

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“APOYO SOCIAL ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS SUJETOS
DERECHOABIENTES CON EPOC DE LA UMF 93.”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 75**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA

M.C. ARTEAGA CEBALLOS PEDRO.

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN MF. SAUCEDO RAMÍREZ WENDY.

REVISORES:

**E. EN M.F. RAUL AGUILAR ESPEJEL
E. EN .MF. FRANCISCO VARGAS HERNAÁNDEZ.
DR. HÉCTOR OCAÑA SERVÍN
DR. EN HUM. ARTURO GARCÍA RILLO**

TÍTULO.

**“APOYO SOCIAL ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS SUJETOS
DERECHOABIENTES CON EPOC DE LA UMF 93.”**

INDICE

1.- RESUMEN	1
1.- SUMMARY	2
2. MARCO TEÓRICO	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4.- JUSTIFICACIÓN	19
5.- HIPÓTESIS DE TRABAJO	20
6.- OBJETIVOS.	21
6.1.- OBJETIVO GENERAL:	21
6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	21
7.- MATERIAL Y MÉTODOS	22
7.1.- LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ EL ESTUDIO	22
7.2.- TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:	22
7.3.- DISEÑO	22
7.4.- ÁREA DE ESTUDIO	23
7.5.- FUENTE DE DATOS:	23
7.6.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	23
7.7.- MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN EL TIEMPO:	23
7.8.- CONTROL DE LAS VARIABLES:	23
7.9.- FIN O PROPÓSITO:	23
7.10.- TIPO DE ESTUDIO:	23
7.11.- UNIVERSO DE TRABAJO:	24
7.12.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:	24
7.13.- TÉCNICA DE MUESTREO:	25
7.14.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:	25
7.14.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	25
7.14.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	25
7.14.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:	25
7.15.- DEFINICIÓN DE VARIABLES:	26
7.16.- TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	32
7.16.1.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS:	32
7.17.- MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS:	34
7.18.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:	34
7.19.- PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS:	35
8.- ASPECTOS ÉTICOS:	37
9.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:	45
10.- RESULTADOS	46
11.- DISCUSIÓN	60

12.- CONCLUSIONES.	62
13.- RECOMENDACIONES.	63
14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	65
15.- ANEXOS.	69

1.- RESUMEN

Título. Apoyo social asociado a la calidad de vida en los derechohabientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC de la UMF 93.

Antecedentes. EPOC pertenece a una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes, representan un problema de salud con implicaciones sociales y sanitarias, debido a la elevada morbilidad que conlleva, así como la multimorbilidad.

Objetivo General. Asociar el apoyo social a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC, atendidos en la UMF 93 del IMSS.

Material y Métodos: Estudio analítico de asociación de variables, observacional, transversal, prospectivo. Se incluyó una muestra de 118 sujetos de investigación con EPOC de cualquier edad de la UMF 93, sin complicaciones, exposición al humo de tabaco, con y sin oxígeno suplementario, que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado, sujetos con o sin hospitalizaciones previas.

Resultados: La edad predominante 71 a 80 años con el 35.6%, sexo masculino 53.4%, estado civil de viudo 86.4%, escolaridad de primaria completa 54.2%, ocupación de labores del hogar 32.2%, oxígeno suplementario fue utilizado por el 85.6%, el tabaquismo del 78.8%, católicos el 82.2%, las hospitalizaciones de menos de 3 años en el 81.4%, el apoyo social fue adecuado 72.9%, la calidad de vida fue alta 73.7%, dieta para neumópatas el 63.6%. Obteniendo una Chi cuadrada de 60.96 con un IC 95% y una $P=0.000$, menor de 0.05, por lo que existe asociación entre apoyo social y calidad de vida, por lo cual existe una asociación entre un buen apoyo social y una adecuada calidad de vida, utilizando los instrumentos SF-12 Y DUKE 11.

Conclusión: existe asociación estadísticamente significativa entre apoyo social y calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC, atendidos en la UMF 93 del IMSS.

Palabras claves: calidad de vida, EPOC, apoyo social.

1.- SUMMARY

Title. Social support associated with the quality of life in the rights holders with chronic obstructive pulmonary disease EPOC of the UMF 93.

Background. EPOC belongs to one of the most frequent chronic respiratory diseases, it represents a health problem with socio-sanitary implications, due to the high morbidity and mortality that it entails, as well as multimorbidity.

General objective. Associated social support for the quality of life in the rightful subjects with EPOC, attended in UMF 93 of the IMSS.

Material and methods: Analytical study of association of variables, observational, transversal, prospective. A sample of 118 research subjects with EPOC of any age of the UMF 93 was included, without complications, exposure to tobacco smoke, with and without supplemental oxygen, which accepts to participate in the study by signing the informed consent, subjects with or without hospitalizations Previous

Results: The predominant age 71 to 80 years with 35.6%, male gender 53.4%, widowed marital status 86.4%, complete primary schooling 54.2%, household work occupation 32.2%, supplemental oxygen was used by 85.6%, Smoking 78.8%, Catholics 82.2%, hospitalizations of less than 3 years in 81.4%, social support was adequate 72.9%, quality of life was high 73.7%, diet for pneumopaths 63.6%. Obtaining a Chi square of 60.96 with a 95% CI and a $P = 0.000$, less than 0.05, so there is an association between social, so there is an association between good social support and an adequate quality of life, using the SF-12 and DUKE 11 instruments.

Conclusion: The p-value is less than 0.05, therefore, there is an association between social support and quality of life, that is, it is statistically relevant.

Keywords: quality of life, EPOC, social support.

2. MARCO TEÓRICO

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica “EPOC” según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “el bloqueo persistente del flujo de aire, debido a una enfermedad subdiagnosticada y potencialmente mortal que altera la respiración normal y no es totalmente reversible”. Según la Iniciativa Global para las Enfermedades Crónicas del Pulmón (GOLD por sus siglas en inglés), el concepto de EPOC ha cambiado con el aumento de estudios realizados que enmarcan la enfermedad como una patología prevalente y tratable con alta significancia extrapulmonar. ⁽¹⁾

La EPOC es una condición frecuente, prevenible y tratable caracterizada por la obstrucción progresiva y parcialmente reversible del flujo de aire, la cual puede estar acompañada por disnea, tos y producción de esputo. El impacto global de la EPOC se incrementó en todo el mundo convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad, morbilidad, y pérdida de calidad de vida, y se encuentra asociada a costes sociales y médicos elevados. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son críticos para establecer las medidas preventivas minimizando la progresión de la EPOC y sus consecuencias. Considerando que la EPOC puede ser asintomática en su etapa inicial y que su diagnóstico requiere la realización de la espirometría para confirmar la obstrucción al flujo aéreo, el subdiagnóstico y el diagnóstico erróneo son muy comunes, especialmente al comienzo de la enfermedad. ⁽²⁾

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica aparece generalmente en edades relativamente avanzadas, siendo clínicamente relevante más a menudo por encima de los sesenta años. Aunque su principal factor de riesgo es el tabaco, este hecho de presentarse de forma tardía implica la posibilidad de influencia de múltiples factores (ambientales, asociados al envejecimiento, genéticos) y de otras comorbilidades. Las enfermedades que aparecen en edades tempranas se atribuyen más fácilmente a la interacción de la genética propia del individuo con el ambiente en el que vive. ⁽³⁾

Esta patología se caracteriza por una obstrucción crónica del flujo aéreo que no es completamente reversible. Se asocia a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones causada principalmente por el humo del tabaco, y su principal manifestación es la disnea. El curso crónico y progresivo de la EPOC se agrava a menudo con periodos de exacerbación de la enfermedad que afectan a la función pulmonar y a la calidad de vida. ⁽⁴⁾

El impacto de la EPOC en la morbilidad y la mortalidad mundial hace que sea una de las enfermedades más importantes en el mundo, asociada además a un gran impacto económico. Son pocas las terapias que han demostrado enlentecer la progresión de la enfermedad o una reducción de la mortalidad (cese del hábito tabáquico, oxigenoterapia en caso de insuficiencia respiratoria, cirugía de reducción de volumen y trasplante pulmonar en casos seleccionados), siendo en consecuencia uno de los principales objetivos del tratamiento mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante el alivio de los síntomas, optimizar la funcionalidad y evitar los efectos adversos de las diferentes opciones de tratamiento disponibles. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud ha demostrado a lo largo de numerosos estudios estar relacionada con otros aspectos fundamentales de la EPOC como son el deterioro de la función pulmonar, la capacidad de ejercicio y el consumo de recursos sanitarios. ⁽⁵⁾

La publicación de guías de práctica clínica como la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) y la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) aúna y facilita el manejo de estos pacientes. Sin embargo, existe un alto grado de infra diagnóstico, como se ha demostrado en estudios internacionales como el BOLD, o nacionales, como el EPI-SCAN e IBERPOC, en los que hasta el 70% de los pacientes con EPOC no estaban diagnosticados. Por otro lado, existe un importante diagnóstico inadecuado, demostrándose en varios estudios que tan solo en el 30-50% de los pacientes etiquetados como EPOC constaba la realización de una espirometría. En otros trabajos se demuestra que en el 15-30% de los pacientes EPOC con espirometría, esta no era obstructiva. Esto puede llevar a la prescripción inapropiada de fármacos y a un alto impacto económico. ⁽⁶⁾

Sin embargo, la carga real de la EPOC es desconocida. La mortalidad por EPOC no se reporta en los certificados de defunción. Además, las cifras están incompletas para la morbilidad por EPOC. El diagnóstico insuficiente de la EPOC se mantiene constantemente alto, con cifras que van del 70% al 90% e incluso más.

Se calculó que, con una tasa de diagnóstico insuficiente del 70%, todavía no se diagnostican alrededor de 28 millones de europeos, por lo que permanecen sin tratamiento. Sin embargo, la epidemia de EPOC se puede combatir solo mediante la prevención (primaria y secundaria) y un tratamiento integrado de la enfermedad después de un diagnóstico correcto. El diagnóstico preciso de la EPOC también es importante para evitar costos innecesarios y posibles efectos secundarios. ⁽⁷⁾

A pesar de que las publicaciones sobre prevalencia de EPOC no han sido muy comunes hasta la década de 1980, la descripción de la EPOC a nivel de la población y su distribución geográfica y temporal son indicadores clave de la situación de la enfermedad que pueden ayudar a organizar los recursos para un mejor servicio de salud. Un aspecto clave para interpretar correctamente los estudios de prevalencia de la EPOC es la definición de un caso. Si bien existe una definición clara desde una perspectiva clínica, existen dos problemas relacionados con la detección de un caso en estudios de base poblacional. Primero, el parámetro para detectar una obstrucción espirométrica puede cambiar los resultados. En este caso, la decisión de utilizar la relación fija FEV1 / capacidad vital forzada (FVC) o el límite inferior de la espirometría normal y pre o post-broncodilatador es relevante para la interpretación de los resultados. La encuesta NHANES realizó espirometrías durante el período 2007-2010, con función pulmonar pre y post broncodilatador e informando ambas definiciones, lo que demuestra claramente que la prevalencia de la EPOC cambió del 10.2% con los criterios de límite inferior de la espirometría normal post broncodilatador al 20.9% con el criterio de coeficiente fijo pre broncodilatador. ⁽⁸⁾

Esta enfermedad representa aproximadamente el 20% de todas las consultas en atención primaria, y es la segunda razón más común para el ingreso en hospitales. Gran parte de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con estas enfermedades se deben a exacerbaciones.

Las exacerbaciones frecuentes de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asocian con una disminución más rápida de la función pulmonar. ⁽⁹⁾

En la actualidad se considera la EPOC como un trastorno multicomponente y existen distintos fenotipos clínicos de la enfermedad, como múltiples “pequeñas EPOC” con historia natural y requerimientos de tratamiento diferentes, existiendo una amplia variabilidad entre los pacientes que la presentan.

Además, existen importantes discrepancias entre las medidas objetivas de parámetros funcionales de la EPOC y la percepción subjetiva de los pacientes, lo que supone la necesidad de evaluar la afectación producida por la enfermedad de un modo individual. Las actividades más afectadas abarcan aspectos variados como la actividad física, ocio y sexualidad, con mayor impacto en pacientes de mayor edad y menor nivel cultural y económico. La identificación y manejo de los signos y síntomas físicos de la EPOC se ha incrementado con el conocimiento de la enfermedad; sin embargo, las repercusiones psicosociales son menos reconocidas e investigadas. ⁽¹⁰⁾

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocupó en el año 2011, el cuarto lugar entre las 10 principales causas de muerte y mató a aproximadamente 3 millones de personas, representando el 5.8% de todas las muertes durante ese año. La EPOC es, además, una enfermedad de alta carga económica bien reconocida. En 2010, se proyectó que los costos de la EPOC fueron de aproximadamente US \$ 50 mil millones, que incluían \$ 20 mil millones en costos indirectos y \$ 30 mil millones en gastos indirectos de atención de salud en los EE. UU. ⁽¹¹⁾

Por otro lado, se ha proyectado que esta patología se situará en tercer lugar de mortalidad mundial en el año 2020, con un 8.6%, solo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. ⁽¹²⁾

Clasificación	
Grados	En pacientes con FEV1/FVC<0.70
GOLD 1 Leve	FEV1 >80% del valor de referencia
GOLD 2 Moderado	FEV1 > 50%, < 80% del valor de referencia
GOLD 3 Grave	FEV1 > 30%, < 50% del valor de referencia
GOLD 4 Muy grave	FEV1 < 30% del valor de referencia

FEV1: forced expiratory volume in one second («Volumen de aire espirado en el primer segundo»); FVC: forced vital capacity («capacidad vital forzada»); GOLD: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease ⁽¹³⁾

Los broncodilatadores constituyen el pilar del tratamiento de mantenimiento para la EPOC y se recomiendan como terapia inicial para todos los grupos de la Iniciativa global para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GOLD). Se recomienda que los pacientes clasificados por GOLD como grupo A (carga sintomática baja y bajo riesgo de exacerbación) comiencen tratamiento con broncodilatador de acción corta - prolongada basado en su efecto sobre la disnea, mientras que los pacientes clasificados como grupos B o C de GOLD (carga de síntomas alta y bajo riesgo de exacerbación, o carga de síntomas baja y riesgo de exacerbación alta, respectivamente) reciban un broncodilatador de acción prolongada como terapia inicial.

La combinación de broncodilatadores agonistas β_2 de larga duración (LABA) y antagonistas muscarínicos de acción prolongada (LAMA, por sus siglas en inglés) se recomienda para pacientes clasificados por GOLD como grupos B o C con síntomas persistentes después de la monoterapia broncodilatadora, o como tratamiento inicial para pacientes clasificados por GOLD como grupo D (alta carga de síntomas y alto riesgo de exacerbación). Notablemente, el tratamiento combinado con un LAMA / LABA aumenta el FEV1 y reduce los síntomas y las exacerbaciones en comparación con la monoterapia con LAMA o LABA. La monoterapia con corticoides inhalados no se recomienda para el tratamiento de ninguna etapa de la EPOC. Esto se debe a un mayor riesgo de efectos adversos, como neumonía, con uso regular. En pacientes con EPOC, el tratamiento a largo plazo con corticoides inhalados puede considerarse solo en combinación con LABA para pacientes con un historial de exacerbaciones a pesar del tratamiento adecuado con broncodilatadores de acción prolongada. ⁽¹⁴⁾

En el seguimiento ambulatorio de un paciente con una enfermedad crónica deberíamos monitorizar aquellos parámetros que:

1. Marquen una progresión de la enfermedad.
2. Condicionen cambios en el tratamiento.

Si por progresión de la enfermedad entendemos el declinar del FEV1, el estudio de la función pulmonar sería suficiente, pero actualmente el concepto de progresión de enfermedad en la EPOC ha de hacer referencia también al deterioro clínico y de la actividad funcional, por lo que parámetros fisiopatológicos adicionales al FEV1, tales como los síntomas, la calidad de vida, la capacidad de esfuerzo, las exacerbaciones o la propia inflamación son absolutamente necesarios. Por último, diferentes índices que agrupan determinadas variables han mostrado mejorar la capacidad predictiva de cada una de ellas y deberían incorporarse como forma de evaluación global. ⁽¹⁵⁾

En el área de la salud, el aumento en la esperanza de vida, con el consecuente incremento en las enfermedades crónicas, ha fomentado la discusión sobre la influencia que tiene una determinada enfermedad en el estilo de vida del paciente, más allá de los efectos fisiopatológicos que ésta conlleva, y en la forma cómo cada esquema terapéutico le permite sobrellevar su enfermedad de la mejor manera; a ello se refiere el concepto Calidad de Vida relacionada con la salud al señalar que es la apreciación que tiene el paciente sobre el sufrimiento provocado por los efectos de su enfermedad o sobre la aplicación de un tratamiento en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social. ⁽¹⁶⁾

Los efectos psicosociales y fisiopatológicos de la EPOC alteran de manera significativa la calidad de vida de quienes la padecen. El insomnio, la fatiga, el estrés, la negación, el aislamiento, la ansiedad y la depresión son factores que acompañan al desarrollo de esta enfermedad y que impactan negativamente sobre la salud del paciente. Vinaccia y sus colaboradores, en un estudio realizado en 60 pacientes entre 35 y 88 años con diagnóstico de EPOC en la ciudad de Medellín, Colombia en el año 2006; han demostrado que los sentimientos de energía y vitalidad están disminuidos por la presencia de síntomas frecuentes de cansancio y agotamiento, lo cual aminora el rendimiento esperado en todas sus actividades, más que la manifestación de los síntomas de dolor corporal, lo que posiblemente los llevaba a la percepción desfavorable que tenían de su salud en general. ⁽¹⁷⁾

Los pacientes con EPOC a menudo tienen mala calidad de vida debido a sus síntomas, rendimiento físico disminuido y el uso de medicamentos. La pérdida de calidad de vida relacionada con la salud es un marcador importante en los pacientes con EPOC, ya que es un reflejo del Impacto de la enfermedad en sus vidas. Los cuestionarios de calidad de vida han sido diseñados para proporcionar una forma simple y no invasiva de medir la respuesta de los pacientes al tratamiento. Estos cuestionarios generalmente incluyen dominios que tratan los síntomas, el estado funcional, el estado de ánimo y los factores sociales. ⁽¹⁸⁾

Dado el impacto negativo de la EPOC en la vida del paciente, aún los pacientes asintomáticos o paucisintomáticos ya tienen un deterioro en su calidad de vida. ⁽¹⁹⁾

La fatiga es una queja generalizada entre los pacientes con enfermedades crónicas. Se experimenta como un síntoma problemático y desafiante. Las personas con una enfermedad crónica califican la fatiga a menudo como uno de los factores clave que conducen a una disminución en la calidad de vida. Esto no es diferente para los pacientes con EPOC. Además de sus síntomas respiratorios, los pacientes sufren de fatiga relacionada con la EPOC a diario. La fatiga relacionada con la EPOC se ha reconocido cada vez más como un área importante de investigación. Theander et al. en un estudio realizado en Suecia en 36 pacientes con EPOC y 37 controles sanos, aplicando la Escala de Impacto de la Fatiga; informaron que los pacientes con EPOC percibían importantes limitaciones funcionales mayores debido a la fatiga en el funcionamiento cognitivo, físico y psicosocial en comparación con un grupo de control. Hallaron que casi la mitad de todos los pacientes experimentaron fatiga anormal: 23% de fatiga leve y 24% de fatiga severa. ⁽²⁰⁾

El síntoma que más impacta en el estado de salud de estos pacientes es el empeoramiento abrupto de la disnea evidenciado por un descenso igualmente abrupto en la tasa de flujo espiratorio pico. El empeoramiento de la función pulmonar no solo impacta en la calidad de vida debido a la exacerbación de los síntomas, sino por la tardía recuperación de la función pulmonar previa debido a la prolongada y gradual recuperación de una exacerbación que en promedio tarda seis días para una recuperación del flujo pico previo y a que el 75% de las exacerbaciones tarda alrededor de 40 días para remitir completamente. A largo plazo, se ha evidenciado que episodios repetidos se asocian con un más acelerado deterioro de la función pulmonar y con una recuperación más retardada e interrumpida luego de una exacerbación, que produce un deterioro cada vez mayor en el estado de salud del paciente y ejerce un impacto directo y progresivo sobre la calidad de vida. ⁽²¹⁾

Es reconocido que los pacientes con EPOC son sustancialmente menos activos físicamente que los sujetos sanos de la misma edad y sexo. ⁽²²⁾

Además de las disminuciones en el funcionamiento físico, algunas personas con EPOC sufren déficits sustanciales en el funcionamiento cognitivo, y la EPOC aumenta el riesgo de deterioro cognitivo a lo largo del tiempo. Aunque la base para el deterioro cognitivo en la EPOC es no entendida completamente, los adultos mayores con EPOC y disminución del funcionamiento cognitivo tienen tasas de hospitalización y mortalidad sustancialmente más altas en comparación con aquellos con cualquiera de estas afecciones. ⁽²³⁾

La calidad de vida relacionada con la salud puede medirse con diferentes instrumentos. Algunos de estos instrumentos son específicos de la enfermedad (por ejemplo, Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ), mientras que otros son genéricos, lo que significa que pueden compararse entre diferentes campos de indicación. Los instrumentos específicos de la enfermedad no son utilizados tan extensamente. El fundamento de este hecho se basa en que los instrumentos específicos de la enfermedad no fueron diseñados para evaluar las influencias comórbidas a menos que los efectos sean expresados por el índice de la enfermedad y, por lo tanto, puedan medirse mediante el instrumento específico de la enfermedad. Por ejemplo, el SGRQ ampliamente utilizado fue diseñado para medir los efectos de la limitación del flujo de aire en la calidad de vida, pero no fue diseñado para medir los efectos no relacionados con la limitación del flujo de aire. En contraste, los instrumentos genéricos fueron diseñados para medir la calidad de vida independientemente de la multimorbilidad y la forma de expresión.

Aun así, podría ser interesante evaluar el efecto de diferentes comorbilidades en diversas medidas de resultados específicos de la enfermedad. Los ejemplos de instrumentos genéricos bien aceptados y ampliamente utilizados incluyen el cuestionario de cinco dimensiones EuroQol (EQ-5D), que, entre otras cosas, se usó en estudios de EPOC importantes como el ensayo Towards a Revolution in COPD Health (TORCH). El EQ-5D consta de 5 preguntas descriptivas y una valoración mediante una escala analógica visual con la puntuación EQ-5D-VAS. Los resultados para las 5 dimensiones se pueden transformar en utilidades, que son necesarias para el análisis de costo-efectividad. ⁽²⁴⁾

Jiménez et al. en Madrid, España, durante el año 2017, realizó un análisis de las variaciones en las puntuaciones del COPD Assessment Test (CAT) en un grupo de 59 sujetos con EPOC que dejaron de fumar y encontró como principal conclusión del estudio que dejar de fumar mostró una mejoría en la calidad de vida a los 6 meses de abstinencia tabáquica. ⁽²⁵⁾

Raherison et al. llevó a cabo un estudio en Francia durante los años 2009 a 2010; estudiando a 430 pacientes entrevistados por teléfono con diagnóstico de EPOC; reportó que las mujeres con EPOC tenían una peor calidad de vida según lo medido por el cuestionario SGRQ en comparación con los hombres. Además, el esputo crónico se asoció significativamente con mala calidad de vida en las mujeres, mientras que fue el número de tratamientos que se asoció con la mala calidad de vida en los hombres. La disnea, la ansiedad y la depresión se correlacionaron más con una peor calidad de vida que las mediciones espirométricas, lo que sugiere que la calidad de vida debe medirse además de la espirometría en el tratamiento de pacientes con EPOC. ⁽²⁶⁾

Koskela et al. estudiando a 739 pacientes, en un estudio llevado a cabo en Finlandia durante los años 1996-2006; reportó que la función pulmonar por sí sola no fue un predictor fuerte de la calidad de vida respiratoria o general. La literatura sobre las comorbilidades como determinantes de la calidad de vida en la EPOC es bastante escasa. Al usar el Cuestionario SGRQ en la población de EPOC con atención primaria de la salud, Koskela et al. ha demostrado que los pacientes con más de 3 comorbilidades tenían una calidad de vida más pobre que los pacientes con 1-2 comorbilidades. En pacientes con < 3 comorbilidades, el instrumento genérico fue más sensible que el SGRQ, lo que sugiere que la calidad de vida respiratoria específica no está influenciada por la presencia de niveles bajos de comorbilidad.

