

**ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) EN PACIENTES QUE ASISTEN A
INMUNOALERGIA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA – BOLIVAR EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO HASTA EL 20 DE NOVIEMBRE
DEL 2009**

**LUIS GUILLERMO MARRUGO GOMEZ
KAREN LUCIA RUIZ PASTRANA
CLAUDIA SIERRA BUELVAS
FABIAN ANDRES VALENCIA RAMIREZ
JORGE MARIO VALENCIA RAMIREZ**

Estudiantes

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINÚM
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
IX SEMESTRE**

CARTAGENA

2010

**ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) EN PACIENTES QUE ASISTEN A
INMUNOALERGIA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA – BOLIVAR EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO HASTA EL 20 DE NOVIEMBRE
DEL 2009**

LUIS GUILLERMO MARRUGO GOMEZ

KAREN LUCIA RUIZ PASTRANA

CLAUDIA SIERRA BUELVAS

FABIAN ANDRES VALENCIA RAMIREZ

JORGE MARIO VALENCIA RAMIREZ

Estudiantes

WALTER ANTONIO TORRES VILLA

Asesor metodológico

DIEGO VILLOTA

Jefe Departamento de Investigación

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINÚM

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA
IX SEMESTRE
CARTAGENA
2010

TABLA DE CONTENIDO

1. TITULO
2. INTRODUCCIÓN
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 - 3.1 Formulación del problema
4. JUSTIFICACIÓN
5. OBJETIVOS
 - 5-1 Objetivo General
 - 5-2 Objetivos Específicos
6. MARCOS DE REFERENCIA:
 - 6-1 Marco Geográfico
 - 6-2 Marco Conceptual
 - 6-3 Marco Teórico
 - 6-4 Marco Legal
7. DISEÑO METODOLÓGICO
8. CRONOGRAMA
9. RECURSOS HUMANOS
10. MATERIALES
11. PRESUPUESTO
12. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN
13. DISCUSIÓN
14. CONCLUSIONES
15. BIBLIOGRAFÍA

16. ANEXOS

LISTA DE TABLAS

TABLA # 1: SEXO DE LOS PACIENTES: con diagnosticado de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009

TABLA # 2: EDAD DE LOS PACIENTES: con diagnosticado de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009

TABLA # 3: ESTADO DE SALUD: En general, usted diría que su salud después de haber tenido EPOC es:

Tabla # 4: Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual o después de haber tenido EPOC ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

TABLA # 5: En los últimos meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física o después de haber tenido EPOC?

TABLA # 6: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿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)?

TABLA # 7: En los últimos meses o después de haber tenido EPOC ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Tabla # 8: ¿Tuvo dificultad respiratoria o problemas con su respiración durante las últimas semanas o meses después de haber tenido EPOC?

TABLA # 9: Durante los últimos meses 4 semanas ¿cuánto tiempo

TABLA # 10: CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

TABLA # 11: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Qué tanto ha cambiado su estilo de vida?

TABLA # 12: Durante Los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Ha presentado algún síntoma o ha aparecido un síntoma nuevo?

LISTA DE FIGURAS

FIGURA # 1: SEXO DE LOS PACIENTES: con diagnóstico de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009

FIGURA # 2: EDAD DE LOS PACIENTES: con diagnóstico de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009

FIGURA # 3: ESTADO DE SALUD: En general, usted diría que su salud después de haber tenido EPOC es:

FIGURA # 4: Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual o después de haber tenido EPOC ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

FIGURA # 5: En los últimos meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física o después de haber tenido EPOC?

FIGURA # 6: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿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)?

FIGURA # 7: En los últimos meses o después de haber tenido EPOC ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

FIGURA # 8: ¿Tuvo dificultad respiratoria o problemas con su respiración durante las últimas semanas o meses después de haber tenido EPOC?

FIGURA # 9: Durante los últimos meses 4 semanas ¿cuánto tiempo

FIGURA # 10: CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

FIGURA # 11: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Qué tanto ha cambiado su estilo de vida?

FIGURA # 12: Durante Los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Ha presentado algún síntoma o ha aparecido un síntoma nuevo?

1. TITULO:

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) EN PACIENTES QUE ASISTEN A INMUNOALERGIA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA – BOLIVAR EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO HASTA EL 20 DE NOVIEMBRE DEL 2009.

2. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica genera en el paciente una pérdida progresiva de la capacidad funcional hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana, lo que repercute en su calidad de vida.

Es importante conocer la valoración personal que el individuo realiza acerca de cómo la enfermedad y el tratamiento correspondiente repercuten sobre su estilo de vida, de acuerdo con su propia percepción e interpretación. Esta faceta subjetiva de la morbilidad (gravedad percibida por el paciente) es lo que definimos como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La Organización Mundial de la Salud define la Salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social. Esta definición engloba a la persona en sus aspectos bio-psico-sociales¹. En un Paciente con EPOC su salud se ve limitada en todas estas esferas, tanto física, Psicológica y social. En ellos la percepción 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. Tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social².

Es por ello que la enfermedad puede ser pensada como una alteración corporal y psíquica, que causa una crisis para la persona que la sufre. Ese es el momento en que se debe intervenir. Es necesario trabajar con las dificultades del propio paciente y de su grupo familiar y social, para que los modelos de funcionamiento inadecuado que llevaron a la enfermedad dejen de repetirse. Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como esta altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003)³. Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una

¹ Organización Mundial de la Salud. Online: <http://www.who.int/respiratory/es/>.2007

² A. M. Fernández Vargas, M. J. Bujalance Zafra, F. Leiva Fernández, F. Martos Crespo*, A. J. García Ruíz*, F. Sánchez de la Cuesta y Alarcón. Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica., online: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900003&lng=en&nrm=iso.

³ Ibid.

gran expansión a lo largo de los años ochenta; su origen proviene, principalmente, de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como “felicidad” y “bienestar”. Si bien el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Rodríguez- Marín, 1995; Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996)⁴. Inicialmente, este concepto se refería al cuidado de la salud personal; luego, se convirtió en preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003)⁵.

Por todo ello, nos planteamos realizar un trabajo que nos ayude a conocer las características específicas de la enfermedad y cuales son los aspectos psicosociales de los pacientes que sufren esta enfermedad, teniendo en cuenta para ello, su calidad de vida, su apoyo familiar y social.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública de enormes proporciones; tanto su morbilidad como su mortalidad están aumentando en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2020 la EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos,

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

ajustados por invalidez, y la tercera causa de mortalidad. Su impacto será mayor en los países en vías de desarrollo. Las razones para este aumento, en estos últimos países, están relacionadas muy probablemente con el aumento del tabaquismo, la utilización de material de biomasa como combustible y la contaminación ambiental⁶. De acuerdo con el estudio sectorial de salud publicado por Yepes⁷, se estimó en 600.000 el número de personas con EPOC en Colombia. Las últimas cifras oficiales han señalado que la EPOC es la séptima causa de mortalidad en la población general y la tercera en mayores de 60 años, población en la cual es la segunda causa de años de vida saludable perdidos.

Por otra parte, se ha demostrado en Colombia y México una asociación epidemiológica entre la exposición crónica a humo de leña y el riesgo de desarrollar EPOC. Otros estudios latinoamericanos, como el de Albalak en Bolivia y Luna en Guatemala, han señalado la exposición a humo de leña como un factor de riesgo para desarrollar bronquitis crónica, lo cual se había descrito desde 1984 en poblaciones rurales de Nepal⁸.

La EPOC representa un problema de salud con importantes implicaciones Psicosociales y físicas; debido a que es un proceso patológico progresivo que limita el flujo aéreo y no es completamente reversible⁹. Tiene un pronóstico pobre y la mayoría de las personas afectadas son de edad avanzada, siendo ésta una población en mayor situación de vulnerabilidad al tener un menor acceso a recursos y apoyo social. Produce multiplicidad de síntomas, tanto físicos como emocionales y suele afectar de manera significativa la calidad de vida de quienes lo padecen. Los

⁶ Caballero AS, Torres C, Maldonado D, Jaramillo C, Guevara D. Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Oclusiva Crónica en cinco ciudades colombianas, Revista Médica Sanitas, online, disponible en Internet: <http://www.saludinteligente.com/MundoSanitas/Actividades+Cientificas/Premio+Nacional+de+Medicina/Articulos+Premiados/Edicion+6+-+PREVALENCIA+EPOC.htm>.2005.

⁷ Yepes FJ. Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia. Ministerio de Salud- Departamento Nacional de Planeación. Bogotá: Editorial Presencia; 1990.

⁸ Op.cit. Caballero AS, Torres C, Maldonado D, Jaramillo C, Guevara D. Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Oclusiva Crónica en cinco ciudades colombianas.

⁹ Definición y clasificación de la gravedad de la EPOC, material suministrado por la Docente Larissa Perea. 2007

índices de depresión, ansiedad y malestar emocional en general son más altos que los encontrados en otras poblaciones con enfermedades respiratorias y, aunque la mayoría de las investigaciones indican la necesidad de soporte psicosocial, los aspectos psicosociales no son rutinariamente evaluados y se le presta poca atención a la intervención psicológica. De aquí la importancia de integrar los aspectos psicosociales con el tratamiento médico y Fisioterapéutico de la EPOC el cual se debe seleccionar considerando los beneficios y los riesgos individuales, así como los costos directos e indirectos para la sociedad.

3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son los principales aspectos Psicosociales de la enfermedad pulmonar obstructiva crónicas (epoc) que afectan el estilo de vida de los pacientes que asisten

a Inmunoalergias de la ciudad de Cartagena Bolívar en el periodo comprendido desde 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009?

4. JUSTIFICACION

La EPOC es una enfermedad progresiva con características incapacitantes que propicia la generación de estados de dependencia física y económica, lo cual representa un obstáculo para asumir de manera activa el rol de la enfermedad. Los pacientes con EPOC pertenecen a un grupo familiar del cual reciben apoyo en determinadas circunstancias lo cual no es suficiente para relacionarse en red. La inadecuada adherencia al tratamiento no sólo es un problema clínico sino que abarca aspectos psicosociales y culturales y por lo tanto debe realizarse una evaluación con el fin de establecer una relación médico paciente que genere red de relaciones. Los pacientes que padecen una enfermedad crónica como la EPOC enfrentan múltiples cambios a nivel físico y emocional que limitan muchas de sus actividades de la vida diaria y que propician su desvinculación en el campo laboral, social y familiar.

Aunque el concepto de Calidad de Vida en la Salud se utiliza con mucha frecuencia, existen grandes discrepancias en torno a cuáles deben ser los distintos ámbitos o dominios que lo integran y, consecuentemente, los instrumentos más adecuados para su evaluación

El objetivo principal de presente trabajo es investigar cómo influye dicha patología en el ámbito de la Calidad de Vida en la Salud. En este, empleamos una serie de instrumentos evaluativos que miden tres áreas que se ajustan a la definición de salud de la OMS: estado físico y habilidades funcionales, estado psicológico y bienestar, y vida social. Es por ello que el enfoque de esta patología no solo repercute el estado de salud, sino que también se vuelve parte del diario vivir y que puede influir directa o indirectamente en el rol del paciente.

Sabiendo que el concepto de enfermedad toma miles de significado para cada paciente y la forma de interpretar el hecho de adaptarse a vivir con ella día a día. En este caso la EPOC es interpretado como el verdugo capaz de sentenciar el estado de salud poniendo el peligro su desempeño en las actividades laborales, relaciones personales, interacción con el medio; llenando al paciente de frustración y miedo. Estableciendo relaciones de dependencia que favorecen que el individuo difiera la

responsabilidad de su propio cuidado, generando pobre autonomía e imposibilitando su constitución dentro de un núcleo social.

En algunos casos de los pacientes no tienen un adecuado conocimiento de la enfermedad ni del tratamiento y la gran mayoría con el desarrollo de la enfermedad y con la limitación física que esta conlleva se convirtieron en seres dependientes de sus familiares o cuidadores, difiriendo por completo la responsabilidad de su cuidado físico y de la toma de decisiones con respecto a su propia vida. O lo contrario, que Aquellos pacientes que cuentan con la compañía y apoyo de su pareja se puedan caracterizar por ser personas más espontáneas, con pensamientos más positivos con respecto a su enfermedad, que se sientan vinculados e interactúen con su familia como sujetos de acción.

El tratamiento médico para la EPOC, es la forma de controlar las crisis agudas y la opción de estabilizar la dificultad respiratoria a través del tiempo, pero que hay del estado emocional, y las ganas de recuperarse, todo esto conlleva a que el paciente opte la aptitud y las suficientes ganas de alcanzar su objetivo principal, reducir su sufrimiento.

Es por ello que en este trabajo se trata de relacionar, la forma en que piensa el paciente, su relación con entorno, con la familia, su grado de autonomía; y una vez hecho esto, observar cómo afecta estos factores a la ejecución del tratamiento médico y las repercusiones que trae a la vida diaria el hecho de tener dicha patología.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Caracterizar las variables psicosociales y demográficas de los pacientes con EPOC que asisten a Inmunoalergia en el periodo comprendido del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009.

5.2 ESPECIFICOS

- Establecer las características Psicosociales y demográficas de los pacientes con EPOC que asisten a Inmunoalergia .
- Identificar la prevalencia de la enfermedad en los pacientes que asisten a Inmunoalergia con EPOC
- Establecer la proporción de pacientes con EPOC que acudieron a Inmunoalergia en el periodo comprendido del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009.

6. MARCOS DE REFERENCIA

6.1 MARCO GEOGRAFICO

El centro médico inmunoalergias se encuentra ubicado en la ciudad de Cartagena en el barrio de manga AV Jiménez edificio balcones de Segovia, locales 1 y 2. Al norte colinda con puente Román, al sur colinda con la avenida campo alegre al oeste con el parque de la bahía de manga.



6.2 MARCO CONCEPTUAL

EPOC: (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) es un proceso patológico caracterizado por una limitación progresiva del flujo aéreo, debido a bronquitis crónica o enfisema y que se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos.

PSICOSOCIAL: es una rama de la psicología que se ocupa especialmente y preferentemente del funcionamiento de los individuos en sus respectivos entornos sociales, es decir como partes integrantes de una sociedad o comunidad y como, tanto ser humano, como entorno en el cual se desarrolla este, contribuyen a determinarse entre sí.

BRONQUITIS: Se define como un cuadro clínico caracterizado por una alteración inflamatoria con secreciones bronquiales excesivas, tos productiva durante tres meses al año, durante dos años consecutivos.

ENFISEMA: Se define como una dilatación de los espacios aéreos distales a los bronquiolos terminales que se asocia a la destrucción de las paredes alveolares.

HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: Se define como una respuesta exagerada constrictora y espástica frente a estímulos, físicos o químicos, generalmente poco broncoconstrictores: frío, ozono, SO₂, NO₂, infecciones etc.

HIPERTENSION PULMONAR (HTP): se define como la existencia de una presión media en la arteria pulmonar (PAPm) mayor de 25 mmHg en reposo o de más de 30 mmHg durante el ejercicio.

CORPULMONALE: Es la insuficiencia del lado derecho del corazón provocada por una hipertensión arterial prolongada en las arterias pulmonares y en el ventrículo derecho del corazón.

HIPOXEMIA: es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial.

HIPERCAPNIA: Aumento del dióxido de carbono (CO₂) disuelto en el plasma sanguíneo

6.3 MARCO TEORICO

6.3.1 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

6.3.1.1 Definición

En el año 2002, el *Segundo Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC*, lo define como una enfermedad caracterizada por limitación al flujo aéreo la cual no es totalmente reversible y es usualmente progresiva; abarca un grupo de procesos (bronquitis crónica y/o el enfisema) que tienen en común un síntoma importante, la disnea, y que se acompaña de obstrucción recidivante o crónica al paso del aire por los pulmones. Esta limitación se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía aérea cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo de tabaco y exposición a humo de leña.¹⁰ Con el aumento de consumo de cigarrillos, de la contaminación atmosférica y de otras exposiciones nocivas, la incidencia del EPOC se ha elevado en los últimos decenios.

6.3.2 Factores de riesgo

¹⁰ Definición y clasificación de la gravedad de la EPOC, material suministrado por la Docente Larissa Perea. 2007

Los factores de riesgo de la EPOC incluyen los propios del huésped y otros relacionados con la exposición al medioambiente, mientras que la enfermedad sobreviene de la interacción entre estos dos factores. Si bien uno de los factores del huésped mejor documentados es el déficit hereditario de la enzima alfa-1-antitripsina, no se han identificado todavía otros genes implicados en la patogénesis de EPOC. Los factores medioambientales de mayor importancia son el humo del tabaco, la exposición a polvos y sustancias químicas industriales (vapores, irritantes, humos) y la contaminación ambiental, ya sea en espacios abiertos (atmosférica) o cerrados.

El papel del sexo como factor de riesgo de EPOC es aún incierto. En el pasado, la mayoría de los estudios demostraba una mayor prevalencia y mortalidad a causa de EPOC entre hombres. Estudios más recientes procedentes de países desarrollados, demuestran que la prevalencia de EPOC es casi igual en hombres que en mujeres, lo que probablemente refleje cambios en los hábitos tabaquismo. Además, algunos estudios han sugerido que las mujeres son más susceptibles a los efectos del humo del tabaco. Ésta es una pregunta importante dada la proporción creciente de mujeres fumadoras, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En el estudio realizado por Caballero *et al.*, (2003) se encontró que los factores de riesgo de EPOC en Colombia fueron: la edad mayor de 60 años, el antecedente de tuberculosis, el hábito de fumar, ninguna escolaridad, el sexo masculino, la exposición a humo de la leña por más de 10 años y variaciones geográficas. Las variaciones geográficas influyeron en el desarrollo de la EPOC, especialmente en el género femenino, ya que las mujeres de nuestra muestra en su juventud (años cuarenta y cincuenta) pertenecían a la cultura andina de la montaña y, posiblemente, cocieron los alimentos en fogón de leña por tiempo prolongado.

Factores del huésped

- **Genes:** Se cree que numerosos factores genéticos aumentan (o disminuyen) el riesgo de un individuo a desarrollar EPOC. El factor de riesgo genético mejor documentado es el infrecuente déficit hereditario de la enzima alfa-1 antitripsina. El desarrollo prematuro y acelerado de enfisema panalobulillar y la reducción de la función pulmonar ocurren en muchos de los individuos, tanto fumadores como no fumadores, con déficit importante de esta enzima, aunque el tabaquismo incrementa considerablemente el riesgo. Aún no se han identificado otros genes involucrados en la patogénesis de la EPOC.
- **Hiperreactividad bronquial:** El asma y la hiperreactividad bronquial, señalados como factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la EPOC, son afecciones complejas vinculadas a factores genéticos y ambientales. Se desconoce, en la actualidad en qué medida estas enfermedades influyen en el desarrollo de la EPOC. Asimismo, puede aparecer hiperreactividad bronquial tras la exposición al humo del tabaco u otros irritantes ambientales y, por lo tanto, estas afecciones pueden considerarse como enfermedades de la vía aérea relacionadas con el hábito de fumar. En los fumadores la severidad de la hiperreactividad determina la velocidad de la disminución de la función pulmonar; la inflamación de las vías aéreas producida por el cigarrillo puede influir a su vez en la presencia de hiperreactividad bronquial.
- **Crecimiento del pulmón:** El crecimiento del pulmón es un proceso que se encuentra vinculado con acontecimientos que pueden presentarse durante la gestación, con el peso al nacer y con diversas exposiciones durante la infancia. La reducción de la función pulmonar máxima alcanzada (medida por espirometría) podría identificar a individuos con mayor riesgo de desarrollar EPOC.
- **Raza:** caucásica

Exposiciones

- **Humo del tabaco:** Los fumadores de cigarrillos presentan una prevalencia más alta de anomalías de la función pulmonar y síntomas respiratorios, una mayor proporción anual de reducción del FEV₁ y una tasa de muerte por EPOC superior a los no fumadores. Los fumadores de pipa y de cigarros presentan tasas de morbimortalidad por EPOC más elevadas que los no fumadores, aunque éstas son más reducidas que en los fumadores de cigarrillos. No todos los fumadores desarrollan una EPOC clínicamente significativa, lo cual sugiere que los factores genéticos deben modificar el riesgo individual. La exposición pasiva al humo del tabaco también puede contribuir a padecer síntomas respiratorios y EPOC, por el incremento de la carga total de partículas y gases inhalados. Fumar durante el embarazo también puede poner en riesgo al feto, afectando el crecimiento intrauterino y desarrollo del pulmón y, posiblemente, condicionando el sistema inmunológico.
- **Polvos y sustancias químicas laborales:** Cuando la exposición a polvos y sustancias químicas laborales (vapores, irritantes, humos) es prolongada y de suficiente magnitud puede provocar la aparición de EPOC, independientemente del humo del tabaco, e incrementar el riesgo de sufrir la enfermedad en caso de que coexista tabaquismo⁵⁶. La exposición a partículas de distintos materiales, irritantes, polvos orgánicos y agentes sensibilizantes puede incrementar la hiperreactividad bronquial, en especial en las vías aéreas ya lesionadas por otras exposiciones profesionales, humo de tabaco o asma. Se ha demostrado un riesgo mayor de EPOC en los mineros de carbón, los trabajadores de la construcción que manejan cemento, los obreros metalúrgicos expuestos a altas temperaturas en los hornos de fundición, los trabajadores del transporte, almacenamiento y manejo de cereales, en la industria del algodón y en las

fábricas de papel, especialmente cuando son fumadores. La neumopatía por humo de leña podría ser una forma de EPOC ocupacional.

- **Contaminación ambiental en espacios abiertos y cerrados:** Los altos grados de contaminación ambiental urbana son lesivos para los individuos con enfermedades cardíacas o pulmonares. El papel de la contaminación ambiental como causa de EPOC es incierto, pero parece ser de menor importancia comparado con el hábito de fumar. La contaminación de espacios cerrados, a partir de combustibles utilizados para cocinar y calentar ambientes pobremente ventilados, ha sido implicada como factor de riesgo para el desarrollo de EPOC.
- **Infecciones:** El antecedente de infecciones respiratorias graves en la infancia se ha asociado a una reducción de la función pulmonar y a un incremento de los síntomas respiratorios en la edad adulta. No obstante, las infecciones víricas pueden vincularse a otro factor, como el bajo peso al nacer, el cual se relaciona por sí mismo con el desarrollo de EPOC.
- **Situación socioeconómica:** Distintas evidencias demuestran que el riesgo de desarrollar EPOC se relaciona inversamente con la situación socioeconómica. Sin embargo, no se ha aclarado si esta situación refleja la exposición a contaminantes ambientales, el hacinamiento, la mala alimentación o a otros factores relacionados con la situación socioeconómica.

6.3.3 Historia natural

Estudios longitudinales de la función pulmonar han mostrado que en una persona normal, no fumadora, el VEF1 disminuye a partir de los 30 años un promedio de 25 a

30 ml por año. En 10 a 20% de los fumadores (fumadores susceptibles) se presenta una pérdida acelerada, mayor de 50 a 90 ml por año, a partir de la cuarta década.



Años después, generalmente después de los 60, la pérdida funcional puede ser significativa y se manifiesta por síntomas incapacitantes y mortalidad temprana. La función pulmonar perdida no se recupera al dejar el cigarrillo pero la velocidad con que se pierde es menor haciéndose similar a la de los no fumadores con lo cual se aplaza la llegada de los síntomas incapacitantes. En los fumadores no susceptibles el valor de los índices espirométricos es ligeramente inferior a la de los no fumadores pero la tasa de disminución es similar. No se conoce la evolución en el tiempo de la neumopatía por humo de leña que generalmente se ha diagnosticado en pacientes mayores y con síntomas de enfermedad avanzada.

Si el paciente sigue fumando la enfermedad progresa inexorablemente a pesar de cualquier otro tipo de tratamiento que se aplique. La suspensión del cigarrillo reduce la tasa de disminución del VEF1 y la mortalidad, especialmente en los pacientes con enfermedad leve a moderada.

6.3.4 Patogénesis

La EPOC se caracteriza por la presencia de un proceso inflamatorio crónico que afecta las vías aéreas, el parénquima y la circulación pulmonar. En distintas áreas del pulmón existe un incremento de macrófagos, linfocitos T y neutrófilos. Asimismo, las células inflamatorias activadas liberan una variedad de mediadores incluyendo el leucotrieno B4 (LTB4), la interleucina 8 (IL-8), el factor alfa de necrosis tumoral (TNF- α) y otros capaces de lesionar las estructuras pulmonares. Además de la inflamación, otros dos procesos que parecen ser de relevancia en la patogénesis de la EPOC son el desequilibrio de enzimas proteolíticas y antiproteasas en el pulmón y el estrés oxidativo.

La inflamación pulmonar está provocada por la exposición inhalatoria a partículas y gases nocivos. El humo del tabaco puede inducir inflamación y lesionar directamente el pulmón. Si bien se dispone de escasos datos, es probable que otros factores de riesgo de EPOC puedan iniciar un proceso inflamatorio similar y se cree que esta inflamación puede conducir al desarrollo de EPOC.

6.3.5 Anatomía patológica

Las alteraciones anatomopatológicas características de la EPOC pueden encontrarse en las vías aéreas centrales y periféricas, el parénquima y la circulación pulmonar. En las vías aéreas centrales tráquea, bronquios y bronquiolos mayores de 2-4 mm. de diámetro interno, las células inflamatorias infiltran el epitelio superficial. Asimismo, se observa agrandamiento de las glándulas secretoras mucosas e incremento del número de células caliciformes, que se asocian con hipersecreción mucosa. En las vías aéreas periféricas –pequeños bronquios y bronquiolos con un diámetro interno inferior a 2 mm. la inflamación crónica conlleva ciclos repetidos de lesión y reparación de la pared de la vía aérea. Como resultado del proceso de reparación se produce el remodelado estructural de la pared de la vía aérea, con incremento del contenido de colágeno y la formación de tejido cicatricial, que

conducen al estrechamiento de la luz y a la obstrucción permanente de las vías aéreas.

La destrucción del parénquima pulmonar en pacientes con EPOC ocasiona característicamente la formación de enfisema centrolobulillar, lo cual comporta la dilatación y destrucción de bronquiolos respiratorios. En los casos leves, estas lesiones ocurren principalmente en las regiones superiores del pulmón, pero en los más avanzados pueden extenderse difusamente a todo el pulmón y comporta la destrucción del lecho capilar pulmonar. El desequilibrio entre enzimas proteolíticas y antiproteinasas endógenas en el pulmón debido a factores genéticos o a la acción de células inflamatorias y mediadores es un mecanismo que parece ser de gran importancia en la destrucción enfisematosa del pulmón.

Los cambios vasculares pulmonares en la EPOC se caracterizan por el engrosamiento de la pared de los vasos que se inicia precozmente en la historia natural de la enfermedad. El engrosamiento de la íntima es el primer cambio estructural, seguido por el incremento del músculo liso y la infiltración de pared vascular por células inflamatoria.

6.3.6 Fisiopatología

Las alteraciones anatomopatológicas pulmonares son responsables de los cambios fisiológicos correspondientes característicos de la enfermedad, que incluyen hipersecreción mucosa, disfunción ciliar, limitación del flujo aéreo, hiperinsuflación pulmonar, anomalías del intercambio gaseoso, hipertensión pulmonar y *cor-pulmonale*. Por lo general, estas alteraciones se producen en el citado orden en el curso de la enfermedad.

La hipersecreción mucosa y la disfunción ciliar son responsables de la tos crónica y el aumento de la producción de esputo. Estos síntomas pueden estar presentes

durante muchos años antes de que se desarrollen otros síntomas o anomalías fisiopatológicas.

La limitación del flujo espiratorio, preferentemente documentada por medio de la espirometría, es el sello distintivo de los cambios fisiopatológicos de la EPOC y es la clave para el diagnóstico de la enfermedad. Se debe principalmente a la obstrucción permanente de las vías aéreas y al aumento consecuente de su resistencia. La destrucción de los anclajes alveolares, que impide que las pequeñas vías aéreas mantengan su estructura normal, desempeña un papel menos relevante.

En la EPOC avanzada, la obstrucción de las vías aéreas periféricas, la destrucción del parénquima y las anomalías vasculares pulmonares reducen la capacidad del pulmón para el intercambio gaseoso y provocan el desarrollo de hipoxemia y, posteriormente, de hipercapnia. La hipertensión pulmonar, que aparece más tarde en el curso de la EPOC (estadio III: EPOC grave), es la complicación cardiovascular de mayor importancia y da paso al desarrollo de *cor pulmonale* con un peor pronóstico. La prevalencia y la historia natural del *cor pulmonale* en el curso de la EPOC aún no han sido completamente clarificados.

Las etapas iniciales de la EPOC se caracterizan por una disminución de la luz de las vías aéreas periféricas de localización irregular. Al avanzar la enfermedad hay un aumento progresivo de la alteración obstructiva e hiperinflación que se manifiestan por aumento de la resistencia de las vías aéreas, disminución del VEF1 y de la CV, aumento del volumen residual y alteración de la relación ventilación/perfusión. Al presentarse enfisema la distensibilidad pulmonar estática y la capacidad pulmonar total aumentan y la capacidad de difusión para el monóxido de carbono disminuye.

Las alteraciones de la relación ventilación/perfusión son responsables del trastorno del intercambio gaseoso que se manifiesta por hipoxemia en las etapas iniciales e

hipoxemia e hipercapnia en las etapas avanzadas. Es frecuente observar hipercapnia cuando el VEF1 es menor de 1 L. Es muy posible que a más de 2.500 m se pueda encontrar hipoxemia con grados de obstrucción menos severos que los que se acompañan de hipoxemia a nivel del mar. En la EPOC avanzada se pueden encontrar regiones con aumento marcado de la relación ventilación/perfusión que probablemente representen zonas de enfisema severo con destrucción alveolar y pérdida de la vascularización pulmonar y regiones con relación ventilación/perfusión muy baja que corresponden a zonas con vías aéreas parcialmente obstruidas. En la mayoría de los pacientes hay un aumento moderado a severo del espacio muerto.

Al aumentar la severidad de la obstrucción hay limitación al flujo del aire durante la espiración normal que inicialmente se presenta durante el ejercicio pero más tarde puede presentarse en reposo. Al haber retardo del flujo espiratorio los estímulos respiratorios hacen que la inspiración se inicie antes que termine la espiración, disminuyendo el intervalo entre los esfuerzos inspiratorios sin que se realice una espiración completa con lo cual se produce la hiperinflación dinámica del tórax. La necesidad de iniciar la inspiración en una posición de hiperinflación imponen una carga o resistencia elástica adicional. El esfuerzo necesario para vencer esta resistencia puede contribuir a la sensación de disnea y a la fatiga de los músculos de la respiración.

En los pacientes con EPOC avanzada se presenta hipertensión pulmonar e hipertrofia del ventrículo derecho que se deben a vasoconstricción hipóxica y pérdida del lecho capilar.

6.3.7 Clasificación

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ha categorizado los estadios de la EPOC en:

Tabla 2 - Clasificación de la gravedad de la EPOC	
Estadio	Características
0: En riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometría normal • Síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo)
I: EPOC leve	<ul style="list-style-type: none"> • $FEV_1/FVC < 70\%$ • $FEV_1 \geq 80\%$ ref • Con o sin síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo)
II: EPOC moderada	<ul style="list-style-type: none"> • $FEV_1/FVC < 70\%$ • $30\% \leq FEV_1 < 80\%$ ref (IIA: $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ ref) (IIB: $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ ref) • Con o sin síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo, disnea)
III: EPOC grave	<ul style="list-style-type: none"> • $FEV_1/FVC < 70\%$ • $FEV_1 < 30\%$ ref o $FEV_1 < 50\%$ ref más insuficiencia respiratoria o cardíaca derecha

Estadio 0: En riesgo – Caracterizado por tos crónica y aumento de la producción de esputo. Los parámetros espirométricos de función pulmonar son todavía normales.

Estadio I: EPOC leve – Caracterizado por limitación leve del flujo aéreo ($FEV_1/FVC < 70\%$ si bien con un $FEV_1 > 80\%$ del valor de referencia) y generalmente, pero no siempre, por tos crónica y aumento de la producción de esputo. En este estadio, el individuo puede ignorar que su función pulmonar es anormal.

Estadio II: EPOC moderada – Caracterizado por un mayor deterioro de la limitación del flujo aéreo ($30\% \leq FEV_1 < 80\%$ del valor de referencia) y en general por progresión de los síntomas y dificultad respiratoria que se manifiesta característicamente durante el ejercicio. Éste es el estadio en que los pacientes usualmente solicitan atención médica debido a la disnea o a una exacerbación de la enfermedad. La distinción entre los estadios IIA y IIB se basa en el hecho de que las exacerbaciones se observan especialmente en pacientes con un FEV_1 inferior al 50% del valor de referencia. La presencia de exacerbaciones repetidas tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y requiere un tratamiento apropiado.

Estadio III: EPOC grave – Caracterizado por limitación importante del flujo aéreo (FEV1 <30% del valor de referencia), presencia de insuficiencia respiratoria o signos clínicos de insuficiencia cardíaca derecha. Los pacientes pueden tener EPOC grave (estadio III) incluso si el FEV1 es >30% del valor de referencia, si están presentes estas complicaciones. En este estadio, la calidad de vida se encuentra sustancialmente afectada y las exacerbaciones pueden poner en riesgo la vida de los pacientes.

4.3.8 Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas características de la EPOC son las siguientes:

- **Tos crónica.** Suele ser productiva y de predominio matutino. No guarda relación con la gravedad o las alteraciones funcionales respiratorias.
- **Expectoración.** La expectoración es de tipo mucoso y transparente pero puede ser carnosa en los grandes fumadores. Las características del esputo pueden ser de utilidad clínica. Un aumento de su volumen o purulencia puede indicar la presencia de una infección respiratoria. Un volumen expectorado superior a 30 ml/día sugiere la existencia de bronquiectasias. Durante las exacerbaciones se hace purulenta, abundante, viscosa y difícil de expectorar. Una cantidad excesiva de esputo sugiere bronquiectasias.
- **Disnea.** Es progresiva y cuando aparece existe ya una obstrucción moderada o grave al flujo aéreo. Se percibe de forma desigual por los enfermos y su relación con la pérdida de función pulmonar no es estrecha. La disnea de esfuerzo puede ser la manifestación inicial en algunos pacientes y en todos los casos se

intensifica a medida que la enfermedad avanza llegando a comprometer severamente las actividades de la vida diaria.

Grado	Escala	Descripción
0	No hay disnea	No se fatiga
1	Leve	Se fatiga al caminar rápido en lo plano o al subir un pendiente suave.
2	Moderada	Debe caminar en lo plano más despacio que una persona normal porque se fatiga.
3	Moderadamente severa	Debe detenerse caminando en lo plano a su propio paso porque se fatiga.
4	Severa	Caminando en lo plano debe detenerse cada 50 metros a los pocos minutos porque se fatiga.
5	Muy severa	Se fatiga al vestirse o desvestirse y no puede salir de su casa porque se fatiga.

Modificación de la escala propuesta por el British Medical Research Council Millic Emil, AJRCCM 1996; 154 :1726- 34.

- **Sibilancias:** los pacientes que ha sufrido tos y la expectoración, generalmente matinal, por muchos años sin que estas hubieran llamado su atención hasta que un episodio intercurrente, posiblemente infeccioso, aumenta la intensidad de la tos o se acompaña de sibilancias y disnea.
- **Disminución en la tolerancia al ejercicio:** Cuando se produce una caída del gasto cardíaco o un estado catabólico o durante el ejercicio, si el consumo de energía supera al aporte, los depósitos metabólicos se agotan y puede aparecer fatiga muscular y falla respiratoria.
- **Aleteo nasal:** evidente al tomar aire y los labios se pueden fruncir (la forma que adoptan los labios al silbar) al exhalar.

- **Bronquitis crónica** (Perfil *Blue bloater*): sobrepeso, alrededor de 50 años, expectoración abundante, disnea tardía, grave alteración del intercambio de gases, cambios crónicos radiológicos, frecuente aparición de cor pulmonale, disminución leve de la difusión de CO.
- **Enfisema** (Perfil *Pink Puffer*): astenia, alrededor de 60 años, escasa expectoración, disnea precoz, leve alteración de la difusión de gases, signos radiológicos de hiperinsuflación y bullas, muy baja capacidad de difusión de CO.

Los músculos inspiratorios y la disnea

El balance entre la sobrecarga mecánica y la capacidad de los músculos inspiratorios para vencerla puede ser expresado por la relación entre la presión empleada en cada inspiración (P_i) y la presión inspiratoria máxima que los músculos pueden desarrollar ($P_{i_{max}}$).

En la EPOC la P_i aumenta por el incremento de la resistencia y por la disminución de la complacencia. La hiperinflación acorta los músculos inspiratorios y reduce su capacidad máxima para generar presión ($P_{i_{max}}$).

La sensación de disnea está estrechamente relacionada a la fuerza de contracción de los músculos inspiratorios o mejor al aumento de la relación $P_i/P_{i_{max}}$, puesto que esta refleja la fuerza de contracción relativa alcanzada por dichos músculos.

El mecanismo que relaciona la disnea con el aumento de $P_i/P_{i_{max}}$ se atribuye a la sensación del esfuerzo requerido para respirar. El aumento de esta sensación está estrechamente vinculado al impulso motor central de la respiración.

En efecto los pacientes con EPOC, durante la respiración basal adoptan espontáneamente el tipo respiratorio que produce la menor sensación de esfuerzo. Cuando la actividad respiratoria se incrementa, el patrón respiratorio cambia, $P_i/P_{i_{max}}$ aumenta, e induce la percepción de la disnea. A partir de la aparición de este síntoma la actividad queda limitada y la calidad de vida disminuida.

Fatiga de los músculos inspiratorios

La fatiga de los músculos inspiratorios aparece cuando la presión desarrollada, o la duración de la contracción muscular, superan ciertos límites. En realidad la resistencia a la fatiga depende de que los músculos reciban un adecuado aporte de oxígeno y nutrientes. En estos pacientes las necesidades energéticas de los músculos respiratorias están aumentadas por el mayor trabajo ventilatorio y la menor eficiencia muscular.

La disminución del intercambio gaseoso

La obstrucción de la vía aérea y la formación de grandes espacios aéreos más allá de los bronquiolos terminales, determinan una alteración de la distribución del gas inspirado que altera la relación ventilación-perfusión (V/Q) y disminuye la efectividad del intercambio gaseoso alvéolo-capilar.

La hipoxemia

En las unidades obstruidas con baja relación V/Q el volumen de sangre en exceso de la ventilación se incorpora a la circulación sistémica sin ser totalmente arterializado. Este fenómeno es la causa mayor de hipoxemia en los pacientes con EPOC.

En estas unidades hipoventiladas en relación a su perfusión, se produce retención de dióxido de carbono e hipoxemia secundaria que estimulan el centro respiratorio.

La hiperventilación en las unidades donde la relación V/Q se mantiene vecina a lo normal, compensa la retención de CO₂, pero no puede compensar la hipoxemia, por las características de la curva de disociación de la hemoglobina. En efecto, su porción superior plana indica que la sangre capilar en las unidades bien ventiladas está casi completamente saturada y puede incorporar poco O₂ adicional. Por lo contrario la curva de disociación para el CO₂ es lineal en el rango fisiológico y el aumento de la ventilación incrementa la eliminación del gas en todas las unidades funcionantes. De este modo durante lapsos prolongados los enfermos sólo presentan un aumento del gradiente alvéolo-arterial de O₂ y una hipoxemia arterial con normocapnia

La hipoxemia crónica progresiva es un rasgo característico de la EPOC. Cuando ella alcanza una PaO₂ << 60 mmHg, causa importantes efectos sistémicos que afectan a todos los órganos de la economía. Los pacientes con hipoxemia crónica tienen un aumento de la morbi-mortalidad. Ella es causada directamente por la penuria de O₂ a nivel celular o a través de una alteración secundaria como la poliglobulia o el aumento de la presión vascular pulmonar.

6.3.9 ASPECTOS PSICOSOCIALES

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez- Marín,1995); desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica, en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre & Beneit, 1994).

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Los factores de riesgo psicosociales de un individuo se relacionan con su historia personal y su momento histórico-social. Las vivencias traumáticas sin posibilidad de elaboración, la falta de sostén afectivo y el desamparo social pueden producir cambios en el cuerpo y desencadenar o agravar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Los pacientes con EPOC presentan aspectos psicosociales como:

- Estrés
- Depresión
- Hostilidad
- Aislamiento social
- Sentimiento de soledad
- Dificultades de conexión con el cuerpo y los propios sentimientos

- Problemáticas familiares, laborales y/o sociales.

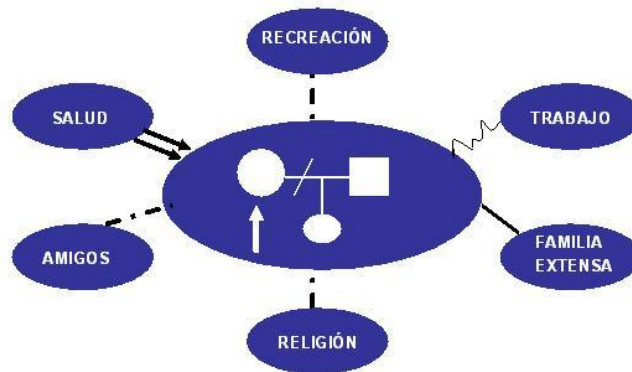
Aspectos a tener en cuenta para la evaluación de los aspectos psicosociales

- **Apgar familiar:** Para el análisis de los aspectos psicosociales en la fase diagnóstica se evalúa la funcionalidad familiar (APGAR familiar según Smilkstein, rango 0-20 puntos) con el fin de obtener un diagnóstico de disfunción familiar y soporte de amigos. consta de 5 preguntas que mide los componentes del funcionalismo familiar en cuanto a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 puntos. Se considera buena función familiar si se obtiene entre 7 y 10 puntos, moderada disfunción si el resultado es de 4 a 6 puntos y disfunción grave si la puntuación es menor de 4.

Cuadro 1
Apgar familiar en la evaluación diagnóstica

	Hunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?		X			
¿Me satisface la participación que mi familia brinda?				X	
¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?				X	
¿Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?				X	
Me satisface cómo compartimos en mi familia:					
a. el tiempo para estar juntos					
b. los espacios en la casa					
c. el dinero					X
¿Tiene usted algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					X
¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?					X

- **Ecomapa:** útil para observar la presencia de recursos extrafamiliares.



Gráfica 1. Ecomapa en la evaluación diagnóstica

- **Ocupacional:** Se evalúan las dificultades laborales por las incapacidades y por las reubicaciones repetidas. Debido a la patología la recreación y la relación con amigos, familia y demás.
- **Datos sociodemográficos del paciente:** edad (años), sexo, peso (kg), talla (cm), índice de masa corporal (IMC), estado civil, nivel de estudios, situación laboral.

Tabla I

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO. IC: INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%				
Variables sociodemográficas		Frecuencia (n=278)	%	IC 95%
Edad	Menos de 41	4	1,4	0,25 - 12,9
	41-49 años	4	1,5	0,25 - 12,0
	50-59 años	40	14,5	3,5 - 25,2
	60-69 años	124	44,5	35,8 - 53,3
	70-79 años	88	31,6	21,9 - 41,3
	> 80 años	18	6,5	4,8 - 17,8
Género	Varón	244	87,8	83,7 - 91,9
	Mujer	34	12,2	1,1 - 23,2
IMC	<20	5	1,8	-9,8 - 13,4
	20-25	67	24,1	13,8 - 34,3
	25-30	116	41,7	32,7 - 50,6
	>30	90	32,4	22,7 - 42,6
Estado civil	Soltero	12	4,3	-7,1 - 15,7
	Casado	242	87,1	82,8 - 91,3
	Separado	5	1,8	1,1 - 2,4
	Viudo	19	6,8	4,5 - 18,1
Nivel estudios	Sin estudios	128	46,7	38 - 55,3
	Sabe leer y escribir	43	15,7	4,9 - 26,5
	Primarios	84	30,7	20,8 - 40,5
	Bachiller	12	4,4	-7,2 - 16
	Superiores	6	2,2	-9,5 - 13,9
	Otros*	1	0,4	-11,9 - 12,7
Situación laboral	Trabaja	17	6,2	5,2 - 17,6
	En paro	11	4,0	-7,5 - 15
	Jubilado	212	77,1	71,4 - 82,5
	Otros**	35	12,7	1,6 - 23,7

Nivel de estudios Otros: casos perdidos. Situación laboral Otros**: trabajo no remunerado (ama de casa, voluntario).*

- **Antecedentes patológicos:** psicopatologías (ansiedad, depresión, insomnio) por los efectos de los mismos y su tratamiento en el curso clínico de la EPOC; osteoarticulares (artrosis y artritis) por la limitación de la movilidad que puede generar; hipertensión arterial (HTA), dislipemias y diabetes por la frecuencia de estas patologías, y trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, arteriopatía arterioesclerótica, aneurisma, insuficiencia cardiaca, insuficiencia

venosa, fibrilación auricular, valvulopatía), por su poder de enmascaramiento de la disnea respiratoria.

- Salud autopercebida:** se pueden utilizar 2 cuestionarios: uno genérico, el Perfil de Salud de Nottingham (NHP) que consta de 38 ítems pertenecientes a 6 dimensiones: energía, dolor, emotividad, sueño, aislamiento social y movilidad física. Se completa con 7 preguntas sobre limitaciones a causa de la salud en 7 actividades de la vida diaria. Y otro específico de patología respiratoria, el Cuestionario respiratorio de St. George (SGRQ) que consta de 50 ítems repartidos en 3 escalas: síntomas (frecuencia y severidad de los síntomas respiratorios), actividad (limitación de la actividad a causa de la disnea) e impacto (alteraciones psicológicas y de funcionalismo social producidas por la enfermedad respiratoria). Ambos cuestionarios han sido validados y traducidos al español y se puntúan de 0 (mejor estado de salud) a 100 (peor estado).

Tabla III

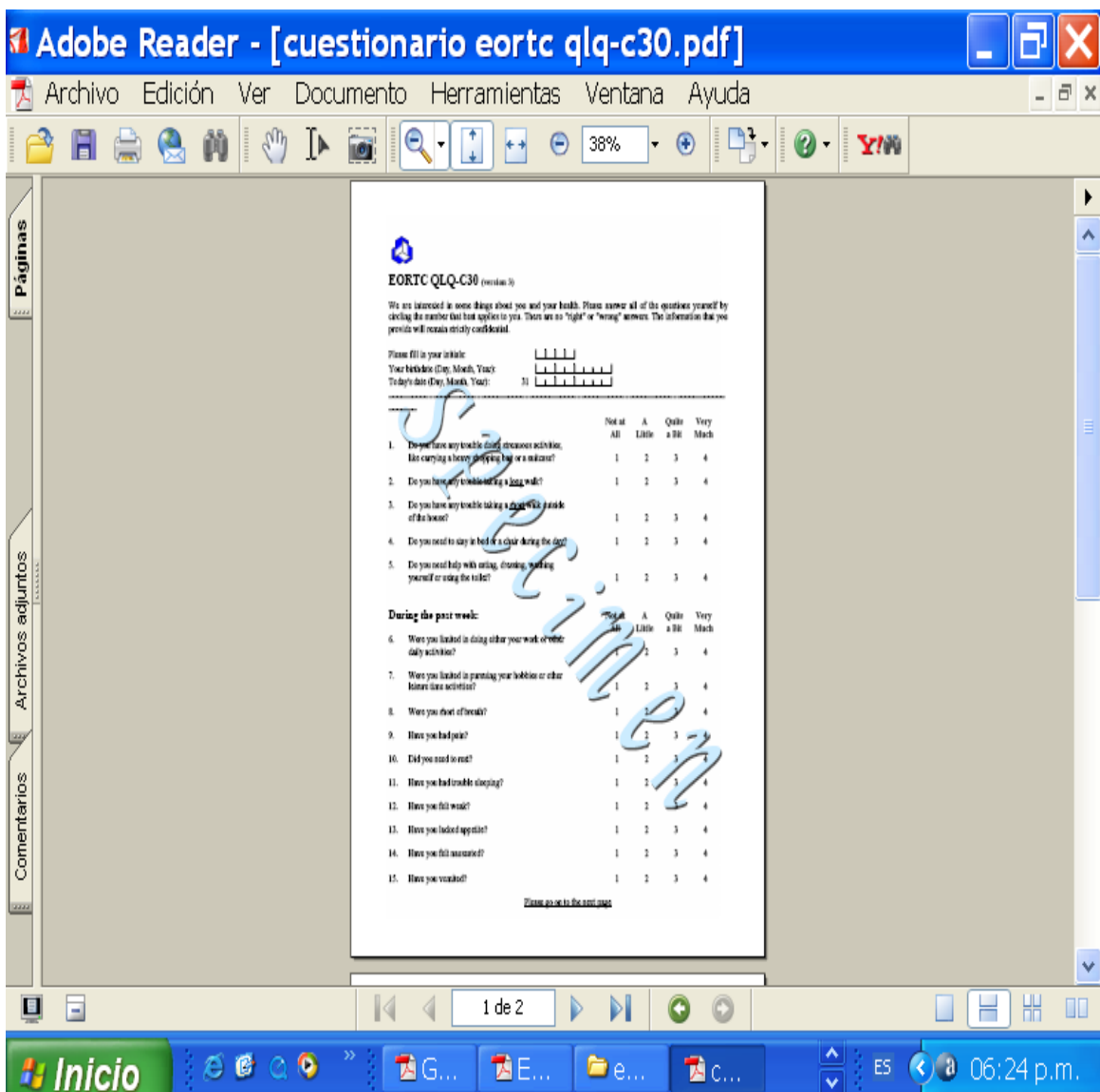
PUNTUACIONES DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON EPOC OBTENIDA CON EL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (NHP) Y CON EL CUESTIONARIO RESPIRATORIO ST. GEORGE (SGRQ). VALORES DE LAS ESCALAS DE 0-100

NHP	Media	Mediana	Desv. St	IC 95%
Energía	40	33,3	36,9	35,6-44,4
Dolor	35,9	25	31,4	32,3-39,5
Emotividad	32,5	33,3	27,1	29,4-38,6
Sueño	41,9	40	34	37,8-45,9
A. Social	15,3	0	22,1	12,7-17,9
Movilidad	36,7	37,5	24,5	33,9-39,5
NHP total	33,4	30,6	21,8	30,8-36
SGRQ	Media	Mediana	Desv. St	IC 95%
Síntoma	37,7	36,7	21,3	35,2- 40,3
Actividad	53,8	55,0	30,4	50,2- 57,4
Impacto	38,0	34,3	18,2	35,8- 40,1
Total	40,9	38,8	19,0	38,6- 43,2

- Apoyo social,** mediante la escala de DUKE-UNC, consta de 11 ítems que recogen valores referidos al apoyo afectivo y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5 ,9 y

11 del cuestionario, con puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo contamos con 6 ítems que se corresponde con las preguntas 1, 4, 6, 7, 8, y 10 del test, con puntuación total de 30. Si se obtiene más de 18 puntos habrá buen apoyo afectivo.

- Cuestionario de la calidad de vida de la EORTC QLQ-C30



6.3.10 TRATAMIENTO

6.3.10.1 MEDICO

Las actividades iniciales a realizar ante un paciente con sospecha de EPOC son, por tanto, las siguientes:

- Valoración clínica: síntomas, signos, tabaquismo, comorbilidad, agudizaciones, ingresos hospitalarios, efectos secundarios e interacciones del tratamiento, estado nutricional, etc.
- Espirometría forzada y test de broncodilatación.
- Valoración de otras exploraciones: radiografía de tórax, gasometría arterial, determinación de alfa-1 antitripsina sérica (caso de no tener una determinación previa), análisis de sangre y orina, ECG, etc.
- Plan de tratamiento inicial:
 - Broncodilatadores
 - Los antibióticos
- Educación sanitaria: información sobre la enfermedad, técnica de inhalación, consejo antitabaco, dieta y ejercicio, vacunaciones antigripal y antineumocócica.
- Estimación de la calidad de vida.
- Valoración de los aspectos familiares y psicosociales.

EPOC ESTABLE

- El enfoque global del tratamiento de la EPOC estable se caracteriza por un incremento de éste por etapas, dependiendo de la gravedad de la enfermedad.
- En pacientes con EPOC, la educación sanitaria puede optimizar las habilidades, la capacidad de sobrellevar la enfermedad y el estado general de salud. Además,

puede ser efectiva para lograr ciertas metas, incluyendo la cesación del hábito de fumar.

- Ninguno de los medicamentos existentes para el tratamiento de la EPOC ha demostrado reducir la pérdida progresiva de la función pulmonar a largo plazo, sello distintivo de esta enfermedad. Por consiguiente, la terapéutica farmacológica de la EPOC se utiliza para reducir los síntomas y/o las complicaciones.
- Los broncodilatadores desempeñan un papel central en el tratamiento sintomático de la EPOC. Se pueden administrar a demanda o regularmente, para prevenir o reducir los síntomas.
- Los principales tratamientos broncodilatadores son los agonistas beta-2, anticolinérgicos, teofilina y la combinación de uno o más de estos preparados.
- El tratamiento regular con glucocorticosteroides inhalados sólo debe prescribirse a pacientes sintomáticos en que se haya documentado una respuesta espirométrica al glucocorticoesteroide o en aquellos con un FEV1 <50% del valor de referencia y con exacerbaciones repetidas que hayan requerido ser tratadas con antibióticos y/o glucocorticosteroides por vía oral.
- Debe evitarse el tratamiento crónico con glucocorticosteroides sistémicos debido a que existe una relación riesgo-beneficio desfavorable.
- Todos los pacientes con EPOC se benefician de programas de entrenamiento físico, mejorando la tolerancia al ejercicio y los síntomas de disnea y fatiga.

- La administración de oxígeno a largo plazo (>15 horas por día) a los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica ha demostrado que aumenta la supervivencia.

Abandono del tabaco

Abandonar el hábito tabáquico debe ser la primera y más importante medida terapéutica en todos los pacientes con una EPOC. Al dejar de fumar se reduce la tos y disminuye la expectoración. En algunos casos el FEV₁ mejora mínimamente y, en general, suele frenarse la pérdida de función pulmonar que se asocia con la persistencia del tabaquismo. También mejora la supervivencia a largo plazo.

6.3.10.2 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico se utiliza para prevenir y controlar los síntomas, reducir la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones y mejorar el estado general de salud y la tolerancia al ejercicio. Ninguno de los medicamentos existentes para el tratamiento de la EPOC ha demostrado poder reducir la pérdida progresiva de la función pulmonar a largo plazo, que es una característica distintiva de esta enfermedad. Sin embargo, esto no debe impedir procurar el uso de medicamentos para controlar los síntomas de la enfermedad.

Broncodilatadores

Los broncodilatadores desempeñan un papel central en el tratamiento sintomático de la EPOC. Estos fármacos son administrados ya sea a demanda, para aliviar los síntomas persistentes o progresivos, o siguiendo un régimen regular para prevenir o reducir los síntomas.

Los broncodilatadores habitualmente mejoran los síntomas, aunque no siempre producen cambios en los valores espirométricos o éstos son de escasa magnitud. La vía de elección para administrarlos es la inhalatoria.

Beta-2 adrenérgicos:

- De acción corta. Se recomienda su uso a demanda (medicación de rescate) cuando aparecen o aumentan los síntomas en la EPOC estable y en las agudizaciones.
- De acción prolongada. Se aconseja su empleo de forma pautada cuando predominan los síntomas nocturnos, cuando quiere reducirse el número diario de inhalaciones y siempre que se precise aliviar los síntomas de forma continuada.
- Anticolinérgicos. Tienen un efecto broncodilatador comparable o incluso superior al de los agentes beta-2 agonistas de acción corta y su margen de seguridad es mayor. Cuando se utilizan conjuntamente con los agentes betaadrenérgicos su acción broncodilatadora es aditiva. Están indicados en el tratamiento de mantenimiento de los pacientes con una EPOC estable sintomática.
- Metilxantinas. Tienen un poder broncodilatador ligeramente menor y sus efectos secundarios son más frecuentes y, en ocasiones, importantes. Su administración debe reservarse para conseguir una mayor potencia broncodilatadora cuando se emplean conjuntamente con anticolinérgicos y beta-2 agonistas.

Glucocorticosteroides

El tratamiento prolongado con glucocorticosteroides inhalados en pacientes con EPOC no modifica la reducción progresiva a largo plazo del FEV1. El tratamiento regular con glucocorticosteroides inhalados sólo es apropiado para tratar pacientes sintomáticos en los que se haya documentado una respuesta espirométrica al

glucocorticosteroide inhalado, o en aquellos pacientes con FEV1 <50% del valor de referencia (estadio IIB: EPOC moderada y estadio III: EPOC grave) y exacerbaciones repetidas, que hayan requerido tratamiento con antibióticos y/o glucocorticosteroides por vía oral. No se conocen la relación dosis-respuesta ni el perfil de seguridad del tratamiento con glucocorticosteroides inhalados a largo plazo en pacientes con EPOC.

En la EPOC, no se recomienda el tratamiento con glucocorticosteroides orales a largo plazo. No existen evidencias que demuestren beneficios a largo plazo con este tratamiento. Además, uno de los efectos secundarios del tratamiento con glucocorticosteroides sistémicos a largo plazo es la miopatía esteroidea, que puede contribuir al desarrollo de debilidad muscular, reducción de la funcionalidad e insuficiencia respiratoria en pacientes con EPOC avanzada.

Antibióticos

No está recomendado el uso de antibióticos, más allá del tratamiento de las exacerbaciones infecciosas de la EPOC y de otras infecciones bacterianas. El uso de antibióticos debe decidirse en relación con la presencia de alguno de los tres síntomas que indican la existencia de una agudización infecciosa de naturaleza bacteriana: incremento de la disnea, aumento del volumen de la expectoración y purulencia del esputo. Si los tres síntomas están presentes debe administrarse un antibiótico. Si sólo se observan uno o dos síntomas, la indicación debe valorarse individualmente. En todo caso, la agudización de una EPOC grave siempre debe tratarse con antibióticos por el riesgo que comportaría un fracaso terapéutico.

Mucolíticos

Aunque algunos pacientes con esputo viscoso pueden beneficiarse del tratamiento con mucolíticos, los beneficios globales parecen ser muy escasos. Por consiguiente, a partir de las evidencias actuales, el uso extendido de estos preparados no puede ser recomendado.

Estimulantes respiratorios y antioxidantes.

No hay suficientes datos como para recomendar el empleo regular de estas sustancias en la EPOC. En algunos estudios se sugiere que el tratamiento regular con N-acetilcisteína podría disminuir el número de agudizaciones.

Sustancias antioxidantes

Los antioxidantes, en particular N-acetilcisteína, han demostrado reducir el número de exacerbaciones y podrían desempeñar un papel en el tratamiento de pacientes con EPOC que presentan exacerbaciones recurrentes¹²⁹⁻¹³² (**Evidencia B**). Sin embargo, deben evaluarse cuidadosamente los resultados de los estudios actualmente en curso, antes de que su uso regular pueda ser recomendado.

Inmunorreguladores

Un estudio que utilizó un inmunoestimulador en pacientes con EPOC demostró la reducción de la gravedad (aunque no de la frecuencia) de las exacerbaciones¹³³, si bien estos resultados no han sido reproducidos. Por lo tanto, el uso convencional de este tratamiento no puede ser recomendado a partir de las evidencias actuales

Antitusivos

Aunque la tos es frecuentemente un síntoma molesto de la EPOC tiene un papel protector significativo. Por consiguiente, el uso regular de antitusivos está contraindicado en pacientes con EPOC estable.

Vasodilatadores

En pacientes con EPOC estable, el óxido nítrico inhalado puede empeorar el intercambio gaseoso debido a que puede alterar aún más el desequilibrio subyacente de las relaciones ventilación-perfusión. Su uso está, por lo tanto, contraindicado.

Estimulantes respiratorios

Doxapram, un estimulante respiratorio no específico disponible de uso intravenoso, no está recomendado en la EPOC estable. Tampoco se recomienda el uso regular de bismesilato de almitrina en pacientes con EPOC estable.

Narcóticos

Éstos están contraindicados en la EPOC debido a su efecto depresivo respiratorio y a que potencialmente pueden empeorar la hipercapnia. Diversos estudios clínicos sugieren que el uso de morfina para controlar la disnea puede tener efectos adversos graves y que sus beneficios se limitan a unos pocos individuos sensibles. Asimismo, deben evitarse la codeína y otros narcóticos analgésicos.

6.3.10.3 Tratamiento no farmacológico

Oxigenoterapia

La administración a largo plazo de oxígeno (>15 horas por día) en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica ha demostrado que aumenta la supervivencia. También puede tener un impacto beneficioso sobre las condiciones hemodinámicas y hematológicas, la capacidad del ejercicio, la mecánica pulmonar y la capacidad intelectual. La oxigenoterapia a largo plazo se indica generalmente en pacientes con EPOC en estadio III: EPOC grave, que presentan:

- PaO₂ igual o inferior a 7,3 kPa (55 mmHg) o SaO₂ inferior a 88%, con o sin hipercapnia; o
- PaO₂ entre 7,3 kPa (55 mmHg) y 8,0 kPa (60 mmHg) o SaO₂ de 89%, si existen evidencias de hipertensión pulmonar, edema periférico sugestivo de insuficiencia cardiaca congestiva o policitemia (hematócrito >55%).

Los objetivos de la oxigenoterapia a largo plazo son aumentar la PaO₂ en condiciones basales hasta por lo menos 8,0 kPa (60 mmHg) al nivel del mar y en reposo, y/o la SaO₂ hasta por lo menos 90%, lo cual preservará la función vital de los diversos órganos asegurando un aporte adecuado de oxígeno.

La indicación de la oxigenoterapia a largo plazo debe fundamentarse en la medición de la PaO₂ con el individuo despierto.

La prescripción debe incluir siempre la fuente de oxígeno suplementario (gaseoso o líquido), el método de administración, la duración y el flujo que se debe aplicar en reposo, durante el ejercicio y durante el sueño.

En las exacerbaciones no complicadas de la EPOC puede alcanzarse con facilidad un valor adecuado de oxigenación (PaO₂ >8,0 kPa, 60 mmHg o SaO₂ >90%), si

bien puede presentarse retención de CO₂ en forma insidiosa y con manifestaciones clínicas sutiles. Por este motivo, una vez iniciada la administración de oxígeno, deben verificarse los gases en sangre arterial a los 30 minutos, para asegurarse de que la oxigenación es satisfactoria y sin retención de CO₂ o acidosis. Las máscaras del tipo Ventura son más precisas que las cánulas nasales como fuente de administración controlada de oxígeno, aunque probablemente el paciente las tolere con menos facilidad.

Ventilación mecánica

Hasta el momento, no hay ninguna evidencia convincente que avale el uso de ventilación mecánica en el tratamiento convencional de pacientes con EPOC estable.

La ventilación mecánica no invasiva, a través de máscaras nasales o faciales, permite el reposo de los músculos respiratorios y determina una mejoría del intercambio de gases. Según los datos actualmente disponibles la ventilación mecánica no invasiva podría utilizarse en el tratamiento hospitalario de las agudizaciones graves de la EPOC que cursen con insuficiencia respiratoria hipercápnica. Sin embargo, actualmente no puede recomendarse la aplicación continuada o domiciliaria de este procedimiento terapéutico.

6.3.10.4 Tratamientos quirúrgicos

Bullectomía:

En pacientes cuidadosamente seleccionados, este procedimiento es eficaz para reducir la disnea y mejorar la función pulmonar. Antes de decidir la conveniencia de

realizar la resección de una bulla son esenciales la TC torácica, la medición de los gases en sangre arterial y las pruebas funcionales respiratorias.

La extirpación de quistes o bullas pulmonares de gran tamaño puede mejorar la función respiratoria y la tolerancia al ejercicio. Las técnicas videotoracoscópicas actualmente en uso permiten que las resecciones se lleven a cabo de forma menos cruenta. El trasplante pulmonar puede ser un tratamiento útil en algunos pacientes con una EPOC grave, menores de 65 años y no fumadores. La cirugía de reducción de volumen puede ser una alternativa terapéutica para algunos casos de enfisema grave.

Cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP):

La CRVP es un procedimiento quirúrgico paliativo cuya eficacia aún no ha sido suficientemente demostrada, aunque existen algunos resultados alentadores.

En la actualidad, se encuentran en fase de investigación varios estudios aleatorizados sobre la eficacia y el coste de la CRVP en comparación con el abordaje terapéutico convencional¹⁵⁹.

Hasta que no se conozcan los resultados de estos estudios, el uso generalizado de la CRVP no puede ser recomendado

6.4 MARCO LEGAL

En Colombia, la **Ley 3/2001**, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, establece que, el acceso a la

historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de docencia o de investigación, (siendo nuestro caso, este último) se rige a su vez por lo dispuesto en la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y en la **Ley 14/1986**, de 25 de abril, general de sanidad.

Además, la **Ley 23 De 1981**, también, hace referencia que la historia clínica, es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. De la misma manera, el **Decreto 3380 De 1981** por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981, establece que las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.

Asimismo, en nuestro país existe en vigencia la **Resolución N° 008430 De 1993** (4 DE OCTUBRE DE 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

ARTICULO 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

ARTICULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Teniendo en cuenta que nuestro proyecto está estrechamente relacionado con la revisión de historias clínicas, las cuales son documentos médicos-legales,

confidenciales, se nos hace necesaria, entonces, resaltar que la revisión de ellas, amerita nuestro total cumplimiento de las leyes vigentes que regulan este mecanismo.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: en la presente Investigación se realizara un estudio Descriptivo, Transversal; el cual se llevara a cabo en Inmunoalergia. De la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009.

Población: La población objeto del presente estudio serán todos los pacientes tanto del sexo femenino como masculino que se encuentren el rango de edad de 43 a 87 años, con diagnostico clínico de EPOC, que acuden al servicio de consulta externa de Inmunoalergia de la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
Sexo	Nominal	Masculino, femenino	Cualitativa
Aparición de síntomas nuevos	Nominal	Abierta	Cualitativa
Estado de salud	Nominal	Excelente, muy buena, buena, regular, mala	Cualitativa
Limitaciones físicas para realizar actividades cotidianas	Nominal	Sí, me limita mucho; si me limita un poco; no, no me limita nada	Cualitativa
Problemas en el área laboral	Nominal	Si, no	Cualitativa
Alteraciones del estado emocional.	Nominal	Si, no	Cualitativa

Estado de riesgo	Nominal	Riesgo bajo, riesgo intermedio, riesgo alto	Cualitativa
Edad	De razón	Abierta	Cuantitativa
Afecciones laborales y actividades diaras por dificultad respiratoria	Ordinal	Nada , un poco regular , bastante mucho	Cuantitativa
Episodios de dificultad respiratoria	Ordinal	No ninguno sí, muy poco sí, un poco , sí, moderado, sí, mucho, sí, muchísimo	Cuantitativa
Cambios en el estilo de vida	Ordinal	Nada , un poco regular bastante mucho	Cuantitativa

Técnicas de Recolección de los datos

Para la recolección de los datos se procederá a aplicar un instrumento de recolección de datos (anexo no. 1 **la encuestas**) vía telefónica a la población objeto del presente estudio, diligenciadas en el periodo de marzo hasta mayo del año 2010, el cual contiene todas las variables de interés de la presente investigación.

Técnicas de Análisis de de los datos

Con los datos obtenidos se procederá a crear una base de datos en Microsoft Excel 2007, en donde se procederá a tabular los resultados arrojados por la encuesta; Una vez tabulados previamente los datos se elaboran las graficas que representaran los datos obtenidos y así seguir con el análisis y la discusión de dichas graficas, en donde se dará a conocer la situación clínica y psicosocial de los pacientes encuestados. Además el análisis nos brinda información acerca los hallazgos más

relevantes y los diferentes puntos de vistas de los pacientes a cerca la enfermedad y las repercusiones en el estilo de vida ante la aparición de esta.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Nombre del proyecto	FI: 07/02/10			
Introducción				
Justificación	FT:15/02/10			
Planteamiento del problema	FI: 18/02/10			
Formulación del problema - Objetivos	FI: 26/02/10	FT: 8/03/10		
Marcos teóricos (MG, MC, ML)		FI: 16/03/10 FT: 18/03/10		
Metodología		FT:20/03/10	FT: 15/04/10	
Operacionalización de las variables.			FI: 14/04/10 FT: 26/04/10	
Recolección de las historias clínicas				FI: 06/03/10 FT:14/05/10
Tabulación y Análisis de los resultado				FI:14/05/10 FT:16/05/10
Entrega de proyecto				FE:18/05/10

FI: Fecha de iniciación; **FT:** Fecha de terminación; **MG:** Marco geográfico; **MC:** Marco conceptual; **ML:** Marco legal; **FE:** Fecha de entrega.

9. RECURSOS HUMANOS

INVESTIGADORES:

Luis Guillermo Marrugo Gómez
Karen Ruiz Pastrana
Claudia Sierra Buelvas
Fabian Valencia Ramirez
Jorge Mario Valencia Ramirez

ASESORES:

Walter Antonio Torres Villa

Asesor metodológico

Diego Villota

Jefe Departamento de Investigación

10. MATERIALES:

- Resma de papel
- Útiles de escritorio
- Tinta de impresora
- Horas de Internet
- Llamadas telefónicas
- Fotocopias
- Pasajes
- Refrigerio

11. PRESUPUESTO

Recursos humanos

- Asesores : 300.000
- Investigadores: 150.000

SUBTOTAL: \$ 1.350.000

Recursos Materiales

- Resma de papel: 25.000
- Útiles de escritorio: 20.000
- Tinta de impresora: 100.000
- Horas de Internet: 80.000
- Fotocopias: 50.000
- Pasajes: 120.000
- Refrigerio: 150.000
- Llamadas telefónicas: 80.000

SUBTOTAL: \$ 625.000

TOTAL: \$ 1975.000

12. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

La población en estudio era de 113 pacientes comprendida por 82 mujeres y 31 hombres, de los cuales 21 pacientes conformado por 15 mujeres y 6 hombres no se logro realizar dicha encuesta por qué no se pudo hacer contacto telefónico con ellos, reduciendo la población en estudio en total de 92 pacientes.

Se practico una encuesta a dichos pacientes con diagnosticado de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009. Los resultados arrojados fueron:

TABLA # 1:

SEXO DE LOS PACIENTES: con diagnosticado de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009	
FEMENINO:	67 PACIENTES
MASCULINO:	25 PACIENTES

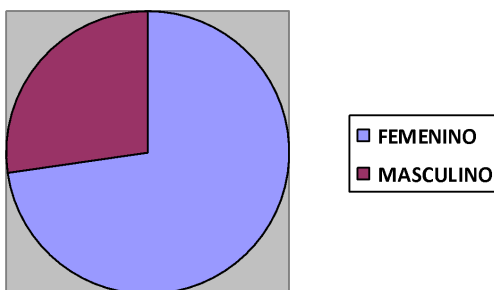


Figura 1: Sexo

De 92 pacientes con dx De EPOC tenidos en cuenta para la aplicación de la encuesta del trabajo de investigación se obtuvo que la mayoría pertenecía al sexo femenino (67 pacientes) comparada con el sexo masculino (25 pacientes).

TABLA # 2:

EDAD DE LOS PACIENTES: con diagnosticado de EPOC que asistían a consulta externa a Inmunoalergia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre del 2009

EDAD (EN RANGOS)	FEMENINO	MASCULINO
43 - 49	5	3
50 - 57	26	4
58 - 64	13	3
65 - 72	13	10
73 - 79	5	5
80 - 87	5	3
TOTAL	67	25

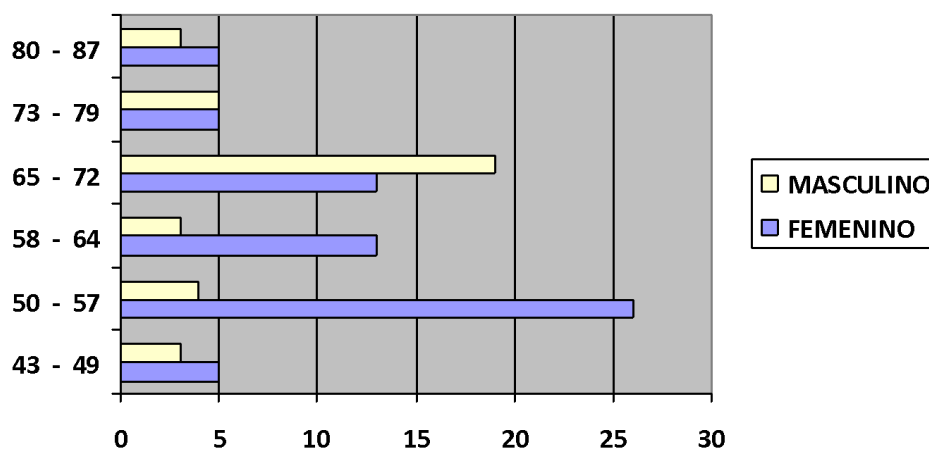


Figura 2: Edad

Según la aplicación de la encuesta la edad de los pacientes con dx de Epoc el rango en el sexo femenino de mayor incidencia con dicha patología fue de 50 a 57 años; y el sexo masculino fue de 65 a 72 años; estableciendo que en los hombres se presenta mas esta patología en adultos mayores y las mujeres en edades más tempranas.

TABLA # 3:

ESTADO DE SALUD: En general, usted diría que su salud después de haber tenido EPOC es:

ESTADO DE SALUD:	
Excelente	3
Muy buena	8
Buena	30
Regular	35
Mala	16
TOTAL: 92 pacientes	

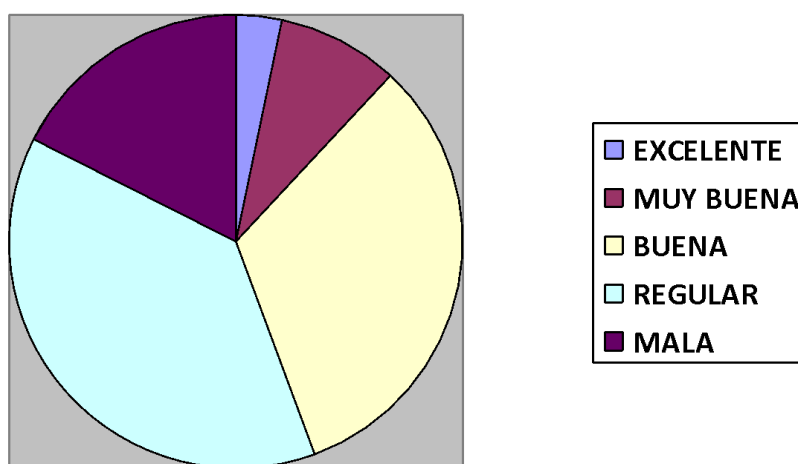


Figura # 3: Estado de salud

Con respecto al estado de salud de estos pacientes después de haber tenido EPOC en la investigación podemos corroborar que 38% de la población en estudio tiene un estado de salud regular; que el 32,6 su estado de salud es bueno; que el 17% su estado de salud es malo; que el 8,6 su estado de salud es muy bueno y el 3,2 es excelente.

Tabla # 4: Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual o después de haber tenido EPOC ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Limitación física para realizar ciertas actividades cotidianas

Actividad	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos	33	44	15
Esfuerzos moderados	26	58	8
Subir varios pisos	39	38	15
Agacharse o arrodillarse	3	6	83
Caminar una sola manzana	19	28	45
Bañarse o vestirse por si mismo	11	18	63

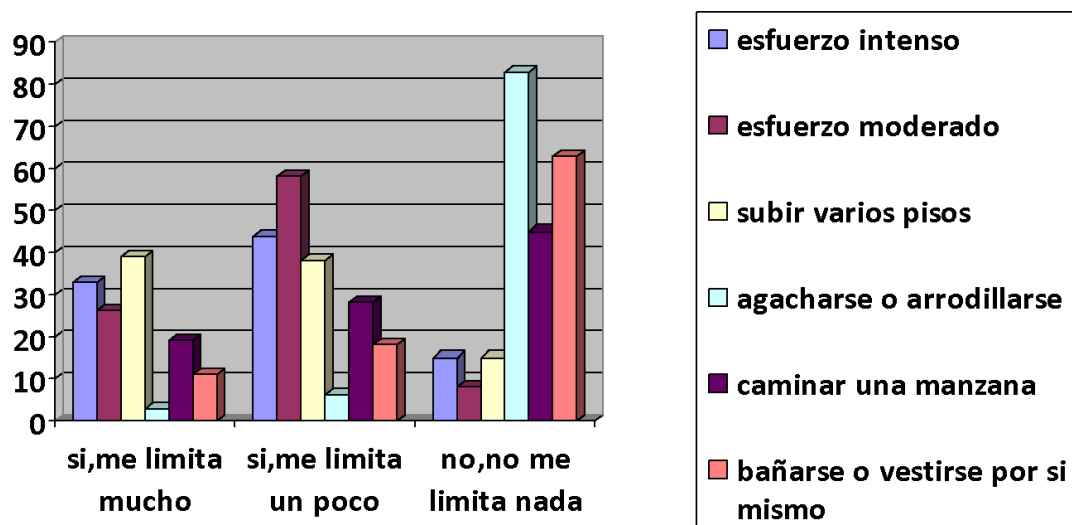


FIGURA 4: Limitación física para realizar ciertas actividades cotidianas

Con respecto a la limitación física para realizar ciertas actividades cotidianas

De estos pacientes después de haber tenido EPOC en la investigación podemos corroborar que al hacer esfuerzos intensos el 47,8 % Sí, me limita un poco, que el 35,8 % Sí, me limita mucho y que el 16,3 % No, no me limita nada. Que al hacer Esfuerzos moderados que el 63% Sí, me limita un poco, que el 28,2 Sí, me limita mucho y que el 8,6 % No, no me limita nada. Que al Subir varios pisos el 42,3 % Sí, me limita mucho, que el 41,3% Sí, me limita un poco y que el 16,3 No, no me limita nada. Que al Agacharse o arrodillarse 90,2% No, no me limita nada, que el 6,5% Sí, me limita un poco y que el 3,2 %Sí, me limita mucho. Que al Caminar una sola manzana que el 48,9% No, no me limita nada, que el 30,4% Sí, me limita un poco y que el 20,6% Sí, me limita mucho. Y que al Bañarse o vestirse por si mismo que el 68,4% No, no me limita nada, que el 19,5 Sí, me limita un poco y que el 11,9 % Sí, me limita mucho.

TABLA # 5: En los últimos meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física o después de haber tenido EPOC?

	SI	NO	TOTAL
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	20	72	92
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	12	80	92
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	32	60	92
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costó más de lo normal)	24	68	92

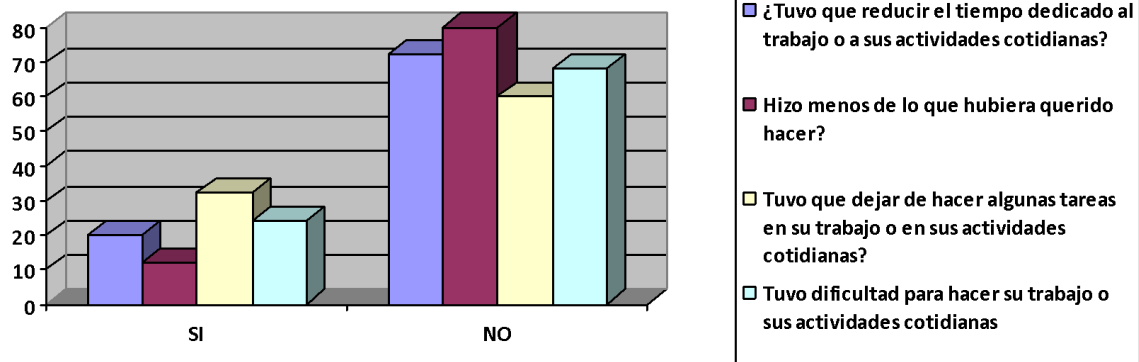


Figura # 5: Problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas

Con respecto a los problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física o después de haber tenido EPOC en la investigación podemos corroborar que el 78,2% de los pacientes no redujeron el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas y que el 21,27 si lo hicieron; que el 86,95 de los pacientes no hicieron menos de lo que hubiera querido hacer y que el

13,0% si hicieron menos de lo que hubiera querido hacer. Que el 65,2% no dejaron de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas y que el 34,7 si dejaron de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas. Y por ultimo 73,9% de los pacientes no se le dificulto hacer su trabajo o sus actividades cotidianas y que el 26,0% si presentaron dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas.

TABLA # 6: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿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)?

	SI	NO
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional	22	70
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional	9	83
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	13	79

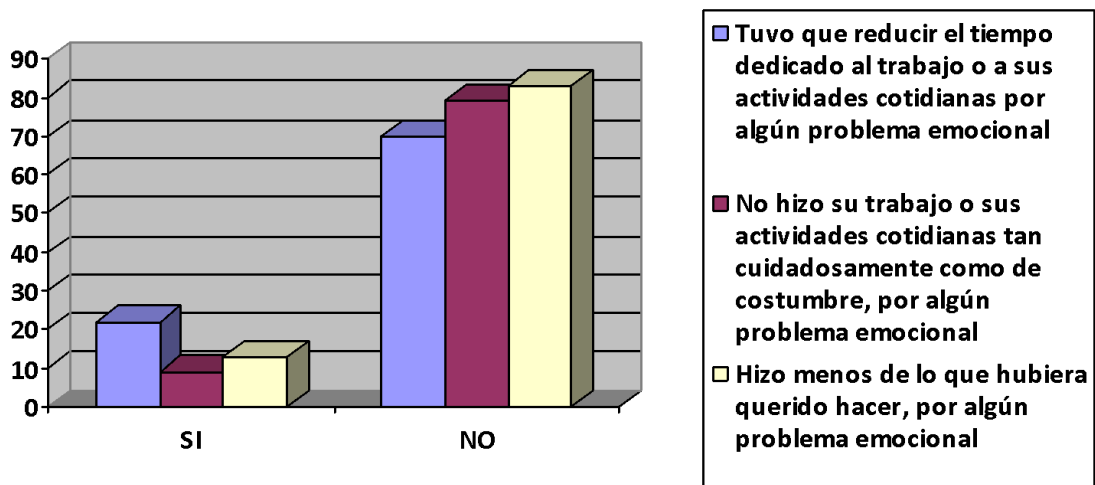


Figura # 6: Problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas por problemas emocionales (como estar triste, deprimido o nervioso)

Con respecto a los Problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas por problemas emocionales (como estar triste, deprimido o nervioso) en la investigación podemos corroborar que el 76,0% no redujeron el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional y el 23,9 % si redujeron el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional. Que el 85,86% no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional y el 14,1 si hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional. Y que el 90,2 % Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional y que el 9,7 % si Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional.

TABLA # 7: En los últimos meses o después de haber tenido EPOC ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

BASTANTE	38
UN POCO	29
REGULAR	18
NADA	5
MUCHO	2

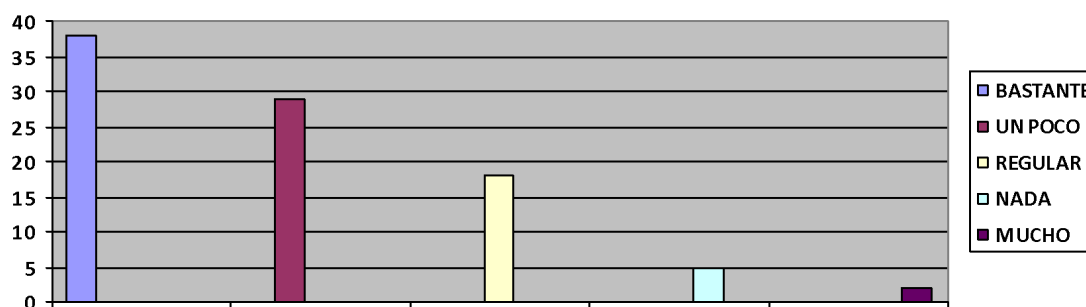


Figura # 7: En los últimos meses o después de haber tenido EPOC ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas

Con respecto a la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas han afectado su vida después de presentar EPOC en la investigación podemos corroborar que el 41,3 % de los pacientes bastante, que el 31,5 % de los pacientes un poco, que el 19,56 % de los pacientes regular, que el 5,43% de los pacientes nada y que el 2,17 % de los pacientes mucho.

Tabla # 8: ¿Tuvo dificultad respiratoria o problemas con su respiración durante las últimas semanas o meses después de haber tenido EPOC?

NO	31
SI, UN POCO	37

SI, MODERADO	14
SI, MUCHO	10

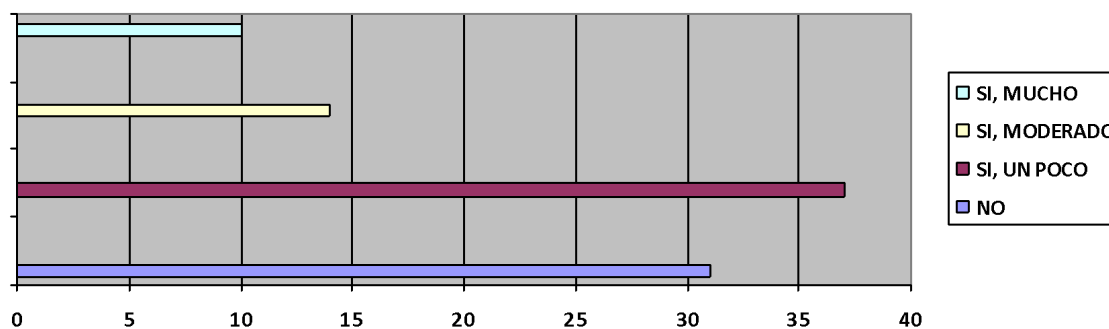


Figura # 8: ¿Tuvo dificultad respiratoria o problemas con su respiración durante las últimas semanas o meses después de haber tenido EPOC?

Con respecto a la dificultad respiratoria o problemas con su respiración durante las últimas semanas o meses después de haber tenido en la investigación podemos corroborar que el 40,2% si un poco presentaron problemas respiratorios, que el 33,6% no presentaron problemas respiratorios, que el 15,21 % moderadamente presentaron problemas respiratorios y que en menor porcentaje 10,8 % presentaron muchos problemas respiratorios.

TABLA # 9: Durante los últimos meses 4 semanas ¿cuánto tiempo

	SIEMPRE	ALGUNA VECES	NUNCA
se sintió lleno de vitalidad	86	4	2
estuvo muy nervioso	45	37	10
se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	38	38	16
se sintió agotado	67	16	9

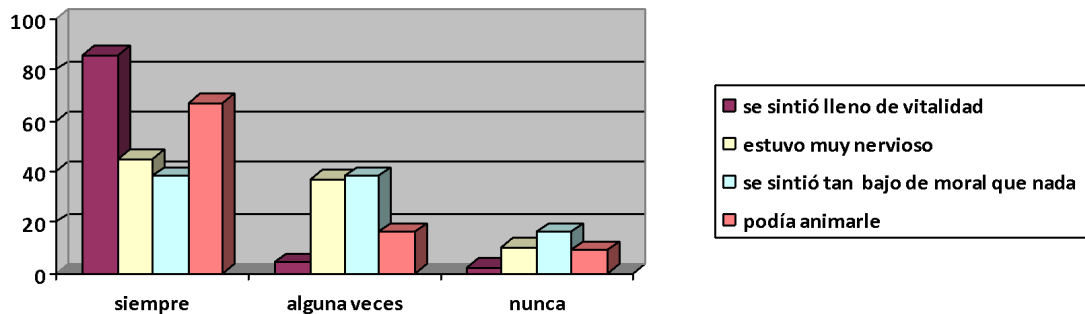


TABLA # 9: Durante los últimos meses 4 semanas ¿cuánto tiempo

Con respecto a los últimos meses ¿cuánto tiempo? los pacientes con EPOC se sintieron lleno de vitalidad el 93,47 % siempre se sintieron así, 4,3% algunas veces se sintieron así y el 2,17 nunca se sintieron así. El 48,9% siempre se sintieron nerviosos, el 40,2% algunas veces se sintieron nerviosos y el 10,86% nunca se sintieron nerviosos. El 41,30% siempre se sintieron tan bajo de moral que nada Podía animarles, el 41,30% alguna veces se sintieron tan bajo de moral que nada Podía animarles y el 17,39 % nunca se sintieron tan bajo de moral que nada. Podía animarles. Y el 72,82% siempre se sintieron agotados, el 17,39% alguna veces se sintieron agotado y el 9,78 nunca se sintieron agotados.

TABLA # 10: CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	CIERTA	NO LO SE	FALSA
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	65	17	10
Estoy tan sano como cualquiera	80	7	5
Creo que mi salud va a empeorar	7	55	30
Mi salud es buena	89	2	1

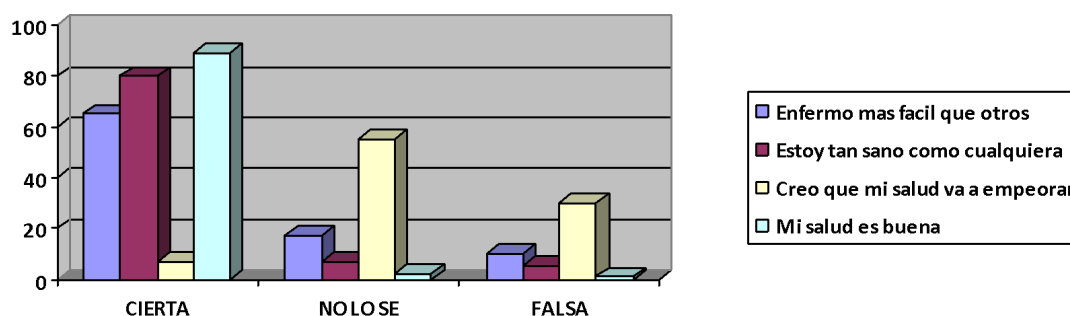


Figura # 10: CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases

Con respecto a CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases se concluyo que el 70,65% es cierto Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas, que el 18,47% no sabe si se pongo enfermo más fácilmente que otras personas y que el 10,86% es falso o que se pongo enfermo más fácilmente que otras personas. Que el 86,95 % es cierto que sabe que está sano como cualquiera, que el 7,60% no sabe si está sano como cualquiera y que el 5,43% es falso que está sano como cualquiera. Que el 59,78% no sabe si salud va a empeorar, que el 32,60% afirma que es falso que su salud va empeorar y que el 7,60% asegura que es cierto que su salud va a empeorar. Que el 96,73% afirma que es cierto que su salud es buena, que el 2,17% asegura que no sabe si salud es buena y que el 1,08 asegura que es falso que su salud sea buena.

TABLA # 11: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Qué tanto ha cambiado su estilo de vida?

NADA	17
UN POCO	65
MUCHO	10

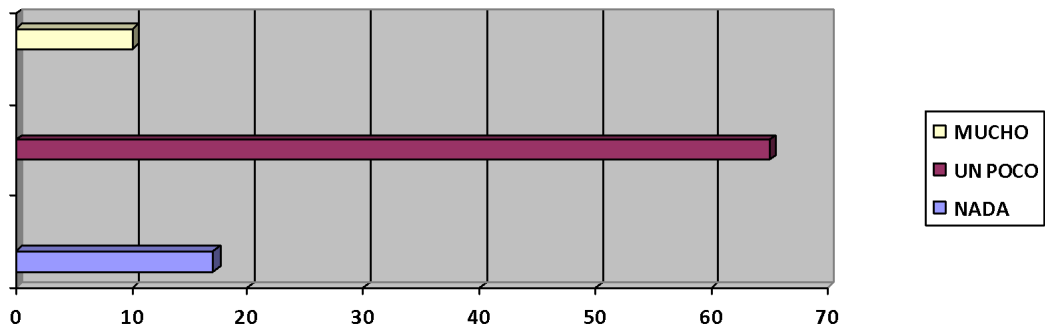


Figura # 11: Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Qué tanto ha cambiado su estilo de vida?

Con respecto al cambio en el estilo de vida de los pacientes el 70,65% de los pacientes un poco le ha cambiado su estilo de vida, que el 18,47% de los pacientes nada le ha cambiado su estilo de vida y que el 10,8% de los pacientes mucho le ha cambiado su estilo de vida.

TABLA # 12: Durante Los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Ha presentado algún síntoma o ha aparecido un síntoma nuevo?

SI	12
NO	80

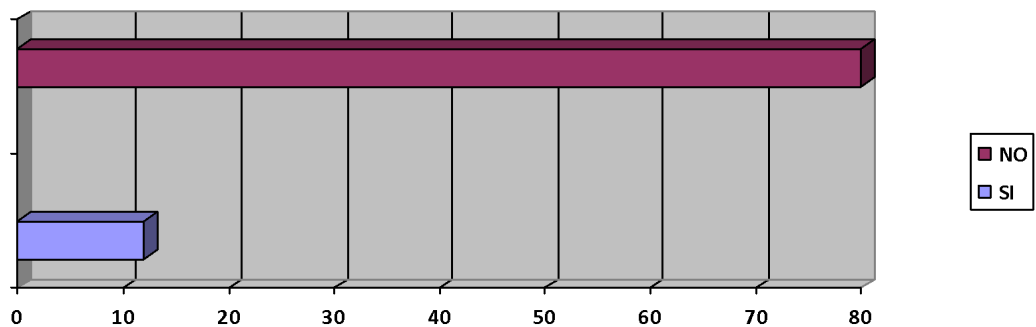


Figura # 12: Durante Los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿Ha presentado algún síntoma o ha aparecido un síntoma nuevo?

Con respecto si se ha presentado algún síntoma o se le ha aparecido algún síntoma nuevo el 86,95% no se le ha presentado algún síntoma y el 13,045 si se le ha presentado algún síntoma.

13. DISCUSIÓN

La EPOC es un trastorno que se caracteriza por la reducción del flujo espiratorio máximo ósea una obstrucción al flujo aéreo que no cambia de modo significativo durante meses o años de observación. La obstrucción es lentamente progresiva y reversible en un pequeño porcentaje. Es probable que se asocie luego de un tiempo a bronquitis crónica, enfisema. Teniendo en cuenta la literatura y por el contrario de lo que nos da la muestra del estudio es que esta se presentó más en mujeres que en hombres ya sea porque en nuestro medio las pacientes afectadas fueron más expuestas al humo de leña que los pacientes de sexo masculino, Aunque esto no descarta en ningún momento que el factor de mayor predisposición sea el cigarrillo. Claramente se ve un deterioro no total pero si progresivo del aspecto psicosocial del paciente con epoc aunque considerando la parte cultural todo paciente que sabe que está enfermo y recibe medicamento luego de un tiempo se desamina de luchar contra la enfermedad no siendo exclusivo de esta enfermedad. En general el estado de salud según la literatura va a depender de su deterioro y los cambios de estilo de vida u medicamentos tomados para efecto de su mejoría, como sabemos los anticolinérgicos como bromuro de ipratropio y bromuro de tiotropio son los únicos que han demostrado mejora en la capacidad funcional pulmonar, interviniendo directamente el deterioro y la afectación o disminución de interactividad social afectada en los no tratados con esto u ya sea que haya tenido cambio de estilo de vida, a diferencia de los que no lo hacen o no se tratan correctamente. Ahora en cuanto a la aparición de síntomas nuevos notamos que solo un 13.04% ha sentido nuevos síntomas ósea que se sienta que ha empeorado físicamente mas no nos diría exactamente si este afecta directamente su relación psicosocial al punto de inhabilitar como se mostró en la tabla 7 muchos de las funciones normales del día de cada paciente desde el punto de vista social. También hay que tener en cuenta que esta aparición de nuevos síntomas pueden ser enfermedades concomitantes con el

epoc antes mencionadas, qué predispone a un deterioro más rápido y disminución del capacidad de salud ya afectada del paciente.

Este estudio muestra que en la mayoría de los pacientes su afectación es lenta y que su relación con el factor psicosocial va deteriorándose igual que esta. Son pocos los que muestran una disminución de las actividades físicas y a esto sumado la edad avanzada de los pacientes en donde se ve en toda la población una disminución de actividades cotidianas por esta.

En relación de los volúmenes pulmonares no se puede hablar de su relación con el estado psicosocial del paciente ya que la prueba no presenta esta variable, aunque por lógica un VEF deteriorado será igual al deterioro físico, mental y social del paciente.

14. CONCLUSIONES

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica genera en el paciente una pérdida progresiva de la capacidad funcional hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana.

Como resultado de este trabajo podemos concluir que:

- En inmunoalergia hay una mayor asistencia en el periodo del 10 de enero hasta el 20 de noviembre a consulta externa de mujeres con diagnóstico de EPOC que hombres.
- El 38% de la población en estudio su estado de salud fue regular
- El 42,3% de toda la población la mayoría de los pacientes en estudio tienen ciertas limitaciones físicas como agacharse, vestirse, caminar una manzana llevándola a la disminución de relacionarse social, laboral y familiar.
- En un Paciente con EPOC su salud se ve limitada en todas estas esferas, tanto física, Psicológica y social. En ellos la percepción de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad. Los síntomas se ven exacerbados por las condiciones sociales de los pacientes llevándolo a tener miedo, ansiedad, incomunicación, la pérdida de autoestima e incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Los factores de riesgo psicosociales de un individuo se relacionan con su historia personal y su momento histórico-social. Las vivencias traumáticas sin posibilidad de elaboración, la falta de sostén afectivo y el desamparo social pueden producir cambios en el cuerpo y desencadenar o agravar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. La mayoría de los pacientes con EPOC presentan aspectos psicosociales como: Estrés, Depresión , Hostilidad , Aislamiento social , Dificultades de conexión con el cuerpo y los propios sentimientos y Problemáticas familiares, laborales y/o sociales llevándolos a que su estilo de vida cambie un poco.

15. BIBLIOGRAFIA

A. M. FERNÁNDEZ Vargas, M. J. Bujalance Zafra, F. Leiva Fernández, F. Martos Crespo*, A. J. García Ruíz*, F. Sánchez de la Cuesta y Alarcón. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Medifam vol.11 no.9 Madrid Oct.-Nov. 2001, online, disponible en Internet: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900003&lng=en&nrm=iso.

ÁLVAREZ JL -Sala^a, E Cimas^a, JF Masa^a, M Miravittles^a, J Molina^a, K Naberan^a, P Simonet^a y JL Viejo^a. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001; 37: 269 – 278 ISSN0579-2129, online, disponible en Internet: <http://www.archbronconeumol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/abn/mrevista.fulltext?pid=13017451>

ARENAS Carolina, M.D., Julián A. Herrera, M.D. El paciente con tos crónica: un reto para el médico VOLUMEN 37 N° 2 (Supl 1), 2006. ISSN 1657-9534 Online, disponible en internet: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No2sup.1/html/cm37n2s1a8.htm>.

CABALLERO AS, Torres C, Maldonado D, Jaramillo C, Guevara D. Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Oclusiva Crónica en cinco ciudades colombianas, Revista Médica Sanitas, online, disponible en Internet: <http://www.saludinteligente.com/MundoSanitas/Actividades+Cientificas/Premio+Nacional+de+Medicina/Articulos+Premiados/Edicion+6+-+PREVALENCIA+EPOC.htm>.2005.

CUENCA Rosa Álvarez. Concepto de riesgos psicosociales, online: <http://www.mtas.es/insht/research/PRCuenca.htm>.2003

DEFINICIÓN y clasificación de la gravedad de la EPOC, material suministrado por la Docente Larissa Perea. 2007

FUNDACIÓN de Cardiología. La influencia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad coronaria, online: <http://www.fundacioncardiologica.org/psicosociales.htm>.

POVEDA Rosa Salvá. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA. Online: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_2.htm

VINACCIA Stefano; Japcy Margarita Quiceno; Carla Zapata; Susana Obesso; Diana Carolina Quintero. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Psicol. Caribe no.18 Barranquilla Dec. 2006, online, disponible en Internet: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2006000200005&lng=en&nrm=iso.

YEPES FJ. Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia. Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá: Editorial Presencia; 1990.

ANEXOS

16. ANEXOS

ENCUESTA:



SF-36

Identificación Fecha

Nombre.....Edad.....

Sexo.....

1.- *En general, usted diría que su salud después de haber tenido EPOC es:*

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

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

Sí, me limita mucho Sí me limita un poco No, no me limita nada

a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados,

- o participar en deportes agotadores
- b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora
- d) Subir varios pisos por la escalera
- f) Agacharse o arrodillarse
- i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)
- j) Bañarse o vestirse por sí mismo

3.- En los últimos meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física o después de haber tenido EPOC?

SI NO

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
- c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
- d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo Normal)

4.- Durante los últimos meses después de haber tenido EPOC ¿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)?

SI NO

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?
- c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

5.- En los últimos meses o después de haber tenido EPOC ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

6.- ¿Tuvo dificultad respiratoria o problemas con su respiración durante las últimas semanas o meses después de haber tenido EPOC?

No Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho

7.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas después de haber tenido EPOC durante Los últimos meses. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante los últimos meses ¿cuánto tiempo

Siempre Alguna Vez Nunca

- a) se sintió lleno de vitalidad?.....
- b) estuvo muy nervioso?
- c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? ...
- d) se sintió agotado?

8.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

