

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“Estudio de los factores de riesgo y de la calidad de vida en
pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Una
mirada desde la Promoción de la Salud”**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A N:

ANGÉLICA MATEO SEGUNDO

NADIA MARIA NAYELI VÁZQUEZ CAMPOS

Directora de tesis:

Mtra. Blanca Patricia Arroyo Arista

México, D.F. marzo 2016

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

JURADO ASIGNADO

Presidente: Mtra. **Blanca Patricia Arroyo Arista**

Secretario: Dr. **Israel López Reyes**

Vocal 1: Mtro. **David Briseño Martínez**

Vocal 2: Biól. **Patricia Mena Colchado**

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. BLANCA PATRICIA ARROYO MENA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios, por permitirnos alcanzar una meta más en nuestras vidas.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por todos los conocimientos adquiridos durante nuestro proceso de formación académica, así como por el apoyo económico otorgado para la impresión y/o empastado de la presente tesis.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por permitirnos formar parte de tan valioso proyecto de investigación.

A la Mtra. Blanca Patricia Arroyo Arista por su gran dedicación, paciencia y apoyo constante.

Al Mtro. David Briseño Martínez por darnos las bases principales, ayudarnos en todo momento, impulsarnos, pero sobre todo por sus innumerables enseñanzas.

A nuestros sinodales: Biól. Patricia Mena Colchado, Dr. Israel López Reyes, Mtro. Diego Juan Reyes Baza, por su aportación y tiempo dedicado para la revisión de este trabajo.

A nuestros profesores y compañeros de clase, que nos motivaron a seguir adelante.

Finalmente a todas aquellas personas que confiaron en nosotras y fueron parte importante para la realización de este trabajo de investigación.

A todos ¡muchas gracias!

Angélica Mateo Segundo y Nadia Vázquez Campos

Dedicatoria

A Dios por darme la bendición de llegar a este momento.

*A mis abuelitos **María Magdalena** y **Agustín**, que son mi ejemplo a seguir, por demostrarme que no importa la edad para lograr un objetivo.*

*A mis padrinos **Tomás^t** y **Esperanza^t**, por acogerme en el seno de su familia, y con cariño enseñarme el sentido de la responsabilidad.*

*A mi papá **Hilario** cuya forma de ser, me impulso a concluir esta etapa.*

*A mi hermano **Sergio^t**, porque en su momento me enseñó que con dedicación, y esfuerzo se puede llegar lejos con tan solo los medios básicos necesarios.*

*A mi mamá **Francisca** y hermana **María Cristina** “mis dos grandes guerreras”, en la lucha por conservar la vida, enfrentando con valentía la enfermedad. De ellas aprendí a no darme por vencida por muy difíciles que fueran las situaciones.*

*A mi sobrino **Itzae Leobardo** por ser un milagro de vida.*

*A la persona que hoy en día es mi compañero, cómplice, amigo y gran amor **Alonso**.*

*A los profesores, amigos y colegas de la **UACM***

El proceso no fue fácil, por ello dedico este esfuerzo a las personas antes mencionadas con amor filial.

Angélica Mateo Segundo.

Dedicatoria

A Dios por darme la oportunidad de alcanzar un objetivo más en mi vida.

A mi padre Jorge por ser un ejemplo de lucha constante para lograr mis metas.

A mi madre Magdalena, por su apoyo, motivación, paciencia, consejos, valores, pero sobre todo por su amor incondicional.

A mis hermanos, Jorge, Juan y Magaly, por formar parte de mi vida.

A Diego por su apoyo, compañía en todo momento, siempre con el consejo oportuno para ayudarme, pero sobre todo por su amor.

A mi familia en general, por impulsarme a salir adelante.

A mis amigos, maestros, compañeros y a todos los que participaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Muchas gracias!!

Nadía Vázquez Campos

ÍNDICE

Introducción.....	11
Capítulo I. Fundamentación.....	15
1.1 Planteamiento del problema.....	15
1.2 Justificación.....	17
1.3 Marco teórico.....	20
1.3.1 ¿Qué es la EPOC?.....	20
1.3.2 Factores de riesgo para desarrollar EPOC.....	21
1.3.3 Diagnóstico de EPOC.....	22
1.3.3.1 Criterios de diagnóstico.....	22
1.3.3.2 Clasificación de la etapa de la enfermedad.....	26
1.3.4 Calidad de vida.....	27
1.3.4.1 Medidas de la calidad de vida.....	29
1.4 Antecedentes de estudios de calidad de vida de pacientes con EPOC realizados a nivel mundial y nacional.....	30
1.4.1 Antecedentes nacionales e internacionales en cuanto a la EPOC.....	35
1.4.2 Estadísticas OMS.....	35
1.4.3 Estadísticas a nivel Nacional.....	43
1.4.3.1 Estadísticas México.....	48
Capítulo II. Metodología.....	48

2.1	Objetivos.....	48
2.1.1	Objetivo General.....	48
2.1.2	Objetivos Específicos.....	48
2.2.	Metodología.....	49
2.2.1	Aspectos generales.....	49
2.2.2	Tipo de estudio.....	50
2.2.3	Población de estudio.....	50
2.2.4	Tamaño de la muestra.....	50
2.2.4.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	51
2.2.5	Cuadro de variables.....	52
2.2.5.1	Procedimiento de recopilación de datos.....	54
2.2.6	Instrumento de medición.....	55
2.2.6.1	Descripción del cuestionario aplicado.....	55
2.2.6.2	Condiciones sociodemográficas.....	55
2.2.6.3	Factores de riesgo.....	56
2.2.6.4	Calidad de vida.....	57
2.3	Procesamiento estadístico.....	60
 Capítulo III. Resultados.....		 61
3.1.	Análisis descriptivo de los resultados.....	61
3.1.1	Características sociodemográficas.....	61
3.1.2	Principales factores de riesgo para la EPOC.....	67
3.2	Calidad de vida.....	70
3.2.1	Factores asociados a la calidad de vida.....	74
3.3	Razón de momios.....	78
 Capítulo IV. Discusión, Conclusión y Recomendaciones.....		 83
4.1	Discusión.....	83
4.2	Conclusión.....	90

4.3 Recomendaciones.....	91
Referencias Bibliográficas.....	94
Anexos.....	99

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Capítulo I: Fundamentación.....	15
Gráfica N° 1. “Porcentajes de las 10 causas principales de defunción en el mundo 2000-2012”.....	36
Gráfica N° 2. “Porcentajes de las 10 causas principales de defunción para el año 2012”.....	37
Gráfica N° 3. “Comparación de las principales causas de muerte (2000-2012)”.....	38
Gráfica N° 4. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso bajo (2012)”.....	39
Gráfica N° 5. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso mediano bajo (2012)”.....	40
Gráfica N° 6. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso mediano alto (2012)”.....	41
Gráfica N° 7. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso alto (2012)”.....	42
Gráfica N° 8. “Comparación de las 10 causas de defunción en los países distribución por ingreso”.....	43
Gráfica N°9. “Las 10 principales causas de mortalidad en México 2000-2012”.....	45
Capítulo 3: Resultados.....	61
Gráfica N° 10: Proporción poblacional por sexo en porcentaje.....	62

Gráfica 11: Edad promedio por sexo de los pacientes.....	63
Gráfica 12: Nivel socioeconómico asignado por el INER de los pacientes por sexo en porcentajes.....	66
Gráfica 13: Gasto atribuible a la EPOC de los pacientes en porcentaje.....	67
Gráfica 14: Porcentaje de pacientes con EPOC con problemas de calidad de vida.....	76
Gráfica 15: Porcentaje de pacientes con EPOC con problemas de calidad de vida por gasto catastrófico.....	77
Gráfica 16: Porcentaje de pacientes con EPOC con problemas de calidad de vida por etapa GOLD.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo I: Fundamentación.....	15
Tabla N°1 Etapa GOLD.....	25
Tabla N° 2 Características (Post-broncodilatador).....	26
Tabla N°3 “Las 10 principales causas de mortalidad en México, 2000-2012”	44
Tabla N°4 La EPOC representa la octava causa de mortalidad.....	46
Capítulo 3: Resultados.....	61
Tabla 5: Lugar de residencia de los pacientes.....	63
Tabla 6: Situación laboral de los participantes antes y después del diagnóstico de EPOC.....	64
Tabla 7: ¿Cuenta con algún servicio de salud?.....	65
Tabla 8: Principales factores de riesgo de la EPOC.....	68
Tabla 9: Comorbilidades.....	69

Tabla 10: Etapa de la enfermedad.....	70
Tabla 11: Movilidad.....	70
Tabla 12: Cuidado personal.....	71
Tabla 13: Actividades cotidianas como trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas o actividades familiares o recreativas.....	72
Tabla 14: Dolor/malestar.....	72
Tabla 15: Ansiedad/depresión.....	73
Tabla 16: Medición de la percepción de salud de acuerdo al termómetro.....	74
Tabla 17: Calidad de vida (buena o mala) de los pacientes que participaron en el estudio.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo I: Fundamentación.....	15
Figura 1. Técnica de espirometría.....	23
Figura N° 2. “Defunciones registradas por principales causas de mortalidad según sexo, 2012”	47
Capítulo 2: Metodología.....	48
Figura: N°3 Termómetro EUROQOL de autovaloración del estado de salud.....	59

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la sociedad se enfrenta a condiciones que pueden ser favorables o desfavorables para su bienestar, muchas de estas situaciones están determinadas por sus modos o estilos de vida, el medio ambiente, la provisión de servicios de salud, la biología humana, entre otros factores, que ponen en riesgo la salud de las personas y por lo tanto su calidad de vida. Es por ello, que la Promoción de la Salud busca que los individuos sean capaces de diseñar y crear su propio futuro, por medio de herramientas que les permitan hacer frente a las condiciones de vulnerabilidad, que los individuos sean capaces de promover condiciones favorables de bienestar para la obtención una buena calidad de vida y una mayor felicidad. La Promoción de la Salud es de suma importancia para el diseño, la intervención y ejecución de programas y políticas de salud que permitan mejorar el nivel de calidad de vida de las personas.

El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946 fue el primero en usar la palabra Promoción de la Salud: *“La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”* (Secretaría de Salud, 2014.)

En la primera conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986, se emite una carta, en la cual se dice que *“la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus*

necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (Carta de Ottawa, 1986).

Por consiguiente, la Promoción de la Salud también es definida como: *“La suma de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (Restrepo, S. 2005. Parr.7).*

El papel del promotor de la salud es de suma importancia para la intervención en las comunidades, identificando las principales necesidades de una población en situación de vulnerabilidad. Un promotor de la salud, proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Impulsa el que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente, así como también impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.

En el presente estudio, las estudiantes de Promoción de la Salud y autoras de la presente investigación colaboraron con el área médica analizando un problema de Salud Pública, conocido como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que afecta a una significativa parte de la población mexicana y que deteriora la calidad de vida del afectado con el paso del tiempo.

Para la presente investigación, el concepto de salud es abordado desde una visión integral, no solo se ve desde una visión biologicista (entender a la salud como la ausencia de la enfermedad), si no desde la visión histórico-social (donde se concibe que la salud está afectada por los determinantes sociales, tales como lo económico, social, cultural, medio ambiente, estilos de vida, entre

otras), buscando dar aportaciones y recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de manera integral.

El presente trabajo de investigación da cuenta de los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), este trabajo se inició durante el periodo de Servicio Social, en el cual las autoras de dicho proyecto fueron partícipes. Con este trabajo se busca contar con resultados relevantes que permitan visualizar desde la Promoción de la Salud recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dicha enfermedad.

El presente reporte de investigación está integrado por cuatro capítulos, el primer Capítulo está destinado a la fundamentación, en donde se expondrá el planteamiento del problema, la justificación y la presentación del marco teórico, en el cual se abordan los principales antecedentes, términos y conceptos que permitan la comprensión del problema de investigación. Se da inicio con la definición de la EPOC, se continúa con la descripción de los principales factores de riesgo para desarrollar la EPOC. Se abordan también los criterios de diagnóstico para la EPOC, así como la clasificación de las etapas de dicha enfermedad. Posteriormente se continúa con la parte de calidad de vida, donde se mencionan las diversas definiciones al ser un término complejo, también se presenta la forma de medición de la calidad. Enseguida se continúa con distintos antecedentes de estudios de calidad de vida de pacientes con EPOC, realizados a nivel mundial y nacional. Dichos estudios muestran como cada Institución identifica sus propios criterios, para conocer el nivel de calidad de vida de sus pacientes. Por último en este capítulo se presentan los principales antecedentes nacionales e internacionales en cuanto a la EPOC.

En el Capítulo II se presenta el apartado de la metodología, en primer lugar se expone el objetivo general, el cual hace referencia a describir los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida de los pacientes con

diagnóstico de EPOC, que acudieron a consulta en el periodo de Agosto 2013-2014, en el INER, con el fin de plantear propuestas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes desde una perspectiva de la Promoción de la Salud.

Se presentan los cuatro objetivos específicos que sirvieron de guía para la investigación. Posteriormente se describe de forma detallada el proceso de investigación para la realización del estudio, dando inicio con las características de la institución, la ubicación y tiempo donde se llevó a cabo el estudio. Se detalla el tipo de estudio, la población y el tamaño de la muestra, se especifican los criterios de inclusión y exclusión, así como la descripción de las principales variables de estudio, el procedimiento de recopilación de datos, el instrumento de medición donde se especifican las condiciones sociodemográficas de la población.

En el Capítulo III, se muestran los resultados obtenidos del estudio, en la primera parte se presenta el análisis descriptivo de los resultados, presentado e interpretado por medio de tablas y gráficas que exhiben promedios, frecuencias y porcentajes de los resultados sociodemográficos (sexo, edad, lugar de residencia, situación laboral, servicios de salud, nivel socioeconómico y gasto atribuible a la EPOC), también se presentan por medio de gráficas y tablas los principales factores de riesgo obtenidos del estudio, comorbilidades asociadas y etapa de la enfermedad; la siguiente sección muestra la parte de calidad de vida con sus respectivas gráficas y tablas para su mayor comprensión.

Finalmente en el Capítulo IV se presenta la discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones, se comienza con la comparación de otros estudios realizados con la calidad de vida. Se enlistan recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos en el estudio y posteriormente desde una visión de la Promoción de la Salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con la enfermedad y que se encuentran en

vulnerabilidad para desarrollarla, es decir los que están en contacto directo con el cigarro y en el caso de las mujeres expuestas por muchas horas al humo de leña.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en términos generales no es solo una enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones como el enfisema, la bronquitis crónica y el asma (OMS, 2015a). Lo cual ocurre como consecuencia de un proceso inflamatorio anormal a la exposición de partículas inhaladas. Esas partículas provienen fundamentalmente del humo del cigarro o de la combustión de material orgánico, como el humo de leña.

La EPOC es actualmente la cuarta causa mundial de muerte y puede estimarse un aumento de la prevalencia y mortalidad por esta enfermedad en las próximas décadas (INER, 2014).

Es por lo anterior, que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) “es un importante problema de salud pública y la mayor causa de morbilidad crónica en el mundo. Muchas personas sufren de esta enfermedad durante años y mueren prematuramente por ella o por sus complicaciones. Las proyecciones al 2020 ubican a esta entidad pasando de la sexta a la tercera causa más común de muerte en el mundo, mientras que el aumento de

morbilidad en el mismo plazo la moviliza del cuarto al tercer lugar” (Félix, E. 2009), se tiene que recurrir a estrategias en donde estén involucrados tanto la sociedad civil, como la sociedad política para que en conjunto logren una mejora en la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

La prevalencia mundial de EPOC es del 5-10%; ha aumentado en las últimas décadas y es más frecuente en los hombres que en las mujeres debido a la prevalencia más alta de tabaquismo entre ellos (Álvar, y Bartolomé, 2005), sin embargo, en los últimos años el tabaquismo entre las mujeres está aumentando y se espera para los próximos tiempos un aumento de la prevalencia de EPOC en este sexo.

En la búsqueda de estudios relacionados con factores de riesgo y calidad de vida en pacientes con EPOC, se pudo identificar que hay diversos estudios realizados en otros países sobre la relación de estas variables, sin embargo en México son pocas las instituciones y/o centros de investigación que han llevado a cabo este tipo de estudios.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que se encuentra en la Ciudad de México, es una Institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México, especializada en enfermedades respiratorias y que forma parte de un sistema de 12 hospitales de alta especialidad que dan servicio a la población mexicana. Además es un instituto que lleva a cabo estudios de investigación en pacientes con enfermedades respiratorias para dar a conocer la problemática de salud que se vive actualmente con este grupo y con ello promover el desarrollo de programas que busquen mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Es por lo anterior, que la presente investigación, se basó en un estudio realizado en el INER, titulado *“Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social”*, en el que las autoras de este estudio participaron como prestadoras de servicio social, teniendo como principal objetivo Identificar los

principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de EPOC, con el fin de enunciar recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.2 Justificación

Según León refiere que *“en la vida diaria nos enfrentamos a situaciones que pueden considerarse favorables o desfavorables para nuestro bienestar, pero muchas de estas situaciones de bienestar y malestar están determinadas por nuestros comportamientos y estilos de vida”* (León. s/f). Es decir que el ambiente que rodea a cada una de las personas, influye de manera determinante, en su bienestar y en su desarrollo.

Es por lo anterior, que *“la salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS 2015b, parr. 1), sin embargo en la carta de Ottawa *“la salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas”*. (Carta de Ottawa, 1986, pág. 1). Es decir, que la salud no es solo la ausencia de la enfermedad, sino es la capacidad de cada ser humano de crear su propio futuro que le permita situarse en un conjunto de situaciones favorables y de bienestar para una mejor calidad de vida, ejemplo: los estilos de vida, vivienda digna, trabajo, educación, cultura, redes sociales, etc.

Ahora bien, por el contrario la OMS define a la enfermedad como *“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible”*, (El blog de la salud, 2014, parr. 3). Este tipo de situaciones desfavorables como la enfermedad ocurren como consecuencia de situaciones y/o condiciones de riesgo y/o vulnerabilidad. Con

esto se quiere decir que la enfermedad no solo es el ataque de bacterias, de factores hereditarios etc., sino también existen otros factores ambientales, como los sociales (pobreza, hacinamiento, falta de trabajo, inseguridad, etc.), culturales (creencias), estilos de vida y lo emocional también influye en la situación de la enfermedad (León. s/f).

Por ello, desde una visión integral, la salud resulta de la interacción de varios factores como: la familia, las redes sociales, el trabajo, la pobreza, la inseguridad, la alimentación, las creencias, la política, el medio ambiente, etc. De esta manera la salud pasa a ser un quehacer diario en el cual cada uno tiene responsabilidades y derechos (León. s/f).

Como se mencionó anteriormente, la forma en la que el individuo se desenvuelva en la sociedad, es decir, las formas de comunicación y patrones de conducta e interacción de las personas con su medio físico y social, producto de esta integración se generan hábitos y formas de responder, que van a ser determinantes para lograr condiciones favorables (salud y bienestar) o desfavorables (enfermedad).

Es así, que debido a los malos hábitos y conductas normalizados que hoy en día vive la sociedad, la EPOC, se ha convertido en una de las principales causas de años perdidos de vida y mortalidad en personas adultas, debido al estilo de vida que han llevado a cabo a lo largo de su vida.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la EPOC, será la tercera causa de muerte en el mundo detrás de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer para el 2020 (Proyecto de Salud, Portal de noticias. 2005).

Impacto Socioeconómico de la EPOC

Actualmente en México, la EPOC se presenta principalmente en dos grupos específicos de la población: fumadores y mujeres que cocinan con leña. La principal manifestación de esta enfermedad es la dificultad para respirar y se

presenta después de los primeros 10 años de adicción al tabaco, con un consumo de 10 o más cigarrillos por día, pues a diferencia de otros órganos, el pulmón se degenera rápidamente. Por ello, la persona que fuma acelera este proceso de degeneración en la función pulmonar. Sin embargo, la predisposición genética para presentar esta enfermedad es muy importante (INER, 2014).

La EPOC es una enfermedad que causa incapacidad física en hombres y mujeres, es decir quienes la padecen tienen poca movilidad corporal, debido a la falta de aire, es por ello que los pacientes dependen del consumo de oxígeno de por lo menos 18 horas al día, lo cual limita sus actividades cotidianas y principalmente su calidad de vida (INER, 2014).

En cuanto al impacto económico de la EPOC en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la EPOC tuvo un costo promedio de 73,303 pesos mexicanos anuales por paciente. La cifra puede subir hasta 139,978 pesos cuando el paciente requiere hospitalización por una exacerbación. Como en el resto del mundo, el costo de la EPOC en México varía de acuerdo al grado de gravedad de la enfermedad, donde los pacientes que se hospitalizan son los que se encuentran en estadios más graves. Los gastos anuales atribuibles para la EPOC secundaria a la exposición a tabaco son aproximadamente 37 millones de pesos (estudio de costos en el INER). Los gastos del Instituto en esta enfermedad varían ampliamente de acuerdo al grado de EPOC y uso de recursos. El gasto por paciente en consulta externa es de 2,100 pesos; el gasto en hospitalización por día es de 2,290 pesos; en urgencias es de 3,000 pesos y si una persona tiene EPOC muy grave y recibe terapia intensiva el costo puede elevarse hasta más de 400,000 pesos. En la Clínica de EPOC que se encuentra en el INER, anualmente se dan más de 2,500 consultas y se hospitalizan alrededor de 350 pacientes. Estos datos revelan que el costo de la EPOC para estos rubros asciende a más de 13

millones de pesos, sin tomar en cuenta los gastos que se generan en la terapia intensiva (Ramírez y Sansores, 2012).

1.3 Marco teórico

1.3.1 ¿Qué es la EPOC?

El concepto de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), introducido en la década de 1960 para dotar de entidad nosológica¹ a una serie de procesos clínicos hasta entonces conocidos como “bronquitis crónica” y “enfisema pulmonar”, ha evolucionado de forma espectacular en los últimos años. La definición más reciente de EPOC, establece que se trata de una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por la presencia de obstrucción no totalmente reversible al flujo aéreo, (De Lucas y cols, 2006).

El Neumólogo y cirujano de tórax Francisco Navarro y autor del libro “***Clínica de enfermedad pulmonar obstructiva crónica***” define a la EPOC como:

Una enfermedad prevenible y tratable, con afección sistémica extra-pulmonar que puede contribuir a la gravedad de algunos pacientes. El componente pulmonar se caracteriza por una limitación en el flujo del aire que no es completamente reversible. La limitación del flujo de aire es por lo general progresiva se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anómala a partículas o gases nocivos. (Navarro F, 2008. Pág. 7). El

¹ La nosología es la disciplina médica cuyo objetivo es realizar una descripción exhaustiva de las enfermedades para distinguirlas entre sí y clasificarlas. Sus orígenes se remontan al siglo XVIII cuando comenzaron a clasificarse las especies de la flora y la fauna, aunque su acepción actual se inicia a partir del siglo XIX.

término EPOC incluye dos patologías específicas: bronquitis crónica y enfisema (pág. 8)

1.3.2 Factores de riesgo para desarrollar EPOC

Según la Organización Mundial de la Salud, *“un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”*, (OMS, 2015c, parr. 1).

En el caso de la EPOC, el tabaco representa la causa más importante de desarrollar la enfermedad, ya que acelera la disminución natural de la función pulmonar. No obstante, el tabaco no es causa suficiente de EPOC, ya que solo el 10-20% de los fumadores desarrolla la enfermedad, y tampoco es causa necesaria, porque algunos enfermos nunca han sido fumadores (Álvar y Bartolomé, 2005). Hay otros factores de riesgo que intervienen en la aparición de la enfermedad.

Los principales factores de riesgo para desarrollar la EPOC de acuerdo con Álvar y Bartolome en 2005, son los siguientes:

- **Tabaquismo:** el humo del tabaco es considerado como el principal factor de riesgo para esta enfermedad, tanto para los fumadores activos como los fumadores pasivos, siendo los últimos los más vulnerables a padecerla.
- **Exposición al humo de leña o combustión de biomasa** (madera, carbón, vegetal, otras materias vegetales y el estiércol): son factores de riesgo para pacientes que provienen de una zona rural, dado que la usan como su fuente principal de energía doméstica)
- **La exposición laboral:** a polvos, vapores, irritantes y gases.
- **Contaminación del aire exterior:** partículas encontradas en el ambiente.
- **Factores genéticos:** déficit congénito de alfa-1-antitripsina que predispone a una disminución acelerada de la función pulmonar.

- **Edad:** Al incrementarse la edad, se incrementa la exposición del individuo a diversos factores de riesgo como los ya mencionados, es decir, que son más propensos los que sobrepasan los 40 años.
- **Comorbilidades:** aquellas personas que tienen diagnóstico de asma, o cualquier enfermedad que implique vías respiratorias y enfermedades del corazón.

1.3.3 Diagnóstico de EPOC

1.3.3.1 Criterios de diagnóstico

“La EPOC es una enfermedad subdiagnosticada, poco reconocida por la población y poco divulgada por los médicos a pesar de que es una causa importante de morbilidad, mortalidad e incapacidad, la EPOC, principalmente en sus formas iniciales no se identifica lo que impide la prevención y el tratamiento precoz” (Álvar y Bartolomé, 2005. Pág. 31).

Los puntos que dificultan el diagnóstico de la EPOC son que:

- No existe consenso en la literatura médica sobre los criterios diagnósticos precisos de la enfermedad.
- La espirometría, que es la herramienta esencial para el diagnóstico de EPOC, no está ampliamente difundida.

El diagnóstico clínico de la EPOC en un paciente, es que tenga los síntomas de disnea (dificultad al respirar), tos crónica y expectoraciones (expulsión de sangre o moco al toser), además de contar con antecedentes de factores de riesgo para la enfermedad y que sean personas mayores de 40 años. La detección se realiza por medio de una espirometría la cual es un estudio que mide la capacidad pulmonar al inhalar o exhalar aire, las pruebas de

espirometría son de vital importancia para la evaluación de las enfermedades respiratorias, (Medline Plus. 2013).

Existen dos tipos de pruebas espirométricas, las cuales son:

- 1 **Espirometría simple**, que implica que el paciente tras una inspiración máxima expulse todo el aire durante el tiempo que necesite.
- 2 **Espirometría forzada**, se pide al paciente que realice la espiración de todo el aire en el menor tiempo posible, ésta es más útil que la anterior, dado que permite establecer diagnósticos (Herramientas de utilidad ASMA, s.f).



Figura 1. Técnica de espirometría

Tomada de: *Medicina virtual, Espitometria 2014*
Disponible en: <http://wikimedicausat.tiddlyspot.com/>

A continuación se muestran las principales mediciones y parámetros espirométricos para el diagnóstico de la EPOC (García y cols. 2013).

Las mediciones encontradas en el informe de una espirometría son:

- Volumen espiratorio de reserva (VER)
- Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁)
- Capacidad vital forzada (FVC)
- Flujo espiratorio forzado de 25 a 75%
- Capacidad residual funcional (CRF)
- Ventilación voluntaria máxima (VVM)
- Volumen residual (VR)
- Flujo espiratorio máximo (FEM)
- Capacidad vital lenta (CVL)
- Capacidad pulmonar total (CPT)

En la espirometría forzada las principales variables utilizadas para el diagnóstico son:

- ✓ Capacidad vital forzada (FVC) representa el volumen máximo de aire exhalado en una maniobra espiratoria de esfuerzo máximo, iniciada tras una maniobra de inspiración máxima, expresada en litros.
- ✓ Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) corresponde al volumen máximo del aire exhalado en el primer segundo de la maniobra FVC, también expresado en litros.
- ✓ FEV₁/FVC es el cociente que muestra la relación entre ambos parámetros (este no debe de confundirse con el índice de Tiffeneau que se define como cociente entre el FEV₁ y la capacidad vital (CV) lenta)

Los valores de referencia a tomar en cuenta para el diagnóstico son:

- FVC ($\leq 80\%$)

- FEV₁ (≤80%)
- FEV₁/FVC (<70%)

Sin embargo estos pueden variar, dependiendo de las medidas antropométricas del paciente (edad, sexo, peso, talla y raza) y las evaluaciones se dan comparando los resultados del individuo con otro en condiciones parecidas y que este sano (García y cols. 2013).

A continuación se muestra una tabla de la clasificación de los pacientes de EPOC de acuerdo a sus síntomas, limitaciones de flujo aéreo y exacerbaciones, tomado de la Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC, de la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

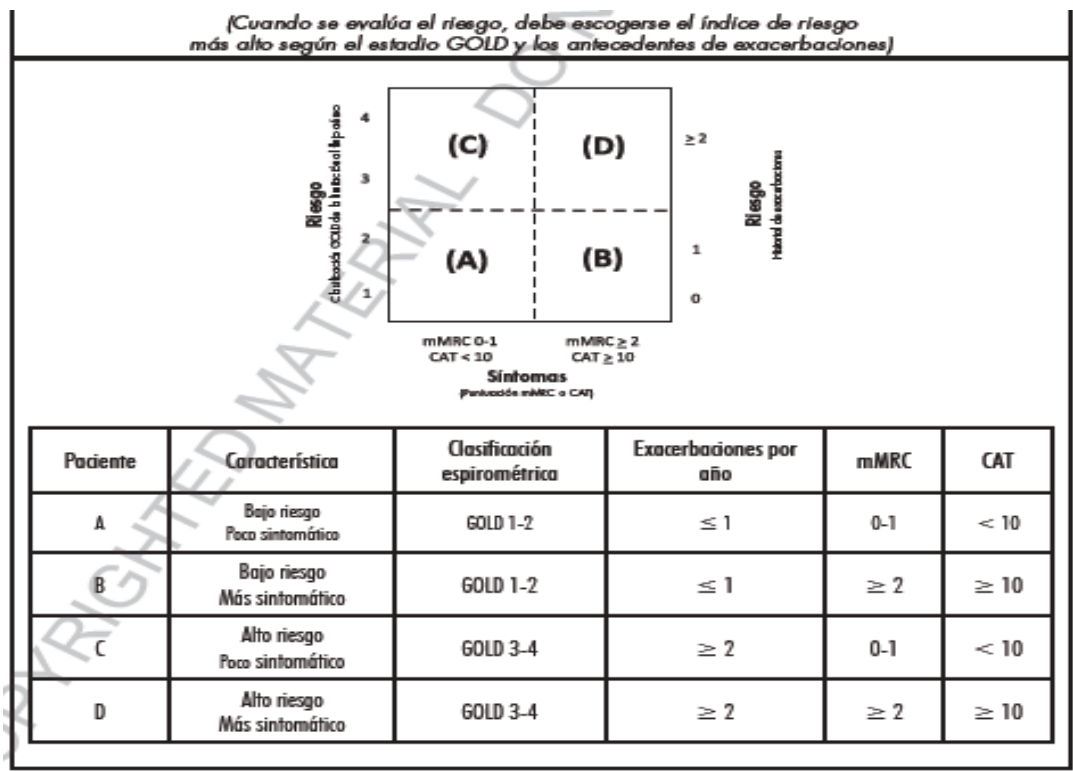


Tabla N°1 Etapa GOLD

Tomada de: Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC, de la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 2012.

Específicamente para la disnea, es decir la falta de aire la mejor forma de evaluarla es por medio de escala del Consejo de Investigación Médica cuyas siglas como se identifica son «MRC» (siglas en inglés de Medical Research Council) y para la evaluación de la EPOC se utilizan las siglas “COPD Assessment Test” (CAT) (Casanova y de Torres. 2005).

1.3.3.2 Clasificación de la etapa de enfermedad

Si un paciente tiene esta relación FEV_1 / FVC menor al 70% del predicho en una medición post-broncodilatador, se concluye que tiene EPOC. El segundo paso consiste en evaluar la severidad de la obstrucción mediante los resultados que arroja el FEV_1 post- broncodilatador. Los estadios de severidad van del 0 al IV de acuerdo con las guías GOLD”. La sigla GOLD significa “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease”, enseguida se muestra la tabla N°2 con la clasificación EPOC según alteración FEV_1/FVC y FEV_1 post-broncodilatador.

Estado:	Características (Post-broncodilatador)	
I: Leve	$VEF_1 \geq 80\%$ predictivo	$VEF_1 / CVF < 70\%$
II: Moderado	$50\% \leq VEF_1 < 80\%$ predictivo	
III: Severo	$30\% \leq VEF_1 < 50\%$ predictivo	
IV: Muy severo	$VEF_1 < 30\%$ predictivo ($VEF_1 < 50\%$ predictivo más falla respiratoria crónica)	

Tabla N° 2 Características (Post-broncodilatador)

Tomada de: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Mirada actual a una enfermedad emergente, 2010.

Es por todo lo anterior, que los principales factores de riesgo para desarrollar la EPOC, así como el tipo de diagnóstico oportuno que se le dé al paciente, son parte fundamental para determinar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

1.3.4 Calidad vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la Calidad de Vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS, 2005).

El concepto de calidad de vida representa un término multidimensional y complejo que abarca distintos aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, aspectos ambientales, redes de apoyo sociales, servicios sociales, grado de seguridad, familia, etc. (Botero y Pico, 2007).

En resumen los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son los siguientes: (Ardila, 2003).

- ✓ Bienestar físico (salud, seguridad física)
- ✓ Bienestar emocional (autoestima)
- ✓ Bienestar material (ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.)
- ✓ Bienestar social (relaciones personales, familia, comunidad)
- ✓ Desarrollo (productividad, educación)
- ✓ Seguridad social

Sin embargo, “la calidad de vida” al ser un término complejo también es definida por distintos autores como los siguientes revisados en: (Urzúa y cols, 2012, parr. 10).

Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Haas (1999) Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.

Bigelow et al., (1991) Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

Jonsen, (1986). Satisfacción subjetiva expresada por un individuo sobre su situación física, mental y social.

Martin Stockler (1998) Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.

Opong (1987) Condiciones de vida o experiencia de vida.

Para la autoras del presente estudio, la calidad de vida es considerada como la obtención de condiciones de bienestar que favorezcan un equilibrio entre el individuo y su entorno, es decir que existan condiciones de vida como el trabajo, casa, alimentación, vivienda, familia, educación, sociedad, cultura, etc, que permitan al individuo vivir de manera digna, responsable y alentadora en el lugar donde se desenvuelve.

1.3.4.1 Medida de la Calidad de vida

Los instrumentos que se utilizan para establecer una aproximación a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se dividen en genéricos y específicos. Los instrumentos específicos se centran en aspectos

de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto, mientras que los instrumentos genéricos son independientes del diagnóstico, por lo que son aplicables a cualquier tipo de población y afección, (Soto, M y cols. 2004).

Datos obtenidos de Soto, M. (Revista de la Sociedad Española del Dolor 2004), mencionan que las características que definen a un buen instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

- a) Adecuado al problema de salud que pretende medir.
- b) Preciso, es decir, con un mínimo error de medida.
- c) Sensible, o sea, capaz de detectar cambios tanto entre individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo.
- d) Que sea elaborado por profesionales sanitarios y por investigadores.
- e) Válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden medir y no otras.

1.4 Antecedentes de estudios de calidad de vida de pacientes con EPOC realizados a nivel mundial y nacional.

A nivel mundial se han realizado estudios a pacientes con EPOC respecto a su calidad de vida, ejemplo de ello es uno realizado en New York en el año del 2002, donde se llevó a cabo un estudio que tuvo por nombre *“The Relationship of Perceived Self-Efficacy to Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease”*, en el cual, la perspectiva del modelo biomédico y el modelo social cognitivo para la calidad de vida se tomaron en cuenta para el análisis de resultados. El tamaño de muestra fue de 208 adultos con una edad media de 64 años, con diagnóstico de EPOC y entre los reactivos para medir estas perspectivas, en cuanto a la calidad de vida se refiere, su estado de salud y autoeficacia, usaron el QWB el cual es un instrumento para medir la calidad de vida en relación con la salud general, incluye tres escalas de funcionamiento, como son la movilidad, actividad física y actividad social. El resultado arrojado

fue que los efectos de los factores biomédicos sobre la calidad de vida están mediados por la autoeficacia (Kohler, L y cols. 2002).

En su discusión hacen referencia a que la asociación de la función pulmonar y los síntomas con el deterioro funcional son mediados por la autoeficacia percibida para actividades funcionales, por lo tanto, los pacientes con baja autoeficacia percibida en estas áreas pueden ser más limitados en comparación con un nivel más grave de enfermedad con una autoeficacia alta, para la realización de actividades funcionales. Un punto importante que tocan es que “las limitaciones funcionales” puede ser gobernado más por las creencias de la capacidad que por el grado de deterioro físico. Finalmente concluyen que los resultados obtenidos apoyan un modelo cognitivo social de la calidad de vida en pacientes con EPOC y argumentan a favor de la consideración de ambas perspectivas (modelo biomédico y cognitivo social) para proporcionar la evaluación y el tratamiento óptimo de los pacientes con EPOC (Kohler, L y cols. 2002).

Otro estudio fue realizado en España en el 2005, cuyo objetivo era conocer la “calidad de vida y situación socio-sanitaria de los pacientes con EPOC”. El tamaño de muestra para este estudio fue de 45 pacientes con EPOC, en donde se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, de calidad de vida de adecuación, cumplimiento del tratamiento y utilización de servicios anuales. Para medir la calidad de vida de los sujetos de estudio, utilizaron el cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ), que es un instrumento útil para medir la afectación física y psicoemocional de los pacientes. Este estudio llegó a la conclusión de que los pacientes gozaban en general, de una buena calidad de vida y que existieron factores que influyeron positivamente en determinadas dimensiones de calidad de vida, como lo fueron el sexo, el adecuado tratamiento y el uso de inhaladores de polvo seco (Espinosa y cols., 2005).

Un estudio más es el realizado en Colombia en 2007, cuyo objetivo fue describir en los pacientes con EPOC, la calidad de vida y el apoyo social con que

cuentan. El tamaño de muestra que se utilizó fue de 101 pacientes del Servicio de Medicina interna y Urgencias de la Unidad Hospitalaria Clínica Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño de la Ciudad de Cali. “La salud calidad de vida se determinó a través del Cuestionario de Salud Nottingham Health Profile (NHP) y el apoyo social con la Escala de Duke- Unc ”. En dicho estudio se llegó a la conclusión que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y calidad de vida que los hombres, principalmente en los dominios de sueño, reacciones emocionales, energía y movilidad. Algo más de la mitad de los pacientes referían buen apoyo social, siendo mayor el afectivo que el confidencial (Ramírez, R. 2007).

Lo anterior por mencionar algunos estudios, pero existen otros que se han realizado antes y después de estos, está por ejemplo, el llevado a cabo en Madrid en 2001 titulado “Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica”, donde a manera de conclusión se dice que la calidad de vida de los pacientes con EPOC resultó estar bastante alterada fundamentalmente en las dimensiones de sueño, energía y movilidad (Fernández y cols., 2001).

De la misma manera que en el 2002 en New York, en el 2014 en Bucharest, Rumania, hacen un estudio el cual tuvo por nombre “Psychological factors mediating health-related quality of life in COPD” donde su objetivo fue evaluar el impacto comparativo sobre la CVRS de dos factores psicológicos (autoeficacia y optimismo) contra determinantes médicos clásicos (volumen espiratorio forzado en 1 segundo (VEF1)), su tamaño de muestra fue de 54 personas con diagnóstico de EPOC con un rango de edad de 45 a 65 años y basado en los resultados obtenidos, en la discusión mencionan que la asociación entre la función pulmonar y calidad de vida pulmonar son mediadas por la autoeficacia (entendida como la fuerza en la habilidad propia de la persona para poder alcanzar su objetivo) y el optimismo, lo que significa que pacientes con baja autoeficacia y optimismo pueden experimentar una mayor

incomodidad en comparación con aquellos con alta autoeficacia y optimismo (Velea, O., 2014).

Ahora bien, dentro de las implicaciones clínicas se menciona que, con una evaluación psicológica de los pacientes con EPOC, se obtendría la información de autoeficacia y optimismo que ayudaría a dar explicación del porqué del comportamiento, afrontamiento y confianza del paciente con EPOC, también serviría para la planificación individualizada del tratamiento (Velea, O., 2014).

Para el 2014 en línea se encuentra un documento que es el segundo de una serie de cinco artículos que hablan sobre el envejecimiento, del Instituto de Psiquiatría. Este documento tiene por nombre *“The burden of disease in older people and implications for health policy and practice”* en él se menciona que las enfermedades cardiovasculares, de cáncer, de diabetes, EPOC, del cerebro, discapacidades visuales y deterioro musculo esquelético, son las que hoy en día padecen las personas que se aproximan a la tercera edad. Por otro lado, a pesar de que en los países de altos ingresos la carga de la morbilidad es mayor, lo es doble para los países de ingresos medios y bajos (Prince, M. y cols. 2014),

En cuanto a la EPOC se refiere, el fumar representa el principal factor de riesgo y de acuerdo con algunas estimaciones representa un 90% de los costos de la enfermedad, sin embargo para los no fumadores la exposición a combustión de biomasa y antecedentes de tuberculosis, especialmente en países de ingresos medios y bajos, representa también un factor de riesgo sustancial.

Finalmente para el cuidado de estos padecimientos el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento hace hincapié en que se deben de erradicar las desigualdades en salud, la discriminación y que la edad no deba de ser un factor condicionante para acceder a una mejor calidad en la atención a la salud, dado que, si no es atendida esta población con su especial atención,

las consecuencias recaerán en su calidad de vida llevándolos a una discapacidad, dependencia y mortalidad de estos pacientes (Prince, M. y cols., 2014).

En México en el año 2006 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) se realizó una investigación, cuyo objetivo fue determinar si existían diferencias en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con EPOC con respecto a pacientes con asma, para esto se tomaron en cuenta 26 pacientes con EPOC y 25 pacientes con asma, evaluando la calidad de vida con el CERC⁹⁻¹¹ y el CRSG¹²⁻¹⁴ (que son cuestionarios específicos que miden la calidad de vida relacionada con la salud respiratoria y han sido adaptados y validados). En este estudio se llegó a la conclusión de que “los pacientes hospitalizados con EPOC y asma fueron diferentes en cuanto al factor de riesgo, tanto por tabaquismo como por exposición a humo de leña” “En cuanto a la función pulmonar en la relación VEF₁/CVF los pacientes con asma tenían un valor superior en comparación con los de EPOC”. Finalmente “Los pacientes hospitalizados por asma tienen una mejor Calidad de Vida y la realización de sus actividades están menos limitadas por disnea en comparación con los hospitalizados por EPOC” (Aguilar, M. y cols, 2006).

A la par en ese mismo año en esta Institución se daba a conocer el resultado de un estudio que tuvo por nombre “Supervivencia de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica debido a la exposición de humo de biomasa y tabaco.” Dicho estudio tuvo un seguimiento (periodo) de siete años (1996-2003), su objetivo principal fue describir las características clínicas, calidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con diagnóstico de EPOC, teniendo como tamaño de muestra 520 pacientes. Los resultados obtenidos en el estudio fueron de gran revelación, ya que claramente se notó una diferencia de género, pues en la mayoría de las mujeres se identificó que el principal factor de riesgo es la exposición a humo de biomasa, mientras que en los hombres el primer factor de riesgo fue el

tabaco, finalmente los autores del estudio exponen que si bien es cierto hay diferencias entre mujeres y hombre en cuanto al factor de riesgo, las condiciones de mortalidad en cuanto es diagnosticado el paciente con EPOC son similares para ambos grupos (Ramírez, A. y cols., 2006).

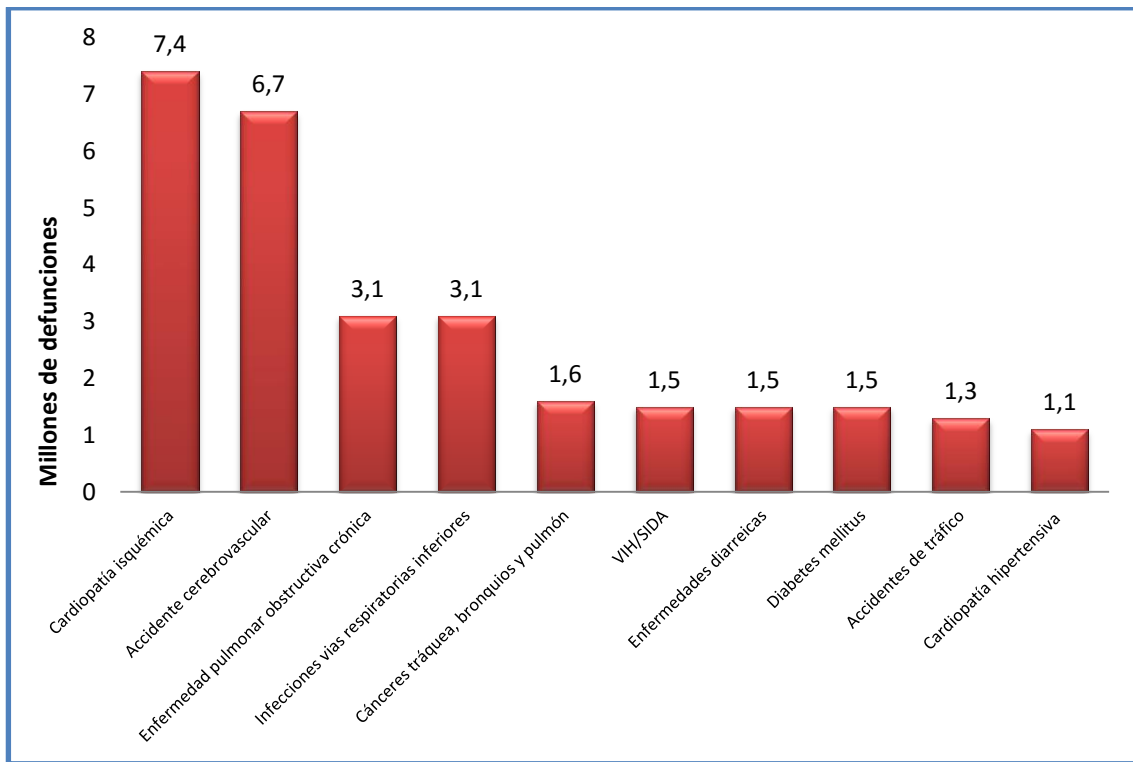
Un dato importante encontrado en la revisión inicial de la literatura científica de estos estudios epidemiológicos, fue que la calidad de vida la definen como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva (Ardila, R., 2003), es decir que no solo se considera aquello que está enfocado al tratamiento médico del paciente, si no que existen otras dimensiones como su estado emocional, el asumir de su padecimiento, pero sobre todo el apoyo que recibe de sus redes sociales formales e informales. Desde esta perspectiva entonces es que se construyen instrumentos metodológicos que incluyen cuestionarios que miden variables como autonomía, independencia, satisfacción con la vida, apoyo de redes sociales y dinámica familiar.

1.4.1 Antecedentes nacionales e internacionales en cuanto a la EPOC

1.4.2 Estadísticas OMS

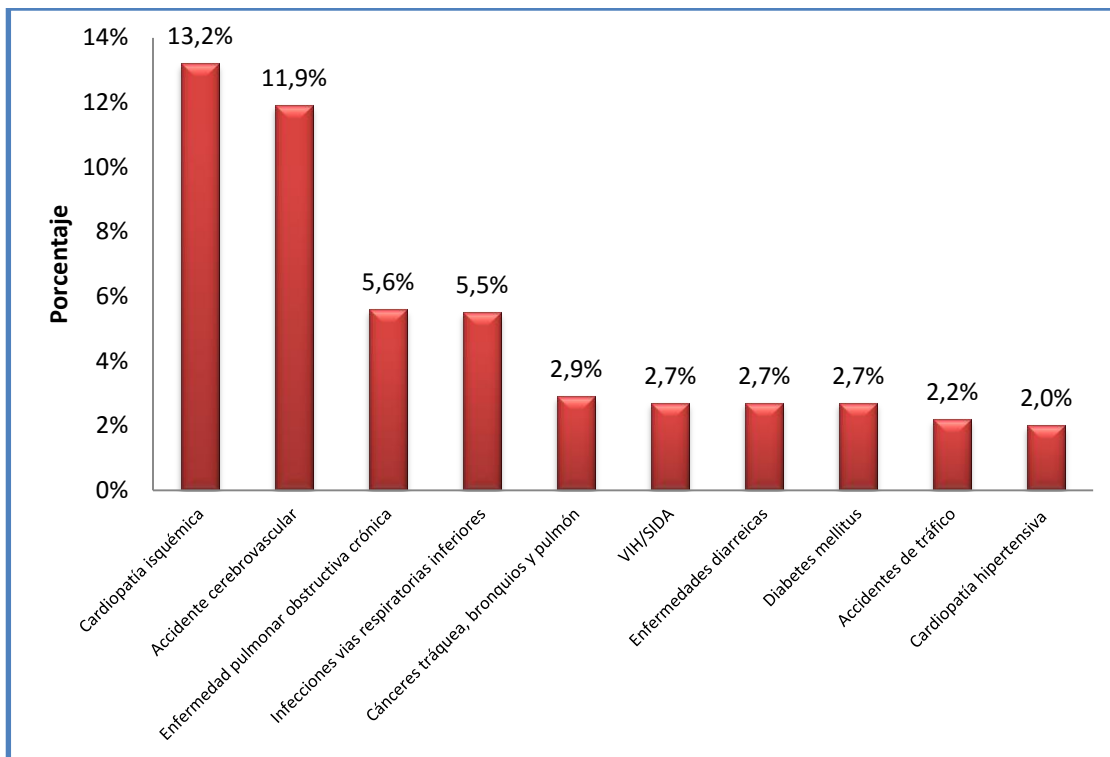
Dado que el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad tanto para nivel mundial como a nivel nacional es el tabaquismo, la OMS menciona que antes los hombres eran más vulnerables a desarrollar este padecimiento que las mujeres, sin embargo con el desarrollo de las sociedades urbanas se ha visto que ahora afecta a todos por igual. Es por ello, que un 90% de la mortalidad por EPOC se genera en los países de bajos recursos, donde las

condiciones de desigualdad y pobreza se ven reflejadas en la falta de atención, control y prevención de la enfermedad (OMS, 2015a).



Gráfica N° 1. “Porcentajes de las 10 causas principales de defunción en el mundo 2000-2012”

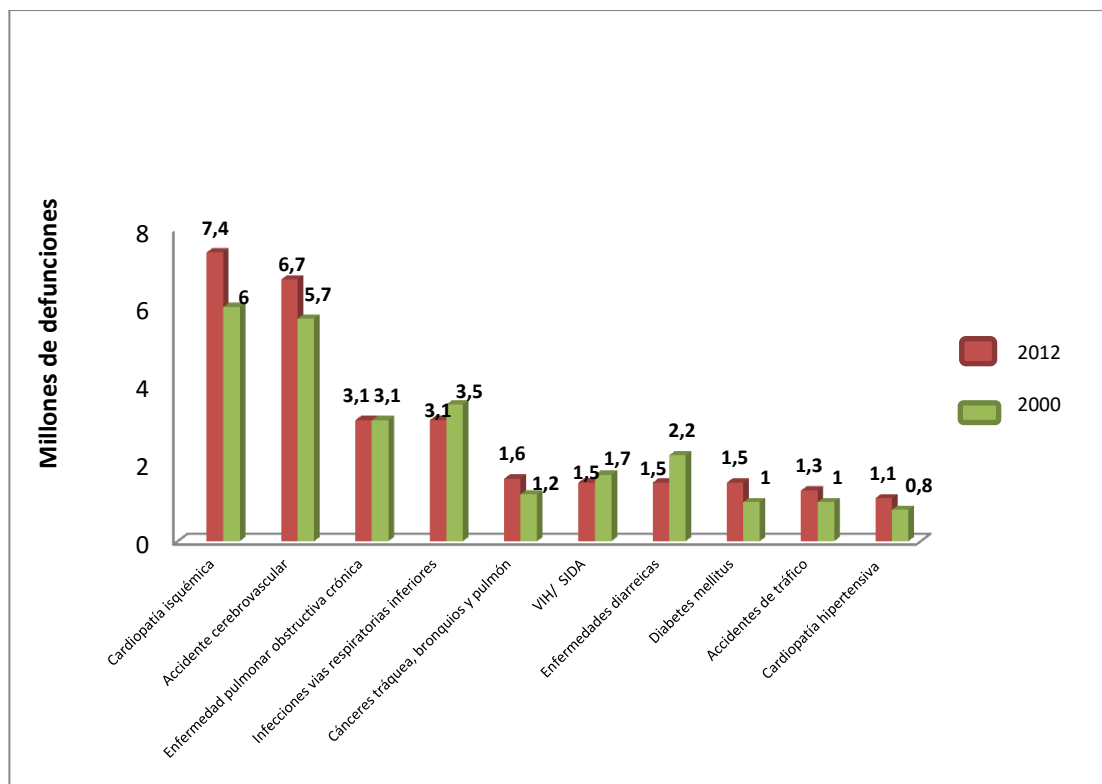
Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).



Gráfica N° 2. “Porcentajes de las 10 causas principales de defunción para el año 2012”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).

La EPOC fue la única enfermedad que se mantuvo con el mismo número de defunciones en el 2000, ya que la gráfica N° 3 revela que en todas las enfermedades si hubo cambios para el 2000 y 2012 en el número de defunciones.

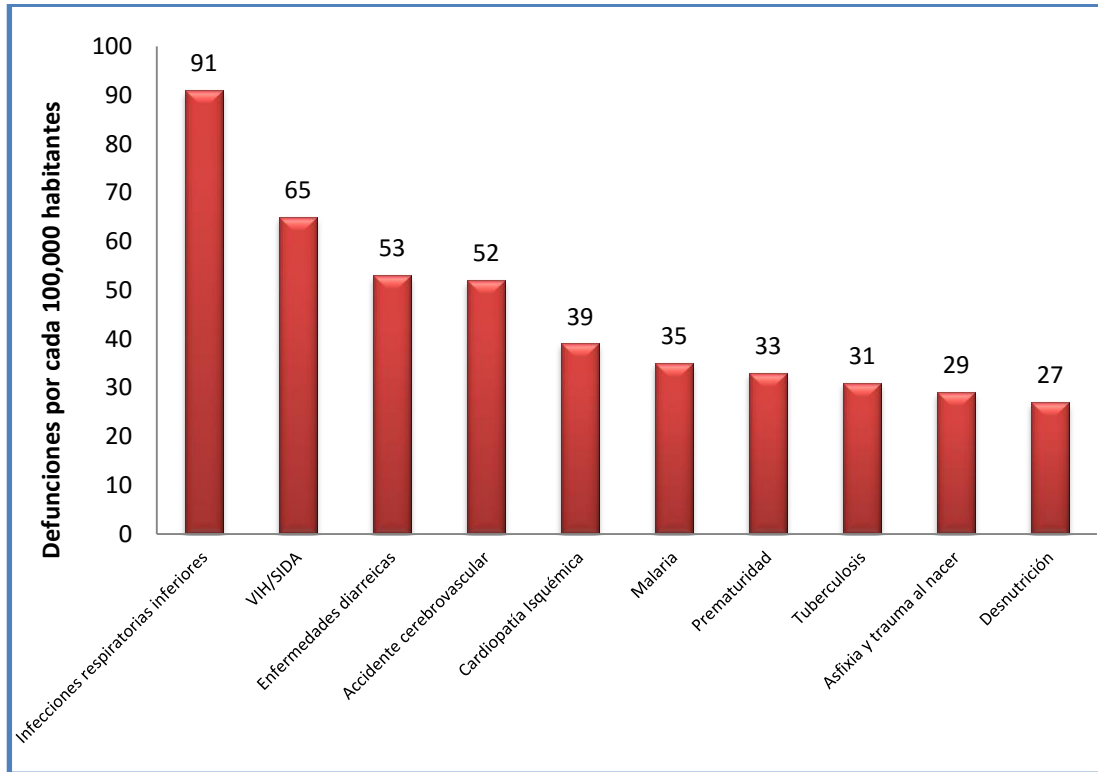


Gráfica N° 3. “Comparación de las principales causas de muerte (2000-2012)”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).

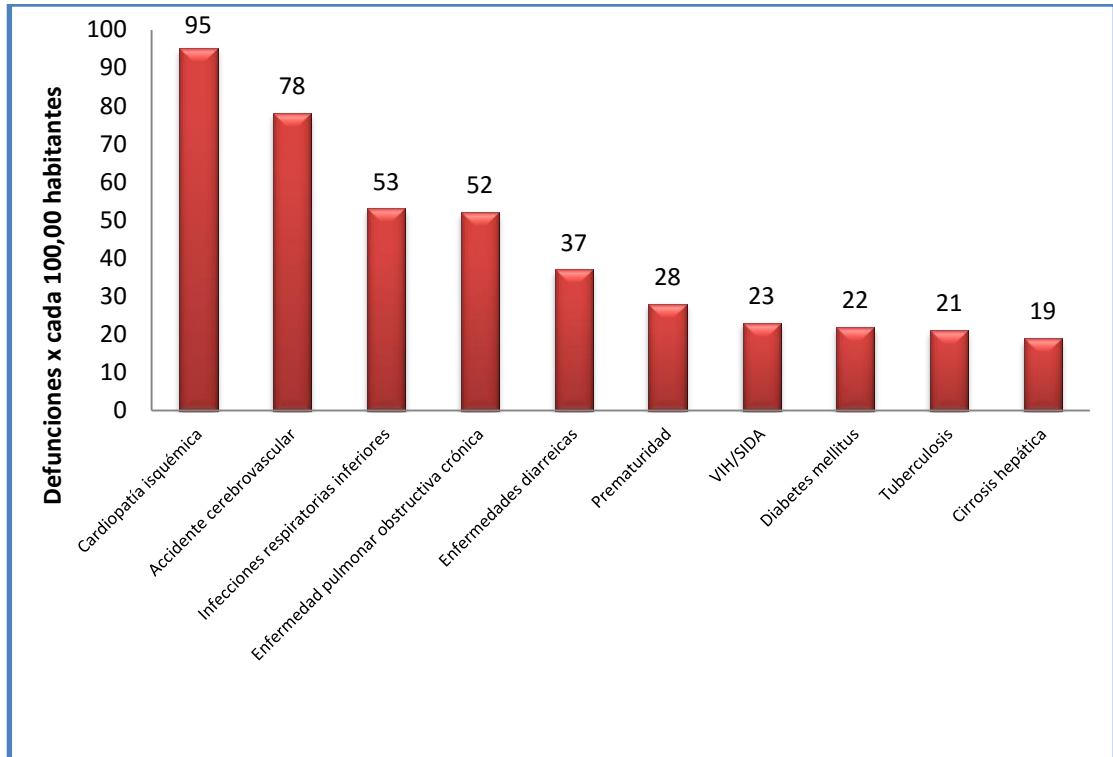
Por otro lado, separando a los países de acuerdo a su ingreso la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, no en todos tiene la misma posición, ejemplo de ello es que en países de ingreso bajo en el 2012 no se encuentra dentro de las primeras diez causas de mortalidad (Gráfica N°3), no así en países de ingreso medio bajo en donde ocupó el cuarto lugar con 52 defunciones por cada 100 000 habitantes (Gráfica N°4), mientras que en países de ingreso medio alto ocupa un tercer lugar con 50 defunciones por cada 100 000 habitantes (Gráfica N°5), en contraste con países de ingreso alto con 31 defunciones por cada 100 000 habitantes (Gráfica N°6), (OMS, 2014).

**GRÁFICAS DE DISTRIBUCIÓN DE DECESOS EN EL 2012 POR INGRESO
(OMS)**



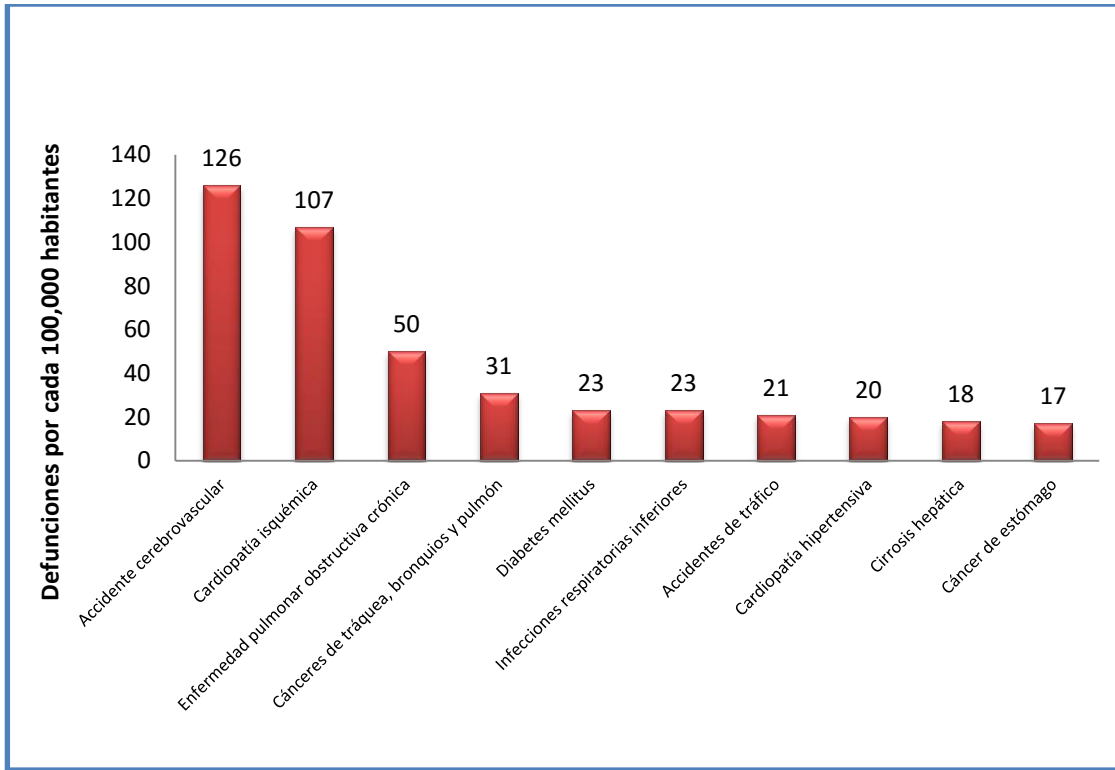
Gráfica N° 4. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso bajo (2012)”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).



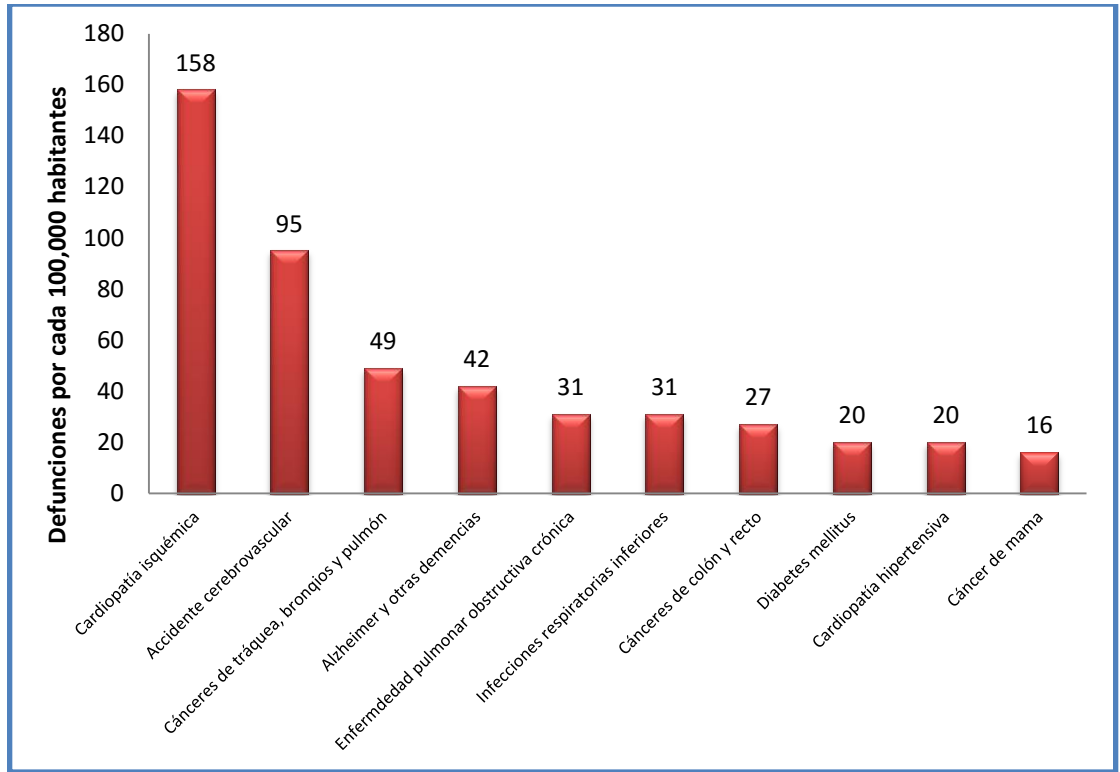
Gráfica N° 5. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso mediano bajo (2012)”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).



Gráfica N° 6. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso mediano alto (2012)”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).

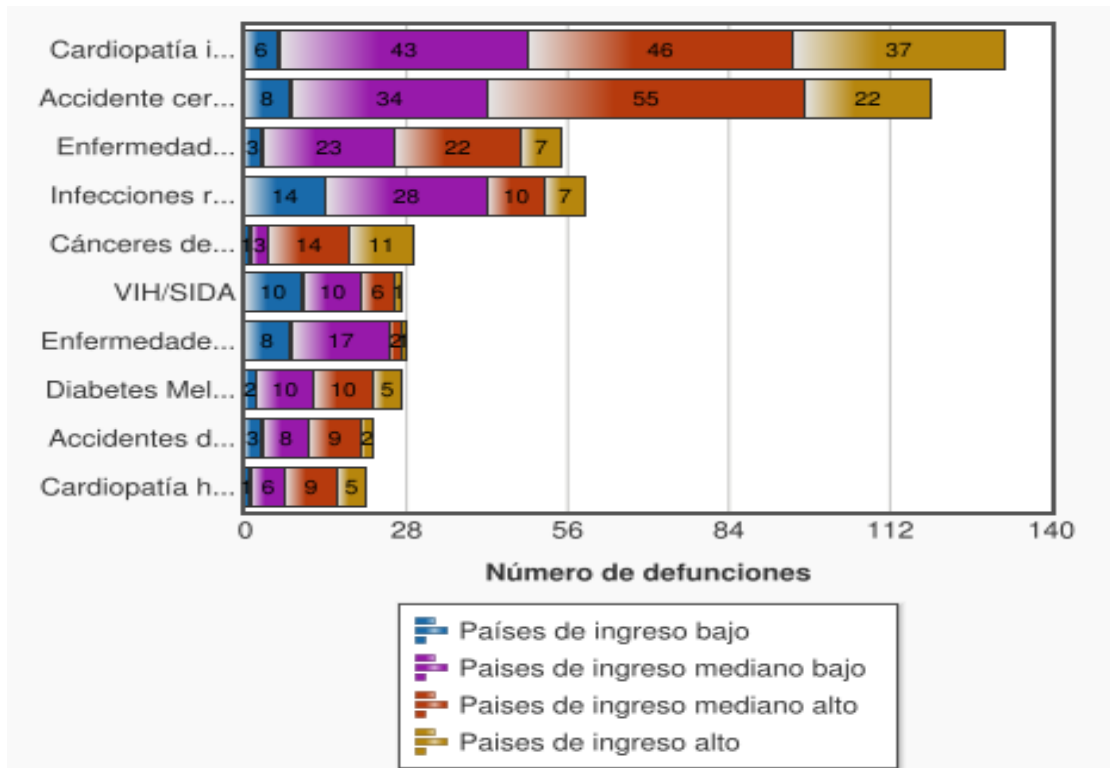


Gráfica N° 7. “Las 10 causas principales de defunción en los países de ingreso alto (2012)”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).

Finalmente la siguiente grafica muestra de forma simplificada la comparación de las 10 causas de defunción en los países por distribución de ingreso, a continuación se muestra las defunciones por EPOC, de acuerdo a la distribución por ingreso:

De 55 defunciones por cada 100,000 habitantes en el 2012 por la EPOC, 3 son de países con ingreso bajo, 7 de países con ingreso alto, 22 de países con ingresos medio alto y por ultimo 23 son de países con ingreso mediano bajo.



Gráfica N° 8. “Comparación de las 10 causas de defunción en los países distribución por ingreso”

Tomada de: Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014).

1.4.3 Estadísticas a nivel Nacional

1.4.3.1 Estadísticas México

Por otro lado en México en el 2000 la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de acuerdo a datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Sistema Nacional de Estadística y Geografía (SINAIS) y la Secretaría de Salud (SSA), es la séptima causa de mortalidad con 15, 915 defunciones, dentro de las primeras diez causas de

mortalidad, mientras que ya para el 2012 es la sexta causa de mortalidad con 22,433 defunciones.

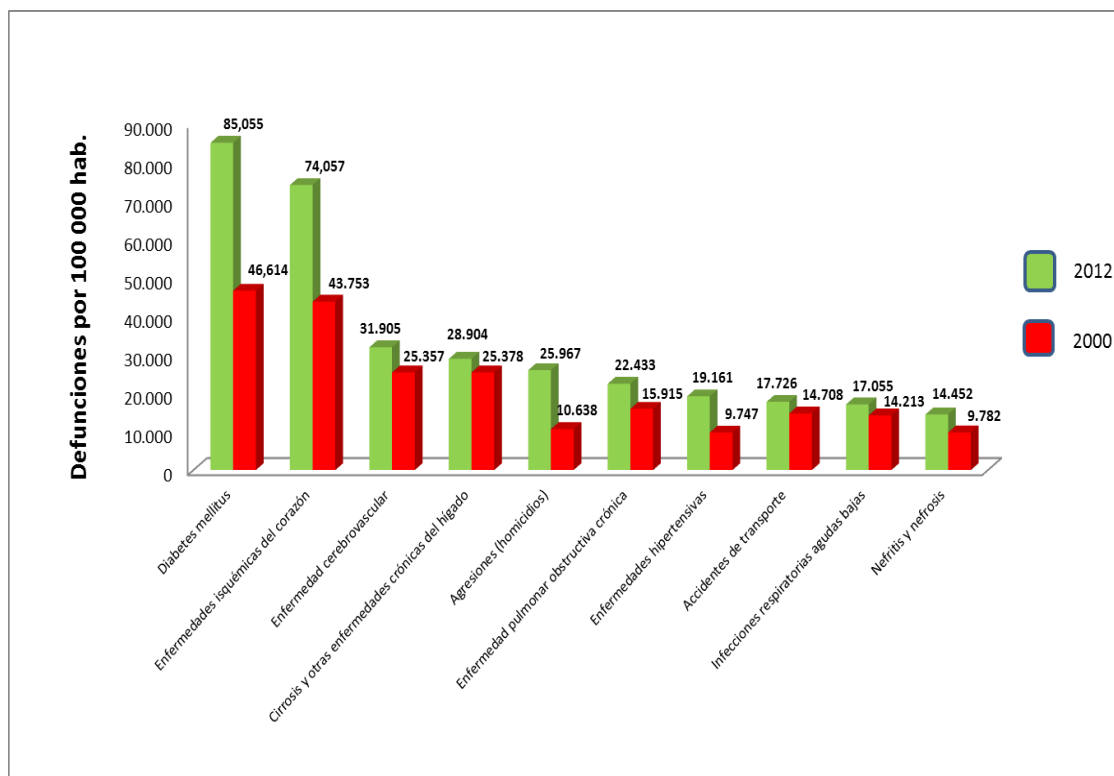
LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO, 2000-2012

Orden	Descripción	Defunciones	
		2012	2000
	Total	602,354	435,486
1	Diabetes mellitus	85,055	46,614
2	Enfermedades isquémicas del corazón	74,057	43,753
3	Enfermedad cerebrovascular	31,905	25,357
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28,904	25,378
5	Agresiones (homicidios)	25,967	10,638
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	22,433	15,915
7	Enfermedades hipertensivas	19,161	9,747
8	Accidentes de transporte	17,726	14,708
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	17,055	14,213
10	Nefritis y nefrosis	14,452	9,782

Tabla N°3 “Las 10 principales causas de mortalidad en México, 2000-2012”

Elaborado a partir de: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud, Tabla Dinámica de Defunciones, 1979-2009

A continuación se muestran de manera gráfica las 10 causas de mortalidad en México 2000-2012.



Gráfica N°9. “Las 10 principales causas de mortalidad en México 2000-2012 (INEGI, SSA Y SINAIS)

Tomada de: INEGI Consulta Interactiva de Datos, Defunciones Generales, Causas Detalladas CIE y Lista Mexicana de Enfermedades. Disponible en:

En el 2010 de acuerdo a la SSA la EPOC representa la octava causa de mortalidad con 19,468 defunciones.

Descripción	Defunciones
Enfermedades del corazón	105,144
Diabetes mellitus	82,964
Tumores malignos	70,240
Accidentes	38,117
Enfermedades del hígado	32,453
ECV	32,306
Agresiones	25,757
EPOC	19,468
Influenza y neumonía	15,620
Periodo perinatal	14,377
Las demás	155,572
Las 10 representan 74% del total	

Tabla N°4 La EPOC representa la octava causa de mortalidad

*Tomada de: Anuarios de Morbilidad, Dirección General de Epidemiología. SSA
Dirección Gneral de Información en Salud. SSA*

Por lo que respecta a las causas de mortalidad entre hombres y mujeres en México (2012) y con base en estadísticas del INEGI, para mujeres la EPOC representa la séptima causa de muerte con 8,493 defunciones (3.2%), mientras que la de hombres que igual representa el 7° lugar con 10,038 defunciones (3.0%).



Figura N° 2. “Defunciones registradas por principales causas de mortalidad según sexo, 2012”

Tomada de: INEGI 2013

CÁPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 Objetivos.

2.1.1 Objetivo General:

- Describir los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de EPOC, que acudieron a consulta en el periodo de agosto 2013-2014, al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, con el fin de plantear propuestas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes desde una perspectiva la Promoción de la Salud.

2.1.2. Objetivos Específicos.

- Describir la población estudiada a nivel demográfico.
- Identificar los factores de riesgo de la muestra poblacional, a través de conocer el origen de su la EPOC y sus comorbilidades.
- Describir mediante un instrumento, el puntaje de calidad de vida de la muestra poblacional.
- Plantear una serie de recomendaciones derivadas del análisis de los resultados obtenidos, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los

pacientes con diagnóstico de la EPOC, con una perspectiva de Promoción de la Salud.

2.2 Metodología

2.2.1 Aspectos generales.

La recopilación de datos para este estudio se realizó en: “El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Ismael Cosío Villegas, este es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de competencia es todo el territorio nacional” (INER, 2015).

Respecto a la designación del nivel socioeconómico de cada paciente que ingresa en el instituto, el Departamento de Trabajo Social del INER es el encargado de asignar el nivel socioeconómico a los pacientes. De acuerdo al nivel socioeconómico asignado, el paciente recibirá un porcentaje de subsidio en los costos de los servicios médicos ofrecidos por el instituto. El nivel socioeconómico es un índice ponderado que toma en cuenta el ingreso por dependiente (factor con el mayor peso), las características de la vivienda (material de construcción, servicios públicos con los que se cuenta, si la ubicación de la vivienda es urbana, suburbana o rural), si se es propietario o arrenda la casa y la presencia de otras enfermedades en otros miembros de la familia. El nivel socioeconómico cuenta con diez categorías que van del 0 al 9. Los pacientes con el nivel socioeconómico más bajo (nivel 0) no pagan ninguna

cuota por los servicios médicos recibidos. A medida que se incrementa el nivel, se incrementa la cuota que debe pagar el paciente. Los pacientes con nivel 5 pagan el costo real del servicio para el INER. Finalmente, los pacientes clasificados entre los niveles 6-9, pagan el costo real del servicio más una cantidad adicional que representa una ganancia para el instituto. Para el análisis de este estudio excluimos los niveles socioeconómicos del 5–9 porque la mayoría de los pacientes que recibe el INER se encuentran concentrados entre los niveles 0–4.

La presente investigación es parte del estudio epidemiológico titulado: “Estimación de costos de la EPOC en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año”. Dicho estudio tuvo como objetivo principal estimar los costos de atención ambulatoria y hospitalaria de la EPOC desde la perspectiva social en un hospital de tercer nivel.

2.2.2 Tipo de estudio

EL presente reporte de investigación fue un estudio de tipo descriptivo, por la naturaleza de los objetivos a desarrollar (ya que de acuerdo a Hernández Sampieri, un estudio descriptivo es el que va a medir el fenómeno en cualquiera de sus dimensiones por partes o en específico).

2.2.3 Población de estudio.

Pacientes que acudieron a sus citas ambulatorias en los diferentes servicios del INER: clínica de tabaco, citas con su médico en la clínica de EPOC o consulta externa.

2.2.4 Tamaño de la muestra

En un inicio se esperaba contar con al menos 500 pacientes dentro del estudio, contrario a lo esperado el tamaño de la muestra total fue de 476 pacientes con diagnóstico de EPOC, debido a que en el proceso se excluyeron algunos participantes, por no contar con las características que a continuación se mencionan en los criterios de inclusión.

2.2.4.1 Criterios de inclusión y exclusión.

De inclusión:

En criterios de inclusión como se mencionó con anterioridad se tuvieron contemplados a todos los pacientes con diagnóstico de EPOC que acudieron al INER, siendo más específicos los siguientes puntos:

1. Hombres y mujeres con diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría en cualquiera de sus etapas.
2. De 40 años o más².
3. Pacientes que aceptaran firmar el consentimiento informado.

De exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de asma³.
2. Que tenían menos de cuarenta años.
3. Que por medio de la espirometría se haya descartado el diagnóstico de EPOC.

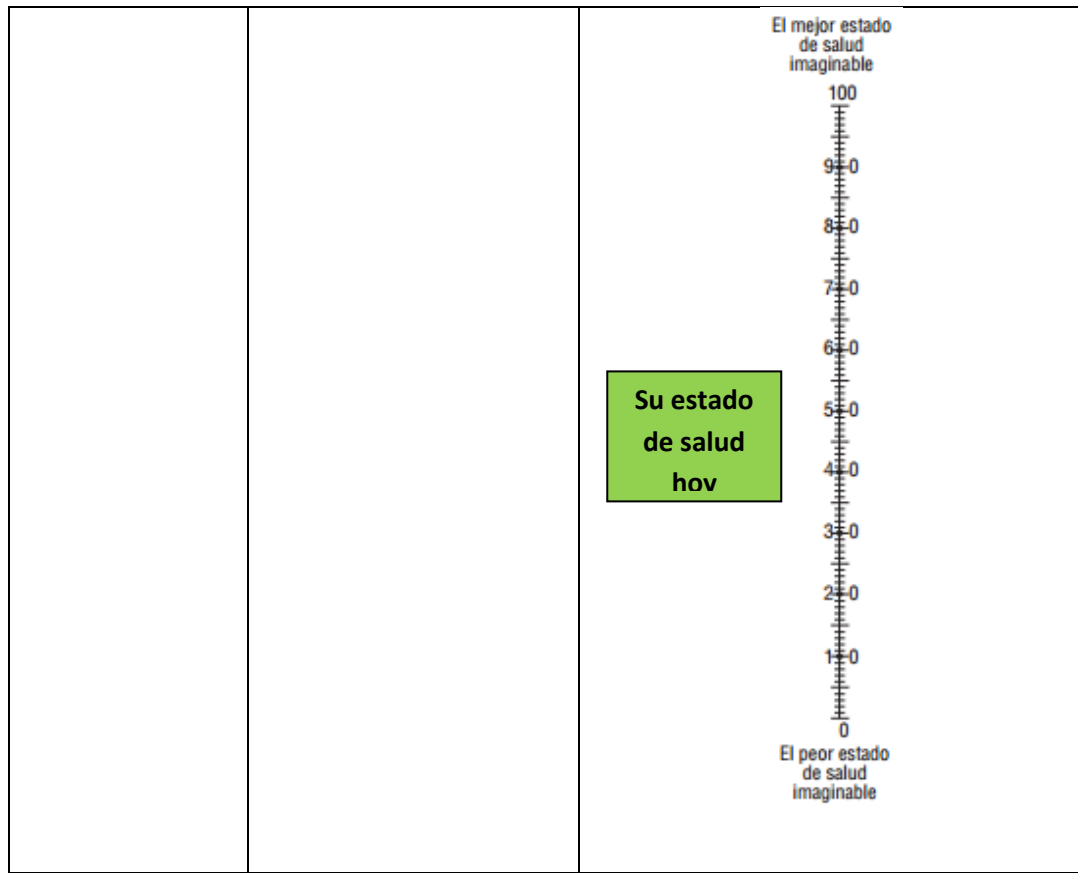
² Mayores de 40 años o más, ya que es la edad en que se confirma el diagnóstico de EPOC, por medio de la espirometría.

³ Para la Organización Mundial de la Salud, el asma es tomado como una "enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra." La disnea es la falta de aire o dificultad para respirar y las sibilancias son los sonidos producidos por el paso del aire a las vías respiratorias. Es por lo anterior que en algunas ocasiones se pudiera confundir un diagnóstico de Asma con el de la EPOC.

2.2.5 Cuadro de variables

Variables Independientes		
VARIABLES	DESCRIPCIÓN	PARÁMETROS
1.- Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Sexo 1 <input type="checkbox"/> HOMBRE 2 <input type="checkbox"/> MUJER
2.- Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Fecha de nacimiento: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ DIA MES AÑO
3.- Residencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente	¿Dónde radica actualmente?
4.- Ocupación u oficio	Actividad o trabajo	¿Cuál es (o fue) su ocupación o profesión?
5.- Servicios de salud	Accesibilidad a los servicios de salud	¿Cuenta con algún servicio de salud? Sí No
6.- Nivel socioeconómico	Es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar.	Nivel socioeconómico asignado por el INER: _ _
7.- Gasto del paciente por la EPOC en el hogar	Parte del gasto habitual para el sustento del hogar proporcionado a la EPOC del paciente.	En un porcentaje aproximado, ¿Qué parte del gasto que utilizan para el sustento del hogar considera que destinaron para atender su problema de salud de la EPOC? _ _ _ _ %
Variables dependientes		
1.- Principales factores de riesgo para la EPOC.	En epidemiología un factor de riesgo, es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	¿Cuál de las siguientes situaciones considera que es el causante de su enfermedad o de tener EPOC? 1. <input type="checkbox"/> Tabaquismo 2. <input type="checkbox"/> Humo de leña 3. <input type="checkbox"/> Biomasa 4. <input type="checkbox"/> Fumador pasivo 5. <input type="checkbox"/> Exposición a sustancias 6. <input type="checkbox"/> Otro ¿Algún médico le ha dicho a Ud. que tiene: A. Diabetes B. Presión alta C. Asma D. Enf. Del corazón E. Enfisema F. Gastritis G. Úlcera H. Reflujo I. Obesidad J. Tuberculosis K. Depresión L. Otro ¿Cuál es su etapa de la enfermedad: 1.-leve: (GOLD 1) 2.-moderada: (GOLD 2) 3.-grave: (GOLD 3)

		<p>4.-muy grave: (GOLD 4)</p> <p> __ de GOLD</p>
<p>2.- Calidad de vida</p>	<p>Según la OMS es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y la relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. La calidad de vida en este estudio fue medida a partir del cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D).</p>	<p>Marque con una cruz (X) la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY</p> <p>1. Movilidad</p> <p>No tengo problemas para caminar Tengo algunos problemas para caminar Tengo que estar en la cama</p> <p>2. Cuidado personal</p> <p>No tengo problemas con el cuidado personal Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme No puedo lavarme o vestirme</p> <p>3. Actividades cotidianas como trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas o actividades familiares o recreativas.</p> <p>No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas Tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas No puedo realizar mis actividades cotidianas</p> <p>4. Dolor/Malestar</p> <p>No tengo dolor ni malestar Tengo dolor o malestar moderados Tengo mucho dolor o malestar</p> <p>5. Ansiedad/Depresión</p> <p>No estoy ansioso ni deprimido Estoy moderadamente ansioso o deprimido Estoy muy ansioso o deprimido</p> <p>Su estado de salud Hoy</p> <p>Con base a este termómetro de una escala del 0 al 100 nos podría decir ¿cómo se siente el día de hoy?, en donde el 0 nos dice que usted se siente muy mal y el 100 nos dice que usted se siente perfectamente bien de salud</p> <p>Para ayudar a la gente a describir que tan bueno o que tan malo es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pudiera imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.</p> <p>Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, que tan bueno o que tan malo es su estado de salud el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique que tan bueno o que tan malo es su estado de salud el día de hoy.</p>



2.2.5.1 Procedimiento de recopilación de datos.

Durante el proceso de Servicio Social, las tesis Angélica Mateo Segundo y Nadia Vázquez Campos participaron en el proyecto de investigación titulado *“Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año”*, donde se captó a los pacientes que acudieron a sus citas ambulatorias en los diferentes servicios: Clínica de tabaco, citas con su médico en la clínica de EPOC o consulta externa. Asimismo se consideró a los pacientes con diagnóstico reciente de EPOC, en cuyo caso debido a la enfermedad grave del paciente se encuestó al familiar que se hace cargo de éste para poder obtener la información de los gastos en los que haya incurrido para los cuidados del mismo durante su tiempo de estancia hospitalaria (pasajes, alimentación, hospedaje, etc.), sin embargo y para efectos del estudio de investigación, se

tomó en cuenta solo a pacientes ambulatorios. El número de veces que el paciente fue encuestado dependió del número de visitas médicas que fue agendado. Usualmente las visitas médicas en el INER son programadas trimestral o semestralmente.

Se caracterizó a los pacientes de acuerdo a la información del médico adscrito por el grado de severidad de su enfermedad de acuerdo a las guías de: (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2013).

2.2.6 Instrumento de medición.

2.2.6.1 Descripción del cuestionario aplicado

El cuestionario que se aplicó contenía las siguientes secciones: características sociodemográficas, costos previos al diagnóstico de EPOC, costos directos, costos indirectos, exacerbaciones, calidad de vida basado en la prueba (EQ-5D), comorbilidades y gasto familiar en el hogar, lo cual solo se tomó para fines de la presente tesis características sociodemográficas, calidad de vida y comorbilidades (Como se muestra en el anexo 1).

2.2.6.2 Condiciones sociodemográficas

Para caracterizar el tipo de población (en cuestión sociodemográfica) que participó en el estudio, fue necesario retomar los siguientes ítems:

- Sexo
- Edad
- Lugar de residencia
- Su profesión antes y después del diagnóstico de la EPOC

- Si contaban con algún servicio de salud
- Nivel socioeconómico asignado por el INER
- Gasto del paciente por la EPOC en el hogar

2.2.6.3 Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo para la EPOC del paciente, se tomaron las preguntas de:

- Principales causas atribuibles a la EPOC
 - Tabaquismo
 - Humo de leña
 - Biomasa (residuos de animales, vegetales, forestales, de la industria agrícola, y zonas urbanas, que por medio de la combustión se puede utilizar como fuente de energía)
 - Fumador pasivo
 - Exposición a sustancias
 - Otras

- Comorbilidades asociadas.
 - Diabetes
 - Presión alta
 - Asma
 - Enfermedades del corazón
 - Enfisema
 - Gastritis
 - Úlcera
 - Reflujo
 - Obesidad
 - Tuberculosis
 - Depresión

- Otro

- Etapa GOLD de la enfermedad del paciente
 - Nivel 1: Enfermedad leve (GOLD 1)
 - Nivel 2: Enfermedad moderada (GOLD 2)
 - Nivel 3: Enfermedad grave (GOLD 3)
 - Nivel 4: Enfermedad muy grave (GOLD 4)

Lo anterior fueron puntos clave para saber a partir de qué o cuáles factores contribuyeron a que esta población tuviera EPOC, además de conocer las comorbilidades que más frecuentemente están asociadas a la misma enfermedad y la etapa GOLD que tiene la población de estudio.

2.2.6.4 Calidad de vida

Se aplicó el instrumento EQ-5D, el cual es un cuestionario no específico para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁴. A continuación se presenta un ejemplo que para medir este aspecto, se ha incluido en dicho cuestionario:

Marque con una cruz (X) la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY

1. Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

2. Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

⁴ Para la medición CVRS, se requiere de cuestionarios muy robustos, que puedan administrarse de manera rápida y sencilla y que permitan obtener resultados a la vez fiables y válidos. Hoy en día existen relativamente pocos cuestionarios con estas características.

3. Actividades cotidianas como trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas o actividades familiares o recreativas.

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
Tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
No puedo realizar mis actividades cotidianas

4. Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar
Tengo dolor o malestar moderados
Tengo mucho dolor o malestar

5. Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso ni deprimido
Estoy moderadamente ansioso o deprimido
Estoy muy ansioso o deprimido

Su estado de salud Hoy (percepción del estado de salud)

TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

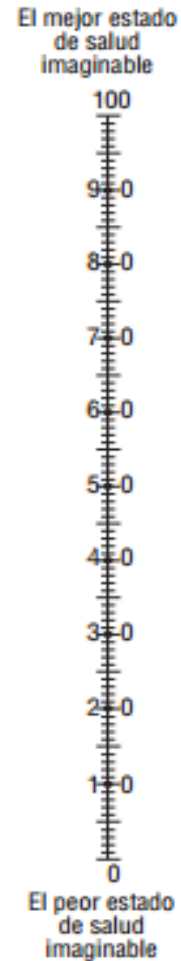


Figura: N°3 Termómetro EUROQOL de autovaloración del estado de salud

Tomado de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

2.3. Procesamiento estadístico.

Los resultados que arrojaron los cuestionarios se trabajaron estadísticamente con el programa Stata SE 12.0. Para el análisis descriptivo se empleó: porcentajes, promedios, frecuencias y el Odds Ratio⁵ (sexo-movilidad, sexo-cuidado personal, sexo-actividades cotidianas, sexo-dolor/malestar y sexo-ansiedad/depresión).

⁵ La palabra Odds puede ser entendida como "posibilidad" en México la llaman "momios". La diferencia entre, odds y probabilidad: consiste en que la probabilidad de un evento es el número de veces que el evento dividido entre el total de eventos, el Odds es el número de veces que el evento de interés ocurre entre el número de veces que el evento no ocurre (De la Cruz, s/f).

Por ejemplo: si un grupo de 100 personas deseamos sacar 30 al azar, el cálculo de la probabilidad es de 30/100, mientras que Odds es 30/70 (De la Cruz, s/f).

El Odds de eventos raros e inusuales se aproxima bien a la probabilidad de tales eventos. Por lo que el cálculo del Odds es adecuado para enfermedades y situaciones raras o de baja probabilidad como lo sería la presentación de un cáncer (De la Cruz, s/f).

CAPÍTULO III

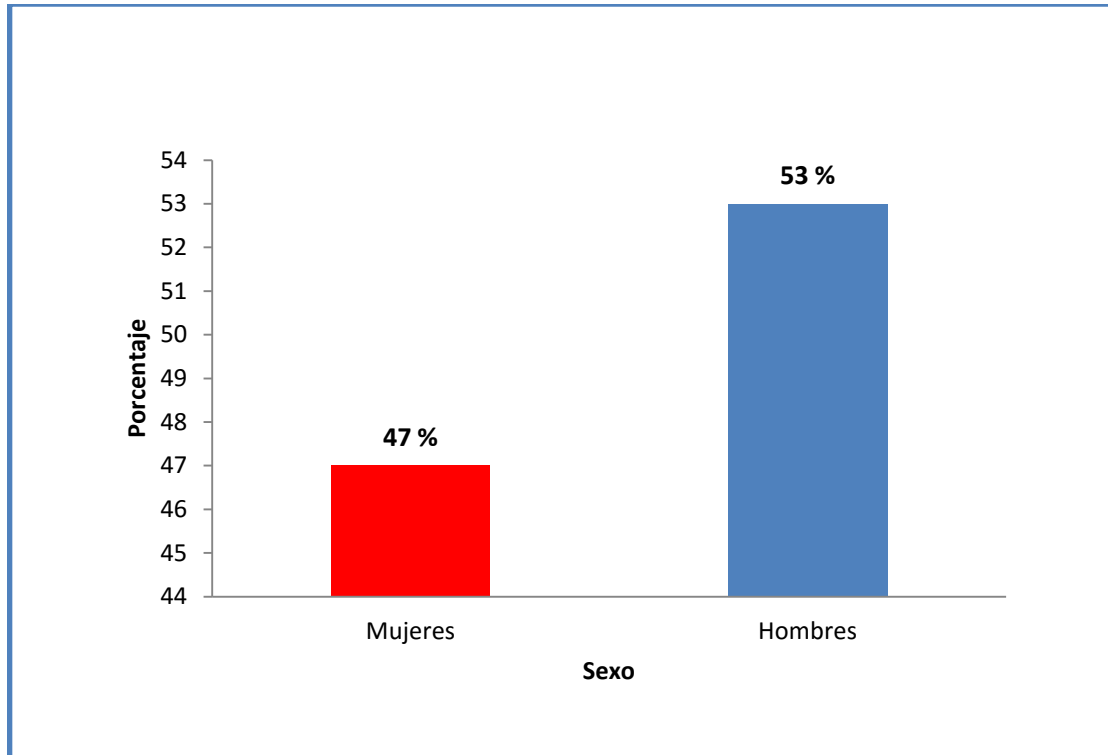
RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a una muestra poblacional de 500 pacientes donde como ya se dijo por características de exclusión se seleccionaron sólo a 476 pacientes ambulatorios que asistieron a consulta en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en el periodo de un año.

3.1 Análisis descriptivo de los resultados

3.1.1 Características sociodemográficas

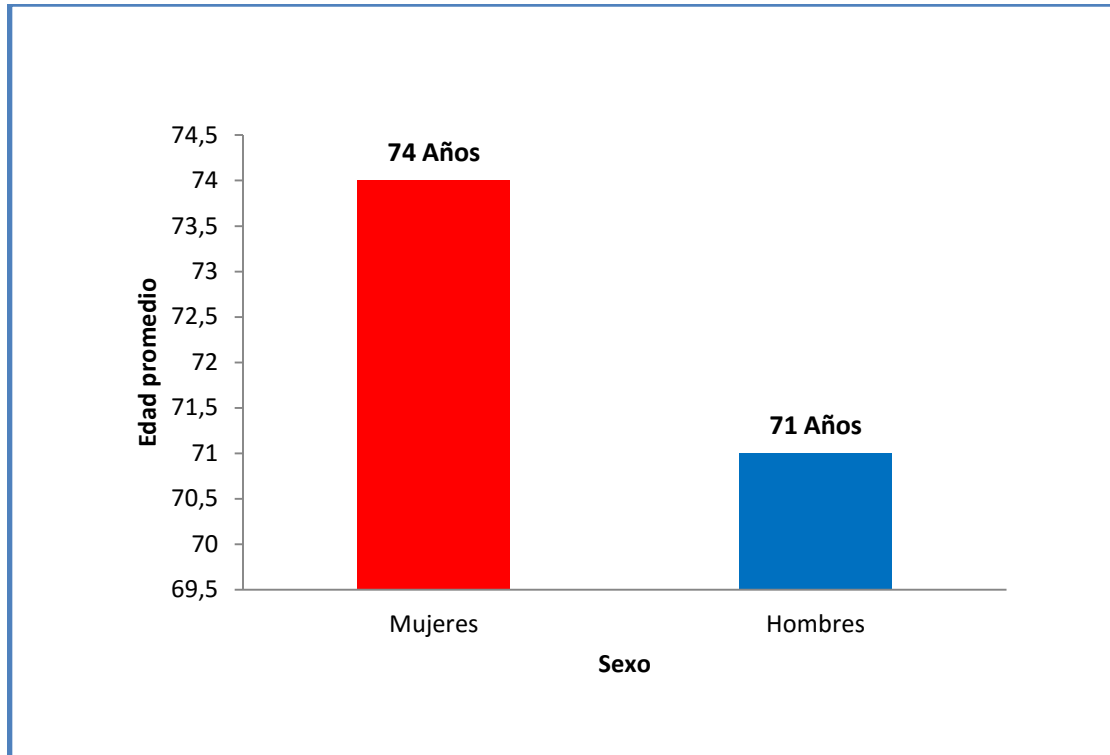
La gráfica 10 muestra el total de pacientes encuestados como se mencionó con anterioridad fue de 476 personas de los cuales 222 (47%) son mujeres y 254 (53%) son hombres.



Gráfica N° 10: Proporción poblacional por sexo en porcentaje

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La gráfica 11, muestra la edad promedio de los pacientes que participaron en el estudio, la cual oscila entre los 71 a 74 años. Para los hombres el promedio de edad fue de 71.3 años, mientras que para las mujeres fue de 73.9 años, teniendo entonces las mujeres mayor promedio de edad que los hombres.



Gráfica 11: Edad promedio por sexo de los pacientes

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

La tabla 5, muestra el lugar de residencia de los pacientes, en su mayoría tanto mujeres como hombres residen en el D.F., es decir que un 57.2% de mujeres y un 62.2% de hombres de la población de estudio vive en el D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
ESTADO	95	42.8	86	33.9	181	38.0
DF	127	57.2	158	62.2	285	59.9
NO CONTESTARON	-----	-----	10	3.9	10	2.1

Tabla 5: Lugar de residencia de los pacientes

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

La tabla 6, muestra como la mayoría de los pacientes antes de ser diagnosticado con EPOC se dedicaban a un oficio como principal actividad laboral, lo anterior aplica tanto para hombres como para mujeres. Después de haberse diagnosticado la EPOC la actividad laboral más frecuente en mujeres fue ama de casa con un 67.1%, mientras que para los hombres fue de desempleado con un 48.8%.

PROFESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE TENER LA EPOC								
	Mujer				Hombre			
	ANTES (n=129)		DESPUÉS (n=222)		ANTES (n=191)		DESPUÉS (n=254)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
DESEMPLEADO	1	0.8	51	23.0	2	1.1	124	48.8
PENSIONADO	0	0.0	1	0.5	2	1.1	13	5.1
OFICIO	43	33.3	8	3.6	89	46.6	41	16.1
COMERCIANTE	20	15.5	5	2.3	23	12.0	20	7.9
AMA DE CASA	32	24.8	149	67.1	2	1.1	27	10.6
TECNICO	14	10.9	3	1.4	29	15.2	6	2.4
PROFESIONISTA	19	14.7	5	2.3	44	23.0	23	9.1
Total	129	100	222	100	191	100	254	100

Tabla 6. Situación laboral de los participantes antes y después del diagnóstico de EPOC

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La tabla 7, muestra que el 61.7% que representa a 137 mujeres sí cuentan con un seguro social, ahora bien, el 66.9% que representa a 170 hombres de igual manera cuentan con algún seguro. Mientras que la otra parte no cuenta con algún tipo de seguridad social, esto es 85 mujeres y 84 hombres no cuentan con algún servicio de salud.

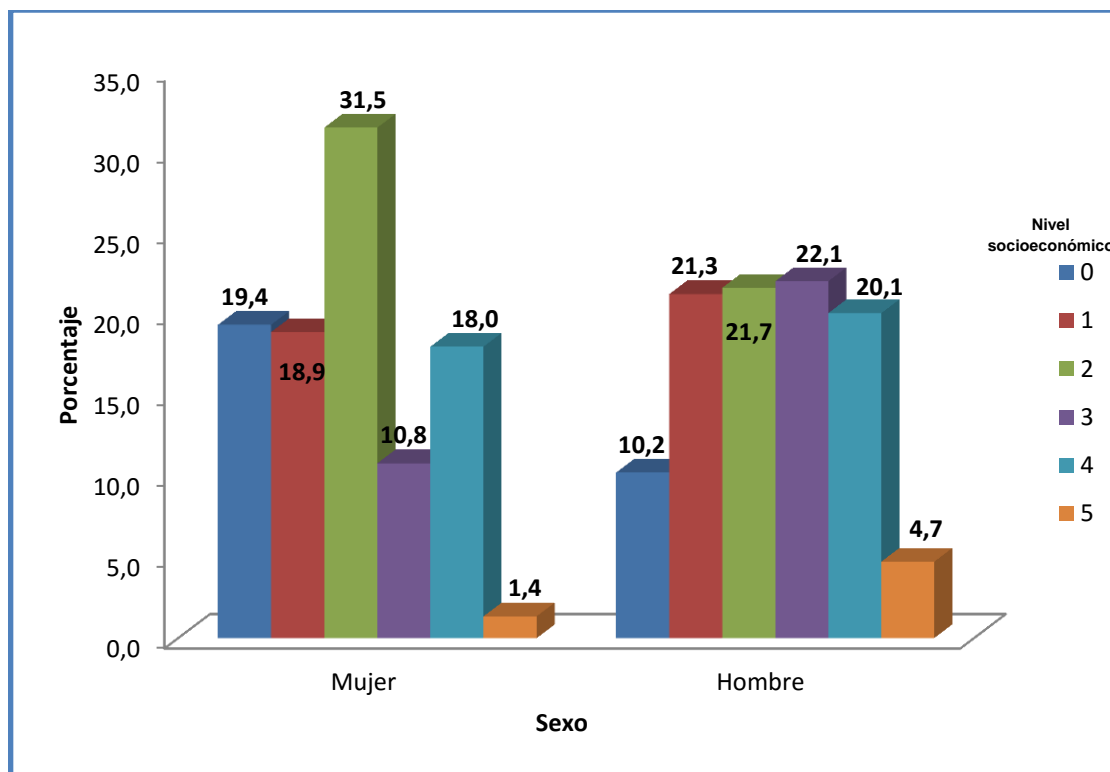
CUENTA CON SERVICIO DE SALUD						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Si	137	61.7	170	66.9	307	64.5
No	85	38.3	84	33.1	169	35.5

Tabla 7: ¿Cuenta con algún servicio de salud?

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La gráfica 12, muestra el nivel socioeconómico⁶ que asigna el INER a los pacientes, predominando de manera general el segundo y el tercero de estos niveles. Puesto que para las mujeres este segundo nivel tuvo un 31.5% mientras que para los hombres fue el tercero con un 22.1%.

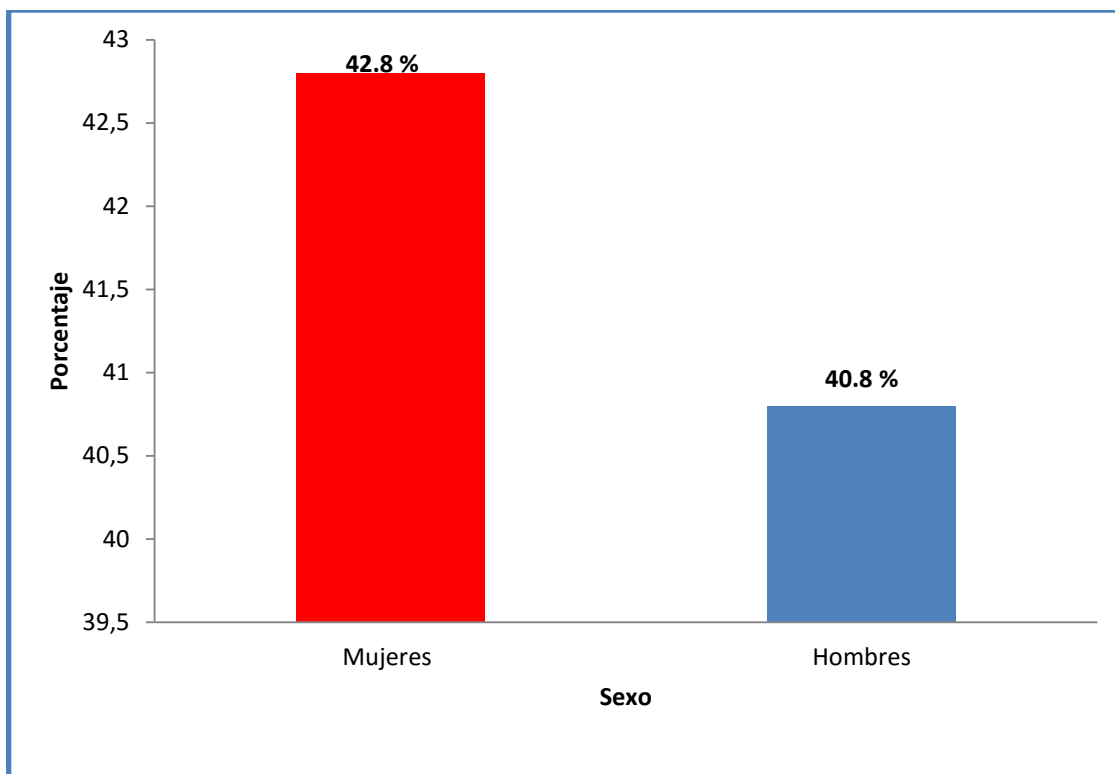
⁶ El INER designa el nivel socioeconómico de cada paciente por medio de un estudio ponderado, el cual se ven involucrados no solo el salario que percibe el paciente, si no también, las condiciones materiales de vida con las que cuenta, el lugar donde vive y si otro familiar tiene alguna enfermedad, cada uno de estos puntos con cierto porcentaje y a lo que menos le dan peso es al del salario percibido.



Gráfica 12: Nivel socioeconómico asignado por el INER de los pacientes por sexo en porcentajes

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstruciva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La gráfica 13, representa el gasto promedio en porcentaje que utilizan los pacientes para el sustento de su hogar y qué parte de éste es destinado para el tratamiento de su EPOC.



Gráfica 13: Gasto atribuible a la EPOC de los pacientes en porcentaje

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

3.1.2 Principales factores de riesgo para la EPOC

La tabla 8 muestra los principales factores de riesgo atribuibles a la EPOC, en primera instancia es el tabaquismo y el humo de leña, ya que como se muestra, el porcentaje de mujeres respecto a la exposición al humo de leña es un 51.4 lo que representa a 114 mujeres. Por otra parte el porcentaje de hombres es de un 82.3 en lo que respecta al tabaquismo, lo que representa a 209 hombres del total de la muestra. En segundo lugar para ambos sexos están otras causas atribuibles al desarrollo de EPOC. Finalmente en tercer lugar para mujeres está el factor de fumador pasivo con un 1.4% que representa a 3 mujeres, en el caso

de los hombres está el factor de exposición a sustancia con un 0.8% que representa a 2 hombres.

FACTORES DE RIESGO						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Tabaquismo	75	33.8	209	82.3	284	59.7
Humo de leña	114	51.4	15	5.9	129	27.1
Fumador pasivo	3	1.4	1	0.4	4	0.8
Exposición a sustancia	2	0.9	2	0.8	4	0.8
Otros	27	12.2	26	10.2	53	11.1
No contestaron	1	0.5	1	0.4	2	0.4
Total	222	100	254	100	476	100

Tabla 8. Principales factores de riesgo de la EPOC

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La tabla 9, muestra las comorbilidades de mayor prevalencia encontradas en hombres y mujeres de este estudio, las cuales fueron en primer lugar; presión alta para ambos sexos, dado que las mujeres cuentan con un 58.6% y los hombres con un 42.1%; en segundo lugar; para mujeres lo fue la gastritis con 37.8% mientras que para los hombres fue el enfisema con 36.2%. y finalmente en tercer lugar para las mujeres fue las enfermedades del corazón, que 40.3% la padecen, en hombres lo fue la gastritis con un 24.4%.

Cabe mencionar que en la tabla 9 solo se toman en cuenta a las personas que dicen padecer otro tipo de enfermedades aparte de su EPOC, la otra parte de la población que dijo no tener ningún otro padecimiento además de la EPOC, no aparece en esta tabla.

COMORBILIDADES						
	Mujer		Hombre		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
DIABETES	51	23.0	33	13.0	84	17.6
PRESIÓN ALTA	130	58.6	107	42.1	237	49.8
ASMA	29	13.1	17	6.7	46	9.7
ENF. DEL CORAZÓN	61	40.3	44	17.3	105	22.1
ENFISEMA	53	27.5	92	36.2	145	30.5
GASTRITIS	84	37.8	62	24.4	146	30.7
ULCERA	9	4.1	17	6.7	26	5.5
REFLUJO	30	13.5	37	14.6	67	14.1
OBESIDAD	52	23.4	37	14.6	89	18.7
TUBERCULOSIS	5	2.3	2	0.8	7	1.5
DEPRESIÓN	28	12.6	24	9.4	52	10.9

Tabla 9: Comorbilidades

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

Nota: No suman 476 por que los pacientes encuestados pueden tener una o más enfermedades además del EPOC.

La siguiente tabla 10, muestra el GOLD (etapa de la enfermedad) en la que se encuentran los pacientes ambulatorios que participaron en el estudio. Predominando en ambos sexos el **GOLD 4**, con un 39.2% en mujeres y un 40% en hombres.

*La etapa de la enfermedad se clasifica de la siguiente manera:

- Nivel 1: Enfermedad leve (GOLD 1)
- Nivel 2: Enfermedad moderada (GOLD 2)
- Nivel 3: Enfermedad grave (GOLD 3)
- Nivel 4: Enfermedad muy grave (GOLD 4)

ETAPA DE LA ENFERMEDAD						
Etapa GOLD	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
1	18	8.1	20	7.9	38	8.0
2	69	31.1	76	29.9	145	30.5
3	48	21.6	56	22.1	104	21.9
4	87	39.2	102	40.2	189	39.7

Tabla 10: Etapa de la enfermedad

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

3.2 Calidad de vida

En la tabla 11 se muestra, que parte de la población de mujeres y hombres tienen o no problemas con la movilidad. El 49.5% del total de mujeres refirieron tener algunos problemas para caminar, mientras que el 60.6% del total de hombres dice no tener problemas para caminar.

MOVILIDAD						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
No tengo problemas para caminar	102	45.9	154	60.6	256	53.8
Tengo algunos problemas para caminar	110	49.5	95	37.4	205	43.1
Tengo que estar en cama	8	3.6	2	0.8	10	2.1
No contestaron	2	0.9	3	1.2	5	1.1
Total	222	99.9	254	100	476	100.1

Tabla 11: Movilidad

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

La tabla 12 muestra el cuidado personal de los pacientes con EPOC que participaron en el estudio, en su mayoría tanto hombres como mujeres no tienen problemas con su cuidado personal, dado que el 68.9% que representan a 153 mujeres y 78.3% que representan a 199 hombres, no tienen problemas con el cuidado personal.

CUIDADO PERSONAL						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
No tengo problemas con el cuidado personal	153	68.9	199	78.3	352	73.9
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	62	27.9	50	19.7	112	23.5
No puedo lavarme o vestirme	5	2.3	3	1.2	8	1.7
No contestaron	2	0.9	2	0.8	4	0.8
Total	222	100	254	100	476	99.9

Tabla 12: Cuidado personal

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La tabla 13 muestra las actividades cotidianas de los pacientes, la mayoría de mujeres y hombres no presentan algún problema en realizarlas, es decir que 57.7% que representan a 128 mujeres y un 63.8% de hombres que representan a 162 de ellos no tienen problemas para realizar sus actividades cotidianas.

ACTIVIDADES COTIDIANAS						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	f	%	f	%	F	%
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	128	57.7	162	63.8	290	60.9
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	75	33.8	73	28.7	148	31.1
No puedo realizar mis actividades cotidianas	17	7.7	16	6.3	33	6.9
No contestaron	2	0.9	3	1.2	5	1.1
Total	222	100	254	100	476	100

Tabla 13: Actividades cotidianas como trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas o actividades familiares o recreativas

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

La tabla 14, muestra si la población estudiada tiene dolor o malestar, la mayoría de las mujeres y los hombres no tienen dolor ni malestar dado que en mujeres el 58.6% que representa a 130 mujeres y 68.9% que representa a 175 hombres, no tienen dolor ni malestar.

DOLOR/MALESTAR						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	F	%	f	%	F	%
No tengo dolor ni malestar	130	58.6	175	68.9	305	64.1
Tengo dolor y malestar moderados	80	36.0	72	28.3	152	31.9
Tengo mucho dolor y malestar	10	4.5	5	2.0	15	3.2
No contestaron	2	0.9	2	0.8	4	0.8
Total	222	100	254	100	476	100

Tabla 14: Dolor/malestar

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

La tabla 15, muestra que la mayoría de mujeres y hombres que participaron en el estudio no se encuentran ansiosos ni deprimidos, ya que 69.4% que representa a 154 mujeres y 75.2% que representa a 191 hombres, no se sienten ansiosos ni deprimidos.

ANSIEDAD/DEPRESIÓN						
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
No estoy ansioso ni deprimido	154	69.4	191	75.2	345	72.5
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	60	27.0	56	22.0	116	24.4
Estoy muy ansioso o deprimido	6	2.7	5	2.0	11	2.3
No contestaron	2	0.9	2	0.8	4	0.8
Total	222	100	254	100	476	100

Tabla 15: Ansiedad/depresión

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La tabla 16, muestra los promedios que tienen los pacientes que participaron en el estudio respecto a la percepción de salud, las mujeres y los hombres se encuentran en un 69.6 y 70.8 respectivamente; en lo que fue la escala considerada del 0 al 100. Los resultados sugieren que la percepción de salud que tienen las personas que participaron en este estudio no es tan mala a pesar de tener la EPOC.

MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD DE ACUERDO AL TERMÓMETRO					
	Mujer (n=222)		Hombre (n=254)		Total (N=476)
	<i>N</i>	\bar{x}	<i>n</i>	\bar{x}	<i>N</i>
Contestaron	220	69.6	252	70.8	472
No contestaron	2	-----	2	-----	4

Tabla 16: Medición de la percepción de salud de acuerdo al termómetro

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

3.2.1 Factores asociados a la calidad de vida

De acuerdo a los resultados obtenidos en los ítems de calidad de vida, se volvió a recodificar la información proporcionada en buena y mala, esto serviría para observar que parte de la población de estudio tiene problemas con las funciones físicas y psicologías percibidas por el paciente. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 17 donde un número importante de pacientes con EPOC reportaron tener un deterioro en su calidad de vida en los diferentes aspectos evaluados. Los problemas en la movilidad y las actividades cotidianas fueron los más prevalentes con 45.2% y 38% respectivamente.

CALIDAD DE VIDA								
	Buena		Mala		No contestaron		Total	
	F	%	f	%	f	%	F	%
Movilidad (caminar)	256	53.8	215	45.2	5	1.1	476	100
Cuidado personal (lavarse o vestirse)	352	73.9	120	25.2	4	0.8	476	100
Actividades cotidianas (trabajar, tareas domésticas, etc.)	290	60.9	181	38.0	5	1.1	476	100
Dolor/Malestar	305	64.1	167	35.1	4	0.8	476	100
Ansiedad/Depresión	345	72.5	127	26.7	4	0.8	476	100
*Promedio de porcentajes obtenidos.	-----	65	-----	34	-----	-----	-----	-----

Tabla 17: Calidad de vida (buena o mala) de los pacientes que participaron en el estudio

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)”

*Se sacaron promedios de los resultados con el fin de obtener un promedio de percepción de su calidad de vida

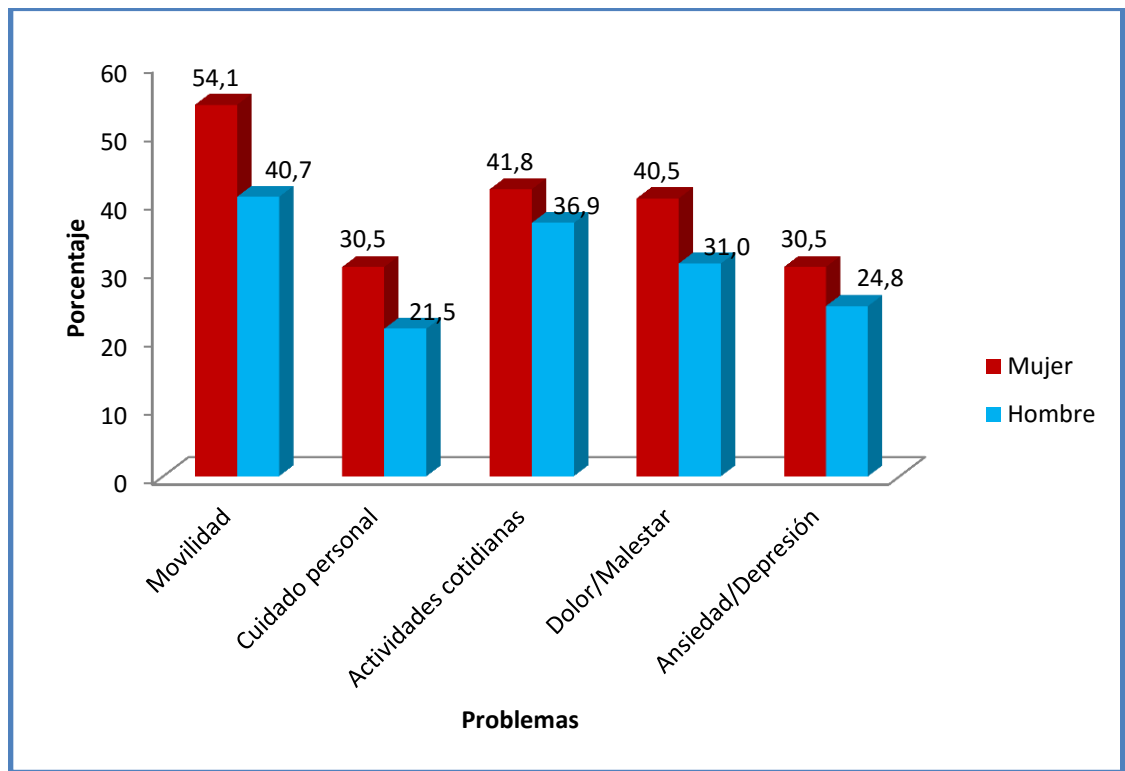
En las siguientes tres gráficas (14,15 y 16) se muestra la relación entre la calidad de vida con cada una de las otras variables con el sexo, el gasto catastrófico⁷ y la etapa GOLD de la enfermedad, esto con la finalidad de averiguar si estas tres variables están asociadas al deterioro de la calidad de vida de los pacientes que participaron en el estudio.

Cabe mencionar, que para llevarse a cabo la relación de estas variables, solo se tomó la parte de la población que reportó tener problemas en los diferentes ítems de la calidad de vida, ya que en salud si más del 5% del total de una población de estudio tienen problemas de salud, se considera como un riesgo para que el total de la población a futuro presente los mismos padecimientos o

⁷ De acuerdo a la Secretaría de Salud el gasto catastrófico “por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.”

padecimientos parecidos. Así entonces en estos casos la población considerada fue de 220 mujeres y 252 hombres.

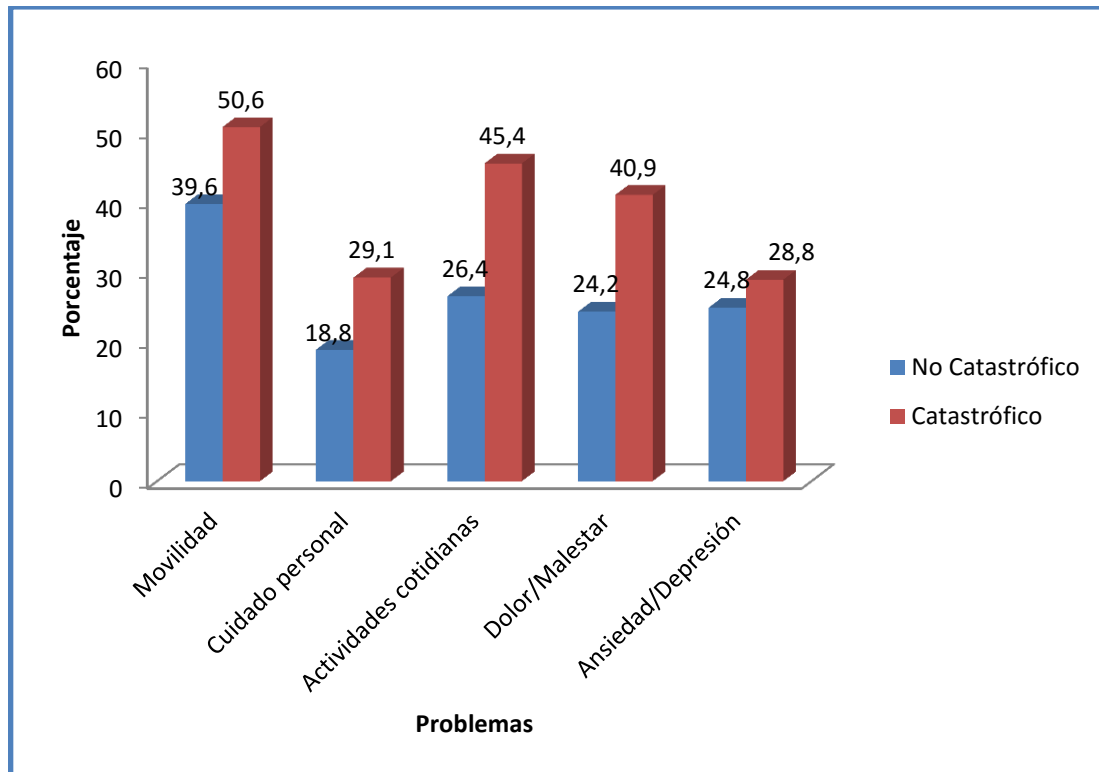
En la gráfica 14, se muestra la estratificación por sexo de los pacientes con EPOC, en un porcentaje considerable de mujeres, la calidad de vida está afectada en cuanto a problemas con el movimiento y con las actividades cotidianas siendo estos de 54.1% y 41.8% respectivamente.



Gráfica 14: Porcentaje de pacientes con EPOC con problemas de calidad de vida.

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La gráfica 15, muestra que los pacientes con gasto catastrófico presentaron un deterioro más marcado en su calidad de vida en comparación con aquellos que no lo tuvieron. Así mismo, los pacientes con gasto catastrófico se vieron afectados principalmente en la movilidad (50.6%) y las actividades cotidianas (45.4%).

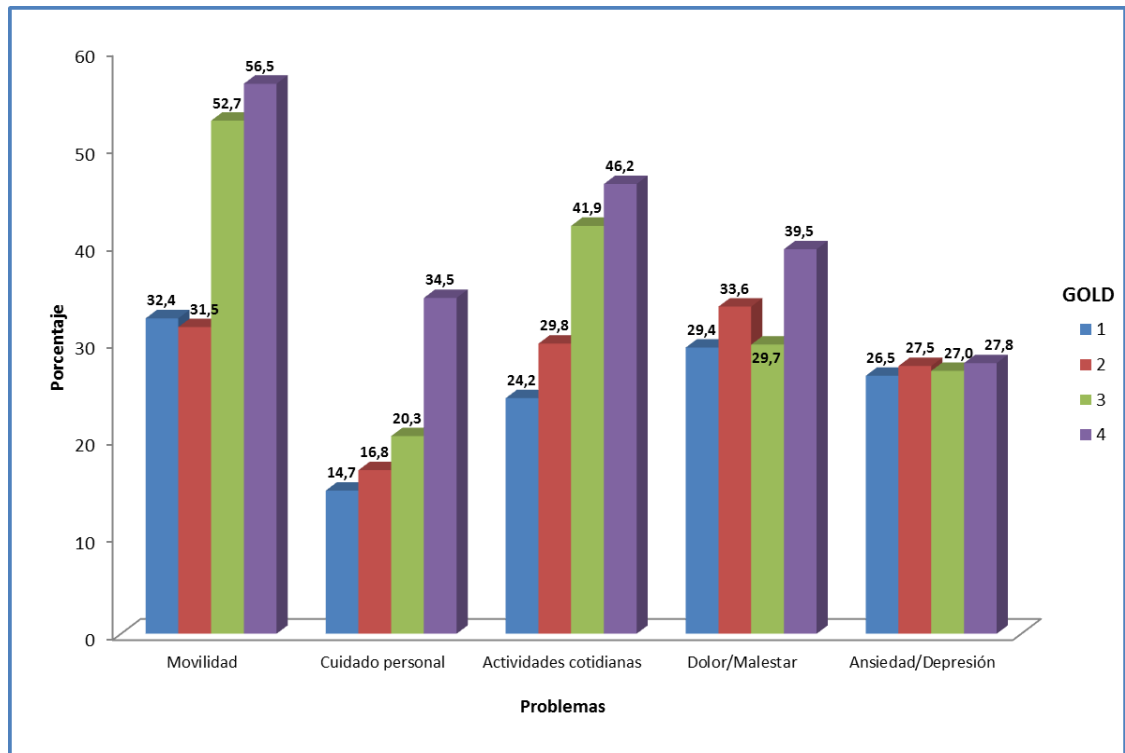


Gráfica 15: Porcentaje de pacientes con EPOC con problemas de calidad de vida por gasto catastrófico

Elaborada a partir de: Encuesta de “Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

La gráfica 16, muestra que los pacientes con etapa GOLD 3 y 4 tienen afectada su calidad de vida en la movilidad, actividades cotidianas y sólo en el cuidado personal está la etapa GOLD 4. Es decir en la etapa GOLD 4, la movilidad tiene un 56.5%, las actividades cotidianas cuentan con un 46.2% y finalmente el cuidado personal tiene un 34.5% de los que reportaron tener problemas. En el

GOLD 3 reportaron tener problemas en la movilidad un 52.7%, en las actividades cotidianas un 41.9% y en dolor o malestar un 29.7%.



Gráfica 16. Porcentaje de pacientes con EPOC con problemas de calidad de vida por etapa GOLD

Elaborada a partir de: Encuesta de "Estimación de costos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un hospital de tercer nivel desde la perspectiva social: seguimiento de un año (CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO)

3.3 Razón de momios

A continuación se presenta los resultados del cálculo de Riesgo relativo:

MOVILIDAD-SEXO

Paso 1: Obtener resultados de Odds

. tabodds movil nlsexo, or

```

-----
      nlsexo | Odds Ratio      chi2      P>chi2      [95% Conf. Interval]
-----+-----
      Mujer | 1.000000          .          .          .          .
      Hombre | 0.581654          8.30         0.0040         0.400534      0.844675
-----
Test of homogeneity (equal odds): chi2(1) =      8.30
                                   Pr>chi2 =      0.0040

Score test for trend of odds:      chi2(1) =      8.30
                                   Pr>chi2 =      0.0040

```

Paso 2: Dividir 1 entre la or=0.581654 ($1 / 0.581654 = 1.72$)

Paso 3: Ahora la categoría de referencia son los hombres y no las mujeres.

Paso 4: Finalmente del resultado obtenido se interpretó de la siguiente manera para el ítem de movilidad-sexo.

Movilidad: Las mujeres tienen 72% más riesgo de tener problemas de movilidad que los hombres.

CUIDADO PERSONAL Y SEXO

Paso 1: Paso 1: Obtener resultados de Odds

```

.      tabodds cuida nlsexo, or
-----
      nlsexo | Odds Ratio      chi2      P>chi2      [95% Conf. Interval]
-----+-----
      Mujer | 1.000000          .          .          .          .
      Hombre | 0.624980          4.83         0.0279         0.409477      0.953901
-----
Test of homogeneity (equal odds): chi2(1) =      4.83
                                   Pr>chi2 =      0.0279

Score test for trend of odds:      chi2(1) =      4.83
                                   Pr>chi2 =      0.0279

```

Paso 2: Dividir 1 entre la or=0.624980 ($1 / 0.624980 = 1.60$)

Paso 3: Ahora la categoría de referencia son los hombres y no las mujeres.

Paso 4: Finalmente del resultado obtenido se interpretó de la siguiente manera para el ítem de cuidado personal-sexo.

Cuidado personal: las mujeres tienen 60% más riesgo de tener problemas con el cuidado personal que los hombres.

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Paso 1: Paso 1: Obtener resultados de Odds

```

tabodds activ nlsexo, or
-----
nlsexo | Odds Ratio      chi2      P>chi2      [95% Conf. Interval]
-----|-----
  Mujer | 1.000000         .          .          .
  Hombre | 0.814645         1.15       0.2835     0.559723  1.185671
-----|-----
Test of homogeneity (equal odds): chi2(1) = 1.15
                                      Pr>chi2 = 0.2835

Score test for trend of odds:  chi2(1) = 1.15
                                      Pr>chi2 = 0.2835

```

Paso 2: Dividir 1 entre la or=0.814645 ($1 / 0.814645 = 1.23$)

Paso 3: Ahora la categoría de referencia son los hombres y no las mujeres.

Paso 4: Finalmente del resultado obtenido se interpretó de la siguiente manera para el ítem de actividades cotidianas-sexo.

Actividades cotidianas: las mujeres tienen 23% más riesgo de tener problemas con las actividades cotidianas que los hombres.

DOLOR/MALESTAR-SEXO

Paso 1: Paso 1: Obtener resultados de Odds

```

.      tabodds dolor nlsexo, or
-----+-----
nlsexo | Odds Ratio   chi2    P>chi2   [95% Conf. Interval]
-----+-----
Mujer | 1.000000     .         .         .
Hombre | 0.661037    4.50     0.0340    0.449657  0.971786
-----+-----
Test of homogeneity (equal odds): chi2(1) = 4.50
Pr>chi2 = 0.0340

Score test for trend of odds:   chi2(1) = 4.50
Pr>chi2 = 0.0340

```

Paso 2: Dividir 1 entre la or=0.661037 ($1 / 0.661037 = 1.51$)

Paso 3: Ahora la categoría de referencia son los hombres y no las mujeres.

Paso 4: Finalmente del resultado obtenido se interpretó de la siguiente manera para el ítem de dolor/malestar-sexo.

Dolor/malestar: las mujeres tienen 51% más riesgo de tener problemas con el dolor o malestar que los hombres.

ANSIEDAD/DEPRESIÓN-SEXO

Paso 1: Paso 1: Obtener resultados de Odds

```

.      tabodds ansie nlsexo, or
-----+-----
nlsexo | Odds Ratio   chi2    P>chi2   [95% Conf. Interval]
-----+-----
Mujer | 1.000000     .         .         .
Hombre | 0.752829    1.85     0.1739    0.499303  1.135087
-----+-----
Test of homogeneity (equal odds): chi2(1) = 1.85
Pr>chi2 = 0.1739

Score test for trend of odds:   chi2(1) = 1.85
Pr>chi2 = 0.1739

```

Paso 2: Dividir 1 entre la or=0.752829 ($1 / 0.752829 = 1.33$)

Paso 3: Ahora la categoría de referencia son los hombres y no las mujeres.

Paso 4: Finalmente del resultado obtenido se interpretó de la siguiente manera para el ítem de sexo-ansiedad/depresión.

Ansiedad/Depresión: las mujeres tienen 33% más riesgo de tener problemas con la ansiedad o depresión que los hombres.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

4.1 Discusión

En el estudio participaron 476 pacientes ambulatorios de los cuales 222 fueron mujeres y 254 son hombres, lo anterior sugiere que hubo mayor participación de hombres que de mujeres.

Por otro lado, el promedio de edad de los que participaron en el estudio sobrepasó los setenta años, al oscilar entre los 71 a 74 años, esta situación se debe a que de manera general y clínicamente un diagnóstico de EPOC se determina a partir de los cuarenta años por medio de la espirometría (OMS, 2015a). Los resultados respecto al rango de edad muestran que éste fue superior al reportado en un estudio realizado en Rumanía, quienes indicaron que el promedio de edad de su población de estudio estuvo entre los 45 y 65 años edad (Velea, O., 2014). Y el presente estudio se realizó con una población de mayor edad.

Ahora bien, en el documento “The burden of disease in older people and implications for health policy and practice” hace hincapié en que las personas que se acercan a la tercera edad son candidatas a tener este tipo de enfermedades (Prince, M. y cols. 2014).

El lugar de residencia que más prevaleció en los encuestados tanto en hombres como mujeres fue el Distrito Federal (hoy Ciudad de México), llama mucho la atención este hecho, dado que las condiciones propicias para el desarrollo de la EPOC fue desigual para ambos sexos. Quizá una limitación de este estudio es que no se reportó desde cuando viven en la Ciudad de México, para así comprender por qué esta diferencia, o si pertenecen a un grupo indígena, porque cada grupo tienen diferentes costumbres y éstas son transmitidas de generación en generación.

En cuanto a la trayectoria laboral se les preguntó a qué se dedican antes y después de que le diagnosticaran la EPOC, la mayoría de mujeres y hombres tenían antes de su diagnóstico de EPOC un oficio, después de su diagnóstico las mujeres se dedican al hogar, mientras que los hombres en su mayoría se encuentran desempleados. En parte estos resultados se esperaban ya que son personas que entran en el grupo de la tercera edad, muchos de ellos ya jubilados y otros más incapacitados para laborar fuera de casa.

En relación a si cuentan o no con un seguro social o tienen acceso a él, la población de estudio tanto de hombres como mujeres en su mayoría menciona que si cuentan con un tipo de seguridad social. Sin embargo la mayoría de los pacientes diagnosticados con EPOC son canalizados al INER por ser un hospital de alta especialidad en enfermedades respiratorias.

Por otra parte, el nivel socioeconómico que tuvo esta población de estudio de manera general fue el segundo y tercer lugar de acuerdo al estudio socioeconómico que aplica el INER para mujeres y hombres respectivamente. Esto da cuenta del porque la mayoría de nuestra población de estudio está incurriendo en un gasto catastrófico, pues estos reportaron que más del 40% del gasto que ellos tienen es para atender su enfermedad, dinero que podría servirles para satisfacer mejor sus necesidades básicas.

Respecto a los factores que generaron la EPOC existe una clara diferencia entre géneros, en las mujeres en 51.4% señaló que fue principalmente el de

humo de leña, seguido del tabaquismo (33.8%), mientras que para los hombres en primer lugar fue el tabaquismo con un 82.3%, seguido de otras circunstancias (10.2%).

Estos resultados son parecidos a los obtenidos en un estudio que se llevó a cabo en el INER en 1996 con un periodo de 7 años, y del cual se dieron a conocer los resultados hasta el 2006. En él también se llegó a la conclusión que hay una diferencia de género (Aguilar, M. y cols., 2006).

De igual manera los resultados obtenidos en el presente estudio coincidieron con los encontrados en el documento “The burden of disease in older people and implications for health policy and practice” no solo en cuestión de la edad pues ambos encuestaron a grupos etarios similares, también coincidió porque menciona que el costo de atención a su EPOC representa el 90% de sus ingresos y que en los no fumadores la exposición a biomasa representa un factor de riesgo sustancial para padecer la EPOC (Prince, M. y cols, 2014).

Desde el punto de vista integral en relación al tema se sugiere que la cultura, la economía y desarrollo de las sociedades en otras palabras vivir en zonas rurales y migrar a urbanas pudieron tener una participación importante en el desarrollo de EPOC.

En lo referente a la cultura durante siglos a las mujeres les tocó el trabajo del cuidado de los hogares lo que requería del uso continuo de leña para la preparación de los alimentos. Ya para la década de los años ochenta y noventa en México el empoderamiento femenino las lleva a exigir derechos e incrementan su participación en la economía del país, en el mercado laboral, en la educación y en la política (Instituto Nacional de las Mujeres, s/f). Sin embargo esa emancipación no se ha llevado a cabo de manera homogénea en nuestro país, en zonas rurales algunas mujeres continúan cocinando con leña, por una parte por preservar esa cultura y por otra la extrema pobreza que enfrentan.

El uso del tabaco se remonta hasta los tiempos prehispánicos, en principio para el uso en rituales y luego con todas las transformaciones sufridas en México,

éste fue tomado como símbolo de riqueza (De Michili, y cols., 2005), moda y en la actualidad el uso del tabaco figura como una cuestión para la aceptación dentro de algún grupo social, especialmente entre los jóvenes (Valdés, R.; y cols., 2014).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011, el Distrito Federal presentó la prevalencia más alta (32.4%), de consumo activo de tabaco. En lo que refiere a qué sexo consume más tabaco, se tiene que en un estudio realizado por González y colaboradores en 1994, indicaron que en su estudio realizado en cinco colonias de la Ciudad de México, entrevistando adultos, obtuvieron que 52.5% de los hombres entrevistados indicaron que fumaban, mientras que solo un 17.9% de las mujeres indicó que fumaba en la actualidad (González, C.; y cols., 1994).

La Encuesta Global de Tabaquismo en México 2009, mostraba que los hombres (15.9%) consumen más tabaco que las mujeres (7.8%), en una encuesta hecha a mayores de 15 años. La misma encuesta dice también que los hombres que viven en el medio urbano fuman más que los que viven en una zona suburbana o rural, igual ocurre con las mujeres (GATS, 2010)

La ENA 2011 reporta una prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. Al separarlo por sexo, el 34.6% (11 millones) de los hombres y el 13.5% (4.6 millones) de las mujeres son fumadores activos.

Aunque en la actualidad uno de los principales factores de riesgo para padecer la EPOC, sigue siendo el uso del tabaco para ambos sexos, la principal causa en mujeres como lo muestra la población encuestada no es el tabaco.

Dentro de las enfermedades que afectan a población de estudio además del EPOC la más mencionada por las mujeres fue presión alta, seguida de enfermedades del corazón; para los hombres la comorbilidad más mencionada

fue también presión alta seguida de enfisema pulmonar. Esto solo aplica para las personas que mencionaron tener otro tipo de padecimiento aparte de la EPOC y que fue la mayoría. Los resultados encontrados en esta parte en la presente investigación no se contradicen a los citados por la OMS en 2014, en donde indican que las 10 principales causas de defunción en el 2012 fueron cardiopatía isquémica seguidas de accidentes cerebrovasculares, ambas involucran al sistema cardiovascular, seguida de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

De acuerdo con la Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC en 2013, la mayoría de la población encuestada se diagnosticó en una etapa GOLD 4 (grave), 39.2 % de las mujeres dijeron esto y un 40.2% los hombres. De acuerdo con esta guía las personas diagnosticadas con esta etapa de la enfermedad EPOC, tienen un alto riesgo y es más sintomático, por lo que su calidad de vida en general se verá más afectada. Es decir se esperaría que entre más avanzada tiene la enfermedad, mayor es su deterioro en cuanto a movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas (trabajar, tareas domésticas, etc.), dolor y malestar, ansiedad o depresión.

La población encuestada mostró de acuerdo a los parámetros evaluados (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y malestar, ansiedad o depresión), en promedio que un 65.04% de la misma indica tener buena calidad de vida, esto es que pueden llevar a cabo bien las actividades anteriormente señaladas, y solo un 34.04% de los encuestados indicaron tener una mala calidad de vida. Considerando estos resultados (34.04%) con la población diagnosticada con GOLD 4 (39.7%), pueden considerarse ambos resultados como congruentes.

Cuando se analizan los resultados de cada una de las características evaluadas como: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión, se tiene que:

Para el caso de movilidad las mujeres respondieron principalmente tener algunos problemas de movilidad (49.5%), mientras que los hombres indicaron principalmente no tener problemas con la movilidad (60.6%). Esto podría deberse al desgaste óseo que sufren principalmente las mujeres por descalcificación, situación común que se presenta en los pacientes con EPOC y aún más en ellas, dado que tienen menor masa ósea que el hombre, desventaja que se acentúa en la disminución de estrógenos, lo que provoca una acelerada pérdida ósea y en consecuencia mayor vulnerabilidad a la osteoporosis y a la descalcificación. Pues si bien es cierto este padecimiento es resultado de diversos factores como lo es la edad, el sexo (mujeres), el sedentarismo, el bajo índice de masa corporal, alcoholismo, tabaquismo entre otros (Rosales, E. y cols. 2014).

Por otro lado de acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición da cuenta de que las mujeres tienen más problemas de movilidad que los hombres que pertenecen a la tercera edad (inmujeres. s/f).

Ahora bien, un 3.6% de las mujeres indicaron tener que estar en cama mientras que solo un 0.8% de los hombres indicaron lo mismo.

En lo que refiere al cuidado personal tanto hombres como mujeres señalaron en su mayoría no tener problemas, pero un 2.3% de las mujeres indicaron no poderse lavar ni vestirse por sí solas, contra un 1.2% de los hombres que señalaron lo mismo.

Respecto al desempeño de actividades cotidianas, tanto mujeres como hombres indicaron en su mayoría no tener problemas para realizarlas, mientras que un 7.7% de las mujeres señalaron no poder realizar sus actividades cotidianas, y un 6.3% de los hombres indicaron lo mismo.

En lo que refiere al dolor o malestar en su mayoría tanto hombres como mujeres señalaron no tener dolor o malestar, pero un 4.5% de las mujeres

encuestadas indicaron tener mucho dolor, contra un 2% que indicaron los hombres.

Por último se presentan los resultados obtenidos respecto a ansiedad o depresión, al igual que en las anteriores características tanto hombres como mujeres indicaron principalmente no sufrir de ansiedad o depresión, sin embargo un 2.7% de las mujeres indicaron estar ansiosas o deprimidas y lo mismo indicaron un 2% de los hombres.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los Ítems de calidad de vida, la mayoría de los que pacientes que participaron en este estudio, tanto hombres como mujeres reportaron tener en mayoría una buena calidad de vida, pero al analizar uno a uno los diferentes ítems, se obtiene que la mayoría tiene problemas especialmente en la movilidad y actividades cotidianas, y hay diferencias marcadas entre hombres y mujeres.

Dichos resultados coincide con el estudio realizado en Colombia en el año 2007, donde se concluye que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y calidad de vida que los hombres principalmente en los dominios de sueño, reacciones emocionales, energía y movilidad (Ramírez , R. 2007).

Los resultados obtenidos en el termómetro para medir la percepción de salud, en una escala que va del 0 (el peor estado de salud imaginable) al 100 el mejor estado de salud imaginable, tanto hombres como mujeres indicaron estar en promedio en 70.2. Los resultados sugieren que los pacientes que entraron en el estudio su percepción de salud es buena a pesar de que tienen un deterioro físico significativo como lo es en el movimiento y las actividades cotidianas.

Lo anterior también se puede explicar a través del término de “autoeficacia”⁸. Que de acuerdo con Kohler y colaboradores .en 2002, en donde mencionan que la función pulmonar y/o actividades aun teniendo un nivel GOLD grave pueden tener un mejor funcionamiento si su autoeficacia es óptima, no así, si tienen un nivel GOLD leve y su estado anímico es bajo.

Respecto a los resultados obtenidos en la Odds o Razón de Momios tenemos que para movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y depresión; las mujeres tuvieron mayor riesgo que los hombres, principalmente en lo que refiere a movilidad (72% más riesgo que los hombres), cuidado personal (60% más riesgo que los hombres) y para presentar dolor o malestar (33% más riesgo que los hombres). Estos resultados concuerdan con los encontrados en la parte descriptiva de este estudio en donde la calidad de vida de las mujeres que sufren de EPOC se ve más afectada que la de los hombres que tienen la misma enfermedad.

4.2 Conclusiones

- El presente estudio da cuenta del comportamiento de la EPOC en relación a sus factores de riesgo y calidad de vida en un grupo etario de la tercera Edad.
- La mayoría de los pacientes que participaron en el estudio caen en un gasto catastrófico, ya que mencionaron que destinan más del 30% al tratamiento de su enfermedad

⁸ El concepto de autoeficacia percibida por el individuo, en términos generales es la confianza que tiene la persona en realizar tareas o actividades, que en sus condiciones físicas pareciera que no se pueden realizar, esto se debe a la influencia que existe en el nivel cognitivo, afectivo y motivacional (Bandura 2001)

- El principal factor de riesgo para los hombres fue el consumo de tabaco, mientras que para las mujeres fue la exposición al humo de leña.
- Dentro de las principales comorbilidades asociadas al EPOC se encuentra la presión alta y enfermedades del corazón.
- A pesar de que gran parte de la población de estudio tiene una etapa de la enfermedad clasificada en GOLD 4, la percepción sobre su salud que tienen ellos es buena.
- Respecto al riesgo relativo nos arrojó que las mujeres tienen mayor probabilidad de riesgo de tener un deterioro en su calidad de vida (principalmente en movilidad y en la realización de actividades cotidianas) cuando sufren EPOC en contraste con el sexo masculino.

4.3 Recomendaciones

A continuación se mencionan una serie de recomendaciones en base a los resultados obtenidos en este reporte de investigación:

- Implementar en el cuestionario basal realizado en el INER preguntas específicas para conocer el lugar de residencia, donde estuvo expuesto el paciente al factor de riesgo que ocasiono la enfermedad, para determinar si proviene de una zona rural o urbana.
- Realizar más estudios de investigación a nivel nacional relacionados con este tipo de enfermedades respiratorias, con una perspectiva de género.
- Profundizar en el estudio de calidad de vida en el apartado de movilidad, ya que la hay estudios que no encuentran diferencias entre hombres y mujeres.
- Llevar a cabo una Intervención dentro del sector salud para que se fomenten las campañas de información de manera veraz y oportuna en relación a los factores que originan la EPOC, haciendo énfasis en que el humo derivado de la quema de biomasa (carbón) puede ser precursor de la EPOC.

Desde una perspectiva de Promoción de la Salud se mencionan las siguientes recomendaciones:

- Se deben de buscar los medios necesarios para que se lleve a cabo la implementación de más Establecimientos Bienes y Servicios (EBS) de salud, que traten este tipo de padecimientos en comunidades rurales que sean disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, y con una perspectiva de género.
- Dado que los pacientes de este estudio la población sobrepasó los 70 años y que en su mayoría fueron diagnosticados con un GOLD 4, considerando que se requiere de la participación activa de los familiares

para que los incluyan en actividades que ellos puedan realizar (por ejemplo alguna actividad física, adecuada a su edad y estilo de vida), que de alguna manera con ello puedan recibir satisfacciones personales y eleven su nivel de autoeficacia frente a su padecimiento.

- Llevar a cabo intervenciones en instituciones de salud para realizar talleres abiertos al público donde se den experiencias de vida de personas que padezcan esta enfermedad en las diferentes etapas y en donde el tema primordial a tratar sea los factores de riesgo para desarrollar EPOC, particularmente en la sala de espera para la primera consulta del paciente en el INER.
- Que se incentive la elaboración de trabajos de investigación y de prevención sobre la EPOC en la población mexicana, en donde se contemple la participación de los Profesionista en Promoción de la Salud.
- Resulta interesante que los promotores de salud puedan participar y colaborar en la intervención médica que se da a los pacientes diagnosticados con la EPOC. La rehabilitación pulmonar alivia la disnea y la fatiga, mejora la función emocional y mejora el sentido del control que los individuos tienen sobre la enfermedad. Estas mejorías son moderadamente grandes y clínicamente significativas. La rehabilitación sirve como un componente importante del tratamiento de la EPOC y tiene efectos beneficiosos al mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad de realizar ejercicio, sin duda podrán ayudar en que haya más pacientes que se apeguen a su tratamiento.
- Fomentar el uso de estufas ecológicas para las personas que todavía cocinan con leña y que están expuestas al humo. Con ello se busca no atender contra su cultura, pero si evitar un factor de riesgo en las mujeres y que futuras generaciones no sean candidatos a desarrollar esta enfermedad crónica degenerativa.

- Colaborar en campañas para desalentar a través de distintas prácticas sociales el consumo de tabaco.
- Alentar el planteamiento y la operatividad de políticas públicas que impidan la venta de cigarros o bien pedir que el costo aumente haciendo menos accesible su adquisición, para que esto sea posible, se tienen que buscar que los tomadores de decisiones, tengan como una prioridad permanente la salud de las poblaciones en todas sus dimensiones como un modelo de gestión pública.
- Que un hospital de tercer nivel como el INER debiera tener un departamento en donde se estudie y se difunda el cómo hacer idóneamente la prevención de las enfermedades que atiende y que se podrían evitar.
- Ampliar las coberturas de atención y de distribución de los medicamentos o tratamientos para que las personas dejen de fumar, o bien disminuir su ansiedad por la nicotina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. y García, M. (2006). **Diferencias en calidad de vida de pacientes hospitalizados con EPOC y Asma**. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S01875852006000400007&script=sci_arttext
- Álvar, A. y Bartolomé C. (2005). **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**. Barcelona, España. Ed. MASSON. pp. 29-275.
- Ardila, R. (2003). **Calidad de vida: una definición integradora**. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.35. n.2. pp: 161-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Bandura A. (2001) **Teoría Cognitiva Social (Social Cognitive Theory)** Annu. Rev. Psychol No. 52 Stanford. California pp. 01-26
- Botero, B. y Pico. (2007). **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica**. Hacia la Promoción de la Salud. Vol.12. pp: 11-24
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, (1986). **Definición de salud**. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Casanova, C.; García. I. y de Torres, J. (2005). **La disnea en la EPOC**. Arch. Bronconeumol. Vol.41. pp: 24-32. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/pdf/13084296/S300/>
- Chapela, M. (Sin fecha). **Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora**. Disponible en: http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf
- De la Cruz, J. (s/f) **Odds Ratio y Riesgo Relativo**. pt: 4. Disponible en: http://es.slideshare.net/dj_jdo/odds-ratio-y-riesgo-relativo?related=1
- De Lucas, P., Rodríguez, J.M., Marín, M. T. (2006). **Manejo del paciente**. Barcelona, España. Ed. Ars. pp. 1-40.
- De Michelli, A. y Izaguirre, R. (2005). **Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa**. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S00343762005000400014&script=sci_arttext

- El Blog de la Salud (2014). **Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud.** Disponible en: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- Encuesta Global del tabaquismo a adultos GATS 2009. (2010). Organización Panamericana de la Salud Pública. pp: 48-52.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Tabaco. (2012) Secretaria de Salud México.
- Espinosa, N., Perea, R., Vega, S. y Lahoz, B. (2005). **Calidad de vida y situación sociosanitaria de los pacientes con EPOC.** Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/04.pdf>
- Félix, E. (2009). **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** Acta méd. Peruana Vol. 26 N° 4 pp: 188-191:Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400001
- Fernández A., Bujalance M., Leiva F. (2001) **Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.** Medifam v.11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682001000900003
- Garcia, F.; Calle, M.; Burgos, F.; Casan, P.; Del Campo, J.; González, M. y Cosl. (2013). **Espirometría. Archivos de Bronconeumol.** Vol. 49: 388-401. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/archivo/>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2013). **Estrategia Global para el Diagnóstico, tratamiento y prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.** Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_Spanish.pdf
- González, C., Stern, M., Arredondo, M., Mitchell, B., Valdez, R. y Haffer, S. (1994) **Consumo de tabaco en la Ciudad de México. Salud Pública.** México. Vol. 36 (1). pp: 46-50.
- INEGI (2011). **Consulta Interactiva de Datos, Defunciones Generales, Causas Detalladas CIE y Lista Mexicana de Enfermedades.** Disponible en: <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>
- Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, (2014). **Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC.** Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_Spanish.pdf

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2013). **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**. Disponible en: www.iner.salud.gob.mx
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2014). **EPOC**. Disponible en: [http://www.iner.salud.gob.mx/principales/parapacientes/admisi%C3%B3n/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-\(epoc\).aspx](http://www.iner.salud.gob.mx/principales/parapacientes/admisi%C3%B3n/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-(epoc).aspx)
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2015), **El Instituto** Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/principales/instituto.aspx>
- Instituto Nacional de las Mujeres, (s/f). **Las mujeres mexicanas y la lucha por sus derechos: un vistazo a la historia nacional**. Disponible en: <http://puntogenero.inmujeres.gob.mx/Portal/madig/derechos/seccion2.html>
- Kohler, L.; Fish, L.; Greene, P. (2002). **The Relationship of Perceived Self-Efficacy to Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Health Psychology Vol. 21 (6). pp. 610-614**. Disponible en: http://faculty.ucmerced.edu/sites/default/files/sdepaoli/files/docs/PSY207_Fall2013_HW1_Kohler2002_HealthPsych_PathAnalysis.pdf
- León. (s/f). **Rol del promotor en la prevención y promoción de la salud en el medio penitenciario**. Disponible en: <http://www.aspb.cat/uitb/docs2/sleon.pdf>
- Madrigal, M., Velandrino, A. y Ruzafa, M. (s/f). **Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud**. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf
- Martínez, C. E. (2013). **Razón de momios o razón de productos cruzados (RPC)**. Disponible en: <https://prezi.com/b4l0rqpdmxzs/razon-de-momios-o-razon-de-productos-cruzados-rpc/>
- Medline Plus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU (2013). **Pruebas de función pulmonar**. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003853.htm>
- Medicina virtual, (2014). **Espirometría**. Disponible en: <http://wikimedicausat.tiddlyspot.com/>
- Navarro, F. (2008) **Clínica de enfermedad pulmonar obstructiva crónica**. México. Ed. Alfil. pp. 1-186.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2004). **Enfermedades Respiratorias Crónicas**. Disponible en: <http://www.who.int/respiratory/copd/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2005). **Calidad de vida**. Disponible en: <http://vidacalida.blogspot.mx/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2014). **Las 10 causas principales de defunción en el mundo**. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

- Organización Mundial de la Salud OMS (enero, 2015a). **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015b). **¿Cómo define la OMS la salud?** Consultado el día 05 de diciembre de 2014, en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015c). **Factores de riesgo**. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Pleguezuelos, C. E., Miranda C. G., Gómez, G. A. (2008). **Rehabilitación integral en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica**. Buenos Aires, Madrid. Ed. Médica Panamericana. pp. 21-86.
- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, (1946). **Definición de salud OMS**. Consultado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Prince, M., Wu, F. Gutierrez, L. Donnell, M. Sullivan, R. Yusuf, S. (2014). **The burden of disease in older people and implications for health policy and practice**. Published Online. Pp 1-14
- Proyecto de salud, Portal de noticias. (2005) **OMS: La EPOC tercera causa de muerte en 2020**. Disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=415>
- Ramírez, A. Sansores, R. Pérez, R. Regalado, J. Velázquez, A. Sánchez, C. and Mayar, M.E. (2006). **Survival of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Due to Biomass Smoke and Tobacco**. Am J Respir Crit Care Med Vol. 173. Pp: 193-197
- Ramírez, A. y Sansores, R. (2012). **Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**. Neumol Cir Torax. Vol. 71. Pt: 78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2012/nts121a.pdf>
- Ramírez, R. (2007). **Calidad de Vida y Apoyo Social de los Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**. Rev. Salud Pública 9 (4) pp. 568-575 Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a09.pdf>
- Restrepo, H. (2002). **Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable**. Colombia: Medica Panamericana. pág. 57.
- Restrepo, S. (2005). **La promoción de la Salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición**. Vol.23, n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072005000100010&lng=es&nrm=.pf&tlng=es
- Revista Cubana de Salud Pública. (1996), **Promoción de la salud en la formación de especialistas de higiene y epidemiología**.

Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu04196.htm

- Revista Médica de Chile (2010). **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Mirada actual a una enfermedad emergente**. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872010001300012&script=sci_arttext#f1
- Rosales, E., Muñoz, J., Arias, R., (2014) **Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y su relación con factores de riesgo**. Ginecol Obstet. Mex. No 82 pp. 223-228
- Secretaria de salud. (2014). **Promoción de la salud**. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
- Soto, M.; Failde, I. (2004), **La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica**. Vol. 11. n. 8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004
- Urzúa, M; y Caqueo A. (2012). **Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto**. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci_arttext
- Valdés, R., Meneses, F.; Lazcano, P.; Hernández, R.; Hernández, M. (2014) Encuestas sobre **tabaquismo en México 2003**. México. Instituto Nacional de Salud Pública. pp: 121-122.
- Velea, O. (2014). **Psychological factors mediating health-related quality of life in COPD**. Journal of medicine and life. Vol.7. n.1
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956086/>



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosío Villegas"

CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

1. ID del paciente en el estudio: [][][][]

2. Expediente: [][][][][][]

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (Se llena hasta el final del estudio) *Seguimiento Total.* [][]

Anotar el nombre COMPLETO del paciente:		Anotar el nombre COMPLETO del familiar que responde:	
3. Nombre(s):.....	6. Nombre(s):.....	4. A. Paterno:.....	7. A. Paterno:.....
5. A. Materno:.....	8. A. Materno:.....	Anote la dirección de residencia del paciente:	
9. Calle:.....	10.No. int.....	11. No. Ext.....	
12. Edif.....	13. Depto.....	14. Col:.....	
15. Edo.....	16. Delg y/o mpo.....	17. C.P.....	
18. Teléfono: lada (.....) Número local: Cel. Lada(.....)			
19. Fecha de la entrevista: [][] / [][] / [][]			
20. Nombre del entrevistador:.....		Nombre revisor de exped:.....	

Sección I. Información del paciente con EPOC y gastos en salud

Se captó al paciente en:

1 CONSULTA EXTERNA 2 TABAQUISMO

1. Sexo

1 HOMBRE 2 MUJER

2. Fecha de nacimiento:

[][] / [][] / [][]

DIA MES AÑO

3. ¿Cuántos años completos de escuela estudió Ud.? Cuente desde la primaria y años repetidos

[][] Años de escuela completos concluidos.

4. ¿Cuál fue el último grado que aprobó Ud. En la escuela? TACHE hasta el nivel que llegó aunque no lo haya concluido.

1 PRIMARIA

2 SECUNDARIA / TÉCNICO POSPRIMARIA

3 PREPARATORIA / VOCACIONAL / BACHILLERATO / TÉC POSTSECUNDARIA / TÉC POSPREPARATORIA

4 LIC. / ESPECIALIDAD / MAESTRÍA / DOCTORADO

5 NINGUNO

5. ¿Cuenta con algún servicio de salud?

1 Si 2 No 6

5.A ¿Cuál?

1 IMSS

2 ISSSTE

3 INSTITUTO NACIONAL

4 SEGURO POPULAR

5 SEGURO PRIVADO

6 PEMEX

7 OTRO 5.1 ESPECIFIQUE: _____

6. ¿Cuál es (o fue) su ocupación o profesión?

Si el paciente ACTUALMENTE ya no hace nada por problemas de la EPOC márkelo y ponga a qué se dedicaba ANTES de que se lo impidiera la enfermedad

1 ALCTUALMENTE NO PUEDE HACER NADA POR LA EPOC

Antes: _____

Actualmente: _____



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

7. ¿Para qué sector trabaja (o trabajó)?

PUEDA MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN, si así lo indica el paciente, pregunte cuántas HORAS al día trabaja y cuántos DIAS de la semana

- | | HORAS | DIAS |
|---|-------|------|
| 1 <input type="checkbox"/> EMPLEADO (PRIVADA)..... | ____ | ____ |
| 2 <input type="checkbox"/> EMPLEADO (GOBIERNO)..... | ____ | ____ |
| 3 <input type="checkbox"/> EMPLEO HONORARIOS..... | ____ | ____ |
| 4 <input type="checkbox"/> VENTA FORMAL..... | ____ | ____ |
| 5 <input type="checkbox"/> VENTA INFORMAL..... | ____ | ____ |
| 6 <input type="checkbox"/> OFICIOS..... | ____ | ____ |
| 7 <input type="checkbox"/> TRABAJO EN EL HOGAR..... | ____ | ____ |
| 8 <input type="checkbox"/> OTRO..... | ____ | ____ |

8.1 ESPECIFIQUE: _____

8. ¿Recuerda en qué institución le hicieron por primera vez el diagnóstico de la EPOC?

- 1 INER
- 2 IMSS
- 3 ISSSTE
- 4 INSTITUTO NACIONAL **(QUE NO SEA INER)**
- 5 SEGURO POPULAR
- 6 SEGURO PRIVADO
- 7 PEMEX
- 8 MEDICO PRIVADO
- 9 OTRO..... 9.1 ESPECIFIQUE: _____

9. ¿En qué año se le diagnosticó la EPOC?

____ | ____ | ____ | ____

Si el paciente recuerda la fecha exacta de su diagnóstico anótela:

9.1 ____ | ____ | / ____ | ____ | / ____ | ____ |
DÍA MES AÑO

9.2 Marque si es Dx reciente o de más de 12 meses

- 1 Reciente 2 Más de 12 meses

Si el diagnóstico es de más de 12 meses, pase a la pregunta 23 SECCIÓN DE PACIENTES CON MÁS DE UN AÑO DE DIAGNÓSTICO.

10. ¿El diagnóstico de EPOC se lo hicieron por casualidad o porque se sintió mal de salud y buscó ayuda profesional?

- 1 CASUALIDAD 2 BUSCÓ AYUDA

10.1 ESPECIFIQUE: _____

11. ¿Qué síntomas presentaba?

Anote lo que le diga el paciente:

INFORMACIÓN PREVIA AL DIAGNÓSTICO DE EPOC

12. **Antes de que le hicieran el diagnóstico de EPOC y de que llegara al INER** ¿Acudió con algún servicio médico público y/o privado por sus problemas de salud respiratoria?

- 1 Si 2 No **19**

12A. ¿A cuál acudió? y ¿Era médico GENERAL, ESPECIALISTA? **Puede marcar varias opciones**

- GRAL Y/O ESPTA
- 1 PÚBLICO...Cuál ____ | ____ | | ____ |
 - 2 PRIVADO...Cuál ____ | ____ | | ____ |
 - 3 OTRO.....Cuál ____ | ____ | | ____ |

12B. ¿Cuántos días tuvo que acudir a ese servicio médico **antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y de llegar al INER?**

- GRAL. Y/O ESPECIALISTA
- 1. PÚBLICO..... | ____ | DIAS | ____ | DIAS
 - 2. PRIVADO..... | ____ | DIAS | ____ | DIAS
 - 3. OTRO..... | ____ | DIAS | ____ | DIAS

13. ¿Requirió de hospitalización?

- 1 Si 2 No **14**

13A. ¿Cuántos días en el público?..... | ____ | | ____ | | ____ |
Días

13B. ¿Cuántos días en el privado? | ____ | | ____ | | ____ |
Días



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

14. ¿Recuerda aproximadamente cuánto gasto en:

- 1. HOSPITALIZACIÓN? (Si aplica)..... \$ _____
- 2. PASAJES TRANSPORTE?..... \$ _____
- 3. GASOLINA CARRO PROPIO?..... \$ _____
- 4. ALIMENTOS?..... \$ _____
- 5. HOSPEDAJE?..... \$ _____

15. ¿El médico que lo atendió le pidió que se realizara algún tipo de estudio? **(antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y llegara al INER)**

1 Si 2 No **16**

15A. ¿Qué estudios le pidieron?

- 1. ESPIROMETRÍA..... 1 Si 2 No
- 2. TOMOGRAFÍA..... 1 Si 2 No
- 3. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX..... 1 Si 2 No
- 4. BIOMETRÍA HEMÁTICA..... 1 Si 2 No
- 6. QUÍMICA SANGUÍNEA..... 1 Si 2 No
- 5. GASOMETRÍA..... 1 Si 2 No
- 7. OTRO..... 1 Si 2 No

15.7.1 ESPECIFIQUE: _____

15B. ¿Recuerda aproximadamente cuánto gasto en los estudios que se realizó? **(antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y que llegara al INER)**

\$ _____

16. ¿El médico le recetó algún(os) medicamento(s) y/o remedio natural? **(antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y llegara al INER)**

1 Si 2 No **17**

16A. ¿Recuerda el nombre del medicamento y/o remedio?

Anote los medicamentos que le indique el paciente:

	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	MCG
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

16B. ¿Recuerda aproximadamente cuánto gasto en los medicamentos y/o remedios? **(antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y llegara al INER)**

\$ _____

17. ¿Algún familiar o amigo lo acompañó para atender sus problemas de salud respiratoria? **(antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y llegara al INER)**

1 Si 2 No **18**

17A. ¿Quién(es)?

Anote abajo las personas que indique el paciente

A. Parentesco _____ 1.2 _____ Días

1.3 Ocupación: _____

1.4 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: **(NOMBRAR PARENTESCO)** en los días que lo acompañó?

1 si 2 no

B. Parentesco _____ 2.2 _____ Días

2.3 Ocupación: _____

2.4 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: **(NOMBRAR PARENTESCO)** en los días que lo acompañó?

1 si 2 no

C. Parentesco _____ 3.2 _____ Días

3.3 Ocupación: _____

3.4 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: **(NOMBRAR PARENTESCO)** en los días que lo acompañó?

1 si 2 no

18. Durante el tiempo que estuvo atendiendo sus problemas de salud respiratoria: **(antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y llegara al INER)** ¿Dejó de trabajar o de atender su negocio en donde percibe un ingreso?

1 Si 2 No **18D**

18A. ¿Cuántos días faltó? _____ Días

18B. ¿Le dieron incapacidad?

1 Si 2 No 18 B2 Especifique por qué no: _____
Pase a 18D

18C. ¿Cuántos días le dieron? _____ Días



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

18D. ¿Dejó de realizar algún trabajo no remunerado en el hogar o de ayudar a algún familiar o amigo? (antes de que le dieran el diagnóstico de EPOC y llegara al INER)

1 Si 2 No **19**

18E. ¿Cuántos días? _____ Días

19. ¿Cómo llegó al INER?

- 1 LO REFERIRON DE SU CENTRO DE SALUD
- 2 EL MÉDICO PARTICULAR SE LO SUGIRIÓ
- 3 SE LO RECOMENDÓ ALGÚN FAMILIAR O AMIGO
- 4 INVESTIGÓ POR SU CUENTA
- 5 YA VENIA POR OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS
- 6 YA VENIA POR OTRO FAMILIAR ENFERMO
- 7 OTRO 19.7.1 ESPECIFIQUE: _____

20. ¿Recuerda aproximadamente en qué fecha llegó al INER por sus problemas respiratorios?

_____/_____/_____
DIA MES AÑO

INFORMACIÓN AL LLEGAR AL INER Y SIN DX O CONFIRMACIÓN DE EPOC

21. ¿Cuántos días tuvo que venir al INER antes de que le dieran el diagnóstico o confirmación de EPOC?

_____/_____/_____
DIAS

22. ¿A qué servicios del INER acudió antes de que le dieran el diagnóstico o confirmación de EPOC?

Si el paciente acudió a varios servicios indique cuantas HORAS o DIAS en total acudió o permaneció en el servicio.

- 1 CONSULTA EXTERNA.....1.1 _____ DIAS
- 2 CLINICA DE TABAQUISMO...2.1 _____ DIAS
- 3 URGENCIA.....3.1 _____ HRS
- 4 PABELLON.....4.1 _____ DIAS
- 5 TERAPIA INTERMEDIA.....5.1 _____ DIAS
- 6 TERAPIA INTENSIVA.....6.1 _____ DIAS

CONSULTA AMBULATORIA

23. En los **ÚLTIMOS 12 MESES** (o desde su dx de EPOC) ¿Con qué frecuencia acude al médico para controlar su EPOC? **Y en esa cita cuántos DIAS tuvo que acudir (para estudios, cita u otro)**

Si el paciente se atiende en más de una institución anote el número de la institución correspondiente

- 0 NO ACUDIÓ A NINGUNA CITAS
- 1 SEMANAL..... _____ DIAS _____
- 2 MENSUAL..... _____ DIAS _____
- 3 BIMESTRAL..... _____ DIAS _____
- 4 TRIMESTRAL..... _____ DIAS _____
- 5 CUATRIMESTRAL..... _____ DIAS _____
- 6 SEMESTRAL..... _____ DIAS _____
- 7 ANUAL..... _____ DIAS _____

24. Por lo regular ¿En qué institución se atiende para controlar su EPOC?

- 1 INER
- 2 IMSS
- 3 ISSSTE
- 4 INSTITUTO NACIONAL (**QUE NO SEA INER**)
- 5 SEGURO POPULAR
- 6 SEGURO PRIVADO
- 7 PEMEX
- 8 MEDICO PRIVADO
- 9 OTRO... 24.9.1 ESPECIFIQUE: _____



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosío Villegas"

CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

SECCIÓN DE CONSULTAS MÉDICAS

25. En los ÚLTIMOS 12 MESES (o desde su dx de EPOC):

¿Acudió a todas sus consultas médicas programadas por su médico y/o solicitadas por ud. para control de la EPOC?

SI **25 A1** No **25 A**

<p>25 A</p> <p>¿Falló a alguna consulta o a todas sus consultas en los últimos 12 meses?</p> <p> <input type="checkbox"/> Todas 26 <input type="checkbox"/> Alguna 26 </p> <p>Continúe</p>	<p>25 A1</p> <p>¿A cuántas consultas acudió? En los últimos 12 meses</p> <p>_____ Consultas</p>	<p>25 A2</p> <p>Cuando acudió a esta(s) consulta(s) ¿Aproximadamente cuánto gasta en <u>UNA</u> de las citas en:</p> <p>CONSULTAS MÉDICAS?</p> <p>\$ _____</p>	<p>25 A3</p> <p>Cuando acudió a esta(s) consulta(s) ¿Aproximadamente cuánto gasta en <u>UNA</u> de las citas en:</p> <p>PASAJES (TRANSPORTE)?</p> <p>\$ _____</p>	<p>25 A4</p> <p>Cuando acudió a esta(s) consulta(s) ¿Aproximadamente cuánto gasta en <u>UNA</u> de las citas en:</p> <p>GASOLINA (CARRO PROPIO)?</p> <p>\$ _____</p>	<p>25 A5</p> <p>Cuando acudió a esta(s) consulta(s) ¿Aproximadamente cuánto gasta en <u>UNA</u> de las citas en:</p> <p>ALIMENTOS?</p> <p>\$ _____</p>	<p>25 A6</p> <p>Cuando acudió a esta(s) consulta(s) ¿Aproximadamente cuánto gasta en <u>UNA</u> de las citas en:</p> <p>HOSPEDAJE?</p> <p>\$ _____</p>
--	--	--	---	--	--	--

<p>26</p> <p>La causa de haber fallado a su(s) consulta(s) fue por:</p> <p>1=Falta de dinero 2=Enfermedad 3=No pudo acompañar 4=Otro... Espec 5=Otro... Espec</p>	<p>26 A</p> <p>¿Cuánto dinero le faltaría para venir a las consultas indicadas por el médico? En los últimos 12 meses</p> <p>\$ _____</p>
<p>_____ Espec.</p> <p>Si la opción es por FALTA DE DINERO, realice la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la 27</p>	<p>\$ _____</p>



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosío Villegas"

CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

SECCIÓN DE ESTUDIOS

27. En los **ÚLTIMOS 12 MESES** (o desde su dx de EPOC) el médico le pidió que se realizara estudios clínicos o de gabinete para control de la EPOC: Sí Continúe **28**

<p>27 A1 ¿Qué tipo de estudio le indicó? <u>Marque los estudios que le haya indicado el médico</u></p>	<p>27 A2 ¿Se lo pudo realizar?</p>	<p>27 A3 ¿Por qué no pudo realizarlos? 1=Falta de dinero 2=Falta de tiempo 3=Deesida 4=No pudieron llevarlo 5=Otro.... Cuál?</p>	<p>27 A4 <u>SI el dx se realizó el estudio.</u> ¿Dónde se lo(s) realizó? 1=Laboratorio particular 2=IMSS, ISSSTE 3=INER 4=OtroCuál?</p>	<p>27 A5 <u>SI se realizó el estudio</u> ¿Recuerda aproximadamente cuánto costó el estudio? O <u>SI no se lo realizó por FALTA DE DINERO</u> ¿Cuánto dinero le faltaría para realizarse el estudio?</p>
<p><input type="checkbox"/> 1 Espirometría</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 2 Caminata de 6 min</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 3 Tomografía</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Ecocardiograma</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 5 Electrocardiograma</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 6 Gasometría</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 7 Examen de orina</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 8 Biometría hemática</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 9 Química sanguínea</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 10 Otro Espec. _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 11 Espec. _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>
<p><input type="checkbox"/> 12 Espec. _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 27 A4 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 27 A3 y A5</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> Cuál?</p>	<p>\$ </p>



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosío Villegas"

CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

SECCIÓN DE MEDICAMENTOS.

28 ¿Aproximadamente cuánto paga en UN MES por la compra de medicamentos para controlar la EPOC? \$ _____
28A. ¿Qué medicamentos y/o remedios naturales toma para controlar su EPOC?

No	28 A1 Nombre del medicamento / 1 = Compra 2 = IMSS/ISSSTE 3 = Seg_Privado 4 = Seg_Popular 5 = Protocolo 6 = Fam/Amigos 7 = Otro	28 A2 Presentación 1 = Pastillas o capsulas 2 = Inhalador 3 = Aerosol 4 = Polvo 5 = Inyecciones 6 = Jarabe 7 = T6	28 A3 mg	28 A4 Precio unitario	28 A5 ¿Lleva el Tx indicado por el médico?		28 A6 ¿Por qué no lleva el Tx indicado por el médico? 1=Falta de dinero 2=Incomodidad 3=Desidia 4=Olvido 5=Otro...:Espec	Tx real (Como indique el px)			Tx Ideal (Receta)				
					1 <input type="checkbox"/> SI	2 <input type="checkbox"/> No		28 A7 ¿Cada cuánto lo toma o aplica?	28 A8 1=Día 2=Sem 3=Mes	28 A9 ¿Cuánto tiempo le dura este medicament o (y/o remedio)?	28 A10 1=Día 2=Sem 3=Mes	28 A11 ¿Cada cuánto lo toma o aplica?	28 A12 1=Día 2=Sem 3=Mes		
1				\$											
2				\$											
3				\$											
4				\$											
5				\$											
6				\$											
7				\$											
8				\$											
9				\$											
10				\$											
11				\$											

Si el px respondió a alguna que **SI** lleva el Tx como se lo indica el médico, pase a las pregunta de **Tx real** y **pase a la 30**

Si el px respondió a alguna que **NO** por **FALTA DE DINERO**, **continúe** con todas las preguntas y al terminar la tabla realice la **29**



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosío Villegas"
CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

29. ¿Cuánto dinero le faltaría **MENSUALMENTE** para llevar el tratamiento con los medicamentos indicado por el médico (Tx ideal)? \$ _____

SECCIÓN DE OXÍGENO

30. ¿El médico le indicó el uso de oxígeno? SI NO **32**

32 Continúe SI NO

<p>30 A1 ¿Usa el oxígeno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Continúe 30 A3</p>	<p>30 A2 ¿Utiliza el oxígeno como se lo indicó el médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 30 A4 30 A3</p>	<p>30 A3 ¿Por qué no lo utiliza como se lo indicó el médico? 1= Falta de dinero 2= Incomodidad 3= Desidia 4= Olvido 5= Otro... Espec. Espec.: _____</p>	<p>30 A4 ¿Desde cuándo lo utiliza? 1=Días 2=Sem 3=Mes 4=Años _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Días / Sem / etc.</p>	<p>30 A5 ¿Qué utiliza? 1=Tanque 2=Concentrador 3=Ambos</p>	<p>30 A6 ¿Cómo lo adquirió? 1=Renta 2=Compra 3=Donado 4=IMSS, ISSSTE NOTA: Si es Tanque anote de cuántos litros es</p>	<p>30 A7 ¿Cuánto paga al mes por: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ T \$ _____ C \$ _____</p>	<p>30 A8 ¿Cuánto pagó por: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ T \$ _____ C \$ _____</p>
--	--	--	--	---	--	---	--

Si el Px **NO** usa el oxígeno (**30 A1**) y es por **falta de dinero** pase a **31**

Si el Px **NO** usa el oxígeno (**30 A1**) y es por **otra opción** pase a **32**

Continuación oxígeno...

<p>30 A9 ¿Cuánto pagaba aproximadamente de LUZ antes de tener el concentrador? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ \$ _____</p>		<p>30 A10 ¿Cuánto paga aproximadamente de LUZ actualmente que utiliza el concentrador? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ \$ _____</p>		<p>30 A11 ¿Paga mantenimiento? 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO 30 A11b ¿Cuánto paga por el mantenimiento del concentrador? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ \$ _____</p>		<p>30 A12 ¿Cada cuánto paga el mantenimiento? 1=Mensual 2=Bimestral 3=Semestral 4=Anual 5=Otro... Espec. Espec.: _____</p>		<p>30 A13 ¿Cuánto paga por las recargas? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ \$ _____</p>		<p>30 A14 ¿Cada cuánto paga las recargas? 1=Semanal 2=Mensual 3=Bimestral 4=Semestral 5=Otro... Espec. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Veces Espec.: Opción...</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	--



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

32. ¿Se queda con algún familiar o amigo durante el tiempo que viene a atenderse en el INER?

1 Sí 2 No **33**

32A. ¿Cuántos días se quedó? _____ Días

33. ¿Algún familiar o amigo lo estuvo acompañando para sus citas del INER?

1 Sí 2 No **34**

1 Parentesco _____ 1.1 _____ Días

1.2 Ocupación: _____

1.3 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo acompañó?

1 Sí 2 No

1.4 ¿Le pagó algo por acompañarlo? \$ _____ 2 No

2 Parentesco _____ 2.1 _____ Días

2.2 Ocupación: _____

2.3 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo acompañó?

1 Sí 2 No

2.4 ¿Le pagó algo por acompañarlo? \$ _____ 2 No

3 Parentesco _____ 3.1 _____ Días

3.2 Ocupación: _____

3.3 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo acompañó?

1 Sí 2 No

3.4 ¿Le pagó algo por acompañarlo? \$ _____ 2 No

4 Parentesco _____ 3.1 _____ Días

4.2 Ocupación: _____

4.3 ¿Dejó de percibir algún ingreso su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo acompañó?

1 Sí 2 No

1.4 ¿Le pagó algo por acompañarlo? \$ _____ 2 No

34. Si el paciente actualmente ya no tiene NINGUNA ACTIVIDAD a causa de la EPOC salte a la pregunta 37 →37B; de lo contrario continúe...

34. Durante las veces que acudió a sus citas del INER: ¿Dejó de trabajar o de atender su negocio en donde percibe un ingreso?

1 Sí 2 No **35**

34A. ¿Cuántos días faltó? _____ Días

34B. ¿Le dieron incapacidad?

1 Sí 2 No **34B.1** Especifique por qué no: _____
Pase a la 35

34C. ¿Cuántos días le dieron? _____ Días

35. ¿Dejó de realizar algún trabajo no remunerado en el hogar o de ayudar a algún familiar o amigo?

1 Sí 2 No **36**

35A. ¿Cuántos días? _____ Días

36. Durante los últimos 7 días ¿llegó tarde o se fue temprano de su trabajo a causa de sus problemas de la EPOC?

1 Sí 2 No

36A. ¿Cuántas horas de trabajo perdió? _____ Horas

36B. Durante los últimos 7 días ¿perdió (u ocupó) días de vacaciones o días festivos?

1 Sí 2 No

36C. ¿Cuántos días perdió? _____ Días

37. Durante los últimos 7 días del 0 al 10, (donde 0 es no afectaron y 10 afectaron completamente mis actividades)

37A. ¿Cuánto afectaron sus problemas de la EPOC en su productividad en el trabajo? _____

37B. ¿Cuánto afectaron sus problemas de la EPOC en otras actividades de su vida cotidiana? _____



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

EXACERBACIONES O RECAÍDAS POR LA EPOC

38. En los últimos 12 meses (o desde su dx de EPOC) ¿Ha tenido exacerbaciones (o recaídas) por la EPOC donde lo hayan tenido que hospitalizar o haya tenido que tomar **ANTIBIÓTICO O CORTISONA**?

Si No **48**

39. En los últimos 12 meses ¿Cuántas exacerbaciones (o recaídas) por la EPOC ha tenido?

39A. Exacerbaciones con hospitalización
39B. Exacerbaciones ambulatorias (antibiótico o cortisona)

40. ¿Acudió a algún servicio de urgencias, médico del servicio público o privado para que lo estabilizaran? Y ¿Cuánto tiempo permaneció en ese lugar para que lo estabilizaran?

Si No **41**

Si acudió a distintos servicios el px. marque todas las opciones que indique.

PÚBLICO		HRS	MIN
<input type="checkbox"/>	URGENCIAS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MEDICO GENERAL.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MEDICO ESPECIALISTA...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRIVADO		HRS	MIN
<input type="checkbox"/>	URGENCIAS.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MEDICO GENERAL.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MEDICO ESPECIALISTA...	<input type="text"/>	<input type="text"/>

41. ¿Tuvo que ser hospitalizado a causa de esta(s) exacerbación(es) (o recaídas) por la EPOC?

Si No **45**

42. ¿Cuántas veces y dónde fue hospitalizado por la EPOC?

Anote la cantidad total de días que haya estado hospitalizado el paciente en cada institución, preunte si recuerda en qué servicios estuvo y cuántos días u horas permaneció en ese servicio. TACHE las unidades en DÍAS u HRS. Si estuvo en más servicios anote todos en cada sección.

1. INER.....

1.1 Veces 1.2 DÍAS TOTALES:

1.3 Servicio: 1.4 DÍAS /1.5 HRS

1.6 Servicio: 1.7 DÍAS

2. SERVICIO PÚBLICO.....

CUÁL?

2.2 Veces 2.3 DÍAS TOTALES:

2.4 Servicio: 2.5 DÍAS /2.6 HRS

2.7 Servicio: 2.8 DÍAS

3. SERVICIO PRIVADO

3.1 CUÁL?

3.2 Veces 3.3 DÍAS TOTALES:

3.4 Servicio: 3.5 DÍAS /3.6 HRS

3.7 Servicio: 3.8 DÍAS

43. ¿Cuánto gastó en total aproximadamente por hospitalización de la EPOC?

Anote lo que haya gastado según donde se haya atendido el paciente: PÚBLICO, PRIVADO o INER

1 PÚBLICO \$

2 PRIVADO \$

3 INER \$

44. ¿Le pagó a alguna persona para que lo cuidara durante el tiempo en que estuvo hospitalizado a causa de la EPOC?

Si No **45**

44.1. ¿Cuánto tiempo la ocuparon?

TACHE la opción de tiempo que anotó arriba, si esta en Días, Semanas o Meses

1 Días 2 Semanas 3 Meses

44.2. ¿Cuánto le pagaba? \$

TACHE la opción de tiempo del pago que anotó arriba, si lo hicieron Diarios, Semanales o Mensual

1 Diarios 2 Semanal 3 Mensual



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

45. ¿Algún familiar o amigo lo estuvo cuidando en el hospital (o casa) a causa de la EPOC?

1 Si 2 No **48**

45A. ¿Cuántos familiares o amigos lo cuidaron y por cuántos días durante su hospitalización?

A.1 Parentesco _____ 2. | | | | | Días

3. Ocupación: _____

4. ¿Dejó de percibir algún salario su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo cuidó?

1 Si 2 No

B.1 Parentesco _____ 2. | | | | | Días

3. Ocupación: _____

4. ¿Dejó de percibir algún salario su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo cuidó?

1 Si 2 No

C.1 Parentesco _____ 2. | | | | | Días

3. Ocupación: _____

4. ¿Dejó de percibir algún salario su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo cuidó?

1 Si 2 No

D.1 Parentesco _____ 2. | | | | | Días

3. Ocupación: _____

4. ¿Dejó de percibir algún salario su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo cuidó?

1 Si 2 No

E.1 Parentesco _____ 2. | | | | | Días

3. Ocupación: _____

4. ¿Dejó de percibir algún salario su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo cuidó?

1 Si 2 No

F.1 Parentesco _____ 2. | | | | | Días

3. Ocupación: _____

4. ¿Dejó de percibir algún salario su: (NOMBRAR PARENTESCO) en los días que lo cuidó?

1 Si 2 No

46. Durante el tiempo en que estuvo hospitalizado (o en casa) por la EPOC ¿Aproximadamente cuánto gastó(aron) su(s) familiar(es) o amigo(s) en:

A. PASAJES DE TRANSPORTACIÓN.....\$ | | | | |

B. GASOLINA PARA IR A VERLO..... \$ | | | | |

C. ALIMENTOS EXTRAS EN CASA O CALLE \$ | | | | |

D. HOSPEDAJE DE FAMILIARES..... \$ | | | | |

47. ¿Su(s) familiar(es) o amigo(s) que lo estuvieron cuidando durante su exacerbación (o recaída), se quedó(aron) en su casa o en la casa de algún conocido o familiar?

1 Si 2 No 47A. ¿Cuántos días? | | | | |

GASTOS DEL PACIENTE POR LA EPOC EN EL HOGAR

48. ¿Qué parte del gasto que utilizan para el sustento del hogar considera que destinaron para atender su problema de salud de la EPOC?

| | | | | %

49. En los últimos 12 meses (o desde su dx de EPOC), además de los sueldos o salarios del hogar, para cubrir los gastos de la atención médica y/o de hospitalización por motivos de la EPOC, ¿Utilizó dinero proveniente de:....

Lea las opciones y marque todas las que indique el paciente

- 1 AHORROS (CUENTA BANCARIA, TANDA)?
- 2 PRÉSTAMOS DE PARIENTES O AMIGOS QUE NO SON MIEMBROS DEL HOGAR?
- 3 VENTA DE PROPIEDADES, MUEBLES O ANIMALES?
- 4 EMPEÑO DE MUEBLES, JOYAS, APARATOS, ETC.?
- 5 UN CRÉDITO BANCARIO?

6 NINGUNO **50**

49A. ¿Cuánto fue el dinero que obtuvo o utilizó para su atención médica por la EPOC?

\$ | | | | |



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

50. Por problemas de dinero, en los últimos 12 meses (o desde su dx de EPOC). ¿Tuvo que.....

A. POSPONER O ESPERAR PARA LA ATENCIÓN DE SU ENFERMEDAD (EPOC)? 1 Si 2 No

B. DEJAR DE ATENDER SU PROBLEMA DE SALUD (EPOC)? 1 Si 2 No

51. ¿Por sus problemas de la EPOC, utiliza para moverse o caminar:

1.1 SILLA DE RUEDAS?

1.2 ANDADERA?

1.3 MULETAS?

1.4 BASTÓN?

1.5 NO UTILIZA NADA **52**

51.2 ¿Cuánto tiempo lleva utilizando.... (Mencione lo que utiliza y TACHE si es en DÍAS, MESES o AÑOS el tiempo que lo lleva utilizando)?

	DIA	MES	AÑOS
2.1. SILLA DE RUEDAS.....	_____	_____	_____
2.2. ANDADERA	_____	_____	_____
2.3. MULETAS.....	_____	_____	_____
2.4. BASTÓN	_____	_____	_____

51.3 ¿Lo que utiliza para moverse.... (Mencione lo que utiliza), lo adquirió: (TACHE lo que indique el paciente)

	COMPRA	RENTA	PRESTADA REGALO O DONADA
3.1. SILLA DE RUEDAS.....	_____	_____	_____
3.2. ANDADERA	_____	_____	_____
3.3. MULETAS.....	_____	_____	_____
3.4. BASTÓN	_____	_____	_____

52

51.4. ¿Recuerda aproximadamente cuánto pago (o renta mensual) por... (Mencione lo que utiliza y tache si fue compra o renta)?

4.1. SILLA DE RUEDAS \$ _____

4.2. ANDADERA \$ _____

4.3. MULETAS \$ _____

4.4. BASTÓN \$ _____

52. En los últimos 12 meses (o desde su dx de EPOC). ¿Le ha pagado a alguna persona para ayudarlo en su casa a moverse o apoyarlo en actividades (levantarse vestirse, bañarse, etc.) que no puede realizar por sus problemas de EPOC?

1 Si 2 No **53**

52.1 ¿Cuánto tiempo lleva trabajando (o trabajó) esta persona con Ud.? TACHE el tiempo que haya mencionado el paciente

_____ DÍAS _____ MESES _____ AÑOS

52.2 ¿Cuánto le (paga)ba a esta persona TACHE si el pago lo hacen diario, semanal o mensual

\$ _____ DIARIOS
_____ SEMANLES
_____ MENSUALES

53. En los últimos 12 meses (o desde su dx de EPOC) ¿Algún familiar o amigo le ayudó en su casa a moverse o apoyarlo en actividades cotidianas (levantarse vestirse, bañarse, etc.) que no puede realizar por sus problemas de EPOC?

1 Si 2 No **54**

53.1. ¿Quién? Anote parentesco y pregunte por su ocupación del pariente o amigo

Parentesco	Ocupación
A. _____	/ 1. _____
B. _____	/ 1. _____
C. _____	/ 1. _____
D. _____	/ 1. _____
E. _____	/ 1. _____



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

53.2. ¿Cuántos días de la semana y cuántas horas al día dedica su **(Mencione el parentesco)** a su cuidado?

	DÍAS	HORAS
A. Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>

53.3. ¿Deja de recibir algún salario su(s) **(Mencione el parentesco)** cuando lo cuidan?

- A. Persona..... 1 Sí 2 No
 B. Persona..... 1 Sí 2 No
 C. Persona..... 1 Sí 2 No
 D. Persona..... 1 Sí 2 No
 E. Persona..... 1 Sí 2 No

COMORBILIDADES ASOCIADAS

54. ¿Algún médico le ha dicho a Ud. que tiene:

Si el paciente responde afirmativamente a una o más de las comorbilidades, pregunte el año aproximado de diagnóstico.

- | | AÑO DE DX |
|--------------------------|---|
| A. DIABETES | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No A1 <input type="text"/> |
| B. PRESIÓN ALTA..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No B1 <input type="text"/> |
| C. ASMA..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No C1 <input type="text"/> |
| D. ENF. DEL CORAZÓN..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No D1 <input type="text"/> |
| E. ENFISEMA | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No E1 <input type="text"/> |
| F. GASTRITIS..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No F1 <input type="text"/> |
| G. ULCERA..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No G1 <input type="text"/> |
| H. REFLUJO..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No H1 <input type="text"/> |
| I. OBESIDAD..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No I1 <input type="text"/> |
| J. TUBERCULOSIS..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No J1 <input type="text"/> |
| K. DEPRESIÓN..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No K1 <input type="text"/> |
| L. OTRO..... | 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No L1 <input type="text"/> |

ESPECIFIQUE _____

M. NINGUNA.....

57

55. ¿El médico le ha recetado algún medicamento(s) para controlar su(s): **(MENCIONE LA(S) COMORBILIDAD(ES) QUE HAYA INDICADO EL PACIENTE EN LA PREGUNTA ANTERIOR)?**

- 1 Sí 2 No

55.1 ¿Por qué? _____

Pasar a la pregunta 57

55.2. ¿Cuáles?

Anote los medicamentos que le indique el paciente, y si toma productos naturistas o vitaminas, también anótelos

En el primer espacio anote la letra de la comorbilidad por la que toma el medicamento el paciente

	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	MCG
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

56. En los últimos 12 meses ¿Cuánto gastó aproximadamente por los medicamentos para controlar su **(Mencione la(s) comorbilidad(es) que haya indicado el paciente)?**

\$

56.1 ¿Por qué no pagó?: _____

57. Pregunte los datos de la próxima cita del paciente:

Prox cita: / /
DÍA MES AÑO

58. Hora: : HR

59. Nombre del Médico: _____

60. En qué Servicio: _____



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

Anote los resultados de la consulta, de las mediciones de espirometría (FEV1, FVC, FEV1/FVC) y las que le hayan realizado al paciente de peso y talla, corrobore con el médico o expediente si es necesario y verifique la ETAPA DE LA ENFERMEDAD en la que se encuentre el paciente.

Si la entrevista la inició antes de la consulta y de las mediciones, indique al paciente que después de éstas verificará el resultado de la consulta y de sus mediciones.

De preferencia anote el valor Post-broncodilatador de lo contrario anote los que encuentre e indíquelo marcando abajo.

61. Mediciones:

1.1 FVC: [] . [] LITROS [] [] [] %

1.2 FEV1:.... [] . [] LITROS [] [] [] %

1.3 FEV1/FVC:.... [] [] %

1.4 Peso:..... [] [] [] [] [] Kg

1.5 Talla:..... [] [] [] [] cm

1.6 Oximetría:..... [] [] []

1.7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] []
DÍA MES AÑO

Si se anotó valor pre-broncodilatador marque:

Llene la casilla de etapa de la enfermedad de acuerdo a la clasificación de abajo

1: Leve 2: Moderada 3: Grave 4: Muy grave

1.7.1 Etapa de la enfermedad: [] de GOLD

1.7.2 ETAPA DEL MÉDICO: _____

1.8 Nivel socioeconómico asignado por el INER: []

EXPEDIENTE: _____

1.9 Comentarios de la consulta: _____

61.2 Seleccione la forma en que consiguió los resultados de las mediciones de acuerdo a la siguiente clasificación:

1:Expediente 2:Médico 3:Paciente 4:Familiar 5:Técnico

1. FEV1:..... []

2. FVC:..... []

3. FEV1/FVC:..... []

4. Peso:..... []

5. Talla:..... []

6. Etapa de la enfermedad:.... []

61.3 Principal causa atribuible a la EPOC

- 1. Tabaquismo
- 2. Humo de leña
- 3. Biomasa
- 4. Fumador pasivo
- 5. Exposición a sustancias
- 6. Otro 6.1 ESPECIFIQUE: _____

61.4 Anote las observaciones que considere relevantes de la entrevista.



CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE

1)

1. FVC: [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
2. FEV1:..... [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
3. FEV1/FVC:..... [] [] %

4. Peso:..... [] [] [] . [] [] Kg
5. Talla:..... [] [] [] cm
6. Oximetría:..... [] [] . [] []

Se anotó valor pre-broncodilatador marque:

7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] [] []
DÍA MES AÑO

2)

1. FVC: [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
2. FEV1:..... [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
3. FEV1/FVC:..... [] [] %

4. Peso:..... [] [] [] . [] [] Kg
5. Talla:..... [] [] [] cm
6. Oximetría:..... [] [] . [] []

Si se anotó valor pre-broncodilatador marque:

7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] [] []
DÍA MES AÑO

3)

1. FVC: [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
2. FEV1:..... [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
3. FEV1/FVC:..... [] [] %

4. Peso:..... [] [] [] . [] [] Kg
5. Talla:..... [] [] [] cm
6. Oximetría:..... [] [] . [] []

Si se anotó valor pre-broncodilatador marque:

7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] [] []
DÍA MES AÑO

4)

1. FVC: [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
2. FEV1:..... [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
3. FEV1/FVC:..... [] [] %

4. Peso:..... [] [] [] . [] [] Kg
5. Talla:..... [] [] [] cm
6. Oximetría:..... [] [] . [] []

Se anotó valor pre-broncodilatador marque:

7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] [] []
DÍA MES AÑO

5)

1. FVC: [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
2. FEV1:..... [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
3. FEV1/FVC:..... [] [] %

4. Peso:..... [] [] [] . [] [] Kg
5. Talla:..... [] [] [] cm
6. Oximetría:..... [] [] . [] []

Si se anotó valor pre-broncodilatador marque:

7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] [] []
DÍA MES AÑO

6)

1. FVC: [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
2. FEV1:..... [] . [] . [] LITROS [] [] [] %
3. FEV1/FVC:..... [] [] %

4. Peso:..... [] [] [] . [] [] Kg
5. Talla:..... [] [] [] cm
6. Oximetría:..... [] [] . [] []

Si se anotó valor pre-broncodilatador marque:

7. Fecha de medición: [] [] / [] [] / [] [] []
DÍA MES AÑO



Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
"Ismael Cosío Villegas"
CUESTIONARIO BASAL COSTOS-EPOC PROSPECTIVO

Sección II. Gasto total de la familia en el hogar

2.1 En el último mes, ¿Aproximadamente de cuánto fue el gasto en....	
2.1.1 Alimentos y bebidas para consumo dentro del hogar? (Excluya bebidas alcohólicas y cigarros e incluya los alimentos preparados en casa y los consumidos en la escuela o trabajo)	\$,
2.1.2 Alimentos y bebidas para consumo fuera del hogar? (Excluya bebidas alcohólicas)	\$,
2.1.3 Bebidas alcohólicas y cigarros?	\$,
2.1.4 Transporte local? (Taxis, camiones urbanos, colectivos, otros)	\$,
2.1.5 Artículos de limpieza e higiene?	\$,
2.2 En los últimos 3 meses, ¿Aproximadamente de cuánto fue el gasto en....	
2.2.1 Vestido? (Excluya el gasto en uniformes y zapatos escolares)	\$,
2.2.2 Educación, útiles escolares, uniformes?	\$,
2.2.3 Actividades de distracción?	\$,
2.2.4 Renta, gas, electricidad, agua?	\$,
2.2.5 Comunicación? (Teléfono local, celular, internet)	\$,
2.2.6 Cuidados de la salud? (No incluya el gasto realizado por el paciente de EPOC)	\$,
2.3 En los últimos 6 meses, ¿Aproximadamente de cuánto fue el gasto en...	
2.3.1 Artículos para el hogar, muebles, etc.?	\$,
2.3.2 Mantenimiento, reparación, remodelación de la vivienda? (O de otra vivienda)	\$,
2.3.3 Transporte foráneo, como autobús?	\$,
2.3.4 Adquisición de vehículos para uso particular, como automóvil, camioneta, motocicleta, bicicleta, lancha, etc.?	\$,
2.3.5 Refacciones, partes, accesorios y mantenimiento de vehículos? (Incluya el gasto en gasolina, reparaciones mecánicas, hojalatería y pintura y pago de estacionamiento)	\$,

Hoja de calidad de vida

Marque con una cruz (X) la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de **HOY**

1. Movilidad

- 1. No tengo problemas para caminar
- 2. Tengo algunos problemas para caminar
- 3. Tengo que estar en la cama

2. Cuidado Personal

- 1. No tengo problemas con el cuidado personal
- 2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- 3. No puedo lavarme o vestirme

3. Actividades Cotidianas como trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas o actividades familiares o recreativas

- 1. No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3. No puedo realizar mis actividades cotidianas

4. Dolor/Malestar

- 1. No tengo dolor ni malestar
- 2. Tengo dolor o malestar moderados
- 3. Tengo mucho dolor o malestar

5. Ansiedad/Depresión

- 1. No estoy ansioso ni deprimido
- 2. Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- 3. Estoy muy ansioso o deprimido

Su estado
desalud
hoy

Para ayudar a la gente a describir que tan bueno o que tan malo es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, que tan bueno o que tan malo es su estado de salud el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique que tan bueno o que tan malo es su estado de salud el día de hoy.

El mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado
de salud
imaginable

18