En otro estudio de Putchá et al. realizado en 843 pacientes de la encuesta NHANES durante los años 2001 a 2008 de 45 años y mayores, describió que cuatro de trece enfermedades comórbidas (insuficiencia cardíaca congestiva, artritis, diabetes, incontinencia / enfermedad de la próstata) se asociaron de forma independiente con la calidad de vida genérica. ⁽²⁷⁾

Dürr et al. estudiando a 87 pacientes del University Hospital Basel de Suiza, los cuales fueron reclutados por medio de una encuesta telefónica, encontró una correlación inversa entre la edad y la calidad de vida, lo que significa que los pacientes mayores tenían una mejor calidad de vida. Esta relación también se vio en estudios previos. Sobre la base de las conversaciones con los pacientes, es posible que los pacientes más jóvenes con EPOC se sientan más afectados por su enfermedad que los adultos mayores. Por ejemplo, las personas mayores pueden estar satisfechas con caminar a paso lento, mientras que los pacientes más jóvenes pueden encontrar esta limitación, porque sus compañeros caminan más rápido. Otra razón podría estar relacionada con el momento del diagnóstico de la EPOC. Los pacientes que padecen la enfermedad durante mucho tiempo pueden sentirse menos afectados, ya que pueden haberse adaptado a la enfermedad y haberla aceptado como parte de su vida. ⁽²⁸⁾

Villar et al. en un estudio llevado a cabo durante los años 2007 y 2008, en un muestreo aleatorizado sistemático por vía telefónica reclutó a 102 pacientes con EPOC, reportó que las exacerbaciones y la disnea fueron los principales factores individuales que condicionaron las dimensiones del EQ-5D. Otros factores como el FEV1, el tabaquismo activo, el IMC, los antecedentes de ansiedad y/o depresión y el sexo femenino condicionaron solamente una de las 5 dimensiones del EQ-5D. ⁽²⁹⁾

El apoyo social se puede definir como la atención, el amor y el apoyo percibidos de los miembros de un grupo. Las personas reciben recursos de apoyo en las relaciones desarrolladas con amigos en sus comunidades. Estas relaciones y vínculos entre los miembros proporcionan ayuda emocional y apoyo de información.

⁽³⁰⁾

Barton et al., en una revisión sistemática de 31 estudios, halló evidencia inconsistente de una relación entre el apoyo social y las variables de estado funcional, calidad de vida y salud autoevaluada.

El estudio de Arne et al., que comprende una muestra comunitaria de 1,475 pacientes con EPOC durante los años 2004 a 2008 en Suecia, encontró que el apoyo social y la ausencia de problemas económicos casi duplicaban las probabilidades de mejorar la autoevaluación de la salud y la calidad de vida. Sin embargo, la aparición de EPOC fue auto informada en lugar de objetivamente y la evaluación del apoyo social se basó solo en una sola pregunta (¿Tiene alguna persona cerca de usted que pueda brindarle apoyo personal en caso de problemas personales?).⁽³¹⁾

Chen et al. utilizando datos del estudio CASCADE en pacientes con EPOC en Washington EE.UU., incluyendo a 282 pacientes, encontraron que el tipo y el nivel de apoyo social tuvieron efectos diferentes en las conductas básicas de autocuidado en adultos con EPOC. Vivir con otros tuvo una asociación más fuerte con la actividad física que con el apoyo social funcional y se asoció con un aumento clínicamente significativo de más de 900 pasos por día en comparación con vivir solo. Tener un cónyuge o cuidador, se asoció con un aumento de más de diez veces en la participación de rehabilitación pulmonar en comparación con no tener cuidador. El apoyo social funcional pero no el estructural tuvo una pequeña relación beneficiosa con el comportamiento de fumar y la vacunación neumocócica de importancia clínica incierta. Ni el apoyo estructural ni el funcional se asociaron con la vacunación contra la influenza o la adherencia a los medicamentos inhalados o nebulizadores.⁽³²⁾

El Índice de Soporte Social de Duke (DSSI) se desarrolló para uso generalizado en muestras de adultos mayores y se ha validado en poblaciones basadas en la comunidad. El índice incluye dos subescalas que miden: (1) la interacción social (el tamaño de la red social de un individuo y la frecuencia de su contacto con amigos y familia); y (2) la satisfacción general del individuo con su apoyo social. Las puntuaciones van desde 4-12 para la interacción social y 7-21 para la satisfacción social; Las puntuaciones más altas reflejan un mayor apoyo. Las subescalas de interacción y satisfacción sociales tienen una alta consistencia interna en la población general de Australia (alfa de Cronbach = 0.80 y 0.58, respectivamente).

⁽³³⁾

El Índice de Soporte Social de Duke no refleja el apoyo social real del paciente, sino la percepción subjetiva de dichos cuidados. Consta de 11 preguntas, con respuestas posibles entre 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como deseo). Una puntuación por debajo de 32 puntos manifiesta una percepción de apoyo social bajo, y por encima o igual a esta cifra indica una percepción de apoyo normal. ⁽³⁴⁾

Cuestionario de Apoyo Social Funcional de DUKE UNC-11.⁽³⁵⁾

Dicho instrumento fue diseñado por Broadhead en 1988, Su objetivo es medir “apoyo social funcional percibido”. La calidad del apoyo social ha demostrado ser mejor predictor de salud y bienestar, que las medidas estructurales (número de amigos o frecuencia de visitas).

En la última validación de Bellón y cols. se ha utilizado tanto autoadministrada como mediante un administrador, con buenos índices de fiabilidad (0,92 y 0,80 respectivamente).

La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es adecuada (alfa de Cronbach de 0,90. 0,88 y 0,79 respectivamente). ⁽³⁶⁾

Cuenta con 11 ítems, cada epígrafe admite 5 posibles respuestas, escala tipo Likert, valorando 2 dimensiones: apoyo confidencial (ítems 1,2,6,7,8,9 y 10) disposición de información, consejo o guía o personas con quien compartir problemas y apoyo afectivo (ítems 3,4,5 y 11) amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos. ⁽³⁷⁾

Interpretación: Puntuación obtenida, oscila entre 11 y 55, reflejo del apoyo percibido, se interpreta como apoyo normal o bajo (punto de corte percentil 15 correspondiente a 32 puntos). ⁽³⁷⁾

Calidad de vida relacionada con la salud.

ESCALA SF-12.

Cuestionario SF-12. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad fue otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), algunos ítems del instrumento son: “En general, usted dijo que su salud es”, “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos/as, los vecinos/as u otras personas?”, “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una adecuada calidad de vida relacionada con la salud.

Es una adaptación realizada en España por Alonso y cols. Del SF – 12 Health Survey.

Proporciona un perfil del estado de salud, una de las escalas genéricas más utilizadas, usada en población general.

Este cuestionario genérico puede ser auto – administrado, o bien mediante un entrevistador en persona, vía telefónica o mediante soporte informático. Tiempo de cumplimiento 2 minutos.

El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una adecuada calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala.

Para obtener los pesos españoles se siguió el método utilizado en la versión original del SF-12: las variables indicadoras de cada una de las opciones de respuesta de los 12 ítems se introdujeron como variables independientes en 2 modelos de regresión lineal múltiple sobre la muestra poblacional española de 1995. En estos modelos las variables dependientes eran los CSF y CSM del SF-36, respectivamente.

Se toma una media de 50/50. De 0 a 50 Baja calidad de vida. De 51 a 100 adecuada calidad de vida.

La versión 2 permite las ocho dimensiones del SF – 36 original.

Función Física, Función Social, Rol físico, Rol Emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal, Salud General. ⁽³⁸⁾

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica asistencial en los últimos 20-30 años han cobrado importancia aspectos que en épocas pasadas se consideraban de menor relevancia o, directamente, no se valoraban. Algunos de estos son subjetivos y tienen que ver con la percepción de los pacientes respecto a su enfermedad o a la calidad de la asistencia.

Bajo esta perspectiva de enfermedad-paciente-sociedad, cada vez se valora más, independientemente de los hechos y datos objetivos propios de la enfermedad, la visión que el paciente tiene de sí mismo y de su enfermedad, así como las repercusiones en su vida diaria. Hoy en día sabemos de manera inequívoca que no necesariamente tiene que coincidir la vivencia del paciente en lo referente a su salud con la opinión del médico o profesional sanitario respecto a cómo debe sentirse en función de medidas objetivas de su enfermedad.

La evaluación de la calidad de vida en personas con enfermedades respiratorias se constituye en una oportunidad para conocer el impacto real de la enfermedad sobre la vida diaria. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que si bien lo fisiológico tiene gran afectación, existen otros aspectos tales como el ambiente y el entorno social que influyen en la calidad de vida de estas personas y a medida que la enfermedad progresa.

PREGUNTA:

¿Cuál es la asociación del apoyo social con la calidad de vida en los pacientes derechohabientes con EPOC, atendidos en la UMF 93?

4.- JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad que tiene alta prevalencia en el primer nivel de atención asociada en su mayoría con otras comorbilidades, lo cual representa un número importante de atención en consultas por el médico familiar.

El grado de severidad de la EPOC, así como la mejoría postratamiento y la progresión de la enfermedad se han medido tradicionalmente por pruebas de fisiología pulmonar, específicamente el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1), el cual es aceptado como un parámetro objetivo de la obstrucción al flujo aéreo.

Es evidente que cuando se desea evaluar la importancia de la EPOC y la carga de la enfermedad, es necesario considerar los resultados en salud reportados por el sujeto, ya que los datos sobre la calidad de vida relacionada con la salud proporcionan una valiosa información que es complementaria a los resultados de la función pulmonar.

A pesar de los múltiples estudios publicados durante la última década sobre calidad de vida relacionada con la salud y EPOC, en nuestro medio la atención del paciente con EPOC no ha incorporado la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que el seguimiento de la enfermedad y los resultados de su atención carecen de una herramienta valiosa para apoyar las decisiones terapéuticas, así como la planeación y asignación de recursos.

Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública, que genera en el paciente una dependencia y una discapacidad funcional, desencadenando con esto altos gastos institucionales.

Este estudio fue factible de realizar y la información que se obtuvo es de suma importancia puesto que generó un marco de mejor atención centrada en las necesidades personales del paciente, evitando de ese modo la angustia del tratamiento de EPOC, lo cual desencadena una disminución de las exacerbaciones de EPOC con la consiguiente optimización de recursos del servicio de urgencias y de las instituciones en general.

5.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

HIPÓTESIS DE TRABAJO O DE ESTUDIO (HA):

Un apoyo social bueno auto percibido se asocia a una calidad de vida adecuada en los sujetos derechohabientes con EPOC de la UMF 93.

6.- OBJETIVOS.

6.1.- OBJETIVO GENERAL:

Asociar el apoyo social a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC, atendidos en la UMF 93, en el periodo de junio - agosto de 2019.

6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Describir las variables sociodemográficas de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la calidad de vida con el test SF-12 en los pacientes en estudio.
- ✓ Describir el apoyo social con el test de DUKE-UNC en los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la asociación entre calidad de vida y apoyo social en los pacientes en estudio.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

7.1.- LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ EL ESTUDIO

Se realizó el estudio en la Clínica IMSS: Unidad de Medicina Familiar 93, Cerro Gordo, localizada en Vía Morelos 314, Jardines de casa nueva, C.P. 55430 Ecatepec edo. de Mex. Oriente; cuenta con 34 consultorios destinados a Medicina Familiar en ambos turnos, así mismo con 2 consultorios de medicina preventiva, 3 consultorios de dental, un área de atención medica continua, 1 consultorio de ortopedia, 1 de nutrición, área administrativa, de archivo y farmacia, así también con 2 aulas, espacio de biblioteca, área de enseñanza y un auditorio.

También tiene servicio de Epidemiología y atención médica continua que se encarga de atender urgencias prioritarias, que pueden ser manejadas en el primer nivel de atención, al mismo tiempo cuenta con unidad de laboratorio y con unidad de rayos X, tiene dos estacionamientos y cuenta con espacio de recreación para actividad física.

Por otro lado, se cuenta con servicio de comedor y con cafetería. Mencionando que la Unidad de Gobierno, se encuentra en el Segundo nivel, donde se encuentran la Dirección, Subdirección, Administración y Jefatura de Trabajo Social.

Cuenta con tres áreas de jefatura de Medicina familiar, con una farmacia para surtir medicamentos para los derechohabientes, cuenta con el servicio se ARIMAC, oficinas para el sindicato, 1 auditorio, 1 aulas destinadas a la educación y formación de personal de salud una área destinada a Enseñanza e investigación.

7.2.- TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:

En el periodo de junio a agosto de 2019.

7.3.- DISEÑO

Por la participación del investigador: el estudio es observacional.

Por el número de mediciones: el estudio es transversal.

Por la temporalidad: el estudio es prospectivo.

Por el propósito del estudio: el estudio es analítico (asociación de variables).

7.4.- ÁREA DE ESTUDIO

EPIDEMIOLOGICA: Tuvo por objeto a la población, y se estudió la frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud de la población, su asociación de la calidad de vida e impacto en la salud pública, así como la calidad asociada al apoyo social en pacientes con EPOC y costos de las acciones.

7.5.- FUENTE DE DATOS:

Primaria: Se obtuvo la información directa del paciente, o su familiar acompañante, al aplicar las encuestas de calidad de vida y de apoyo social.

7.6.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

TRANSVERSAL: No se hizo seguimiento, las variables de resultados se midieron sola una vez.

7.7.- MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN EL TIEMPO:

PROSPECTIVO: Se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos se planeó a futuro. La información se recolecta en cuestionarios diseñados exprofeso.

7.8.- CONTROL DE LAS VARIABLES:

OBSERVACIONAL: No se modificó ninguna variable.

7.9.- FIN O PROPÓSITO:

ANALÍTICO: Se estableció la asociación entre las dos variables

7.10.- TIPO DE ESTUDIO:

TRANSVERSAL: No se tomó en cuenta la dirección del análisis, solo se estableció la asociación. Se hizo una sola medición en el tiempo de las variables en estudio.

7.11.- UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes que contaron con el diagnostico de EPOC, que desearon participar en el estudio, aceptando contestar las encuestas, adscritos a la unidad de medicina familiar N 93.

7.12.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	29482
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	d	0.09

Tamaño de la muestra	n	118.00
----------------------	---	---------------

7.13.-TÉCNICA DE MUESTREO:

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Con esta técnica de muestreo todos los pacientes que formaron el universo de trabajo o el total de los pacientes atendidos durante el periodo de estudio tuvieron una idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra. A cada paciente se le asignó un número aleatorio y se extrajeron al azar los pacientes que fueron estudiados.

7.14.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- Sujetos de investigación con diagnóstico establecido de EPOC por espirometría.

7.14.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

-Sujetos de investigación con EPOC de cualquier edad adscritos a la unidad de medicina familiar 93.

-Sujetos de investigación con EPOC sin complicaciones.

-Sujetos de investigación con EPOC con y sin uso de Oxígeno medicinal en casa.

-Sujetos de investigación que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

7.14.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Sujetos de investigación que no cuenten con un diagnóstico de certeza de EPOC, como los asmáticos, hiperreactores bronquiales, Tísicos, Enfisematosos, trastornos cardiacos, insuficiencia cardiaca congestiva, neumonías, cáncer pulmonar, Cor Pulmonale.

7.14.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Sujetos de investigación que respondieron de forma parcial o incompleta a la aplicación del instrumento.

- Aquellos que ya no desearon continuar con la entrevista.

- Aquellos que durante el estudio presentaron alguna complicación.

7.15.- DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
CALIDAD DE VIDA. Variable dependiente.	Esta se entiende como concepto multidimensional, influido por factores ambientales, personales, así como su interacción, que puedan mejorar a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida.	Calidad de vida es un concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Cualitativa.	Nominal.	Adecuada. Baja.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
APOYO SOCIAL AUTOPERCIBIDO. Variable Independiente.	Es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Apoyo confidencial y el apoyo afectivo.	Al conjunto de aspectos cualitativos o funcionales del apoyo, conocidas como red de apoyo (RA), o red social.	Cualitativa.	Nominal.	Bueno. Bajo.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Tabaquismo.	Es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina condiciona abuso en su consumo causando enfermedades nocivas en la salud del paciente consumidor.	Al conjunto de aspectos cualitativos del consumo y abuso de una sustancia, en este caso el tabaco.	Cualitativa.	Dicotómica Nominal	1. Si 2. No

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo que ha vivido el sujeto en estudio contando desde su nacimiento que se mide en la Ficha de identificación.	Cuantitativa. Discreta.	Ficha de identificación.	1. Años
Escolaridad.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ultimo nivel de estudio que hayan aprobado la o los pacientes que se mide en la Ficha de identificación.	Cualitativa. Ordinal.	Ficha de identificación	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado

Estado Civil.	Clase o condición de una persona en el orden social.	Condición del individuo en el registro civil en función que si tiene o no pareja y su situación legal respecto y que con ello se determinen sus derechos y obligaciones que se mide en la Ficha de identificación.	Cualitativa. Nominal.	Ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a) 5. Viudo (a)
Religión.	Credo y conocimientos dogmáticos que profesa una persona sobre una entidad divina.	Credo y conocimientos dogmáticos de la paciente que se mide en la Ficha de identificación.	Cualitativa. Nominal.	Ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católico (a) 2. Cristiano (a) 3. Testigos de Jehová. 4. Otros.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Ocupación.	Trabajo, empleo u oficio que desempeña una persona con una remuneración económica.	La actividad que realiza una persona para generar ingresos económicos.	Cualitativa.	Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado. 2. Hogar. 3. Comercio. 4. Profesional. 5. Estudiante 6. Empleado(a). Con exposición Tóxica pulmonar. 7. Empleado(a). Sin exposición Tóxica pulmonar.
Hospitalizaciones.	Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.	Paciente que presente más de tres hospitalizaciones en 1 año. Con secuelas importante a su egreso.	Cualitativa.	Nominal. "ETIQUETA"	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Hospitalizaciones + 3 en un año. 2.- Hospitalizaciones - 3 en un año.

Oxígeno suplementario.	Es un elemento clave de la química orgánica, gas incoloro, he inodoro. he insípido, es muy reactivo y resulta esencial para la perfusión tisular a través de la respiración.	Elemento indispensable para el organismo, interviene en el metabolismo y el catabolismo celular y permite la producción de energía en forma de ATP. Su uso es a través de un tanque o dispositivo generador de O ₂ .	Cualitativa.	Dicotómica. Nominal.	1. Si 2. No
Dieta para neumópatas.	Es el proceso de convertir los macronutrientes (proteínas, grasas e hidratos de carbono) a energía, se consume O ₂ y se produce CO ₂ .	Los pacientes con EPOC sufren retención de CO ₂ y depleción de O ₂ en la sangre, el objetivo de la terapia es disminuir a nivel sanguíneo CO ₂ y el cociente respiratorio RQ.	Cualitativa.	Nominal. Dicotómica.	1. Si Nutrición. 2. No Nutrición.

Variable de Confusión: Hospitalizaciones previas.

Covariable: La Dieta para neumópata proporcionada por nutrición.

7.16.- TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

7.16.1.-INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

ESCALA SF-12.

Cuestionario SF-12. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad fue otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), algunos ítems del instrumento son: “En general, usted dijo que su salud es”, “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos/as, los vecinos/as u otras personas?”, “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?”. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una adecuada calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala.

El Cuestionario de Apoyo Social funcional DUKE (Functional Social Support Questionnaire DUKE) instrumento auto administrado desarrollado por Broadhead et al. (2011), el cual evalúa el apoyo social percibido a través de dos dimensiones: (a) apoyo social de confianza que se refiere a la posibilidad de recibir información, consejo o guía, de contar con personas para compartir preocupaciones o problemas; y (b) apoyo social afectivo definido como la posibilidad de expresar simpatía o pertenencia a algún grupo. Está conformado por 11 ítems tipo Likert que van desde 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como lo deseo).

Análisis originales reportan coeficientes de confiabilidad, mediante el método test-retest luego de dos semanas, que varían desde 0.50 hasta 0.77, y correlaciones ítem-total promedio de 0.62 para la escala de apoyo de confianza y 0.64 para la escala de apoyo social afectivo. La escala original se divide en dos subescalas, la primera de apoyo social afectivo (conformada por los ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y apoyo social de confianza (ítems 2, 3, 5, 9 y 11).

7.17.- MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS:

Se utilizó el método de homogenización que consiste en obtener un banco de datos preliminar computarizados que contienen de forma separada, toda la información original de los cuestionarios, a partir de la cual se realizaron las depuraciones y recategorizaciones. Para estos fines se utilizaron también las cédulas de entrevistas, las instrucciones para la recolección de datos y los listados de las variables y sus categorías. Una vez que se homogeneizaron los datos se obtuvieron el banco de datos definitivo con la información requerida para satisfacer los objetivos de este trabajo.

7.18.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Previa autorización por el comité de ética y el comité local de investigación, se solicitó autorización a las autoridades de la UMF 93 para iniciar el proyecto, una vez teniendo las autorizaciones pertinentes, acudí al servicio de estadística de ARIMAC (Área de Registro Información Médica y Archivo Clínico) de la unidad de medicina familiar 93.

Se solicitó el censo de los sujetos derechohabientes con diagnóstico de EPOC, posteriormente se contactó a los derechohabientes cuando acudieron a su consulta médica familiar, se prosiguió a la identificación y presentación del encuestador y se informó quien es el responsable de la investigación.

Se le solicitó participar en el estudio mediante un consentimiento informado el cual fue leído y aclarado cada cláusula, se detalló el objetivo y los posibles beneficios que obtendrá por su participación en este estudio de investigación, así también se aclaró que el presente representa riesgo mínimo para su salud e integridad; sin embargo pudiera incomodarlo por la naturaleza de los ítems de los instrumentos, además de que se realizara de forma confidencial, prosiguiendo a la firma de aceptación de la participación en éste si el paciente lo desea.

Al término de su consulta médica en el consultorio correspondiente se proporcionó el material impreso con la ficha de identificación (en estos se obtuvo información de las ocho dimensiones, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos. Los instrumentos que se utilizaron son: SF-12. Escala de Calidad de Vida y DUKE de apoyo social. Se explicó al participante la forma de resolución de los mismos aclarando posibles dudas. Y se prosiguió a la contestación de estos por parte del participante.

Agradecemos al paciente su participación en el estudio. Se recolectaron los materiales contestados, se analizó y se organizó la información realizando tablas y gráficas. Posteriormente se realizó su análisis estadístico, efectuando análisis descriptivo e inferencial de los datos. Se llevó a cabo la discusión de los resultados, y se emitió la discusión de las conclusiones. Así como recomendaciones.

7.19.- PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Estadística descriptiva: se llevó a cabo mediante el cálculo de frecuencias simples y porcentajes para variables cuantitativas y cualitativas.

Estadística inferencial: Dado que las variables que se asocian son de tipo cualitativo, la prueba de hipótesis estadística es Xi cuadrada; la cual se calculó con un nivel alfa igual 0.05, y un intervalo de confianza del 95%.

Se elaboró la discusión de los resultados a través de la representación en tablas y gráficas, para posteriormente realizar recomendaciones. Se elaboró el reporte final de trabajo de investigación.

Forma en la que se describieron los datos: Se aplicó estadística descriptiva y estadística inferencial. Para la estadística descriptiva, se aplicó análisis univariado que permitió determinar las características de las variables de interés, obteniendo frecuencias absolutas y porcentajes en las variables cualitativas. Para la cuantificación de las variables aplicamos el estadístico chi cuadrado.

Se utilizó el programa SPSS 21(Statistical Package for the Social Sciences).

En la presente investigación nos encontramos con frecuencia con datos o variables de tipo cualitativo, mediante las cuales un grupo de individuos se clasificaron en dos o más categorías mutuamente excluyentes. Las proporciones son una forma habitual de expresar frecuencias cuando la variable objeto de estudio tiene dos posibles respuestas, como presentar o no un evento de interés.

Para encontrar la asociación de las variables en estudio los resultados se presentaron a modo de tablas de doble entrada que reciben el nombre de tablas de contingencia. Para el análisis bivariado se utilizó el estadístico chi cuadrado para asociación de las variables sociodemográficas.

Así, la situación más simple de comparación entre dos variables cualitativas fue aquellas en las que ambas tienen sólo dos posibles opciones de respuesta (es decir, variables dicotómicas). En esta situación la tabla de contingencia se reduce a una tabla dos por dos.

Ante una tabla de contingencia se determinó si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. En segundo lugar, nos interesó cuantificar dicha relación y estudiar su relevancia clínica. Esta última cuestión se resolvió mediante las denominadas medidas de asociación, la metodología de análisis de las tablas de contingencia dependió de varios aspectos como son: el número de categorías de las variables a comparar, del hecho de que las categorías estén ordenadas o no, del número de grupos independientes de sujetos que se estén considerando.

8.- ASPECTOS ÉTICOS:

Antecedentes del marco ético e importancia de la ética de la investigación. La ética de la investigación, como una de las ramas de la Bioética, surge en respuesta a la necesidad de proteger a las personas que participan en el desarrollo de la ciencia como sujetos en investigación. Fueron numerosos los casos de mala praxis científica que se presentaron a lo largo del siglo XX, ejemplo de esto son: 1. Estudio Tuskegee (1932-1972): Patrocinado por el departamento de Salud de los EE. UU. Investigó los efectos de la sífilis no tratada en 400 hombres afroamericanos.

Los investigadores no proporcionaron el tratamiento de la sífilis. Los sujetos no fueron informados de que formaban parte de un estudio experimental; 2. Experimento Willowbrook (1956-1980): Se realizaron experimentos de hepatitis en niños mentalmente discapacitados en la escuela Willowbrook. Infectaron intencionalmente a los participantes y observaron su progresión natural. 3. El artículo Beecher (1962): Henry Beecher publica un artículo en N. Eng. J. Med. En donde denuncia 22 estudios no éticos en biomedicina, incluyendo el estudio de Tuskegee y Willowbrook (Resnik, niehs. Nih.gov). Con estos casos podemos entender que no todo lo científicamente posible es éticamente correcto.

Si bien es innegable que la investigación con seres humanos contribuye al desarrollo tecnológico y bienestar social, los hechos antes mencionados son ejemplos de que las reflexiones éticas son importantes para favorecer la protección de los sujetos y que no sean considerados meramente como un medio para tal fin. Por lo anterior, son consideradas investigaciones, no éticas, y en consecuencia inaceptables (Koepsell & Ruiz de Chávez 2015, 13-29).

Es incuestionable el beneficio de la investigación con seres humanos en el progreso de la medicina, sin embargo, al ser una actividad que conlleva riesgos, en muchos casos imprevisibles, resulta necesario brindar a los investigadores un marco de actuación para asegurar la protección a los sujetos de estudio y garantizar condiciones éticamente aceptables en la producción de conocimientos, y desarrollo de la investigación (Emanuel, Grady & Crouch 2008). Al respecto, la bioética, sin ser un código de preceptos inamovibles, integra la actividad analítica y se fundamenta en principios filosóficos y criterios científicos para encauzar el desarrollo científico hacia el bien común.

Toda investigación que involucre seres humanos debe llevarse a cabo de acuerdo con normas éticas universalmente reconocidas (Emanuel, Grady & Crouch 2008) con el fin de reducir al mínimo la posibilidad de causar daño y reflejadas en las guías y lineamientos nacionales e internacionales. En toda investigación en la que ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Reglamento de Investigación, artículo 13).

Existen en la normatividad internacional pautas, guías o recomendaciones en materia de ética en investigación, sin embargo, es necesario aclarar que no necesariamente son de carácter vinculante y constituyen criterios para guiar las investigaciones conforme a principios éticos.

Algunos de los principales documentos internacionales, que abordan el tema de ética en investigación son:

- ✚ Código de Núremberg; Juicio de Núremberg por el Tribunal Internacional de Núremberg, 1947.
- ✚ Declaración de Helsinki, Asociación Médica Mundial, 2013.
- ✚ Informe Belmont, Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos de Investigación Biomédica y de Conducta, 1979.
- ✚ CIOMS, para proporcionar una ética aceptable, la investigación que se relaciona con los datos humanos para este estudio en cuestión, la finalidad es influir en los médicos clínicos que participan en el estudio, con la convicción de generar conocimiento acerca de los méritos de estas intervenciones, cumpliendo con:
 - El valor social, que se refiere a la importancia de la información que el estudio generó sobre conocimientos de EPOC, su relevancia es comprender o intervenir en este problema de salud, de tal manera que se generen mejores estrategias de atención y prevención para contribuir en la mejora de la salud en enfermedades como el EPOC, de acuerdo con las necesidades que se requieran para propiciar la disminución de complicaciones que trae consigo la enfermedad.
 - Valor científico Se refiere a la información que se generó, confiable y válida en este estudio, con el uso de instrumentos previamente validados como es el caso de “SF-12, DUKE UNC”, que permitió alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.
 - Respeto de los derechos y el bienestar. Se llevo a cabo pleno respeto y preocupación por los derechos de los sujetos de investigación, decidieron bajo libre albedrío ser partícipes o no en este estudio, así como se propuso el retirarse en cualquier momento que lo decidiera, el bienestar del sujeto participante y de sus comunidades, utilizando el consentimiento informado, sin confusiones, siendo claros al explicar los objetivos que se lograron alcanzar a través de los instrumentos empleados.

- **Diseminación de los Resultados de la Investigación.** Fue menester para nosotros la diseminación de los resultados para obtener un valor social, incluyendo los resultados negativos, de igual forma se tuvo cuidado de explicarlos en la terminología más entendible para comprensión de los sujetos de investigación en este estudio.

Este protocolo está apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Se actuó en interés de los participantes en la investigación y de las comunidades involucradas, tomando en consideración la regulación nacional e internacional en materia de ética en la investigación.

En esta investigación se cumplió cabalmente los principios Bioéticos citados en el Reporte Belmont:

Respeto a la autonomía: El respeto a la autonomía reconoce la capacidad de las personas para la toma de decisiones, por lo cual se explicó a los sujetos de investigación que cursan con EPOC, la finalidad y los objetivos, los posibles riesgos y beneficios que obtuvieron por su participación, así como el alcance de la investigación, se dejó al sujeto con EPOC, quien decidió de forma libre participar en el mismo, y éste principio se materializó a través de la firma o huella de autorización en el consentimiento informado, implicando que no existen influencias o coerción.

Beneficencia y no maleficencia: Este principio contiene el imperativo ético de maximizar los beneficios obtenidos, se hizo de su conocimiento que el apoyo social modifica la calidad de vida del sujeto con EPOC, inclusive con mayor valor que la terapia farmacológica y minimizar los daños o riesgos potenciales. En todo momento se protegió la vida, se salvaguardó la dignidad, integridad, los derechos, la seguridad, privacidad y el bienestar de todos los sujetos de investigación.

Justicia: El principio de justicia comprende la equidad e igualdad. En esta investigación se incluyeron a sujetos con diagnóstico de EPOC de cualquier edad, sin distinción de credo, religión, nivel socioeconómico, nivel educativo o procedencia.

En caso de que el sujeto no pudo responder fue ayudado por su acompañante. De igual forma si el paciente hablaba algún dialecto fue interpretado por su acompañante, No se incurrió en la exclusión de sujetos por su etnia, genero, preferencia sexual, religión o estrato socioeconómico.

BENEFICIOS POTENCIALES PARA EL SUJETO DE INVESTIGACION.

El beneficio para el sujeto de investigación en este estudio fue generar conocimiento acerca de la importancia del apoyo social, que conozca las implicaciones de esta patología, que puede modificar su calidad de vida y mejorar su estado de salud. Con la posibilidad de incrementar la salud física y mental. El tener un buen apoyo social en estadios iniciales de la enfermedad, se hará más evidente el beneficio y la mejora en la calidad de vida, contribuyendo a la posibilidad de evitar complicaciones a corto y mediano plazo.

Se entregó un tríptico, con información relevante, se explicó de manera breve y precisa de lo que trata la enfermedad, así como sus consecuencias y/o complicaciones, se hizo de su conocimiento lo que significa el apoyo social en los sujetos de investigación, se habló de la calidad de vida y a que se refiere.

El resultado fue apegado a la veracidad del análisis estadístico, se aclararon las dudas que se tuvieron respecto a la enfermedad y asociado al resultado del estudio, tratando de retomar las situaciones más desfavorables en el apoyo social auto percibido, ofreciéndole alternativas para poder modificar estas situaciones, apoyándonos con Medico Familiar, trabajo social.

Este beneficio potencial deja como conocimiento el poder aplicar a generaciones actuales y futuras con el mismo enfoque. Teniendo implicaciones de suma importancia para preservar o bien mejorar la salud física y mental.

RIESGOS PARA EL SUJETO DE INVESTIGACION.

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se actuó en apego a los siguientes artículos:

Artículo 17. Se trata en esta investigación de riesgo mínimo. En este estudio se realizaron 2 cuestionarios con respuestas tipo Likert, no se realizaron intervenciones de ningún tipo, pueden existir ITEMS que pudieron incomodar al sujeto, sin embargo, no sé suscitaron al momento de aplicarlos. Instrumento SF – 12, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional), algunos ítems del instrumento son: “En general, usted diría que su salud es”, pregunta 12 “Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos/as, los vecinos/as u otras personas?”, pregunta 11 “¿se sintió desanimado o triste?”.

Instrumento de DUKE evaluó el apoyo social percibido a través de dos dimensiones: (a) apoyo social de confianza que se refiere a la posibilidad de recibir información, consejo o guía, de contar con personas para compartir preocupaciones o problemas; y (b) apoyo social afectivo definido como la posibilidad de expresar simpatía o pertenencia a algún grupo. Pueden existir ITEMS que puedan incomodar al sujeto: Pregunta 5 recibo amor y afecto, pregunta 3 recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.

Artículo 18. Se priorizó suspender la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, se priorizó ser suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19. Se priorizó dar atención médica al sujeto en caso de sufrir alguna afección, que se encuentre relacionada con la investigación.

Artículo 20. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Alcance.

El impacto global de esta enfermedad se incrementó en todo el mundo convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad, morbilidad, pérdida de calidad de vida, se encuentra asociada a costes sociales y médicos elevados. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son críticos para establecer las medidas preventivas, minimizando la progresión de la EPOC y su deterioro de la función pulmonar, la capacidad de ejercicio y el consumo de recursos sanitarios.

Tiene alta prevalencia en el primer nivel de atención, asociada en su mayoría con otras comorbilidades, lo cual representa un número importante de atención en consultas por el médico familiar. Siendo en consecuencia uno de los principales objetivos del tratamiento, mejorar la calidad de vida de los sujetos mediante el alivio de los síntomas, optimizar la funcionalidad y evitar los efectos adversos de las diferentes opciones de tratamiento disponibles.

Contribuciones.

A pesar de los múltiples estudios publicados durante la última década sobre calidad de vida relacionada con la salud y EPOC, en nuestro medio la atención del sujeto con EPOC no ha incorporado la medición de la calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social, por lo que el seguimiento de la enfermedad y los resultados de su atención es una herramienta valiosa para apoyar las decisiones terapéuticas, así como la planeación y asignación de recursos.

Este estudio fue factible de realizar y la información obtenida sirve para generar un marco de mejor atención, al tener una perspectiva distinta al momento de abordar a dichos pacientes, centrada en las necesidades de salud del sujeto con EPOC, evitando de ese modo la angustia del tratamiento que para muchos, es la única opción de manejo, lo cual se verá plasmada en una disminución de las exacerbaciones, con la consiguiente optimización de recursos de los servicios de cada una de las UMF, en el día a día de la consulta de Medicina Familiar y de la institución en forma global.

9.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

- RECURSOS HUMANOS

Investigador responsable Dra. Wendy Saucedo. médico cirujano especialista en medicina familiar.

Investigador asociado Dr. Arteaga Ceballos Pedro. Mat 99168672. Médico Cirujano y Partero.

- RECURSOS FÍSICOS Y RECURSOS FINANCIEROS

Obtenido a partir de Médico Residente investigador.

- Computadora de escritorio y Laptop personal.
- Impresora particular. Fotocopias.
- Impresiones (cartucho de tinta).
- Hojas de papel bond.
- Lápices y bolígrafos, sacapuntas, gomas, engrapadora y grapas.
- Engargolados de encuestas.
- Computadora de escritorio y Laptop personal.

10.- RESULTADOS.

Para la estadística descriptiva, se aplicó análisis univariado que permitió determinar las características de las variables de interés, obteniendo frecuencias absolutas y porcentajes en las variables cualitativas.

Edad.

El total de la muestra fue de 118 sujetos de investigación con EPOC, La edad predominante fue 71 a 80 años con 42 (35.6%). Tabla 1.

Tabla 1. **Edad.**

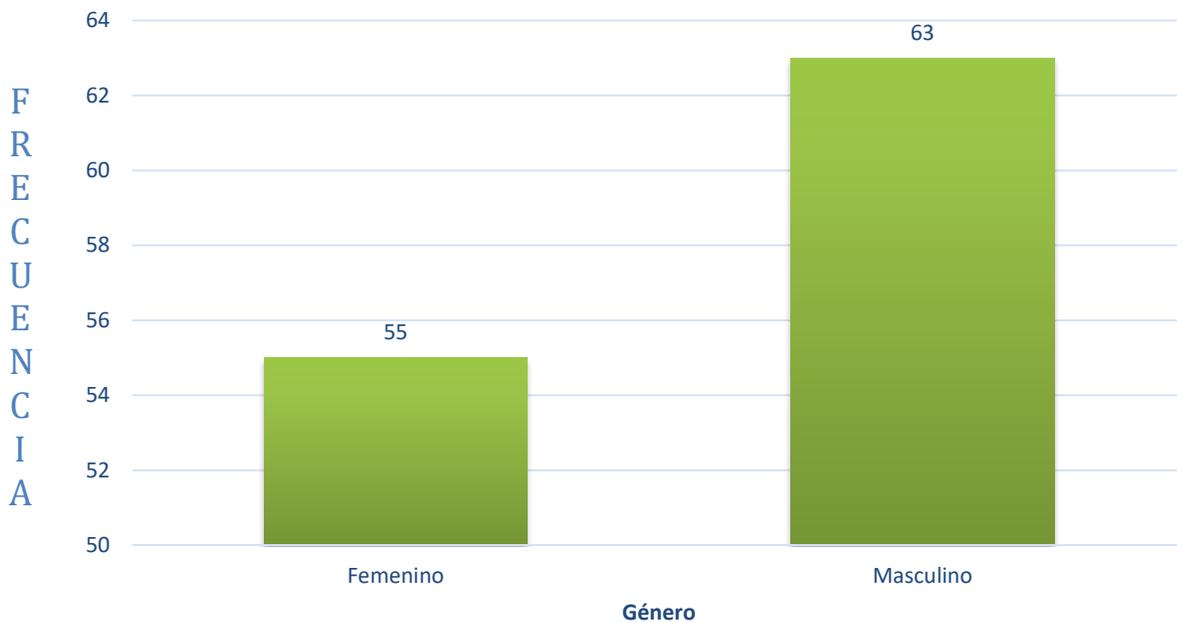
	Frecuencia	Porcentaje
<= 60	27	22.9%
61 - 70	33	28.0%
71 - 80	42	35.6%
81+	16	13.6%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Género.

En este estudio se observa que predominó el género masculino 63 (53.4%) sujetos con EPOC. Gráfica 1.

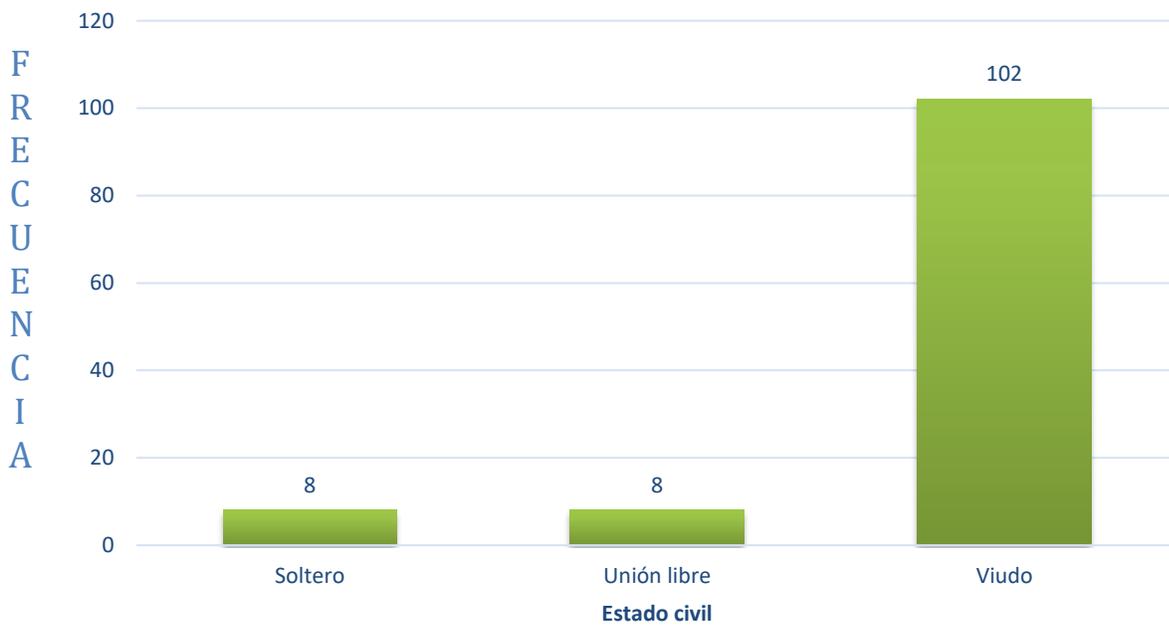
Gráfica 1: **Distribución por Género.**



Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Estado civil.

En este estudio se observa predominantemente el estatus de viudo con 102 (86.4%). Gráfica 2.

Gráfica 2: Distribución por estado civil.

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Escolaridad.

Los datos obtenidos de este estudio, predominó la escolaridad de primaria completa 64 (54.2%). Tabla 2.

Tabla 2: Distribución por escolaridad.

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	1.7%
Primaria incompleta	1	0.8%
Primaria completa	64	54.2%
Secundaria	35	29.7%
Preparatoria	11	9.3%
Universidad	5	4.2%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Ocupación.

En este estudio la ocupación más frecuente fue labores del hogar con una frecuencia de 38 (32.2%). Tabla 3.

Tabla 3: Distribución por ocupación.

	Frecuencia	Porcentaje
Comercio	14	11.9%
Desempleado	5	4.2%
Empleado con exposición toxica	11	9.3%
Empleado sin exposición toxica	21	17.8%
Hogar	38	32.2%
Jubilado	10	8.5%
Pensionado	19	16.1%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Distribución por uso de oxígeno medicinal.

A través de un tanque o generador de oxígeno, este estudio muestra que el oxígeno suplementario fue utilizado por el 85.6% de la muestra, el restante 14.4% no utilizó oxígeno suplementario. Tabla 4.

Tabla 4: Distribución por uso de oxígeno suplementario.

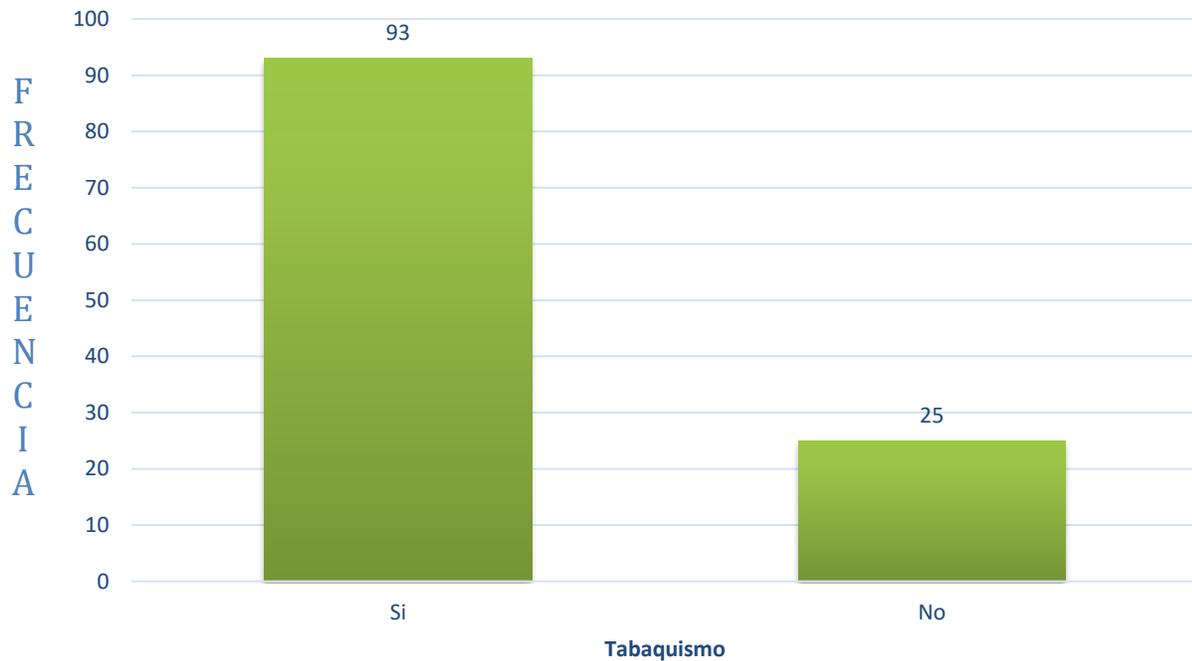
	Frecuencia	Porcentaje
Si	101	85.6%
No	17	14.4%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Tabaquismo.

Este estudio cuenta con un resultado reportado del 78.8% (93) para aquellos que presentan tabaquismo positivo como antecedente. Gráfico 3.

Gráfico 3: Distribución por tabaquismo.



Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Religión.

Este estudio cuenta con una religión prevalente: católica con el 82.2%, seguida de cristiana con el 9.3%. Tabla 5.

Tabla 5: Distribución por Religión.

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	97	82.2%
Cristiana	11	9.3%
Otra	6	5.1%
Testigo de Jehová	4	3.4%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Hospitalizaciones.

Este estudio muestra las hospitalizaciones de menos de 3 años las cuales son las más frecuentes con el 81.4%, más de tres al año se presentaron en el 18.6%.

Gráfico 4: Distribución por hospitalizaciones.



Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Apoyo social. DUKE – UNC 11.

Este estudio muestra que el apoyo social fue bueno en el 72.9%, mientras que fue bajo en el restante 27.1%. Tabla 6.

Tabla 6: Distribución por apoyo social.

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	86	72.9%
Bajo	32	27.1%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Calidad de vida. SF – 12.

Este estudio demuestra que la calidad de vida fue adecuada con el 73.7%, mientras que fue baja en el restante 26.3%. Tabla 7.

Tabla 7: Distribución por calidad de vida.

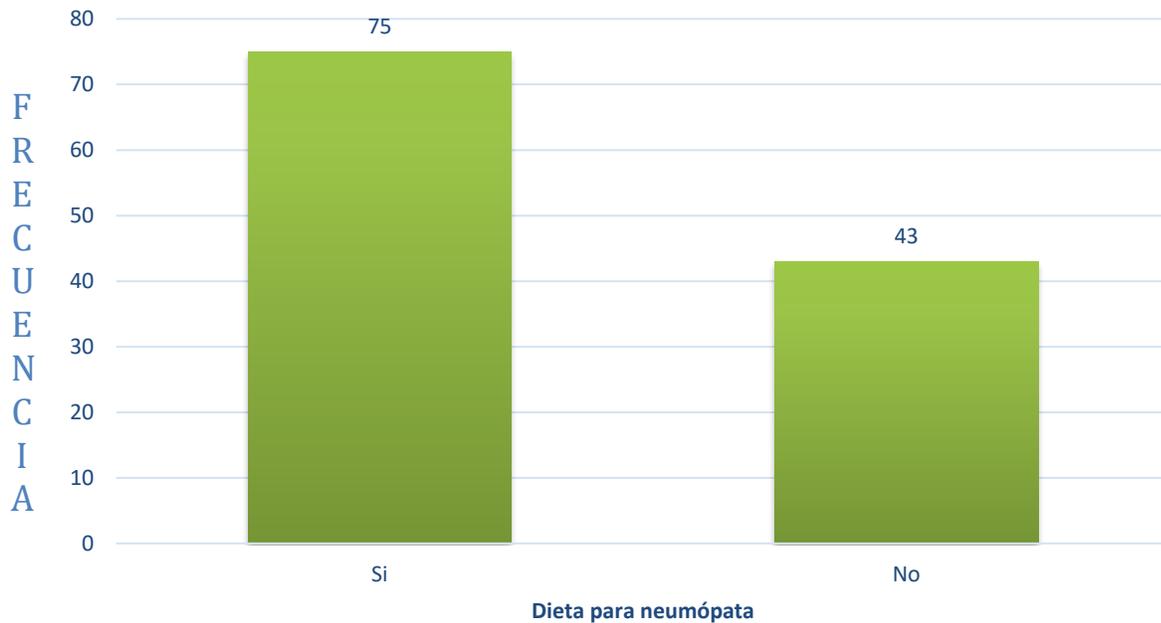
	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	87	73.7%
Baja	31	26.3%
Total	118	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Dieta para Neumópata.

Se observa en este estudio que el 63.6% de pacientes tienen una dieta para neumópatas con manejo nutricional, por parte de nutrición, mientras que el 36.4% no contaba con ello. Gráfico 5.

Gráfico 5: Distribución por dieta para neumópata.



Fuente: Hoja de recolección de datos sociodemográficos, obtenidos de la UMF 93, enero a mayo de 2019.

Para el análisis inferencial.

Para el análisis bivariado se dicotomizaron las variables, para poder establecer la asociación entre las variables cualitativas, la prueba estadística utilizada en este estudio fue chi Cuadrada de Pearson. Obteniendo una Chi cuadrada de 60.96 con un IC 95% y una P=0.000.

Tabla cruzada calidad de vida baja con apoyo social

		Calidad de vida		Total
		Adecuada	Baja	
Apoyo social	Bueno	80	25	105
	Bajo	7	6	13
Total		87	31	118

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60.951 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	57.333	1	.000		
Razón de verosimilitud	58.763	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	60.434	1	.000		
N de casos válidos	118				

- a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.41.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El valor p es menor de 0.05, por lo que existe asociación entre apoyo social y calidad de vida es decir es estadísticamente significativa.

Lo cual significa que existe una asociación entre un buen apoyo social y una adecuada calidad de vida, estadísticamente significativo, utilizando los instrumentos SF-12 Y DUKE 11.

11.- DISCUSIÓN.

Se encontró en general que la calidad de vida fue adecuada y que el apoyo social percibido fue bueno en la mayoría de los pacientes. A pesar de no encontrarse estudios que estudiaran tal relación, se puede analizar los componentes por separado.

El apoyo social es valioso para el afrontamiento en los pacientes con EPOC. Sin embargo, el estrés de la vida de los sujetos con EPOC, incluida la movilidad reducida, la vergüenza y el miedo a los síntomas, pueden alterar significativamente las relaciones sociales, aumentar el aislamiento y poner una carga en las redes sociales y los proveedores de atención médica. Mientras que la falta de conexiones sociales, el alto aislamiento y las relaciones sociales insuficientes son factores de riesgo conocidos para la mortalidad en la población general, esto no ha sido (todavía) destacado en la literatura de la EPOC. En este estudio, se observa que un buen apoyo social hay adecuada calidad de vida. ⁽³⁹⁾

Se han realizado pocas investigaciones que aborden el buen apoyo social y bajo entre los pacientes con EPOC. Sin embargo, las personas que informan más satisfacción con su red social experimentan más emociones positivas durante las interacciones sociales (por ejemplo, cumplidos, escuchar) y reciben un mejor apoyo emocional muestran menos deterioro cognitivo. Por el contrario, la incapacidad de recibir ayuda recíproca puede amenazar la autoestima del individuo si requiere que un paciente con EPOC admita discapacidad o conflictos con valores de autosuficiencia e independencia. ⁽³⁹⁾

La importancia de la disnea informada por el paciente, la disminución de la capacidad física, el aumento del número de exacerbaciones y una mayor prevalencia de depresión indican la necesidad de una atención más integral, incluidos los dominios físicos, psicológicos, sociales y existenciales.

En el estadio IV, casi el 20% de los pacientes padecen una calidad de vida gravemente afectada, y también en el estadio II, la proporción correspondiente es de alrededor del 8%. Nuestro estudio hace énfasis en los aspectos sociales, los cuales, al verse auto percibidos adecuadamente por el sujeto en estudio, mejora su calidad de vida, esto es debido a los aspectos que implican el apoyo social y sus dimensiones, como el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. ⁽⁴⁰⁾

De acuerdo con la suposición de Leventhal sobre el efecto negativo de una fuerte identidad de enfermedad, uno de los predictores más importantes de discapacidad (que explica el 6% de la varianza) y la calidad de vida física (que explica el 15% de la varianza) fue la gravedad de los síntomas somáticos comórbidos (es decir, síntomas de dolor, palpitaciones cardíacas, mareos y molestias gastrointestinales). Estos síntomas ocurren con frecuencia en la población general, particularmente en las personas mayores. Aunque estos síntomas somáticos no son atribuibles a la EPOC en términos biomédicos, las personas con EPOC pueden atribuirlos a su condición, lo que aumenta la percepción de una enfermedad amenazante. Además, pueden verse agravados por un estilo de vida sedentario y la pérdida de condición física en personas con EPOC (por ejemplo, como consecuencia del miedo a agravar las limitaciones de la respiración al moverse). En nuestro estudio se observó que el apoyo auto percibido por el paciente entre más alto es más benéfico para aumentar la calidad de vida, y así poder hacer frente, a la discapacidad por movimiento, esto aunado a un incremento en el estado anímico del sujeto en estudio, el cual se ve solidarizado con su entorno, ya sea social o familiar. ⁽⁴¹⁾

Basado en un gran conjunto de datos agrupados, el estudio de Wacker et al. corrobora la reducción significativa de la calidad de vida en pacientes con EPOC en comparación con los sujetos de control sanos. Las limitaciones de la calidad de vida aumentaron con un mayor grado de enfermedad de EPOC. La coexistencia de la EPOC con otras enfermedades contribuye a la carga general al aumentar las limitaciones de la calidad de vida, la autopercepción del apoyo social mejora esta condición significativamente, aumentando la calidad de vida. ⁽⁴²⁾

12.- CONCLUSIONES.

La EPOC es un padecimiento con diferentes grados de repercusión en la calidad de vida, teniendo impacto no solo de tipo social, si no de tipo económico para las instituciones, así como en la economía familiar del paciente. En este estudio se encontró que los sujetos con EPOC tienen una adecuada calidad de vida y esta se encuentra asociada a un buen apoyo social auto percibido.

Se observa en este estudio que existe una asociación positiva entre calidad de vida y apoyo social, y que esta puede llegar a modificar el curso de la enfermedad, se tiene la premisa que a mayor apoyo social, mayor calidad de vida, basándose en los estudios previos consultados y comentados con anterioridad,

13.- RECOMENDACIONES.

- Se propone al Médico Familiar utilizar los instrumentos de DUKE UNC y SF – 12, usados en este estudio, para valorar con cuanto apoyo social cuentan cada uno de los sujetos con EPOC, así como determinar a través del mismo respectivamente una adecuada calidad de vida.
- Enviar oportunamente a los pacientes con EPOC a trabajo social, para fomentar las redes de apoyo no solo de tipo social sino también de tipo familiar, así determinar las acciones de forma conjunta para incrementar su calidad de vida a través del apoyo social como se muestra en este estudio.
- Actividad física, alentar y orientar al paciente para realizar ejercicio aeróbico el cual cause un efecto benéfico para su condición respiratoria y cognitiva.
- Nutrición, enviar a todos los pacientes con EPOC a nutrición, para mejorar su estado nutricional y con ello tener un mejor aporte de oxígeno.
- Implementar estrategias, al otorgar charlas a los derechohabientes, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores, para promover y orientar sobre el abandono del hábito tabáquico, el uso cigarro como adicción y las consecuencias que genera en la salud de los pacientes.
- Capacitar a trabajo social, médicos familiares y nutrición, sobre la importancia de incrementar las acciones que a cada servicio compete, de tal forma que sea posible integrar estas disciplinas, las redes de apoyo social en los pacientes con EPOC, para mejorar la calidad de vida de dicho grupo.

- Empoderar a los padres para evitar que sus hijos fumen a temprana edad, haciendo énfasis en el daño grave e irreparable que se ocasiona al funcionamiento del pulmón.
- Dar asesoría a los trabajadores que tiene exposición tóxica en sus centros laborales, para que adopten medidas de higiene en el trabajo, así como salud ambiental.
- Capacitar para que se evite la exposición innecesaria de solventes y algunos otros compuestos volátiles que condiciones inflamación pulmonar.

14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Pinzón I. Carga económica de la enfermedad, costos y componentes de un programa de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC. Rev. Fac. Cienc. Salud UDES. 2014; 1(1): 52-61.
- 2.- Schiavi E, Stirbulov R, et al. Detección de casos de EPOC en atención primaria en 4 países de Latinoamérica: metodología del Estudio PUMA. Arch Bronconeumol 2014; 50(11):463-502.
- 3.- Rodríguez J. EPOC leve y calidad de vida. Monogr Arch Bronconeumol. 2015; 2(6A):220-238.
- 4.- Nonato N, Díaz O, et al. Comportamiento de la calidad de vida (SGRQ) en pacientes con EPOC según las puntuaciones BODE. Archivos de Bronconeumología 2015; 51(7): 315-321.
- 5.- Miravittles M. EPOC: consenso de expertos EXPERT 10 Calidad de vida. Monogr Arch Bronconeumol. 2014; 1(1):53-60.
- 6.- García S, Carazo L, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: los pacientes en la vida real. Estudio LEONPOC. Aten Primaria 2017; 49(10):603-610.
- 7.- Nardini S, Annesi-Maesano I, et al. Accuracy of diagnosis of COPD and factors associated with misdiagnosis in primary care setting. E-DIAL (Early DIAGnosis of obstructive lung disease) study group. Respir Med. 2018; 143:61-66.
- 8.- Lopez J, Tan W, et al. Global burden of COPD. Respirology 2016; 21:14–23.
- 9.- Roberts N, Patel I, et al. The diagnosis of COPD in primary care; gender differences and the role of spirometry. Respir Med. 2016; 111:60-63.
- 10.- Muñoz F, Acero N, et al. Cómo vivir con EPOC: percepción de los pacientes. Anales de Psicología 2016; 32(1):18-31.
- 11.- Wu M, Zhao Q, et al. Quality of life and its association with direct medical costs for COPD in urban China. Health and Quality of Life Outcomes 2015; 13:57.
- 12.- Tambo E, Carrasco J, et al. Percepciones de pacientes y profesionales sobre la calidad de la atención a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Aten Primaria. 2016; 48(2):85-94.

- 13.- López A, Rodríguez R, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: la década prodigiosa. Implicaciones para su diagnóstico, prevención y tratamiento. *Medicina Clínica* 2015; 144(11):507–513.
- 14.- Anzueto A, Miravittles M. Considerations for the Correct Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Its Management With Bronchodilators. *Chest*. 2018; 154(2):242-248.
- 15.- Rodríguez J. EPOC: consenso de expertos EXPERT 10 Progresión enfermedad /estadios tempranos / mortalidad. *Monogr Arch Bronconeumol*. 2014; 1(1):61–74.
- 16.- Rivadeneira M. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO RESPIRATORIO ST. GEORGE PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ECUATORIANOS CON EPOC. *Rev Cuid* 2015; 6(1):882-891.
- 17.- Xavier C, Ernst G, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Una mirada desde el campo de la actividad física y la salud. *Fronteras en Medicina* 2016; X1(3):84-86.
- 18.- Nonato N, Díaz O, et al. Behavior of Quality of Life (SGRQ) in COPD Patients According to BODE Scores. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51(7):315–321.
- 19.- Sanchez P, de Torres J. El índice BODE: un buen marcador de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51(7):311–312.
- 20.- Kouijzer M, Brusse M, et al. COPD-related fatigue: Impact on daily life and treatment opportunities from the patient's perspective. *Respir Med*. 2018; 141:47-51.
- 21.- Botero S, Restrepo A. Conceptos esenciales de la EPOC, prevalencia e impacto en América Latina. *MEDICINA U.P.B*. 2015; 34(1):49-60.
- 22.- Gimeno E, Frei A, et al. Determinants and outcomes of physical activity in patients with COPD: a systematic review. *Thorax* 2014; 69:731–739.
- 23.- Schure M, Borson S, et al. Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients. *Respir Med*. 2016; 114:46-52.
- 24.- Huber M, Wacker M, et al. Comorbid Influences on Generic HealthRelated Quality of Life in COPD: A Systematic Review. *PLoS ONE* 2015; 10(7): e0132670.

- 25.- Jimenez C, Pascual J, et al. Análisis de la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que dejan de fumar. *Semergen*. 2018; 44(5):310-315.
- 26.- Raheison C, Tillie-Leblond I, et al. Clinical characteristics and quality of life in women with COPD: an observational study. *BMC Women's Health* 2014; 14:31.
- 27.- Koskela J, Kilpeläinen M, et al. Co-morbidities are the key nominators of the health related quality of life in mild and moderate COPD. *BMC Pulmonary Medicine* 2014; 14:102.
- 28.- Dürr S, Zogg S, et al. Daily Physical Activity, Functional Capacity and Quality of Life in Patients with COPD. *COPD*. 2014; 11(6):689-696.
- 29.- Villar I, Carrillo R, et al. Factores relacionados con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria*. 2014; 46(4):179-187.
- 30.- Hajli M. The role of social support on relationship quality and social commerce. *Technological Forecasting & Social Change* 2014; 87:17–27.
- 31.- Barton C, Effing T, et al. Social Support and Social Networks in COPD: A Scoping Review. *COPD* 2015; 12(6):690-702.
- 32.- Chen Z, Fan V, et al. Association between Social Support and Self-Care Behaviors in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annals of the American Thoracic Society* 2017; 14(9):1419–1427.
- 33.- Handley T, Hiles S, et al. Predictors of Suicidal Ideation in Older People: A Decision Tree Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2014; 22(11):1325–1335.
- 34.- Godoy A, Pérez M, et al. Sobrecarga del cuidador y apoyo social percibido por pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista de Calidad Asistencial* 2014; 29(6):320–324.
- 35.- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>.
- 36.- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.

37.- De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*, 1991; 8: 688-92.

38.- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-normas-referencia-el-cuestionario-salud-S0025775311011304>.

39.- Lenferink A, van der Palen J, et al. The role of social support in improving chronic obstructive pulmonary disease self-management. *Expert Review of Respiratory Medicine* 2018; 12(8):623–626.

40.- Hensch I, Strang S, et al. Health-related quality of life in a nationwide cohort of patients with COPD related to other characteristics. *European Clinical Respiratory Journal* 2016; 3(1):31459.

41.- Mewes R, Rief W, Kenn K, et al. Psychological predictors for health-related quality of life and disability in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Psychology & Health* 2015; 31(4):470–486.

42.- Wacker M, Jörres R, et al. Relative impact of COPD and comorbidities on generic health-related quality of life: a pooled analysis of the COSYCONET patient cohort and control subjects from the KORA and SHIP studies. *Respiratory Research* 2016; 17:81.

15.- ANEXOS

“Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC de la UMF 93”

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS Delegación México Oriente Jefatura de Prestaciones Medicas Coordinación de Educación e Investigación en salud Unidad de Medicina Familiar 93.	
INSTRUCCIONES: 1. Anote sobre la línea los datos personales solicitados y marque con una x la respuesta que corresponda a cada pregunta. 2. Se agradece su participación en el estudio. Los datos que proporciona son anónimos y confidenciales.	
No. De Folio:	
Edad en años:	
Estado civil.	1. Solteros. 2. Casados. 3. Unión libre. 4. Viudo.
Escolaridad.	1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Preparatoria o bachillerato. 4. Universidad. 5. Posgrado.
Ocupación.	1. Desempleado. 2. Hogar. 3. Comercio. 4. Profesional. 5. Estudiante. 6. Empleado. Con exposición Tóxica pulmonar. 7. Empleado. Sin exposición Tóxica pulmonar.
Tratamiento EPOC CON O2. SIN O2.	1. Sí. 2. No.

Exposición humo de tabaco.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.
APOYO SOCIAL AUTO PERCIBIDO DUKE.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena. 2. Mala.
CALIDAD DE VIDA SF-12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno. 2. Mala.
Religión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica. 2. Cristiana. 3. Testigos de Jehová. 4. Otra Religión.
Hospitalizaciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mas de 3 hospitalizaciones en 1 año. 2. Menos de 3 hospitalizaciones en 1 año.
Evaluación nutricional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si Nutrición. 2. No Nutrición.

SUSTENTO DEL ESTUDIO

Nos planteamos realizar un trabajo que nos ayude a conocer "aquellos pacientes con EPOC" con o sin consumo de O2 medicinal, así como sus desencadenantes ambientales y "cómo se encuentran desde el punto de vista psicosocial", valorando para ello, su calidad de vida asociado con apoyo social, a través de instrumentos de fácil aplicación.



RESULTADOS: El apoyo social fue adecuado en el 72.9%. La calidad de vida fue alta en el 73.7%. La EPOC es un padecimiento con diferentes grados de repercusión en la calidad de vida, teniendo impacto no solo de tipo social, si no de tipo económico para las instituciones de salud, así como en la economía familiar del paciente. En nuestro estudio encontramos que los pacientes con EPOC tienen una buena calidad de vida y esta se encuentra asociada a un adecuado apoyo social. El valor p es menor de 0,05, por lo tanto, existe asociación entre apoyo social y calidad de vida es decir es estadísticamente significativa.

PROPUESTA: Fomentar las relaciones interpersonales, social y familiar en los pacientes con EPOC, actividad física, nutrición, estrategia antitabaco, capacitación, empoderamiento de los padres, promoción.



"IMSS" Unidad de Medicina Familiar

93. Cerro Gordo

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES:

Investigador responsable:

Dra. Wendy Saucedo Ramírez.

Especialista en medicina familiar.

Matrícula: 99360765.

Adscripción: Unidad de medicina familiar 93 IMSS.

Nombre del Alumno:

M.C. Arteaga Ceballos Pedro.

Residente De Tercer Año de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 93. IMSS.

Correo electrónico:

arquipalilocerballo2018@gmail.com.mx

Matrícula: 99168672

Para Obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

Av. Vía Morelos S/N Esq. Jardín de Casa Nueva, Fraccionamiento Jardines de Casa Nueva, 55430 Ecatepec de Morelos, Méx.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



"Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC de la UMF 93"



LA EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es una condición frecuente, prevenible y tratable caracterizada por la obstrucción progresiva y parcialmente reversible del flujo de aire, la cual puede estar acompañada por disnea, tos y producción de MOCO.

El impacto global de la EPOC

Se incrementó en todo el mundo convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad, morbilidad, y pérdida de calidad de vida, bajo apoyo social y se encuentra asociada a costes sociales y médicos elevados. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son críticos para establecer las medidas preventivas minimizando la progresión de la EPOC y sus consecuencias.

Considerando que

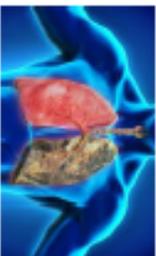
La EPOC puede ser asintomática en su etapa inicial y que su diagnóstico requiere la realización de la espirometría para confirmar la obstrucción al flujo aéreo, el subdiagnóstico y el diagnóstico erróneo son muy comunes, especialmente al comienzo de la enfermedad.

Representa

Aproximadamente el 20% de todas las consultas en atención primaria, y es la segunda razón más común para el ingreso en hospitales. Gran parte de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con estas enfermedades se deben a exacerbaciones.

CALIDAD DE VIDA EN EPOC

Los pacientes con EPOC a menudo tienen mala calidad de vida debido a sus síntomas, rendimiento físico disminuido y el uso de medicamentos. La pérdida de calidad de vida relacionada con la salud es un marcador importante en los pacientes con EPOC, ya que es un reflejo de la impacto de la enfermedad en sus vidas.

APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON EPOC

Chen et al. encontraron que el tipo y el nivel de apoyo social tuvieron efectos diferentes en las conductas básicas de autocuidado en adultos con EPOC. Vivir con otros familiares, tuvo una asociación más fuerte con la actividad física que con el apoyo social, funcional, y se asoció con un aumento clínicamente significativo de más de 900 pasos por día en comparación con vivir solo.



Tener un cónyuge o cuidador asociado se relacionó con un aumento de más de diez veces en la participación de rehabilitación pulmonar en comparación con no tener cuidador.

CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL

La evaluación de la calidad de vida en personas con enfermedades respiratorias se constituye en una oportunidad para conocer el impacto real de la enfermedad sobre la vida diaria.



La percepción por parte del sujeto de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad, lo que puede producir por un lado, una disfunción familiar entendida como aquel proceso que impide cumplir sus funciones a la familia, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno.

Y por otro, una alteración en las relaciones sociales del paciente. Sin embargo, el tener un buen apoyo social, entendido como el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas, puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda.



**“Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos
derechohabientes con EPOC de la UMF 93”**

RECURSOS FINANCIEROS	COSTO
Cartuchos de tinta para impresora	\$800
Dispositivo de almacenamiento USB	\$500
Block de 500 Hojas Blancas tamaño carta	\$500
Lápices, plumas, gomas	\$300
Fotocopias	\$2500
Engargolado y Empastado	\$1000
Block de 100 folders tamaño carta	\$300
Clips metálicos	\$100
TOTAL	\$6,000

**“Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos
derechohabientes con EPOC de la UMF 93”**

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

3. Subir **varios** pisos por la escalera

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

4. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

1	2
Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional**?

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

8. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

**“Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos
derechohabientes con EPOC de la UMF 93”**

o

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
10. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
11. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez

**“Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos
derechohabientes con EPOC de la UMF 93”**



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<u>Instrucciones para el paciente:</u> En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC de la UMF 93”.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 93 ubicada en AV. vía Morelos, cerro gordo Ecatepec de Morelos, Estado de México.
Número de registro:	R-2019-1401-027
Justificación y objetivo del estudio:	EL objetivo de este estudio es conocer como llevan su forma de vida y como es el apoyo de sus familiares y amigos, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica hoy en día está aumentando demasiado, generando que su forma de vida no sea buena, además es importante conocer cuanto apoyo tiene de su familia y amigos, ya que puede ayudarle a mejorar el control de esta enfermedad pulmonar. No existe respuestas correctas.
Procedimientos:	Una vez que decida participar en este estudio se le pedirá que conteste dos cuestionarios, el primero nos sirve para conocer su calidad de vida, consiste en contestar 12 preguntas en las cuales usted elige la respuesta con la que más se identifique tiene un tiempo aproximado de contestación de 10 minutos, el segundo cuestionario, nos sirve para conocer el apoyo social que tiene 25 preguntas, en las cuales usted elige la respuesta con la que más se identifique, no existen respuestas correctas tiene un tiempo aproximado de contestación de 10 minutos, posteriormente, se le otorgará un folleto con información, sobre la enfermedad pulmonar.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio es de riesgo mínimo, ya que únicamente contestará dos cuestionarios, el primero para conocer calidad de vida, le puede generar inconformidad al conocer los resultados, el segundo instrumento que sirve para conocer su apoyo social le puede generar tristeza o incomodidad, por lo cual de presentarse estas situaciones, usted puede decidir no continuar con el estudio, en el momento que quiera, es importante que su participación es libre y voluntaria
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al finalizar la investigación, se le dará a conocer por medio de un folleto en que consiste su enfermedad para que conozca y comprenda como puede afectar en su forma de vivir de requerirlo al detectar o solicitar una valoración, por el servicio de neumología se enviará por vías institucionales, así mismo se le enviara de forma oportuna con su médico familiar y trabajo social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez obtenidos los resultados, se le informaran a cada uno de los participantes de forma personal y se le brindara el manejo que necesite para continuar o completar el tratamiento de su enfermedad, De necesitar algún otro tratamiento se derivará por medios institucionales a la especialidad correspondiente.
Participación o retiro:	El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarará cualquier duda que tenga acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Investigador Responsable:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Dra. Wendy Saucedo Ramírez. Correo electrónico
wendy_saucedo2078@hotmail.com

MATRÍCULA: 99368765 TEL: 55 4182 5287.

Colaboradores:

Dr. Arteaga Ceballos Pedro.

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR. MATRÍCULA: 99168672, TEL: 5531973677.
arquipaliocerebelo2018@gmail.com.mx

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

Nombre y firma del sujeto. _____

Dr. Arteaga Ceballos Pedro. RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MATRÍCULA 99168672.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma. _____

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma. _____

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1401**.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022**

FECHA **Martes, 07 de mayo de 2019**

Dra. WENDY SAUCEDO RAMIREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC de la UMF 93** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-1401-027

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 14018.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Lunes, 29 de abril de 2019

Dra. WENDY SAUCEDO RAMIREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **Apoyo social asociado a la calidad de vida en los sujetos derechohabientes con EPOC de la UMF 93** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. ANA LAURA GUERRERO MORALES
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 14018

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL