad de 2010 estimó que México presentaba una esperanza de vida saludable (sin discapacidad) de 67.1 años en las mujeres y de 63.6 años en los hombres, lo que significa que las mujeres viven 11.3 años de su vida –casi siempre la última etapa– con discapacidad y los hombres aproximadamente 10 años. El incremento en la esperanza de vida conlleva un proceso de pérdidas paulatinas y continuas de la salud en la medida en que avanza la edad y, por ello, es importante identificar las enfermedades que afectan a la población que sin llevar a la muerte sí afectan su desempeño, independencia, funcionalidad y calidad de vida. En 1990, las enfermedades transmisibles, de la nutrición y reproducción eran responsables de 38% de las defunciones, las no transmisibles contribuían con 48% y las lesiones con 14%. En cambio, en 2010 las enfermedades crónicas no transmisibles contribuyeron con

71% de la carga de enfermedad a expensas del descenso de las causas transmisibles, maternas, de la nutrición y reproductivas (15%), mientras las lesiones permanecieron con una contribución similar en el periodo. ¹²

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. ¹³

Podemos definir “la calidad de vida relacionada con salud” como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. ¹⁴

Con la progresión de la enfermedad, los pacientes con EPOC experimentan una disminución en su calidad de vida (CV), con empeoramiento de la capacidad laboral y la pérdida gradual de su autonomía, transformando su relación con el entorno social e incrementando su dependencia a los sistemas de salud. Esta mayor dependencia puede ejemplificarse con las exacerbaciones de la enfermedad, que son la causa más frecuente de solicitud de atención médica, hospitalización y muerte intrahospitalaria entre los pacientes con EPOC. ¹¹

Los cuestionarios de calidad de vida son instrumentos diseñados para poder cuantificar el deterioro de la salud del paciente. Se trata de dar una puntuación que represente la distancia existente entre el estilo de vida actual del sujeto ligado a su enfermedad y el estilo de vida deseado. El problema está en que habría que medir esa distancia utilizando un método que fuera reproducible, válido, capaz de detectar cambios y útil en la práctica clínica. Existen dos tipos de cuestionarios para evaluar la CVRS: genéricos y específicos. Los genéricos están diseñados para su empleo en pacientes con diferentes patologías,

por lo que cumplen un amplio rango de dimensiones, permiten realizar comparaciones entre grupos de pacientes con distinta enfermedad y facilitan la detección de problemas o efectos inesperados. Como principal desventaja frente a los específicos encontramos su menor sensibilidad para detectar cambios. Los cuestionarios específicos están específicamente diseñados para una determinada enfermedad o sin toma, por lo que son más sensibles en la detección de los efectos de las intervenciones terapéuticas. Además, son mejor aceptados por los pacientes, ya que incluyen sólo aquellas dimensiones relevantes de su patología.¹⁵

Dentro de estos últimos instrumentos el Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG), se desarrolló para evaluar la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas, como EPOC y asma. Debido a que el CRSG ha mostrado ser un instrumento válido, reproducible, y muy sensible para evaluar cambios después de una intervención terapéutica en pacientes con EPOC y asma, se ha incrementado el interés de los investigadores por ampliar su uso en los diferentes países de distintas lenguas. Ferrer y Cols, validaron el instrumento al lenguaje castellano, demostrando ser muy confiable, con una sensibilidad y especificidad altas. Un factor adicional, además del idioma, que puede influir en los resultados de un instrumento previamente validado es la cultura. En este sentido, la población con EPOC que acude al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), es muy diferente a la población hispana o anglosajona. Por no contar con un instrumento para evaluar la calidad de vida en EPOC en la población mexicana, decidimos probar la reproducibilidad de CRSG versión en español en pacientes de la cohorte de la Clínica de EPOC, en un hospital de 3er. Nivel. El cuestionario tiene la característica de ser auto aplicable. El CRSG consta de 50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso. Este instrumento se divide en tres categorías: a) Síntomas, el cual consta de ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos, b) Actividades, que contiene 16 reactivos de opción verdadero o falso y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a disnea, c) Impacto, que cuenta con 26 reactivos y se refiere a otras situaciones o aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectados por el o los problemas

respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente. La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida. A cada reactivo del cuestionario le corresponde un peso o puntaje dependiendo de la opción elegida por el sujeto y para los reactivos de cierto-falso solamente los de respuesta cierto tienen un puntaje. El cálculo del puntaje que corresponde a cada sujeto se hace por subescalas. Para el componente síntomas se suman los puntajes obtenidos de todos los reactivos de la parte 1, se dividen entre 662.5 y se multiplica por 100. En Actividades se suma el puntaje obtenido de la sección 2 y la sección 6, se divide entre 1,209.1 y se multiplica por 100. Impacto se calcula con la suma de los puntajes de las secciones 1,3,4,5 y 7, se divide entre 2,117.8 y se multiplica por 100. La total resulta de la suma del puntaje de las tres categorías y la división de éste entre 3,989.4 multiplicado por 100. El rango de puntuación va desde 0 hasta el 100 %. Entre menor sea el porcentaje, mayor es la calidad de vida y viceversa, entre mayor sea, menor es la calidad de vida. ¹⁶

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas (1), pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. ¹⁷

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 desfavorables¹⁸

El logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud. Debe prestarse especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, muy particularmente desde el campo de la psicología de la salud, al ser ésta la disciplina que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y, por ende, su investigación constituye un reto para los interesados en el tema. Hay problemas de naturaleza teórica y también en el aparato metodológico necesario para abordar un fenómeno con estas características, sobre todo en cuanto a diseños para su estudio y recursos instrumentales válidos y confiables que hagan posible realizar buenas evaluaciones de los niveles de adherencia y que, a su vez, atiendan a las particularidades de las diversas enfermedades.¹⁹

La prueba de Morisky-Green-Levine está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Por otra parte, es muy fácil de realizar en la farmacia comunitaria al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El costo promedio anual de un caso de EPOC es de 73 303 pesos. En esta enfermedad en particular las estimaciones de costos difirieron de manera importante según el grado de severidad de la enfermedad; así, el costo promedio anual de un caso de EPOC estable corresponde a 6 628 pesos y el de un EPOC exacerbado a 139 978 pesos. Está marcada diferencia se debe a que los casos severos con exacerbaciones requieren no sólo de un manejo hospitalario prolongado, sino de oxigenoterapia permanente, a través del programa de atención domiciliaria del enfermo crónico, lo que representa un costo promedio anual de 66 643 pesos.

Con la progresión de la enfermedad, los pacientes con EPOC experimentan una disminución en su calidad de vida (CV), con empeoramiento de la capacidad laboral y la pérdida gradual de su autonomía, transformando su relación con el entorno social e incrementando su dependencia a los sistemas de salud. Esta mayor dependencia puede ejemplificarse con las exacerbaciones de la enfermedad, que son la causa más frecuente de solicitud de atención médica, hospitalización y muerte intrahospitalaria entre los pacientes con EPOC.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracaso terapéutico, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.

En base a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No? 227?

JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable que se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo aéreo a causa de alteraciones de las vías aéreas o de los alvéolos usualmente producidas por una exposición significativa a partículas o gases nocivos, la EPOC es un problema de salud global ocupa los primeros cinco lugares de morbilidad crónica y de mortalidad a nivel mundial. Se ha proyectado que a nivel mundial la EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (DALYs) por enfermedades crónicas no transmisibles en el 2020 y que su importancia será mayor en el 2030. México no ha sido la excepción y, al igual que en otros países, la mortalidad general por EPOC ha aumentado en los últimos años. En el 2008, esta enfermedad fue la quinta causa de muerte, la sexta causa de muerte entre hombres y la cuarta causa de muerte entre mujeres.

Con la progresión de la enfermedad, los pacientes con EPOC experimentan una disminución en su calidad de vida (CV), con empeoramiento de la capacidad laboral y la pérdida gradual de su autonomía, transformando su relación con el entorno social e incrementando su dependencia a los sistemas de salud. Esta mayor dependencia puede ejemplificarse con las exacerbaciones de la enfermedad, que son la causa más frecuente de solicitud de atención médica, hospitalización y muerte intrahospitalaria entre los pacientes con EPOC.

El logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud.

La finalidad de realizar el estudio de investigación es conocer como es la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC, de acuerdo a la actitud que tiene el paciente de seguir o no las instrucciones médicas sobre su enfermedad, implicando la falta de aceptación sobre su padecimiento y su incidencia en el pronóstico, con los resultados obtenidos se analizara posibles estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento que de cumplirse este objetivo lograremos disminuir las exacerbaciones y

complicaciones conllevando a estandarizar e incidir en mejorar la calidad de vida en el paciente, familia y su entorno, así como reducción costos de la atención u hospitalización.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

A) General.

-Determinar la Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227.

B) Específicos.

-Identificar la Calidad de vida en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227

-Evaluar la Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227

- Identificar variables sociodemográficas en pacientes con EPOC con oxigenoterapia.

HIPOTESIS.

H₁ No Existe adecuada Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227.

H₀ Existe adecuada Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO:

La investigación se elaboró en la UMF No. 227 Ixtapan de la Sal. Ubicada en Avenida San Román S/N, Colonia Barrio de San Gaspar C.P. 51900. Teléfono 1-45-55-86, Municipio Ixtapan de la Sal, Estado de México. Cuenta con todos los servicios básicos agua potable, luz eléctrica y drenaje, así mismo está diseñada en una sola planta, donde se encuentra 1 consultorio médico, 1 consultorio de estomatología, 1 consultorio para medicina preventiva, 1 farmacia, 1 sala de espera, 1 cuarto para servicio administrativo y 1 cuarto destinado a la dirección, 1 área de atención medica continua el cual cuenta con 2 camas para hospitalización, y área de exploración, 1 baño para público en general, 2 baños para trabajadores destinados para hombres y mujeres respectivamente, 1 área de refrigeración para vacunas.

TIPOS DE ESTUDIO.

Descriptivo

Se realizo un estudio, según el:

- A. Por el control de la maniobra experimental por el investigador: **observacional.**
- B. Por la captación de información: **prospectivo.**
- C. Por la medición del fenómeno en tiempo: **transversal.**
- D. Por la presencia de un grupo control: **descriptivo.**
- E. En este estudio, no se realizarán comparaciones.
- F. Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: **abierto.**

GRUPO DE ESTUDIO.

El estudio se efectuó con pacientes derechohabientes que sean atendidos en la consulta externa de la UMF No. 227, de ambos turnos y cuenten con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con oxigenoterapia.

TAMAÑO DE MUESTRA.

La muestra se obtuvo mediante un método no probabilístico por conveniencia ya que se considerarán al 100% de los pacientes con diagnóstico de EPOC y que se encuentran en tratamiento con oxigenoterapia en la UMF No. 227, por lo que la muestra será de 32 pacientes.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes con diagnóstico de EPOC con oxigenoterapia, ambos sexos, sin rango de edad, que sean derechohabientes de UMF No. 227.
- Pacientes que firmen consentimiento informado para realización de este estudio.
- Pacientes que respondan el total de los Cuestionarios de Calidad de vida y Adherencia al tratamiento.
- Pacientes que sepan leer y escribir.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no quieran participar en el estudio.

C. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que no acepten o se rehúsen a continuar con la aplicación de los Cuestionarios de Calidad de vida y Adherencia al tratamiento.
- Pacientes que tengan incompletos los Cuestionarios de Calidad de vida y Adherencia al tratamiento.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

- I. Variable independiente: pacientes con EPOC oxigenoterapia.
- II. Variable dependiente: Calidad de Vida y Adherencia al Tratamiento.
- III. Variable universal: edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL
EDAD	Cuantitativa Continua.	Años cumplidos	La referida por el paciente en la ficha de identificación y se registrara en años cumplidos.	Tiempo que ha vivido una persona. ²¹
SEXO	Cualitativa Nominal dicotómica	1=FEMENINO 2= MASCULINO	La referida por el paciente en la hoja de recolección de datos según sexo del paciente se clasificará en masculino o femenino.	Condición orgánica, masculina o femenina. ²²
OCUPACIÓN.	Cualitativa Nominal	1.- empleado. 2.- desempleado 3.- jubilado. 4.- otro.	La Actividad económica que realiza el paciente referido en la ficha de identificación.	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. ²³
ESCOLARIDAD	Cualitativa Nominal	1.- analfabeta. 2.-primaria. 3.Secundaria. 4.-bachillerato. 5.- licenciatura.	La referida por el paciente en la ficha de identificación.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ²⁴
ESTADO CIVIL.	Cualitativa Nominal	1.- soltero. 2.- casado. 3.- viudo. 4.-union libre. 5.- divorciado. 6.-separado	Estatus social del individuo ante la sociedad la cual será referida por el paciente en la ficha de identificación.	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. ²⁵
		1.- SI.	La referida por el paciente al interrogatorio y con nota de referencia de	Es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable que se caracteriza por la presencia de síntomas

EPOC	Cualitativa Nominal Dicotómica.	2.- NO.	segundo nivel con indicación de uso de oxígeno suplementario como tratamiento.	respiratorios persistentes y limitación del flujo aéreo a causa de alteraciones de las vías áreas o de los alvéolos usualmente producidas por una exposición significativa a partículas o gases nocivos. ¹
CALIDAD DE VIDA	Cualitativa Ordinal	1.- Mínima alteración. 2.-Moderada alteración. 3. Máxima alteración.	Mediante el resultado obtenido del instrumento Cuestionario Respiratorio de Saint George, será aplicado mediante entrevista personalizada.	Como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. ¹⁴
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Cualitativa Nominal Dicotómica.	1= CUMPLIDOR 2= NO CUMPLIDOR	Mediante el resultado obtenido del instrumento Morinsky Green Levine se valora el grado de adherencia al tratamiento.	Como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. ¹⁸

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Previo envío al SIRELCIS y autorización por el CLIES, se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal descriptivo y abierto en la Unidad de Medicina Familiar No. 227 ubicada en Ixtapan de la Sal, Estado de México, con el objetivo de determinar la Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia. Incluyendo a los pacientes con EPOC oxigenodependientes de ambos géneros sin importar la edad excluyendo aquellos que no deseen participar en el estudio se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia incluyendo al 100 por ciento de la población de pacientes con EPOC oxigenodependientes. Se realizo cuestionario expreso incluyendo los cuestionarios de Saint George para determinar la Calidad de Vida que consta de 50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso dividiéndose en tres categorías; Síntomas, el cual consta de ocho reactivos, actividades que contiene 16 reactivos de opción verdadero o falso e Impacto que cuenta con 26 reactivos. La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida. El Cuestionario de Morinsky Green para adherencia terapéutica el cual consta de 4 preguntas respondiendo si o no dando como resultado apego con 4 preguntas correctas. Así mismo se buscó variables sociodemográficas.

ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos del estudio de investigación, fueron recolectados y ordenados y el análisis, se realizo con el programa Stadiccs Package for Social Sciences (SPSS 22.0, Chicago, Il.) para comprobación de hipótesis se utilizará chi cuadrada para variables no paramétricas con valor de $p < 0.05$ se representarán resultados mediante tablas de salida gráficas de Pareto.

RECURSOS HUMANOS, ETICOS, FISICOS.

RECURSOS HUMANOS

- ❖ El presente estudio fue realizado por el investigador principal y asesor Metodológico.

RECURSOS FÍSICOS

- ❖ Libreta de trabajo.
- ❖ 32 lápices del Número 2.
- ❖ 32 bolígrafos.
- ❖ 32 marca textos.
- ❖ Una computadora personal laptop con programa de Windows 10 y tenga programa Excel, para la captura de datos y análisis estadístico de los mismos.
- ❖ 1 consultorio médico.
- ❖ 32 hojas de Consentimiento Informado.
- ❖ 32 cuestionario Respiratorio Saint George para determinar calidad de vida.
- ❖ 32 hoja del Test de Morinsky Green Levine para determinar adherencia terapéutica

RECURSOS ÉTICOS.

El presente estudio se realizó bajo las siguientes leyes:

Ley general de salud en Materia de Investigación en salud:

Establece que la investigación en seres humanos debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica. Solo puede practicarse cuando el conocimiento no pueda obtenerse por otro medio idóneo, contar con el consentimiento informado del sujeto de investigación y privilegia los beneficios contra riesgos, suspendiéndose la investigación si estos sobreviven. La investigación debe ser realizada por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias.

Declaración de Helsinki (1964)

Esta declaración introduce en su enmienda la revisión de las investigaciones por un comité de ética independiente de los investigadores y da origen a los comités de ética para la investigación a nivel internacional.

PROY-NOM-012-SSA3-2007, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

La cual especifica cómo debe llevarse a cabo la revisión y aprobación de los protocolos en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación

RECURSOS FINANCIEROS:

- ❖ El financiamiento de este protocolo correrá a cargo del investigador

RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto. Se recolectó la información de 32 pacientes con Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 227 "Ixtapan de la Sal" durante el período comprendido entre enero de 2018 a junio de 2018.

La recolección de datos se realizó en forma y tiempo estimado, mencionando que durante el análisis de estudio no se encontraron cuestionarios que cumplieran con criterios de eliminación.

Se recolectaron diversas variables sociodemográficas tales como edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, los resultados se muestran en el (cuadro 1).

De los 32 pacientes, se observó que la edad mínima corresponde a 32 años, mientras que la edad máxima fue de 96 años, la media de edad corresponde a 70.78, observando una mediana de 70.5 y una moda de 59 para nuestra población.

De acuerdo con los datos obtenidos, en relación con el sexo se observó que el 59.4% (n=19) de los pacientes son del sexo masculino y 40.6% (n=13) del sexo femenino. **(Grafica 1)**

En lo referente a la ocupación, la mayor parte de los sujetos de estudio tiene como ocupación principal ser jubilados 50%(n=16), seguido de aquellos con otras ocupaciones con un 28%(n=9), empleados 15.6%(n=5) y desempleados 6.3%(n=2) **(Grafica 2)**.

Con respecto a la escolaridad, la mayor parte de los sujetos de estudio tiene como educación la primaria 65.6%(n=21), seguido de aquellos con nivel secundaria 15.6%(n=5), analfabetas con 15.6% (n=5) y solo 3.1%(n=1) presentaban bachillerato, a nivel licenciatura no respondió ningún paciente **(Grafica 3)**.

Con relación al estado civil de los sujetos de estudio, se encontró que el mayor porcentaje fue de 53.1% (n= 17) los cuales eran casados, 31.3%(n=10) viudos, 6.3%(n=2) divorciados y 3.1%(n=1) correspondían a “solteros, en unión libre y divorciados” (**Grafica 4**).

Además, se tomaron en cuenta las variables clínicas (no paramétricas) en donde se puede observar la calidad de vida y adherencia al tratamiento (**Cuadro 2**).

En cuanto al rubro de adherencia al tratamiento se encontró: que el 68.8%(n=22) tienen buen apego al tratamiento, mientras 31.3%(n=10) no lo tienen apego (**Grafica 5**).

En el apartado de calidad de vida se observó: 40.6%(n=13) van a tener mínima alteración, 50.0%(n=16) con moderada alteración y 9.4%(n=3) con máxima alteración (**Grafica 6**).

De acuerdo a la calificación obtenida con el cuestionario Respiratorio Saint George para determinar calidad de vida y el Test de Morinsky Green Levine encontramos los siguientes resultados:

En el rubro de mínima alteración en la calidad de vida se obtuvo un total de 40.6%(n=13), de los cuales 25%(n=8) eran sujetos cumplidores en su apego al tratamiento, en comparación con un 15.6% (n= 5) de sujetos no cumplidores.

En el rubro de moderada alteración en la calidad de vida se obtuvo un total de 50%(n=16), de los cuales un 37.5% (n=12) son sujetos cumplidores en apego a su tratamiento, en comparación con un 12.5% (n= 4) de sujetos no cumplidores.

Y finalmente en el rubro de máxima alteración en la calidad de vida se obtuvo un total de 9.3%(n= 3), de los cuales el 6.2% (n=2) son sujetos cumplidores en apego a su tratamiento en comparación con un 3.1% (n= 1) de sujetos no cumplidores (**Grafica 7**).

Se obtuvo una chi-cuadrada de Pearson calculada de .612, grados de libertad:2, p:0.73 por lo que se acepta la hipótesis nula (**Cuadro 2**).

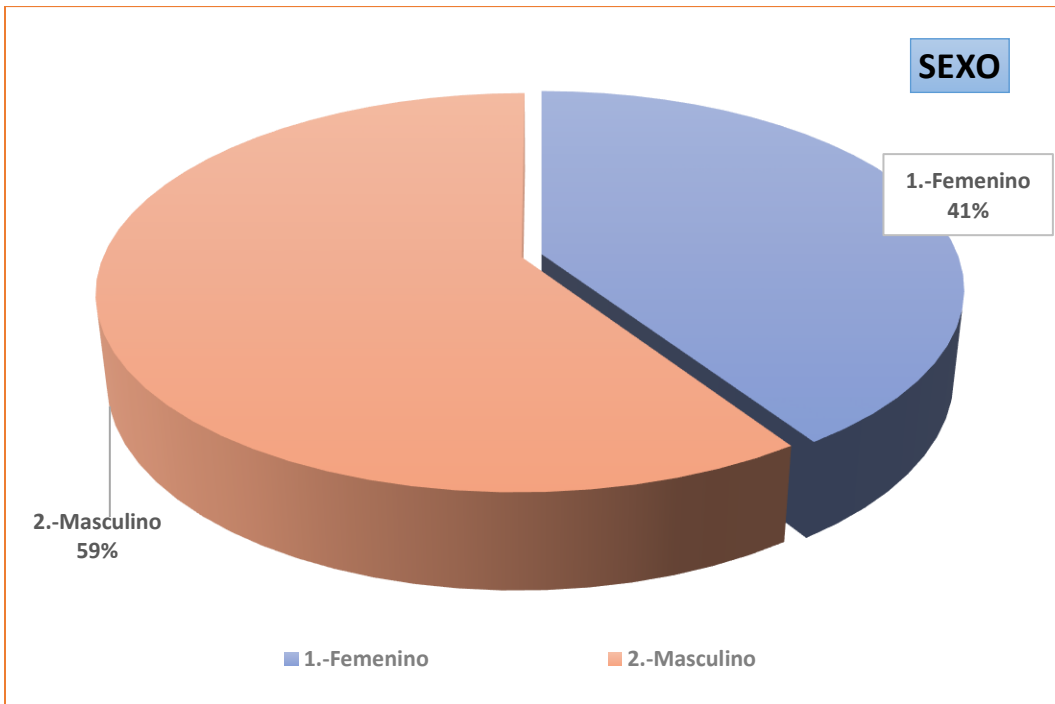
TABLAS (CUADROS) Y GRAFICOS.

Cuadro 1. Características generales de las variables

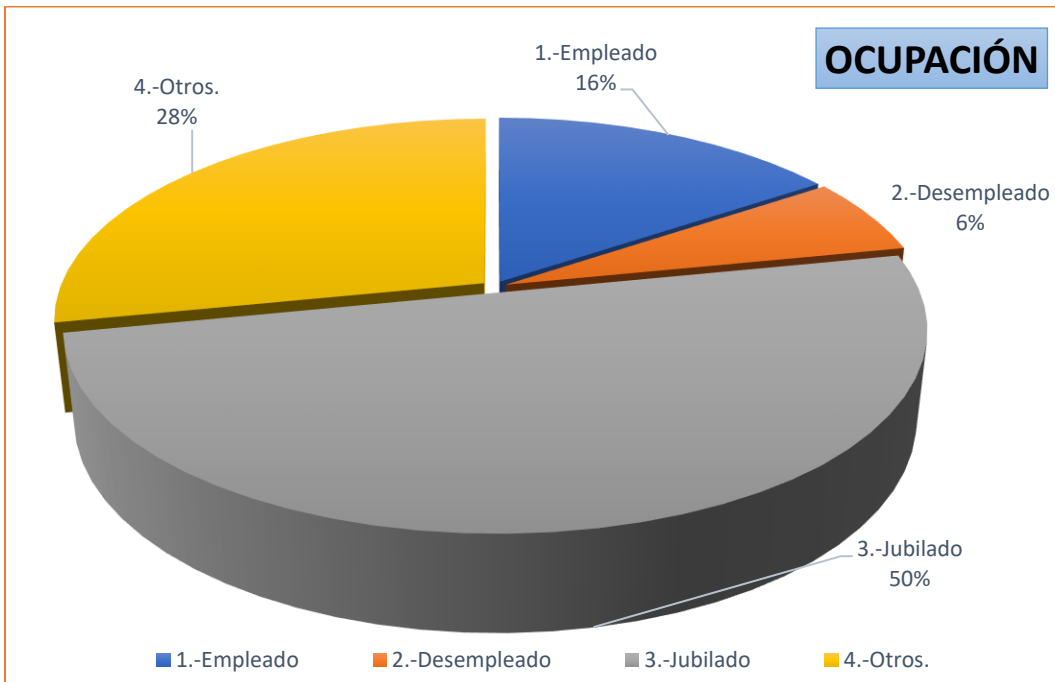
VARIABLE	OPCIONES DE RESPUESTA	VALOR	
EDAD	Edad (promedio)	70.8	
	Edad (mediana)	70.5	
SEXO	1.-Femenino	13	40.6%
	2.-Masculino	19	59.4%
OCUPACION	1.-Empleado	5	15.6%
	2.-Desempleado	2	6.3%
	3.-Jubilado	16	50.0%
	4.-Otros.	9	28.1%
ESCOLARIDAD	1.-Analfabeta	5	15.6%
	2.- Primaria	21	65.6%
	3.- Secundaria	5	15.6%
	4.- Bachillerato	1	3.1%
	5.- Licenciatura	0	0.0%
ESTADO CIVIL	1.- Soltero	1	3.1%
	2.- Casado	17	53.1%
	3.- Viudo	10	31.3%
	4.- Unión Libre	1	3.1%
	5.- Divorciado	1	3.1%
	6.- Separado	2	6.3%

Cuadro 2. Características generales de las variables de respuesta

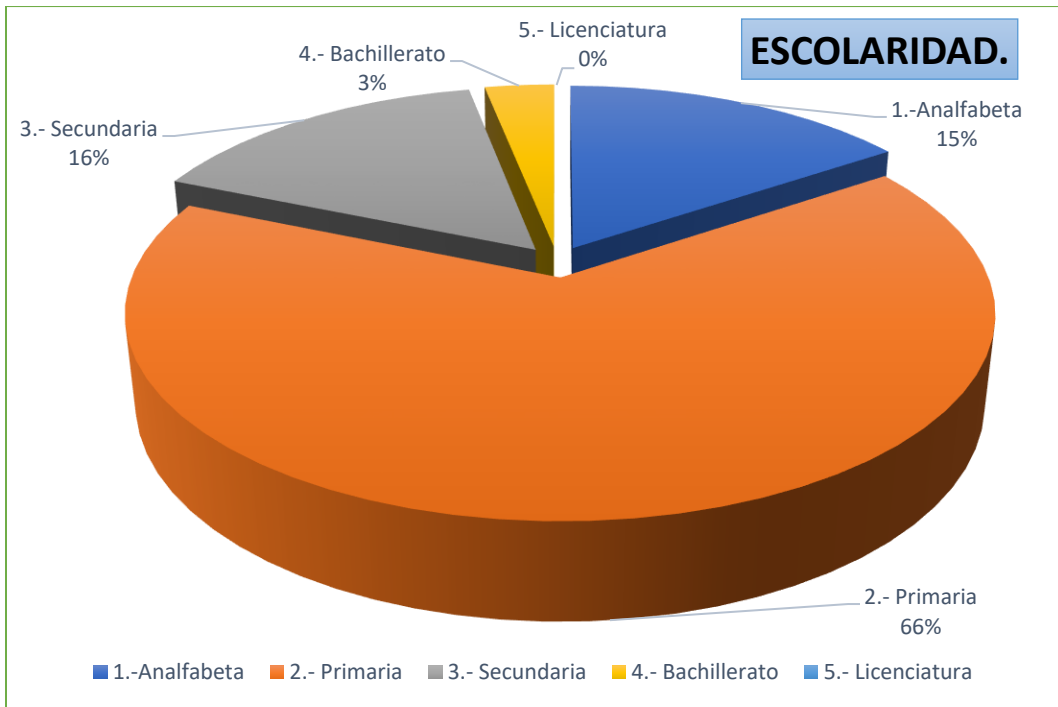
Variable de respuesta	Opciones de respuesta	Valor	
PADECE EPOC	1.- SI	32	100.0%
	2.- NO	0	0.0%
ADHERENCIA A TRATAMIENTO	1.- SI	22	68.8%
	2.- NO	10	31.3%
CALIDAD DE VIDA	1.-Minima Alteración	13	40.6%
	2.-Moderada alteración	16	50.0%
	3.-Maxima Alteración	3	9.4%
Valor de Chi-Cuadrada .612	Grados de Libertad: 2	P: .737	



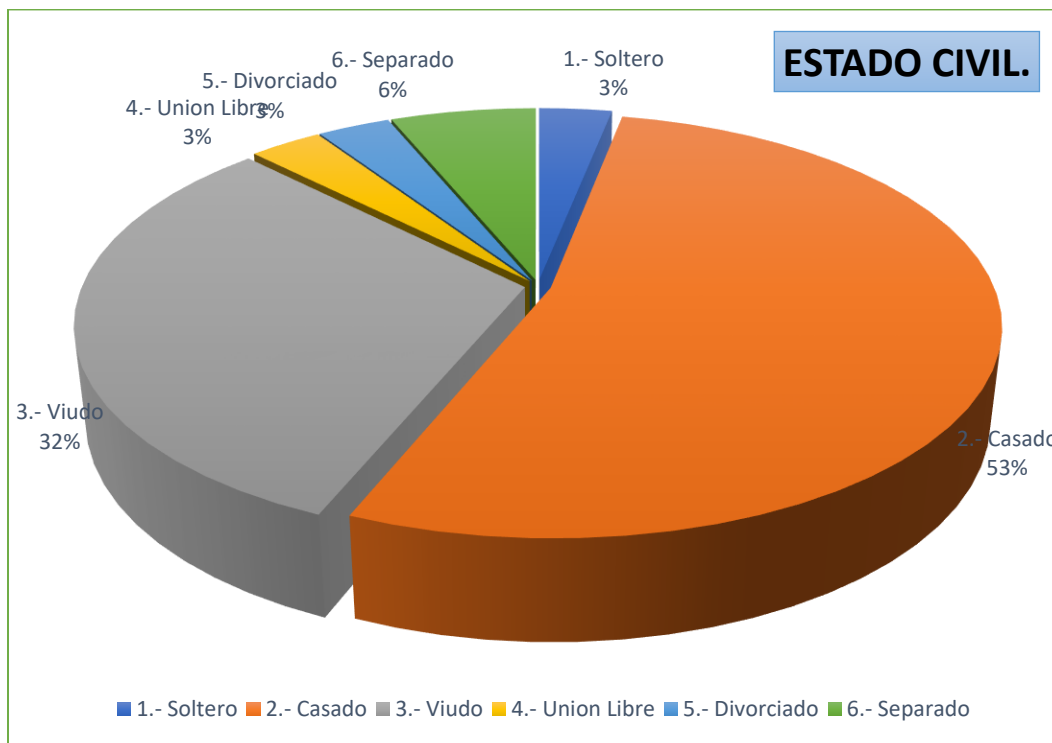
Grafica 1. Características generales de las variables en base a su sexo.



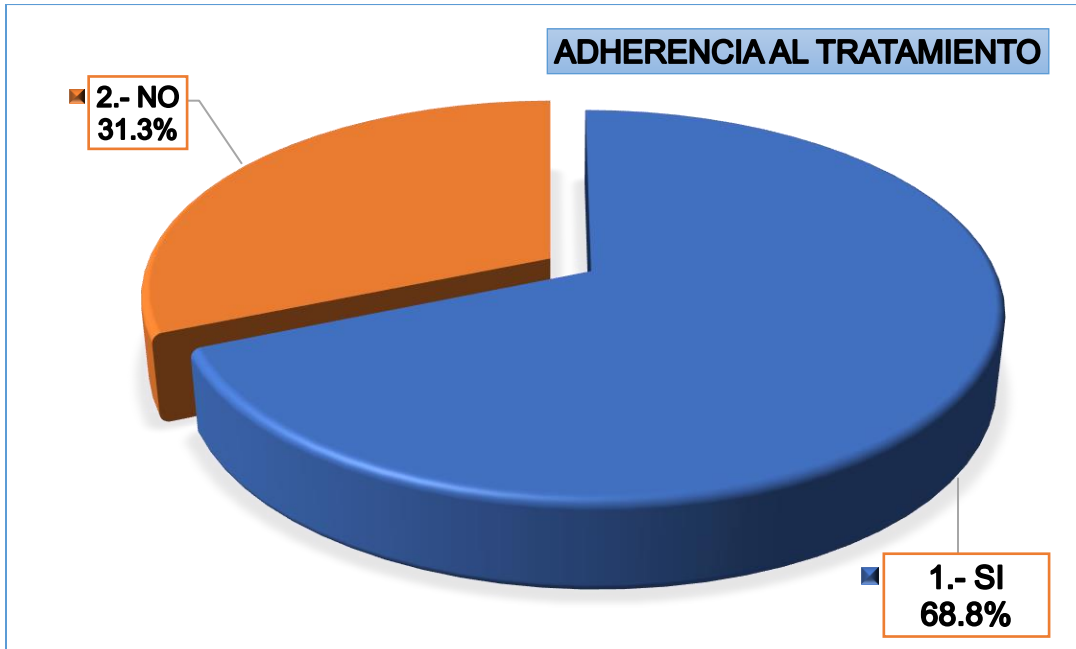
Grafica 2. Características generales de las variables en base a su ocupación.



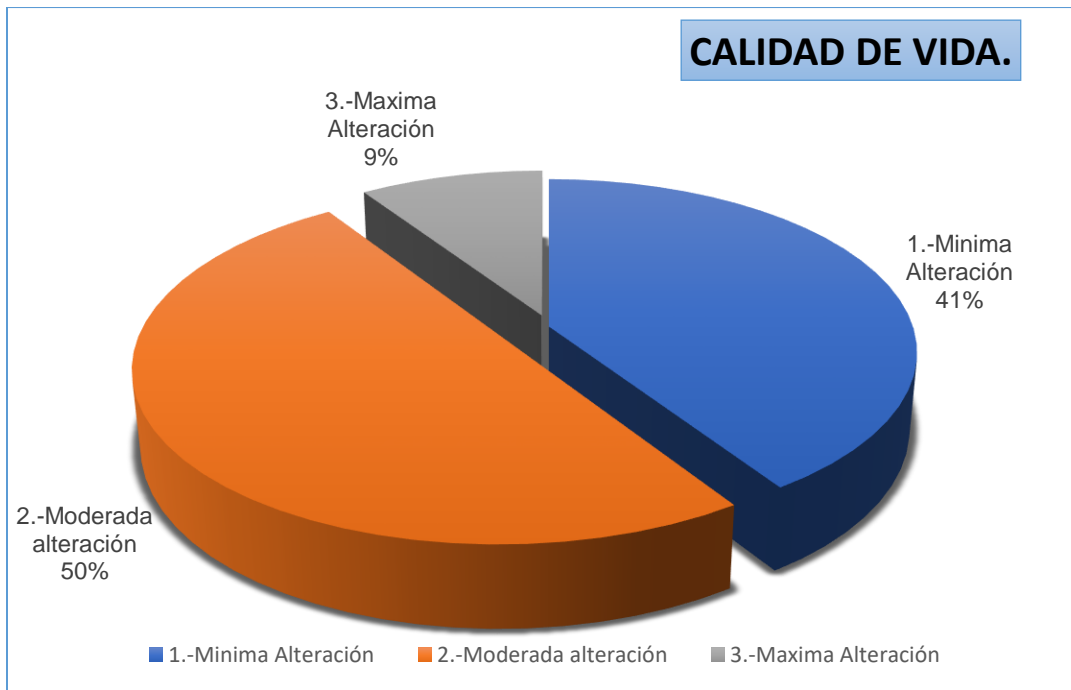
Grafica 3. Características generales de las variables en base a su escolaridad.



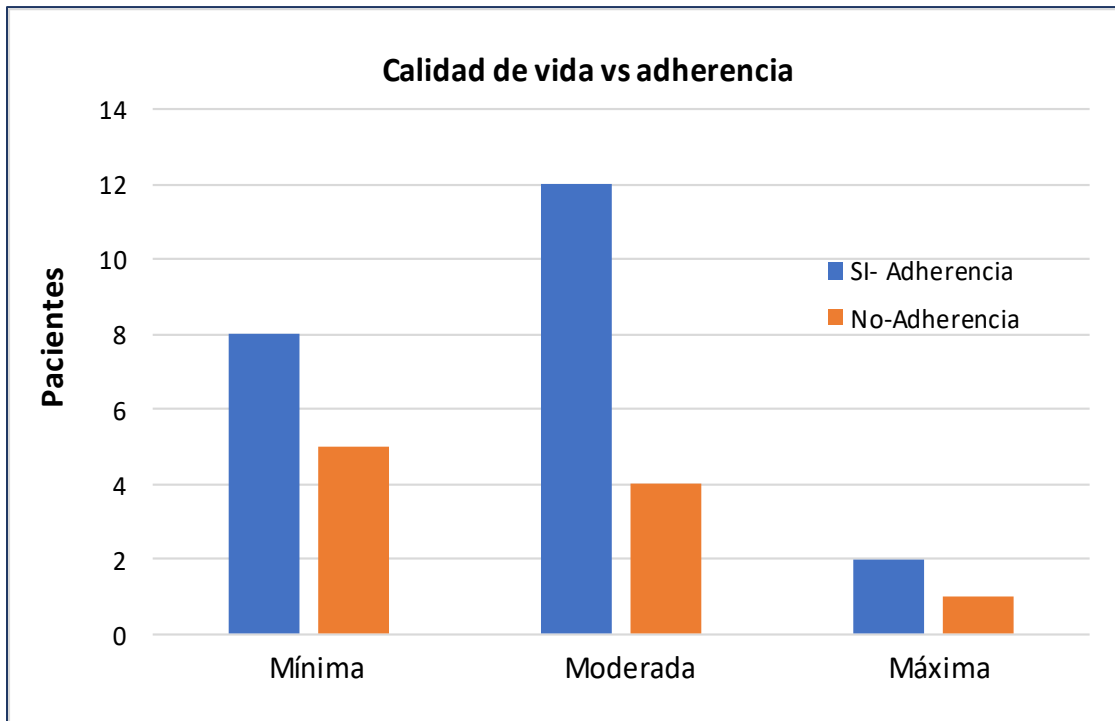
Grafica 4. Características generales de las variables en base a su estado civil.



Grafica 5. Características generales de las variables en base a su Adherencia al Tratamiento.



Grafica 6. Características generales de las variables en base a su Calidad de Vida.



Grafica 7. Calidad de Vida vs Adherencia al Tratamiento de los pacientes. Los datos se analizaron por la prueba no paramétrica Chi cuadrada utilizando correlación de Pearson

DISCUSION.

En el presente estudio uno de los objetivos específicos era identificar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF no. 227 así como las variables sociodemográficas de nuestra población en estudio, razón por la cual se realiza este análisis de los resultados obtenidos

La EPOC ocupa los primeros cinco lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo y su prevalencia en personas mayores de 40 años de edad es más del 10%. A pesar de la complejidad para medir su prevalencia, se puede afirmar que en muchos países desarrollados está aumentando, que es mayor en fumadores que en exfumadores, en individuos de más de 40 años de edad y es mayor en hombres que en mujeres; sin embargo, el perfil etario está cambiando, y si bien antes se consideraba a la EPOC como una enfermedad de los fumadores viejos, actualmente los datos muestran una alta prevalencia de la enfermedad en edad laboral, donde el 70% de los pacientes son menores de 65 años. 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).²

En este estudio se recolectó la información de 32 pacientes identificando una edad mínima correspondiente a 32años, mientras que la edad máxima fue de 96años y su media de edad corresponde a 70.78, observando una mediana de 70.5 para nuestra población, de esa misma población estudiada se observó que el 50 % de la población total correspondían a jubilados, por lo que nos orienta que nuestra población está muy alejada de ser la edad promedio de prevalencia a nivel mundial además de no estar en concordancia con el estudio Platino., de que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica presentaba alta prevalencia en menores de 65años o en edad laboral.

Otros factores de riesgo que se han descrito son la edad, el sexo, el envejecimiento pulmonar, las infecciones respiratorias repetidas del niño o adulto en edades tempranas y factores socioeconómicos. La mayoría de estos factores asociados con el desarrollo de EPOC no pueden ser modificados. La prevalencia de la EPOC aumenta con la edad y es

más frecuente en hombres, pero este hecho parece estar más relacionado con el efecto acumulativo de otros factores de riesgo a los que se ha expuesto el individuo a lo largo de la vida que con la edad o el sexo. En las clases sociales más desfavorecidas existe un mayor número de factores que se asocian al desarrollo de la enfermedad: mayor consumo de alcohol tabaco, peores condiciones de las viviendas, infecciones frecuentes en la infancia y menos recursos sanitarios. ⁵

Dentro del rubro en relación con el sexo se observó que el 59.4% de los pacientes son del sexo masculino y 40.6% del sexo femenino, coincidiendo nuestros resultados con lo reportado en la literatura, esto se explica nuestra comunidad la principal fuente de trabajo a la que se dedican los hombres es la minería, por lo que se deduce cuentan con doble o mayor exposición crónica a material de biomasas, polvos, químicos y tabaco.

En cuanto a la escolaridad se observó que el 65% solo tenían el nivel de educacional primaria, seguido de aquellos con nivel educacional de secundaria 15.6% y analfabetas con 15.6%, por lo que tanto se trata de una población con un nivel educativo bajo, deduciendo que no tienen hábitos como lo es la lectura por lo tanto no tuvieron la oportunidad o el interés necesario para adquirir conocimientos relacionados con las consecuencias de exposición a factores de riesgo relacionados para desarrollar esta enfermedad.

Con respecto al estado civil de los sujetos de estudio, se encontró que el mayor porcentaje 53.1% son casados, en cambio el 3.1% que corresponde a “solteros, en unión libre y divorciados” como podemos observar con estos resultados el mayor porcentaje se sitúa en pacientes casados teniendo que más de la mitad van a ser cumplidores en su apego al tratamiento teniendo mínima alteración en su calidad de vida, por lo que se entiende que esta de la población de estudio va a contar con redes de apoyo en casa, dando protección y cuidados al paciente y evitando carencia afectivas que conlleven al mal manejo y mala calidad de vida.

Es importante mencionar que dentro de nuestros alcances encontrados en nuestra investigación logramos comparar a los individuos estudiados con respecto a la calidad de vida y su adherencia al tratamiento, se observó que la mayoría de los pacientes tienen una buena adherencia al tratamiento (68%) y moderado impacto en la calidad de vida (50%), lo que probablemente signifique que cuando los pacientes mantienen un adecuado tratamiento, está directamente relacionado con que presenten una mejor calidad de vida, lo que le traerá consecuencias positivas, al mejorar su calidad de vida y disminuyendo las complicaciones asociadas, sin embargo un 9% de la población estudiada aproximadamente cuenta con máxima alteración en su calidad de vida teniendo mal apego terapéutico, por lo que un alcance de esta investigación fue haber logrado identificar a estos pacientes.

CONCLUSIONES

Se determinó la Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia de la UMF No. 227, mediante la aplicación del Cuestionario Respiratorio Saint George y el Test de Morinsky Green Levine siendo un método eficaz de tamizaje de manera rutinaria en el consultorio de medicina familiar, ya que son sencillos, eficaces, auto- aplicables. Las variables más frecuentes fue edad en promedio de 70 años, predominando el sexo masculino (59.4%), estado civil casado (53.1%); el (50%) son adultos mayores no trabajadores o jubilados y con educación primaria (65.6%). Se realizó prueba estadística bivariada con chi cuadrada para variables no paramétricas obteniendo un resultado .612, gl:2, p: 0.737 por lo que se acepta la hipótesis nula

En la bibliografía reportada menciona que no se tiene una adecuada calidad de vida per se a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ya que conlleva a una gran lista de factores como el estar conectado al oxígeno por largas horas, falta de apego a los familiares sin poder realizar actividades cotidianas; sin embargo en nuestro estudio solo 1 paciente tuvo una mala calidad de vida con mal apego a tratamiento posiblemente debido a que no cuenta con grupos de apoyo o cuidador primario que le permita mejorar en cuanto al problema crónico que se presenta e inclusive por un reciente inicio de detección de la enfermedad lo que puede sugerir una fase de duelo.

Se sugiere para este tipo de pacientes con Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica con oxígeno terapia un inicio con equipo multidisciplinario incluyendo área de medicina preventiva, trabajo social y psicología para amortiguar el duelo y mejorar las condiciones físicas y emocionales que con lleva.

Aunque no se encuentra una relación estadísticamente significativa, tiene un poder clínico ya que los pacientes con oxígeno terapia sugieren un mejor apego a tratamiento debido al apoyo de su familia permitiendo una pronta resiliencia e incorporación a sus actividades diarias.

Se cumple con el objetivo general de la investigación que es determinar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con epoc con oxigenoterapia en control en la

UMF No. 227. Este estudio de investigación será un precedente para nuevos proyectos con mejores diseños de investigación.

De acuerdo a lo presentado anteriormente la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, a pesar de ser una de las principales causas de morbilidad crónica a nivel mundial, puede llegar a ser un padecimiento controlable en la mayoría de los casos, pero al no cumplir con un adecuado apego al tratamiento puede aumentar sus morbilidades impactando directamente en la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ¹ Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. Arch Bronconeumol.2017;53(3):129
- ² Sansores R, Ramírez-Venegas A, et al. 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. Neumo Cir Torax 2012;71(1):4-89.
- ³ Martínez BD, Fernández PM, García SM, Pérez PR. La carga económica de la EPOC. Análisis de los costos a nivel internacional. Neumol Cir Torax. 2011; 70:118-126.
- ⁴ Reynales SL, Juárez MS. Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos. Salud Pública de México. 2005; 47(6):451-457.
- ⁵ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2011/6:1-187
- ⁶ Luna P, Asensio CO, Cortell AI, Martínez C, Gómez AB, Pérez RE, et al. Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. An Pediatr(Barc).2009;71(2):161–174.
- ⁷ Rodríguez GJ, Alcázar NB, Alfageme MI, Díaz LS. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Monogr Arch Bronconeumol. 2015;2(5):138-155.
- ⁸ Ortega RF, Díaz LS, Galdiz IJ, García RF, Güell RR, Morante VF, et al. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Arch Bronconeumol. 2014;50(5):185-200
- ⁹ Rico MF, Vázquez SB, Díaz VM, Barquera S, Múgica HJ. Uso y abuso de la prescripción de oxígeno en el domicilio.Rev Med IMSS.2003; 41 (6): 473-480.
- ¹⁰ Almagro MP, Llordes LM. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(1):33-37.
- ¹¹ Duran ML, Cisneros SF, Gutiérrez RE. Calidad de vida en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: experiencia de un hospital del occidente, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(3):380-385.
- ¹² Lozano R, Gómez DH, Garrido LF, Jiménez CA, Campuzano RJ, Franco MF, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y los desafíos para el sistema de salud en México. Salud Publica Mex 2013;55(6):580-594.

¹³ Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. CIENCIA Y ENFERMERIA. 2003; 9(2): 9-21.

¹⁴ Urzuam A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile. 2010; 138: 358-365.

¹⁵ Velarde JE, Avila FC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex. 2002;44(4):: 349-361.

¹⁶ Aguilar EM, Sotelo MM, Lara RA, García FA, Sansores MR, Ramírez VA. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2000; 13(2): 85-95.

¹⁷ Sánchez RO. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.2005; 29(2): 40-48

¹⁸ Salinas CE, Nava GM. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex).2012; 11(2):102-104.

¹⁹ Martin AI, Grau AJ. LA INVESTIGACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA COMO UN PROBLEMA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD. PSICOLOGIA Y SALUD. 2004;14(1):89-99.

²⁰ Rodríguez CM, García JE, Busquets GA, Rodríguez CA, Pérez ME, Faus DM, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España. 2009; 11(4): 183-191.

²¹ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (23ª edición) [actualizado en octubre del 2014; citado el 27 de mayo del 2017]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>

²² Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (23ª edición) [actualizado en octubre del 2014; citado el 27 de mayo del 2017]. Disponible <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>

²³ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (23ª edición) [actualizado en octubre del 2014; citado el 27 de mayo del 2017]. Disponible <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>

²⁴ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (23ª edición) [actualizado en octubre del 2014; citado el 27 de mayo del 2017]. Disponible <http://dle.rae.es/?id=GGo9EjU>

²⁵ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (23ª edición) [actualizado en octubre del 2014; citado el 27 de mayo del 2017]. Disponible <http://dle.rae.es/?id=GjqhajH>

ANEXO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Calidad de vida y Adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 227, Ixtapan de la Sal, Estado de México.
Número de registro:	R-2017-1505-28
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia en control en la UMF No. 227.
Procedimientos:	Aplicación de 2 cuestionarios: Test de Morinsky Green Levine para conocer la Adherencia al Tratamiento, Cuestionario respiratorio Saint George para medición de calidad de vida.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos, inconvenientes, ni molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El estudio nos permitirá determinar la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC con oxigenoterapia lo cual servirá para establecer estrategias de prevención que ayuden a evitar complicaciones de la enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Existe compromiso de proporcionar la información actualizada que se obtenga del estudio.
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin afectar posterior la atención medica que se le brinda en la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales serán manejados de manera confidencial y los resultados se darán a conocer solo con fines académicos
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DR JORGE ALFREDO MIRANDA CRESCENCIO.
Colaboradores:	DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO
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

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

Instrucciones: Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas. Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro(a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

Parte 1

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

1. Durante el último año, he tenido tos

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos)

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

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

- Más de tres ataques
- Tres ataques
- Dos ataques
- Un ataque
- Ningún ataque

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

- Una semana o más
- De tres a seis días
- Uno o dos días
- Menos de un día

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

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

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

- No
- Sí

Parte 2

Sección 1

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

- Es el problema más importante que tengo
- Me causa bastantes problemas
- Me causa pocos problemas
- No me causa ningún problema

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

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

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

Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.	Cierto	Falso.
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.	Cierto	Falso.
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.	Cierto	Falso.

Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.	Cierto	Falso.
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.	Cierto	Falso.
Me falta la respiración al caminar de subida.	Cierto	Falso.
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.	Cierto	Falso.

Sección 3

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

Me duele al toser.	Cierto	Falso.
Me canso cuando toso.	Cierto	Falso.
Me falta la respiración cuando hablo.	Cierto	Falso.
Me falta la espiración cuando me agacho.	Cierto	Falso.
La tos o la respiración interrumpen mi sueño.	Cierto	Falso.
Fácilmente me agoto.	Cierto	Falso.

Sección 4

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

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

Sección 5

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

Mis medicamentos no me ayudan mucho	Cierto	Falso.
Me apena usar mis medicamentos en público.	Cierto	Falso.
Mis medicamentos me producen efectos desagradables	Cierto	Falso.
Mis medicamentos afectan mucho mi vida.	Cierto	Falso.

Sección 6

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

Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.	Cierto	Falso.
No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.	Cierto	Falso.
Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.	Cierto	Falso.
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar.	Cierto	Falso.
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar.	Cierto	Falso.
Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.	Cierto	Falso.
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche.	Cierto	Falso.
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.	Cierto	Falso.
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia.	Cierto	Falso.

Sección 7

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

No puedo hacer deportes o jugar	Cierto	Falso.
No puedo salir a distraerme o divertirme.	Cierto	Falso.
No puedo salir de casa para ir de compras.	Cierto	Falso.
No puedo hacer el trabajo de la casa.	Cierto	Falso.
No puedo alejarme mucho de la cama o la silla.	Cierto	Falso.

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

Ir a pasear o sacar al perro

Hacer cosas en la casa o en el jardín

Tener relaciones sexuales

Ir a la iglesia o a un lugar de distracción

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

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:
