UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Terapia Física

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ENERO 2016 – ENERO 2019.

Trabajo de titulación previa a la obtención

del título de Licenciado en Terapia Física

Modalidad: Proyecto de investigación

Autoras:

Paula Karol Arteaga Figueroa

C.I. 0106436520

Correo electrónico: paulaarteaga0@gmail.com

Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay

C.I.: 0302298260

Correo electrónico: veritojcs@hotmail.com

Director:

Mgs. Verónica Vanessa Cárdenas León

C.I. 0104943030

Cuenca – Ecuador

25 – abril – 2022

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ha presentado la mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Es la tercera causa de muerte en el mundo, y se considera que va a ir en aumento en los próximos años según los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS); debido a que ésta se caracteriza porque se da una restricción del flujo de aire repercutiendo así en la calidad de vida de estos pacientes (1).

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Homero Castanier Crespo, enero 2016 – enero 2019.

Metodología: estudio cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, según los pacientes que acudieron al Hospital Homero Castanier Crespo, la muestra se tomaron de los registros internos de la institución, se recolecto la información mediante el formulario, posterior se realizaron tablas para el análisis estadístico mediante el software SPSS 15.0

Resultados: De los 72 participantes con diagnóstico de EPOC el 52,8 % fueron mujeres y el 47,2 % hombres; la edad promedio de las personas fue de 81,8 años. Con la aplicación del cuestionario se observó disminución de la calidad de vida en cuanto a la salud general en relación al tiempo diagnóstico.

Conclusión: Los datos demuestran que mientras más años de diagnóstico mayor es el deterioro en su parte física como emocional haciendo que su calidad de vida vaya en declive; a mayor tiempo de evolución de la patología menor calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Cuestionario de salud SF-36 (SF-36). Calidad de vida.

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has presented the highest morbidity and mortality worldwide. It is the third leading cause of death in the world, and it is considered that it will increase in the coming years according to statistical data from the World Health Organization (WHO); because it is characterized by a restriction of airflow, thus affecting the quality of life of these patients (1).

Objective: To determine the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease at the Homero Castanier Crespo Hospital, January 2016 - January 2019.

Methodology: quantitative observational, descriptive, retrospective study, according to the patients who attended the Hospital Homero Castanier Crespo, the sample was taken from the internal records of the institution, the information was collected using the form, then tables were made for statistical analysis using SPSS 15.0 software.

Results: Of the 72 participants diagnosed with COPD, 52.8% were women and 47.2% men; the average age of the persons was 81.8 years. With the application of the questionnaire, a decrease in the quality of life in terms of general health was observed in relation to the time of diagnosis.

Conclusion: The data show that the more years of diagnosis, the greater the deterioration in their physical and emotional condition, causing their quality of life to decline; the longer the evolution of the pathology, the lower the quality of life.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). SF-36 health questionnaire. Quality of life.

ÍNDICE

RESUMEN 2
ÍNDICE 4
ÍNDICE DE TABLAS 6
ÍNDICE DE FIGURAS 6
DEDICATORIA 11
AGRADECIMIENTO 13
1 CAPITULO I 15
1.1 INTRODUCCIÓN 15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16
1.3 JUSTIFICACIÓN 17
2 CAPITULO II 19
2.1 Enfermedades respiratorias 19
2.2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 19
2.2.1 Factores de riesgo 20
2.3 Fisiopatología de la EPOC 20
2.3.1 Producción de secreciones 21
2.4 Clasificación de la EPOC 22
2.4.1 Bronquitis crónica 22
2.4.2 Enfisema pulmonar 22
2.5 Clasificación por gravedad 23
2.6 Exacerbaciones de la EPOC 23
2.7 Calidad de vida y EPOC 24
2.8 Cuestionario sf-36 25
2.9 Interpretación 26
3 CAPÍTULO III 27
OBJETIVOS 27
3.1 Objetivo general 27
3.2 Objetivos específicos 27
4 CAPÍTULO IV 28

4.1 Tipo de estudio 28
4.2 Área de estudio 28
4.3 Universo y muestra 28
4.4 Criterios de inclusión y exclusión 28
4.4.1 Inclusión 28
4.4.2 Exclusión 28
4.5 Variables 29
4.6 Métodos técnicas e instrumentos para recolección de datos 29
4.6.1 Métodos y técnicas 29
4.6.2 Instrumento 29
4.6.3 Procedimientos 29
4.7 Plan de tabulación y análisis 30
4.8 Aspectos éticos 30
5 CAPÍTULO V 32
5.1 Resultados 32
6 CAPÍTULO VI 41
6.1 Discusión 41
7 CAPÍTULO VII 43
7.1 Conclusiones 43
7.2 Recomendaciones 43
8 CAPÍTULO VIII 45
8.1 Referencias bibliográficas 45
9 CAPÍTULO IX 49
9.1 Anexo 1. Operacionalización de variables 49
9.2 Anexo 2. Formulario de recolección de datos 51
9.3 Anexo 3. Cuestionario SF-36 52
9.4 Anexo 4. Consentimiento informado 59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según sexo, edad, estado civil, instrucción y lugar de residencia, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022..... 32
Tabla 2: Frecuencia de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según su tiempo de diagnóstico, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022 34
Tabla 3: Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según los componentes del Cuestionario SF-36, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022..... 35
Tabla 4: Relación de la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022..... 38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según sexo, edad, estado civil, instrucción y lugar de residencia, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022..... 33
Figura 2: Frecuencia de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según su tiempo de diagnóstico, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022 34
Figura 3: Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según la dimensión del componente físico del Cuestionario SF-36, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022..... 36
Figura 4: Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según la dimensión del componente emocional del Cuestionario SF-36, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022..... 37
Figura 5: Relación de la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022..... 39

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Paula Karol Arteaga Figueroa en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ENERO 2016 – ENERO 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de abril del 2022

Paula Karol Arteaga Figueroa

C.I: 0106436520

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ENERO 2016 – ENERO 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca, 25 de abril del 2022

Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay

C.I: 0302298260

Cláusula de Propiedad Intelectual

Paula Karol Arteaga Figueroa, autora del trabajo de titulación "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ENERO 2016 – ENERO 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de abril del 2022

Paula Karol Arteaga Figueroa

C.I: 0106436520

Cláusula de Propiedad Intelectual

Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay, autora del trabajo de titulación "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ENERO 2016 – ENERO 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de abril del 2022

Verónica Crespo

Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay
C.I: 0302298260

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada principalmente a Dios, por haberme permitido llegar a este día, ya que gracias a él he logrado concluir esta etapa de mi vida.

A mi madre, porque ella estuvo a mi lado en todo el camino, dándome palabras de aliento que no me dejaban rendirme y me motivaba a continuar luchando por mis sueños, inspirándome a seguir adelante para superarme cada día más y así poder estar preparada para lo que la vida me depare en el futuro.

A mi padre, que a pesar de la distancia siempre está pendiente de mí, recordándome que puedo superar cualquier adversidad que se presente en mi camino, en todas sus palabras que me han impulsado a ser una gran profesional y que me ha ayudado a seguir adelante sin desmayar.

– Paula Arteaga

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi madre Rosa por estar presente en cada una de las etapas de mi vida, por su sacrificio, por confiar plenamente en mí y siempre brindarme palabras de aliento; por nunca dejarme caer e impulsarme a ser cada día mejor.

A mi padre Gabriel, que Dios lo tiene en su gloria y ahora es un ángel que siempre cuida de mí y que su bendición a lo largo de todo este camino me ha dado fuerza para salir en adelante; sé que estará muy orgulloso de verme crecer tanto personal como profesionalmente.

– Verónica Crespo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas que me brindó la oportunidad de formar parte de esta, y a todos sus docentes que participaron en mi formación académica.

A mi profesora Verónica Vanessa Cárdenas León por haberme permitido realizar la tesis bajo su dirección. Por haberme brindado su confianza, sus conocimientos y sobre todo su apoyo en este proyecto y por todo el aporte que me dio para generar ideas en el desarrollo de la tesis. Le agradezco por toda su disponibilidad y paciencia que tuvo para resolver todas mis dudas que se fueron presentando en el transcurso de la investigación

Para mis amigos, porque ha sido un largo camino en donde se ha ido atravesando situaciones en donde cada uno de ellos me ha ofrecido sus conocimientos y experiencias tanto personales como profesionales, dándome todo el apoyo en momentos que creía que iba a desfallecer, dándome su apoyo para seguir en este camino.

Y por supuesto, a mi familia porque sin el apoyo de ellos no estuviera en donde estoy ahora, me generaron aspiraciones e ideales y me impulsaron para que logre todo ello.

– Paula Arteaga

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme salud y vida para cumplir cada una de mis metas que me he propuesto.

De igual manera, agradezco a los docentes y todo el personal de la Universidad de Cuenca por, Facultad de Ciencias Médicas que me permitieron realizar mi formación en esta universidad.

A mi tutora Verónica Cárdenas por darme esa mano amiga en todo el proceso universitario y más aún en este proyecto final, por brindarme siempre su conocimiento, paciencia y disponibilidad de tiempo para guiarme en la realización de esta tesis.

Gracias a toda mi familia, amigos, conocidos por aportar con un granito de arena en mi formación.

– Verónica Crespo

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una alteración inflamatoria crónica, la misma que se puede prevenir, diagnosticar y tratar; teniendo como característica principal, la restricción del flujo aéreo. Esta enfermedad presenta varias causas, el tabaquismo, factores genéticos y factores ambientales; los mismos que producen diversos síntomas como son: disnea (dificultad para respirar), tos y expectoración (1).

A pesar de que la EPOC sea considerada como una enfermedad que se puede prevenir, sigue siendo catalogada como una patología respiratoria de mayor prevalencia y con altos índices de mortalidad a nivel mundial, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que en el año 2015, hubo cerca de 3,17 millones de personas que fallecieron por esta causa; de los cuales el 90% de estos decesos se dieron en países de bajos y medianos ingresos, para el año 2016 según el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de esta patología fue de 251 millones de casos y se pronostica que para el 2030, la EPOC sea la cuarta causa de muerte a nivel mundial (2).

Existen factores de riesgo asociados a la EPOC, en donde el principal es el tabaquismo que se relaciona con la prevalencia de esta enfermedad, sin dejar de lado factores ambientales y factores genéticos; entonces esta patología es de origen multifactorial. Dentro del 1% y el 2% de los pacientes que presentan EPOC es debido a un factor genético, ya que se produce por una deficiencia de la enzima alfa1-anti-tripsina (AAT), que inhibe la proteasa más importante de nuestro organismo. Otra de las causas es la exposición al humo de leña, esto afecta principalmente a las mujeres que viven en áreas rurales, en donde, el 70% de su tiempo pasan en ese ambiente, estudios revelan que en los países de América Latina se emiten grandes cantidades de humo debido a las cocinas de leña lo que produce alta incidencia de esta patología respiratoria (2).

Los pacientes con EPOC presentan síntomas graves entre ellos y el principal es la disnea de mínimos esfuerzos lo que provocan que se presenten dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y disminución del bienestar físico,

social y psicológico, es decir, como tal alteración en la calidad de vida, la misma que se verá agravada cuando existen exacerbación de esta patología (3).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) al ser una patología que restringen el flujo de aire, como lo hemos mencionado, los pulmones presentan sintomatología recurrente entre las variantes de esta patología. Según estudios se ha visto que estas alteraciones han ido en aumento, es por ello que, en el año 2016 según el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de esta enfermedad fue de 251 millones de casos a nivel mundial (3).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador en el año 2019, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias fueron la novena causa de muerte, en donde se reportaron 1857 defunciones correspondientes al 2,5%, de las cuales 1554 personas pertenecían al grupo de 75 años o más. En la provincia del Cañar se reportaron 29 defunciones correspondientes al 2,3% del total de decesos registrados en ese año (4).

Esta patología al presentar un origen multifactorial, requiere un tratamiento tanto, farmacológico como no farmacológico, el mismo debe ser aplicado de acuerdo a las necesidades de cada paciente, generalmente, dentro del tratamiento farmacológico existen medicamentos como: broncodilatadores, agonistas beta-2, antimuscarínicos, metilxantinas o corticoides, los cuales han demostrado alta eficacia en cuanto a la disminución de síntomas que pueda presentar el paciente; de igual manera, se aplica un tratamiento no farmacológico, como lo es la rehabilitación respiratoria, la cual ayuda en el control de la disnea, la fatiga y una mejora notable en la capacidad del ejercicio, es por ello, que se recomienda un tratamiento eficaz, lo cual aumenta la calidad de vida y disminuye las exacerbaciones de dicha enfermedad (5).

Dada toda esta situación y mencionando los antecedentes que presenta esta patología, tanto a nivel internacional como local; nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes

con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Homero Castanier Crespo que fueron diagnosticados durante el periodo enero 2016 a enero 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La EPOC es una de las afecciones respiratorias que representa un impacto socioeconómico a nivel mundial por su alto porcentaje de prevalencia. Es por lo que, debido a su frecuencia, sus características clínicas que se presenta de forma progresiva y sus requerimientos asistenciales hacen que se genere un problema a nivel médico de primer orden, lo que genera que los recursos sanitarios se eleven (5).

Esta patología figura el 8% de los pacientes que acuden a consulta de medicina general y el 35% son atendidos por un neumólogo; de ellos, las probabilidades de que fallezcan en los próximos 10 años posterior a su diagnóstico es del 50%, la EPOC se manifiesta en edades avanzadas después de haber estado expuesto a agentes causales, específicamente al humo del cigarrillo (5).

El entorno en donde conviven las personas con EPOC puede ayudar a crear o destruir su salud: disminución de ingresos, viviendas inadecuadas, riesgos laborales y la falta de acceso al sistema de salud, son determinantes que van a afectar a la salud de las personas con EPOC. Sin embargo, las soluciones se concentran en el tratamiento de la enfermedad sin intervenir sobre las “causas de las causas” por lo que los problemas que enfrentan estos pacientes no han variado, así mismo pasa con los desequilibrios ambientales los cuales afectan a la calidad de vida de los pacientes ya sea de forma directa o indirecta (6).

Entonces desde este punto de vista, la calidad de vida va a medir el efecto que tiene la patología sobre la persona ya sea de forma individual, social o familiar. En los pacientes con afecciones respiratorias nos sirve para conocer el impacto de su patología en su vida diaria. Además de tener en cuenta la parte fisiológica, la cual va a estar alterada, pero, también se debe considerar su parte ambiental y entorno social las cuales va a influir en la calidad de vida de estos pacientes, y según vaya progresando su patología, las personas con EPOC van a presentar una disminución de la calidad de vida relacionada a la salud por lo que su

capacidad para trabajar o participar en actividades físicas y sociales se verá reducida de forma progresiva (7).

La disminución de la actividad física es una consecuencia de las enfermedades crónicas que se relaciona íntimamente con la calidad de vida de estos pacientes, ya que los pacientes que se encuentren más activos van a tener una mejor calidad de vida relacionada con la salud según el cuestionario SF-36 (8).

Como hemos mencionado con anterioridad, esta patología presentara un aumento de casos en el futuro, llevando a que se produzca también un impacto en la calidad de vida y sobre su pronóstico debido a las limitaciones que genera esta patología como es respirar, caminar, realizar actividad física, por lo que esta alteración genera un mayor consumo de recursos socioeconómicos, principalmente cuando se generan episodios de reagudización. Dada esta situación, la calidad de vida, así como el pronóstico de los pacientes con EPOC también está relacionada con los factores emocionales como lo son la depresión y ansiedad, las cuales producen un impacto negativo en la persona (9).

En la provincia del Cañar- Ecuador no existen estudios actualizados para determinar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es por lo que conocer su calidad de vida nos permite colaborar académicamente en este aspecto. Los resultados obtenidos en este proyecto de investigación estarán disponibles en la Biblioteca de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

CAPITULO II

2.1 Enfermedades respiratorias

Según la organización mundial de la salud (OMS) las enfermedades respiratorias afectan al tracto respiratorio de diversas maneras dependiendo de la etiología de la patología, ocasionando infecciones leves hasta enfermedades graves y fatales, conllevando esto a un grave problema de salud pública (10).

Estas enfermedades pueden ser producidas por infecciones, consumo de tabaco o inhalación de humo de tabaco ambiental, además de la exposición al radón, amianto u otras formas de contaminación del aire. Las enfermedades pulmonares incluyen el asma, la fibrosis pulmonar, la neumonía y el cáncer de pulmón. Dentro de estas patologías se encuentra también la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (11)

2.2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Esta patología se caracteriza porque se genera un incremento anormal de la resistencia de las vías aéreas a los flujos espirados y se disminuye la elasticidad de los pulmones, así como la velocidad del flujo en sus diferentes sitos de la vía aérea. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco o esputo y sibilancias. (12)

Para poder entender mejor el funcionamiento de esta alteración debemos hacer referencia a la aparición de la EPOC desde el *siglo XVI*, en donde Hipócrates no utilizaba este término para identificar a los pacientes que presentaban disnea, tos, expectoración y sibilancias, sino que usaba el termino de “asma” para todas las entidades en las que el paciente mostraba falta de aire. De igual forma se hablaba en aquella época del enfisema, palabra que proviene del griego *EMPHYSAO*, soplar dentro, de esta manera se denominaba la presencia de aire dentro de los tejidos. En el *siglo XVII* y en base a los estudios realizados en autopsias, se conocieron las entidades que actualmente denominamos con el término de EPOC. Desde el siglo *XVIII* y de acuerdo con la bibliografía médica se empieza a utilizar el término “bronquitis”. (13)

Con el avance de la ciencia y el conocimiento de esta enfermedad se ha podido determinar que existen varios grados de severidad de la EPOC que un paciente diagnosticado con esta patología puede presentar; para poder determinar su severidad se realizan estudios espirométricos que miden VEF1 (espiración forzada en el primer segundo). (14)

2.2.1 Factores de riesgo

- Exposición al humo del tabaco. Este factor es el más significativo para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica principalmente el consumo de cigarrillos a largo plazo.
- Personas que presenten asma
- Exposición laboral a polvos y sustancias químicas.
- Exposición a los gases debido a la quema de combustible.
- Genética.

Son los factores más comunes en esta patología. (15)

2.3 Fisiopatología de la EPOC

Una persona con diagnóstico de EPOC puede presentar: cambios inflamatorios, respuesta inmune inadecuada, desequilibrio en el estrés oxidativo y relación proteasa - antiproteasa, mecanismo de apoptosis y reducción de alfa – 1 antitripsina; de igual manera se relaciona a una destrucción tisular que genera repuestas inflamatoria y sistémica, en esta última se asocia al aumento de células y metabolitos inflamatorios en la circulación, entre ellos: proteína C reactiva, IL – 6, IL – 8 y TNF – α, que se relacionan íntimamente con la intensidad de los síntomas, una reducción del flujo espiratorio, fibrosis de la pared bronquial, alteración de secreciones y aumento de la resistencia de la vía aérea, que conlleva a una retracción elástica, adherencias alveolares más destrucción del parénquima y pérdida de áreas de intercambio gaseoso (16).

La exposición al humo ya sea de leña, tabaco u otros contaminantes están relacionadas con la severidad de la limitación al flujo de aire, sin embargo,

existen una amplia diversidad de afectación dependiendo de las características del individuo. La exposición al humo activa la respuesta inmune innata del organismo, debido a que estos causan daño en las células del epitelio respiratorio, por lo que el organismo libera ligandos antigénicos que activan a los receptores Toll (TLRs), produciendo citoquinas y quimiocinas, que a su vez activan las células inflamatorias, llevando a cabo un incremento de la respuesta inflamatoria provocada por estos agentes tóxicos. El resultado final de este suceso es la inflamación crónica en las vías aéreas centrales y periféricas, y el parénquima pulmonar, que llevan a cambios casi permanentes y un remodelado estructural para reparar el daño producido; los cambios que se incrementan con el grado de severidad de la enfermedad y persisten pese al cese de los hábitos de cada individuo. (17)

2.3.1 Producción de secreciones

La producción de secreciones se presenta debido a la hinchazón en el revestimiento de las vías aéreas, esto obstruye las vías respiratorias haciendo que los músculos que rodean la misma se puedan contraer, es por ello, que las vías respiratorias afectadas también generan más secreciones de lo normal para tratar de expulsar los irritantes. Pero la mucosidad se acumula y esto puede originar una tos continua (crónica) a medida que el cuerpo intenta depurar las secreciones. La secreción adicional y las vías respiratorias inflamadas y contraídas dificultan la respiración. Esto se debe a que las vías respiratorias están obstruidas y estrechadas ocasionando que ingrese y salga menos aire de los pulmones.

El humo también altera la función de los cilios en las vías respiratorias. Los cilios dañados no pueden moverse. Por lo tanto, el humo, las secreciones y otras partículas no pueden expulsarse de los pulmones. En consecuencia, los gérmenes no se expulsan. Entonces, los pulmones tienen más probabilidades de infectarse y las infecciones pulmonares pueden empeorar los síntomas de la EPOC.

Las secreciones en la EPOC son un líquido espeso y pegajoso, también conocido como esputo o flema, que ayudan a atrapar a las partículas dañinas que se encuentran en el aire que respira. Estas secreciones pueden presentarse en diversas formas: liquido ligero, purulenta o sanguinolenta, según el grado de EPOC.

2.4 Clasificación de la EPOC

La EPOC se clasifica en Bronquitis crónica y enfisema las cuales presentan diversas características:

2.4.1 Bronquitis crónica

En la Bronquitis crónica existe un aumento de la secreción del moco debido a presencia de células secretoras en la submucosa; esta hipersecreción hace que el moco sea muy viscoso y elástico lo que dificulta su expulsión y al contrario se adhiere a la pared de la vía aérea. Dada esta situación, se produce disminución de la capacidad inspiratoria y aumento de la capacidad residual funcional, ocasionando disnea de esfuerzo y limitación para realizar ejercicio. (18)

2.4.2 Enfisema pulmonar

Esta enfermedad ocasiona daño directamente en los alveolos con destrucción de las paredes, degradación proteolítica, apoptosis y autoinmunidad que va a producir abolición de la elasticidad y dificultad en cuanto a la expulsión del aire, provocando hiperinflación de los pulmones, esta destrucción favorece a la producción de enfisema debido a la pérdida de soporte de los acinos distales y el atrapamiento del aire y cuando esta patología va progresando se genera una pérdida de la elasticidad alveolar (19).

La tercera causa de muerte a nivel mundial es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En 2019 ocasionó 3,23 millones de defunciones. Más del 80% de estas muertes se dieron en países de ingresos medianos y bajos.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presenta una prevalencia mundial de 10 % y se encuentra entre las primeras cuatro causas de mortalidad

global. En España la enfermedad afecta a 2,1 millones de personas de 40-80 años; en los Estados Unidos afecta a 14,2 millones de personas y 1,5 millones de visitas anuales al médico son registradas por exacerbación.

2.5 Clasificación por gravedad

La severidad de esta patología obstructiva se clasifica por el volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada (VEF1) durante la espirometría. Existen cinco grados para clasificar a la EPOC. (20)

- **Grado 1 o leve:** la persona presenta un VEF1% del predicho mayor del 70%.
- **Grado 2 o moderada:** la persona presenta un VEF1% del predicho entre un 60% a un 69%
- **Grado 3 o moderadamente severa:** la persona presenta un VEF1% del predicho entre un 50% a un 59%
- **Grado 4 o severa:** la persona presenta un VEF1% del predicho entre un 35% a un 49%
- **Grado 5 o muy severa:** la persona presenta un VEF1% del predicho menor del 35%

2.6 Exacerbaciones de la EPOC

La exacerbación del EPOC es un acontecimiento natural durante el desarrollo de la enfermedad caracterizado por un cambio en la disnea, tos y/o expectoraciones basales del paciente más allá de la variabilidad diaria, suficiente como para aducir un cambio de tratamiento

La etiología es una conjunción en la mayoría de los casos compleja debido a sus múltiples factores, entre los cuales tenemos:

- El tipo de agente infeccioso.
- El medio ambiente (tabaco, exposición ocupacional).
- El huésped y sus comorbilidades (fallo cardiaco congestivo, infecciones no pulmonares, embolia pulmonar, neumotórax, entre otros). (20)

El 70 % de los casos son secundarios a un proceso infeccioso, 40-50 % de origen bacteriano, 30-40 vírico y 10-20 % mixto. En un tercio de los pacientes no se logra reconocer claramente la razón de la exacerbación.

2.7 Calidad de vida y EPOC

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se compone por varios factores como es el bienestar físico, mental y social; el cual va a cambiar en cada paciente, la disminución de la calidad de vida en estos pacientes está relacionada con el grado de disnea, es decir con la dificultad para respirar, una disminución en la capacidad de realizar actividades diarias o físicas, los factores psicológicos como es la depresión y ansiedad, el nivel de educación, la fatiga, obesidad o desnutrición según el índice de masa corporal (IMC), el número de exacerbaciones, la gravedad de la EPOC, las comorbilidades como: la hipertensión, la diabetes mellitus y cardiopatías isquémicas.

La disnea es una de las razones por la que se da una limitación en las actividades físicas y puede llevar a ataques de pánico y ansiedad; esto conlleva a que los pacientes sean dependientes de la familia o de los medicamentos, así como de los servicios de salud y se dé un aislamiento social.

Dado que el cigarrillo es uno de los principales factores de riesgo, así como la contaminación ambiental y la ocupación doméstica que favorecen a la aparición de esta enfermedad, su exposición también se relaciona con la calidad de vida ya que el tabaquismo disminuye los efectos terapéuticos de los fármacos (21)

A demás es importante el mencionar la diferencia entre EPOC e insuficiencia Cardiaca (IC), aunque es común que pacientes con EPOC desarrollen IC.

Las diferencias principales son: la EPOC, tienen un patrón obstructivo e IC tiene un patrón restrictivo, además la EPOC presenta taquipnea, presenta aumento en la capacidad funcional residual, también se ve aumentada la presión arterial de CO2 al contrario de IC que también puede presentarse disminuida o aumentada y disminución en la presión arterial de O2 en EPOC e IC. A demás en IC la presencia de espacio muerto se encuentra aumentado. (22)

2.8 Cuestionario sf-36

Este cuestionario ha sido traducido a varios idiomas y validado a través de diferentes contextos culturales, en países de Latinoamérica este cuestionario se tradujo al español mostrando una alta confiabilidad, es decir, es una herramienta idónea que puede ser utilizado en el contexto ecuatoriano.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que evalúan los estados tanto positivos como negativos de la salud. El mismo se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que englobaban 40 conceptos vinculados con la salud. Para hacer el cuestionario, se escogió el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud usados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

Los 36 ítems de este cuestionario cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, sin embargo, proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

El cuestionario SF-36 cuenta con dos dominios, el puntaje compuesto físico y el mental, a su vez estos se componen por otros dominios como: función física, rol físico, dolor corporal, percepción de salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. (23)

2.9 Interpretación

La interpretación debe darse después de seguir estos pasos:

1. Conferir una homogeneización de la dirección de las respuestas mediante una recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».

2. Realizar un cálculo sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener la puntuación final en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así; en cada uno de los ocho dominios del cuestionario, además, se puede interpretar en el componente mental y en el componente físico. Tiene una puntuación global entre 0 a 100. Mientras mayor sea la puntuación mejor es el estado de salud percibida (17).

Este cuestionario es válido y confiable, permite comparar los datos normativos en diferentes poblaciones. (18)

Originalmente el SF-36 se desarrolló para ser administrado en papel, sin embargo, actualmente su administración se ha ido modificando para ser de forma electrónica, este cambio de papel a un modo electrónico no tiene ningún efecto sobre los datos obtenidos en ninguno de los dominios del cuestionario SF-36. (24)

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Homero Castanier Crespo, enero 2016 – enero 2019.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según las variables edad, sexo, estado civil, instrucción y residencia.
- Tipificar el tiempo de diagnóstico.
- Aplicar el cuestionario SF-36 a la población para estandarizar la condición de los usuarios.

CAPÍTULO IV

4.1 Tipo de estudio

Es una investigación cuantitativa, de tipo observacional descriptivo y retrospectivo.

4.2 Área de estudio

Este estudio fue realizado en los pacientes que acudieron al Hospital Homero Castanier Crespo – Provincia del Cañar por presentar EPOC.

4.3 Universo y muestra

El universo comprende todos los pacientes que ingresaron al Hospital Homero Castanier Crespo dentro del periodo enero 2016 a enero 2019.

La muestra fue propositiva a conveniencia, debido a la accesibilidad por parte de los pacientes, y esta corresponde a 72 pacientes.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se ha considerado los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

4.4.1 Inclusión

- Personas con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Personas mayores de 75 años.
- Registros físicos y digitales, con información requerida durante el periodo enero 2016 a enero 2019.

4.4.2 Exclusión

- Personas que no presenten información de contacto en su historia clínica.
- Personas menores de 75 años.
- Personas con dificultad cognitiva, comunicativa o incapacidad para realizar la encuesta.
- Diagnóstico clínico de dependencia de alcohol u otra sustancia.
- Personas diagnosticadas de patologías psiquiátricas,

- Personas que no firmen el consentimiento informado.

4.5 Variables

Variable Dependiente: Calidad de vida.

Variables Independientes: Edad, sexo estado civil, instrucción, lugar de residencia, Enfermedad Obstructiva Pulmonar Crónica y tiempo de diagnóstico (Ver anexo 1).

4.6 Métodos técnicas e instrumentos para recolección de datos

4.6.1 Métodos y técnicas

La muestra fue propositiva a conveniencia con un total de 72 pacientes diagnosticados previamente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el Hospital Homero Castanier Crespo, además, se prescindió de todos los pacientes que no presentaban los criterios de inclusión

Se les explicó a los pacientes en qué consiste el estudio, la encuesta que se les iba a realizar, los beneficios y riesgos que conllevan este estudio, se les aclaró todas las dudas que tenían sobre el mismo y tras la firma del consentimiento informado (ANEXO 2) se procedió a la recolección de información.

4.6.2 Instrumento

Los datos se recolectaron en un formulario (ANEXO 3) realizado por las autoras, que fue revisado por el tutor del proyecto. Se aplico la encuesta vía telefónica y de forma presencial a los pacientes con diagnóstico de EPOC acorde a la base de datos emitida por el Hospital Homero Castanier Crespo. La misma que contiene información sobre la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36. Todos estos datos recolectados que pasaron a la plataforma de Google Forms en donde todos los datos se trasladaron al programa SPSS 15.0.

4.6.3 Procedimientos

Solicitud para la presentación del proyecto de investigación a la Dra. Lorena Mosquera, solicitud para la aprobación de acceso a datos de los pacientes al Dr. Vicente Carreño coordinador de docencia e investigación del Hospital Homero

Castanier Crespo; capacitación: por parte de los autores a través de una retroalimentación bibliográfica, además del apoyo por parte de la tutora y personas relacionadas en la materia. Supervisión: la presente investigación fue supervisada por la Mgs. Verónica Vanessa Cárdenas León, docente de la carrera de Terapia Física, en calidad de tutora ha aportado sus conocimientos en el siguiente trabajo de investigación.

4.7 Plan de tabulación y análisis

Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario SF-36 se procederá a ejecutar con la ayuda del programador estadístico SPSS versión 15 en español para procesar, analizar e interpretar los datos obtenidos; mientras que para el análisis de las variables cualitativas se utilizará frecuencias, porcentajes y para las variables cuantitativas se usará la media, mediana y la moda. Los resultados serán presentados mediante tablas estadísticas y gráficos en el programa Microsoft Excel 2019.

4.8 Aspectos éticos

- Confidencialidad: los datos recolectados están protegidos por una cuenta y usuario en la plataforma de Google Forms, los cuales solo tenemos conocimiento las autoras de este trabajo de investigación. La información será almacenada en el software SPSS 15.0. durante seis meses, al finalizar este trabajo de investigación, la información será eliminada en su totalidad.
- Descripción del proceso para la obtención del consentimiento informado: la recolección de datos se realizó mediante llamadas y de forma presencial. Mediante llamada telefónica se contactó con cada uno de los participantes, en donde se les explicó en que consiste este trabajo de investigación, se les facilitó el link para su respectivo formulario, en donde, encontraron al inicio un apartado con el consentimiento informado (ANEXO 5) y las opciones de aceptar o no aceptar participar en el estudio. Además, se les facilitó una línea telefónica mediante la cual podían

despejar cualquier duda que tenían, o en caso de que deseen retirarse del trabajo de investigación.

- Declaración de conflicto de interés: en este trabajo de titulación no existe conflicto de interés.

CAPÍTULO V

5.1 Resultados

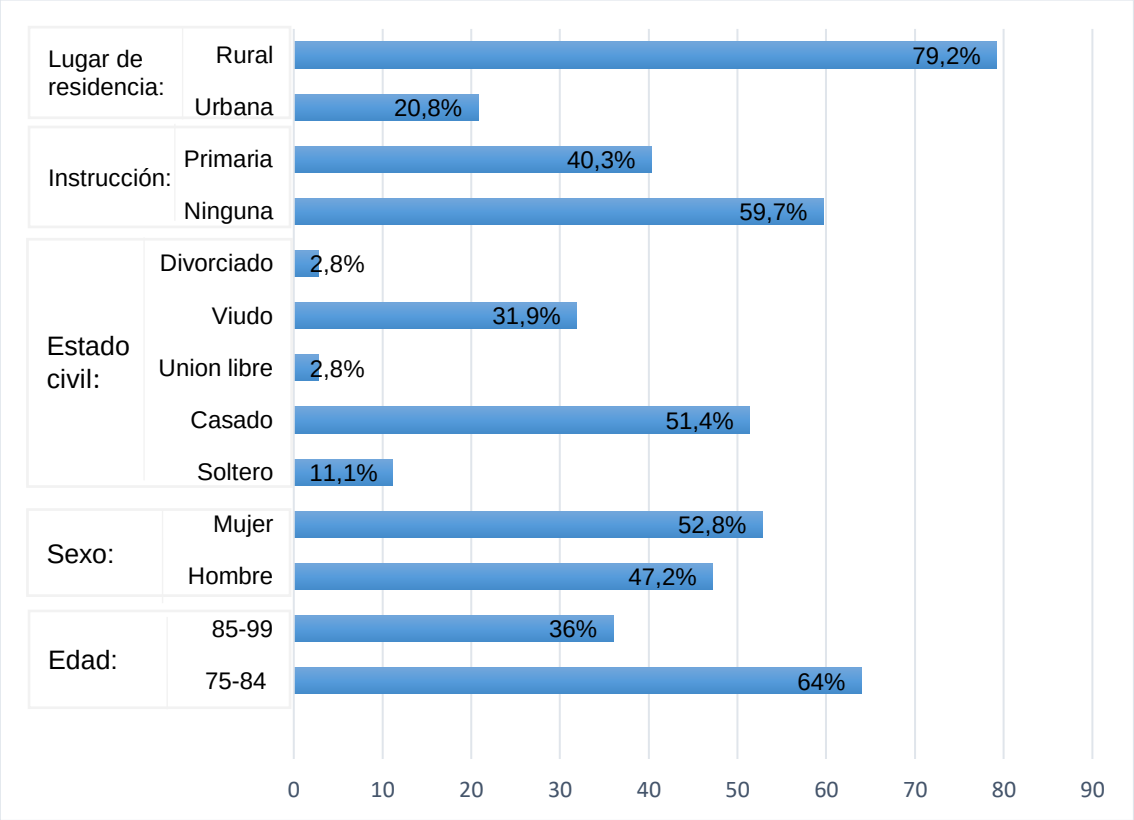
Los resultados se expresan mediante medidas de frecuencia absoluta y porcentual para la sección de características de participantes y mediante medidas de desviación estándar y media lo que refiere a calidad de vida. El procesamiento de datos fue realizado en el programa estadístico SPSS.

Tabla 1: Distribución de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según sexo, edad, estado civil, instrucción y lugar de residencia, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022.

Características		***Frecuencia***	***Porcentaje (%)***
Edad	75-84	46	64
	85-99	26	36
	Hombre	34	47,2
Sexo	Mujer	38	52,8
	Soltero	8	11,1
Estado civil	Casado	37	51,4
	Union libre	2	2,8
	Viudo	23	31,9
	Divorciado	2	2,8
	Ninguna	43	59,7
Instrucción	Primaria	29	40,3
	Urbana	15	20,8
Lugar de residencia	Rural	57	79,2

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

Figura 1: Distribución de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según sexo, edad, estado civil, instrucción y lugar de residencia, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022.



Fuente: Tabla N.º 1
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

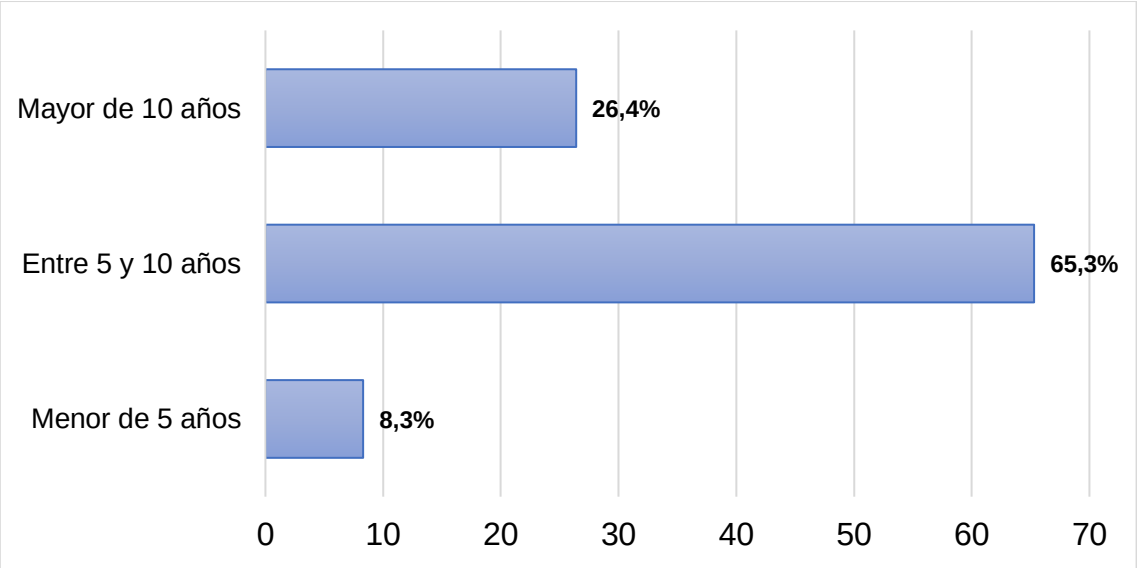
Dentro de las características socio demográficas de los 72 pacientes con EPOC se observó que no existe una relevancia significativa entre hombres y mujeres ya que había 34 hombres (47.2%) y 38 mujeres (52.8%). En su mayoría tenía un estado civil de casados (54.4%) y viudos (31.9%). El 59.7% de los participantes no tenían ninguna instrucción y el lugar de residencia del 79.2% era rural, siendo así que estas personas tienen mayor exposición al humo. Estas personas eran adultos mayores con edades comprendidas entre los 75 y 97 años con una edad media de 81.8 años (DE=6.79).

Tabla 2: Frecuencia de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según su tiempo de diagnóstico, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022

Tiempo de diagnóstico	*Frecuencia*	*Porcentaje (%)*
Menor de 5 años	6	8,3
Entre 5 y 10 años	47	65,3
Mayor de 10 años	19	26,4
Total	72	100

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

Figura 2: Frecuencia de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según su tiempo de diagnóstico, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 – 2022



Fuente: Tabla N.º 2
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

El 8.3% de los participantes tenían un tiempo de diagnóstico inferior a 5 años, el 65.3% entre 5 y 10 años y el 26.4% restante más de 10 años. Detalles en la tabla 2.

Tabla 3: Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según los componentes del Cuestionario SF-36, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022

Cuestionario SF-36

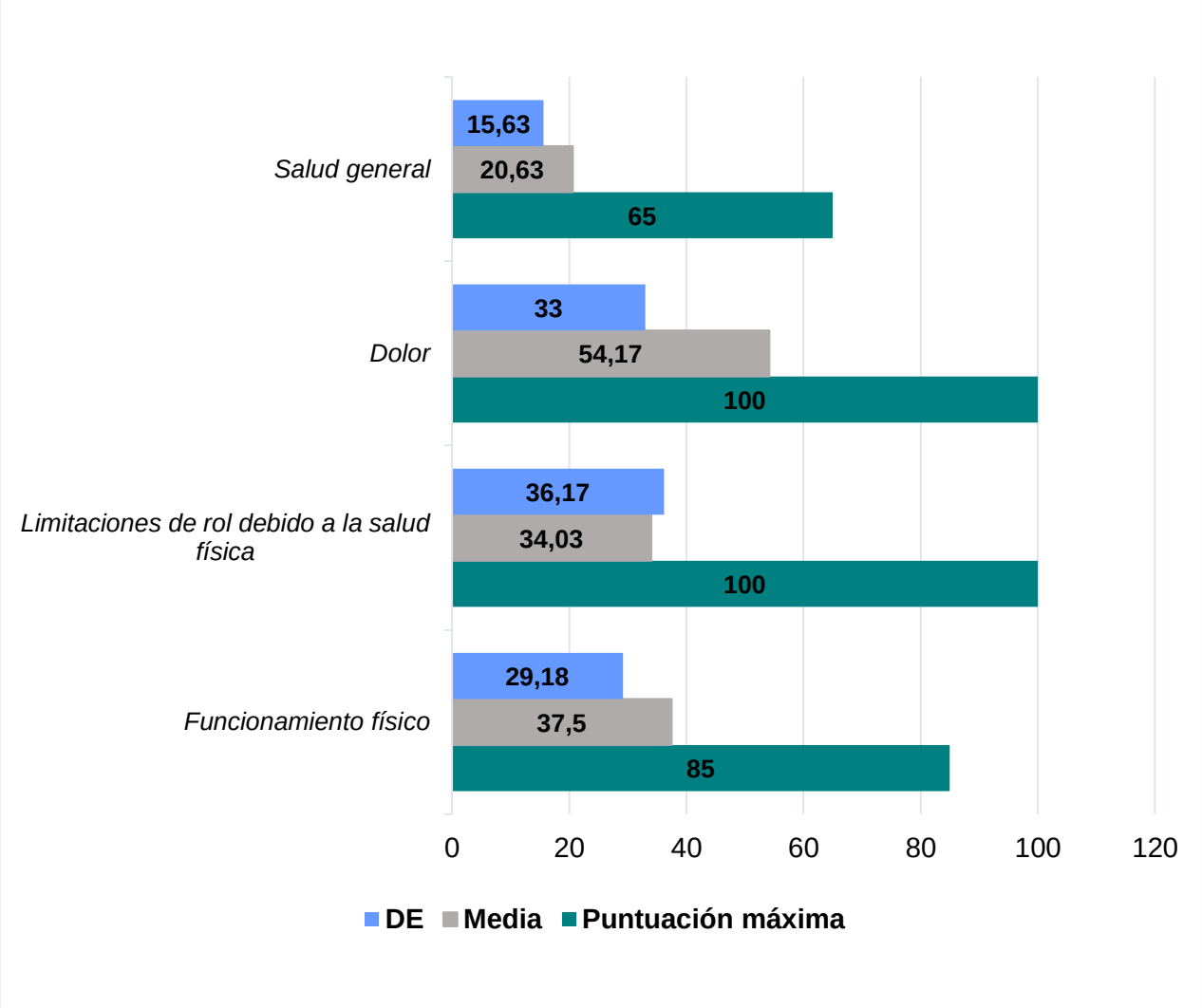
Componente	**Dimensión**	**Puntuación Mínima**	**Puntuación Máxima**	**Media**	**DE**
Físico	Funcionamiento físico	0	85	37,5	29,18
	Limitaciones de rol debido a la salud física	0	100	34,03	36,17
	Dolor	0	100	54,17	33.00
	Salud general	0	65	20,63	15,63
Emocional	Limitaciones de rol debido a problemas emocionales	0	100	60,19	44,98
	Energía/fatiga	0	90	41,67	27,06
	El bienestar emocional	16	92	60,06	23,15
	Funcionamiento social	0	100	53,65	29,48

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

En la tabla 3 se muestran las puntuaciones medias obtenidas en cada dimensión por componente. Se determinó que el componente físico era muy inferior al componente emocional pues tenía una puntuación media de 36.58 (DE=13.8) frente al emocional que tenía un 60.19 (DE=8.7), evidenciándose una disminución del puntaje total en el componente emocional, indicando un comportamiento similar en los participantes.

Por encima de la media de la escala se ubicaron las limitaciones de rol debido a problemas emocionales y bienestar emocional implicando una calidad de vida adecuada en estos aspectos, mientras que la salud general, funcionamiento físico y limitaciones de rol en salud física estaba significativamente por debajo del punto medio de la escala.

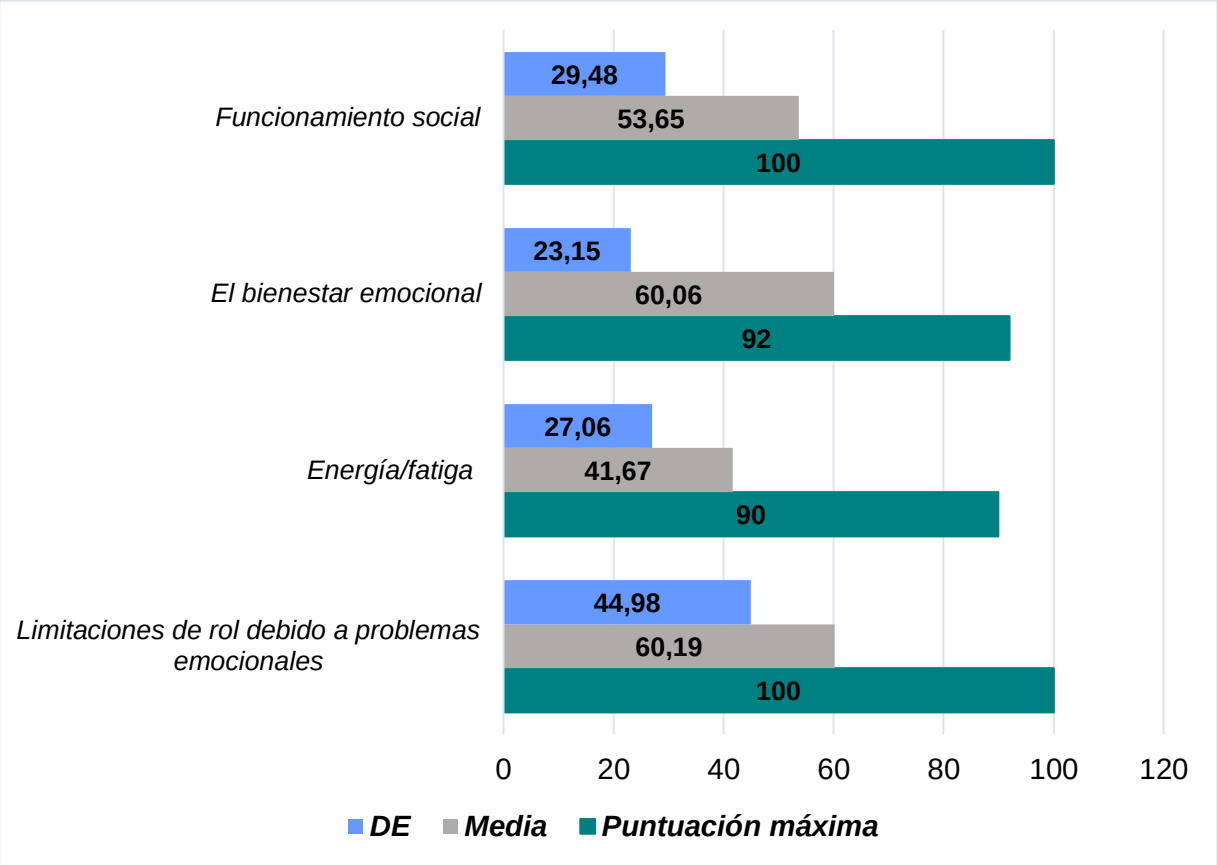
Figura 3: Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según la dimensión del componente físico del Cuestionario SF-36, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022



Fuente: Tabla N.º 3
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

En la presente figura se puede observa la evaluación del funcionamiento físico a través de cuatro dimensiones, en donde se obtuvo que el dolor era la dimensión más elevada implicando una mejor calidad de vida en esta dimensión siendo la salud general el indicador más bajo mostrando una baja calidad de vida en este aspecto.

Figura 4: Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica según la dimensión del componente emocional del Cuestionario SF-36, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022



Fuente: Tabla N.º 3
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

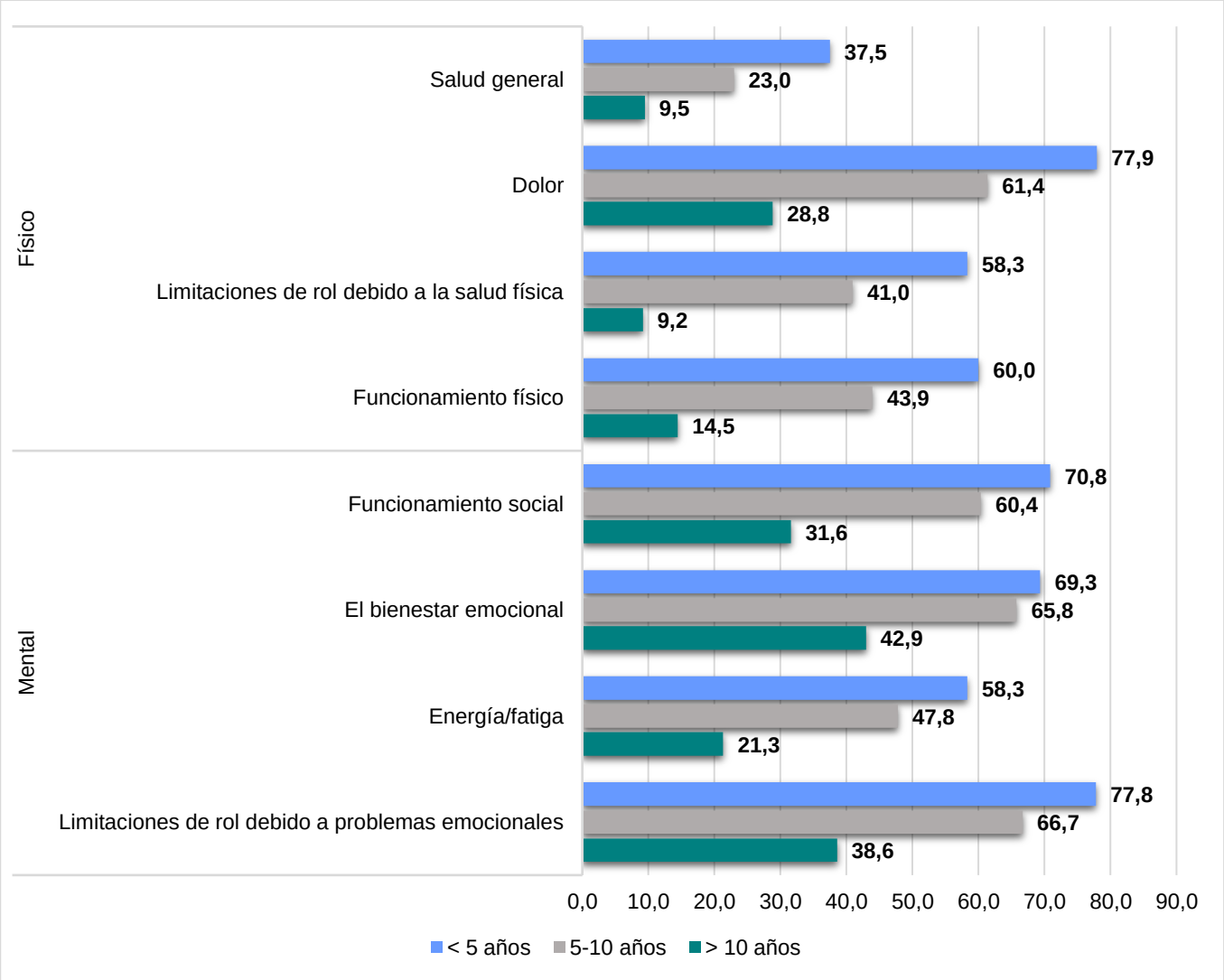
En la siguiente figura se puede determinar el comportamiento de las dimensiones del componente emocional, se registró una alta puntuación de datos en lo que se refiere a las limitaciones del rol debido a problemas emocionales y una alta calidad de vida en el bienestar emocional, además se observa que la energía/fatiga era la dimensión de la calidad de vida dentro del componente emocional más bajo.

Tabla 4: Relación de la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022

Componente	***Dimensión***	***5 años***		***5-10 años***		***> 10 años***		***H***	***p***
		Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Físico	Funcionamiento físico	60,0	14,5	43,9	27,3	14,5	23,6	17,9	0,000
	Limitaciones de rol debido a la salud física	58,3	40,8	41,0	36,3	9,2	19,0	14,3	0,001
	Dolor	77,9	9,5	61,4	30,9	28,8	28,8	15,7	0,000
	Salud general	37,5	20,9	23,0	13,4	9,5	12,0	15,9	0,000
Mental	Limitaciones de rol debido a problemas emocionales	77,8	34,4	66,7	43,4	38,6	46,2	6,1	0,047
	Energía/fatiga	58,3	16,3	47,8	26,2	21,3	20,9	16,4	0,000
	El bienestar emocional	69,3	13,8	65,8	22,3	42,9	19,3	14,2	0,001
	funcionamiento social	70,8	24,6	60,4	27,5	31,6	24,4	14,8	0,001

Fuente: formulario de recolección de datos
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

Figura 5: Relación de la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hospital Homero Castanier Crespo, en el periodo 2021 -2022



Fuente: Tabla N.º 4
Realizado por: P. Arteaga; V. Crespo

Al relacionar la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico que han tenido los pacientes, se encontró diferencias significativa en todas las dimensiones de los dos componentes de la calidad de vida, pues aquellas personas que tenían menos de 5 años de diagnóstico tenían mejor calidad de vida en funcionamiento físico, limitaciones de rol debido a su salud física, limitaciones de rol de problemas emocionales, energía/fatiga, bienestar emocional, funcionamiento

social, dolor y salud; al contrario de las personas que tenían un tiempo de diagnóstico superior a 10 años muestran una diferencia significativa teniendo estas una calidad de vida más baja en lo que refiere limitaciones de rol debido a su salud física y salud general.

CAPÍTULO VI

6.1 Discusión

El presente trabajo fue realizado con un total de 72 personas, siendo más del 50% mujeres, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), a pesar de que esta enfermedad se da mayormente en hombres, en este estudio y en el realizado por Bolívar et al., la mayor parte de la población fueron mujeres (25), dicha situación también se pudo observar en el estudio presentado por Jiménez et al., donde la mayor parte de la población estudiada eran mujeres (15).

El estudio realizado por Jiménez et al. (15), la edad media fue de 61.8 años, una diferencia de 20 años con relación a la edad media de los participantes en este trabajo de investigación que fue 81.8 años.

Según el Estudio de Betolaza et al., se encontró que había un predominio de bajo nivel educativo, lo que concuerda con este trabajo de investigación en donde se obtuvo que el 59.7% de la población estudiada no tenían ninguna instrucción, lo que puede tener implicancias en la comprensión de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento (6).

El dolor era la dimensión más elevada implicando una peor calidad de vida, esta situación concuerda con el trabajo de Catarralá-Munuera et al. (26), donde a más del dolor y la movilidad fueron las dos dimensiones más afectadas; en concordancia con lo antes mencionado, el dolor también estuvo presente como una de las principales dimensiones que afectan la calidad de vida en el estudio presentado por Folch et al. (27).

En el trabajo de Muñoz-Cobos et al. (28), se evidencio un deterioro en la calidad de vida dentro del componente emocional en la dimensión “falta de energía o fatiga”, esto concuerda con otro estudio realizado por Bravo et al. (29), donde la fatiga también fue uno de los indicadores más representativos del deterioro en la calidad de vida en pacientes con EPOC, concordando con nuestro trabajo de investigación en donde se evidenció un componente emocional más bajo en la falta de energía o fatiga.

Los resultados obtenidos denotan que las limitaciones de rol en cuanto a la salud física y emocional estaba significativamente por debajo del punto medio de la escala, situación que se repite en el trabajo presentado por Bayona et al. (30), donde se llega a la conclusión de que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica tiene un efecto negativo sobre la condición física, psicológica y la salud en general, lo que se conlleva en una disminución de la calidad de vida. En el estudio de Collado et al., más del 50% de la población presenta limitaciones a nivel social, presentan dolor y afectación en su salud mental y vitalidad (31).

Al relacionar la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico que han tenido los pacientes, se encontró que aquellas personas que tenían menos de 5 años de diagnóstico tenían mejor calidad de vida mientras que la calidad de vida baja en las personas con un diagnóstico superior a 10 años, principalmente lo que refiere limitaciones de rol debido a su salud física y salud general; esto se evidencia también en el estudio de Pineda-Higuita et al., donde se llegó a la conclusión de que hay una disminución en la capacidad respiratoria, lo que afecta directamente la calidad de vida (32). En concordancia con esto, tomamos la conclusión expuesta por Ruiz et al, en la cual menciona que los pacientes con EPOC tienden a reducir su calidad de vida y consigo, una reducción de la expectativa de vida (33).

CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

La mayor parte de la población estudiada fueron mujeres casadas, más del 50% no tenía ningún tipo de instrucción y la zona de residencia predominante fue la rural y la edad promedio de las personas estudiadas fue de 81.8 años; el tiempo de diagnóstico predominante es de 5 a 10 años, observando así decadencia en las dimensiones del componente físico, siendo así que su calidad de vida va a ir en declive.

El cuestionario SF-36 mide dos dimensiones, la física y la emocional; en la dimensión física se visibilizó que el dolor era la variable que más afectaba la calidad de vida; en cuanto a la dimensión emocional las variables de limitación del rol por problemas emocionales y la sensación de fatiga fueron las que afectaban en mayor proporción la calidad de vida, dando como resultado una disminución en ésta.

Al relacionar la calidad de vida con el tiempo de diagnóstico de EPOC, se llegó a la conclusión que a menor tiempo de enfermedad mejor calidad de vida, siendo las personas que un tiempo de diagnóstico mayor a 10 años tenían menor calidad de vida.

7.2 Recomendaciones

- En función de lo encontrado en este trabajo consideramos recomendable aplicar a todos los pacientes con EPOC del Hospital Homero Castanier Crespo la encuesta SF-36 con la finalidad de poder brindar un tratamiento integral en función de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Se recomienda realizar un estudio de este tipo con una mayor población masculina y femenina en relación 1:1 ya que de esta manera será posible generalizar los resultados.
- Para futuros investigadores se recomienda aplicar la encuesta SF-36 antes, durante y después del inicio del tratamiento para la EPOC, así como también, durante cada una de las fases de esta patología, todo esto con la finalidad de establecer un protocolo de atención integral.

- El Hospital Homero Castanier Crespo debería mantener la base de datos actualizada en todas las historias clínicas de cada paciente con el objetivo de hacer un seguimiento de cada paciente para mantener un control de estos.
- Incluir a todos los profesionales de salud para la prevención, orientación y apoyo de todos los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y a sus familiares con el fin de evitar un deterioro en su calidad de vida.
- Mantener informada a la sociedad sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, causas y consecuencias con el objetivo de evitar aumento de casos de personas con este tipo de patología.
-

CAPÍTULO VIII

8.1 Referencias bibliográficas

1 Martínez M, Rojas A, Lázaro R, Meza J, Reyes L, Castellanos M. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2020; 63 (3).

2 Salud OMS. Organización Mundial de la Salud. [Internet]; 2021 [Consultado 2021 abril 15] Disponible en: https://www.who.int/respiratory/copd/es/.

3 Salud OMS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [Internet]; 2021 [Consultado 2021 abril 15]Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd).

4 Censos INdEy. Estadísticas de Defunciones Generales en el Ecuador. [Internet]; 2019. [Consultado 2021 abril 15] Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Defunciones/#ancla-1.

5 Salabert I, Claro J, Guerra DE, Salabert I, Toledo T, Montoro M. Chronic obstructive pulmonary disease is a health problem. Revista Médica Electrónica. 2019; 41.

6 Betolaza S, Correa S, González M, Spiess C, Perera P, Algorta S, et al. Estudio descriptivo de una población de pacientes EPOC asistidos en el Hospital Pasteur: severidad e impacto en la vida diaria. Rev. urug. med. interna. 2018; 2: p.13-21.

7 Collado D, Adsuar J, Olivares P, García M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas chilenas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Revista Médica de Chile. 2017; (145): p.147-155.

8 Torres R, Céspedes C, Vilaro J, Vera R, Cano M, Vargas D. Evaluación de la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Revista Médica de Chile. 2017; 1588(145).

9 Sánchez W, Peralta H, Pizarro A. Incidence of chronic obstructive pulmonary disease in the quality of life of patients over 40 years of age in the University

Hospital of Guayaquil, Ecuador. Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2019;5(3).

10 Salud OMS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [Internet]; 2021. [Consultado 2021 abril 15] Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

11 Martínez N, Vargas M, Hernández R, Chaia G, Pérez M. Immunopathology of chronic obstructive pulmonary disease. Revista alergia México. 2017;3(64).

12 Casas F, Arnedillo A, López J, Barchilón V, Solís M, Ruiz J, et al. Documento de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Andalucía. Revista Española de Patología Torácica. 2017; 29(2).

13 García Guillen M. et al. Setenta y un años de historia de la EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (1935-2006) Medigraphic Artemisa; Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2006; 179(4): p.316-320

14 Blánquez C, Colungo C, Alvira M, Kostov B, González L, Sisó A. Effectiveness of an educational program for respiratory rehabilitation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients in Primary Care in improving the quality of life, symptoms, and clinical risk. Revista Atención Primaria. 2018; 50(9).

15 Jimenez-Ruiz C, Pascual F, Cícero A, Cristóbal M, Mayayo M, Villar C. Analysis of quality of life in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disorder (COPD) who give up smoking. ELSEVIER - Medicina de Familia. 2018; 44(5): p. 310-315.

16 Monserrat Martínez L, Granados A, Lázaro Pacheco R, Meza Alvarado J, Reyes L, Castellanos M. et al. Enfermedad Obstructiva Crónica, Bases para el médico general, Revista de la facultad de medicina de la UNAM.

17 Aracinbia F. Enfermedad Obstructiva Crónica y tabaquismo; Rev Chil Enferm Respir 2017; 33: p. 225-229.

18 Rotterdam F. Measuring Change in Health Status Over Time (Responsiveness): A Meta-analysis of the SF-36 in Cardiac and Pulmonary Rehabilitation. Journal Pre-proof. 2021.

19 White M, Maher S, Rizio A. A meta-analytic review of measurement equivalence study findings of the SF-36® and SF-12® Health Surveys across electronic modes compared to paper administration. Qual Life Res. 2018; 27.

20 Farag T, Eman S, Sawsan B, Bardees M. Evaluation of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Egyptian Journal of Bronchology. 2018; 12: p. 288-294.

21 Jarab A, Alefishat E, Mujattash Tareq, Alzoubi K, Pinto S. Patients' perspective of the impact of COPD on quality of life: a focus group study for patients with COPD. Int J Clin Pharm. 2018; 40(3): p. 573-579.

22 Villar F, Méndez M, Diez J. Enfermedad obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca. Archivos de Bronconeumología. 2009; 45(8): p. 387-393.

23 Peña E, Lima S, Bueno G, Aguilar M, Keyes C, Arias W. Fiabilidad y validez de la Escala del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) en el contexto ecuatoriano. Revista Oficial de los Departamentos de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay. 2017; 11(2).

24 Prunera M, Padín S, Domenech A, Godoy A. Efectividad de un programa de rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Revista Enfermería Clínica. 2018; 28(1).

25. Bolivar F, et al. *Calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, participantes en un programa educativo integral.* Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2019; 50.

26. Carratalá-Munuera C, et al. *Percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Espana.* Open Respiratory Archives. 2019;1.

27. Folch A, Macia L, Cervera A. *Análisis de dos cuestionarios sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.* Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27.

28. Muñóz-Cobos F, et al. *Cómo vivir con EPOC: percepción de los pacientes.* Anales de psicología. 2016;32(1).

29. Bravo M, et al. *Calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán.* Movimiento científico. 2013;7.

30. Bayona N, Cruz C, López V, López J, Gómez J. SF-36 y CCQ, historia y alcance en la práctica en pacientes con EPOC: revisión sistémica. Bogotá. 2020.

31. Collado D, Adsuar J, Olivares P, García-Gordillo M. *Calidad de vida relacionada con la salud en personas chilenas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.* 2017; 145: p. 147-155.

32. Pineda-Higuita S, Ramos-Melchor V, Cadavid-Carmona D. *Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva*. Rev. Univ. Salud. 2016; 18: p. 482-493.

33. Ruiz, Aura, Ahumada, Cruz y Hernandez, Luisa. *EPOC y calidad de vida relacionada con la salud: una revisión narrativa.* 2020.

CAPÍTULO IX
ANEXOS

9.1 Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad.	Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento hasta la fecha de realización del estudio.	Tiempo	Años	1. 60 – 74 años (adultos mayores) 2. 75 – 84 años (adultos mayores viejos) 3. 85 - 99 años (adultos mayores longevos)
Sexo	Diferencias fenotípicas que distinguen a un hombre de una mujer	Biológica	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de persona según el registro civil	Condición legal	Cédula de identidad	1. Soltero 2. Casado 3. Unión de hecho 4. Viudo 5. Divorciado
Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Dimensión Social	Tipo de instrucción	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Tercer nivel 5. Cuarto nivel
Lugar de residencia	Lugar de residencia permanente de los sujetos de estudio	Geográfica	Ubicación geográfica	1. Urbana 2. Rural

Tiempo de diagnóstico de EPOC	Numeró de años que refiere el paciente	Tiempo	Número de años que refiere el	1. < 5 años 2. 5-10 años 3. 10 años
Calidad de vida	Bienestar físico, mental y social	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental.	Estado de salud de pacientes con EPOC	1. 0: peor estado de salud 2. 100: óptimo estado de salud

9.2 Anexo 2. Formulario de recolección de datos

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVAS CRÓNICA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ENERO 2016 – ENERO 2019.

1. Lea atentamente cada pregunta, revise todas las opciones, y elija la alternativa que más lo (a) identifique.

2. Marque con una X la alternativa seleccionada.

Fecha: _____

A. DATOS GENERALES
Cédula de identidad (#): _____

Edad: (años cumplidos): _____

Género:	1. Masculino: ___	2. Femenino: ___	
Estado civil:	1. Soltero: ___	2. Casado: ___	3. Unión libre: ___
	4. Viudo: ___	5. Divorciado: ___	
Instrucción:	1.Ninguna: ___	2. Primaria ___	3. Secundaria ___
	4. Tercer nivel: ___	5. Cuarto nivel ___	
Lugar de residencia:	1. Urbana: ___	2. Rural ___	
Tiempo de diagnóstico de EPOC:	1. < 5 años: ___	2. 5-10 años: ___	3. > 10 años: ___

9.3 Anexo 3. Cuestionario SF-36

CUESTIONARIO SF-36

Marque (subraye o circule) una sola respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

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

   1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

2. **¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

   1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año 3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año 5. Mucho peor ahora que hace un año

3. **Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:**

   a. **¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**

   1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

   b. **¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota o caminar más de una hora?**

   1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

c. ¿Su salud actual le limita para coger o llevar encima el peso de la jaba de compras en la bodega o tienda?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

d. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

e. ¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

f. ¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

g. ¿Su salud actual le limita para caminar diez o más cuadras (un kilómetro o más)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

h. ¿Su salud actual le limita para caminar varias cuadras (de 200 a 900 metros)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

i. ¿Su salud actual le limita para caminar una sola cuadra (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

j. ¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

4. **Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:**

   a. **Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**

      1. Sí 2. No

   b. **Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?**

      1. Sí 2. No

   c. **Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

      1. Sí 2. No

   d. **Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?**

      1. Sí 2. No

5. **Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:**

a. **Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso?**

1. Sí 2. No

b. **Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

1. Sí 2. No

c. **Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

1. Sí 2. No

6. **Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

7. **¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

1. No, ninguno 2. Sí, pero muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado 5. Sí, mucho 6. Sí, muchísimo

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

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

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

a. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

b. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia estuvo muy nervioso?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

c. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió tan abatido que nada podía animarle?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

d. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

e. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tuvo mucha energía?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

f. **Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió desanimado y triste?**

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

g. **Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió agotado?**

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

h. **Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió feliz?**

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

i. **Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió cansado?**

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

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

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo alguna vez 5. Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa

b. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa

c. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa

d. Mi salud es excelente

1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa

9.4 Anexo 4. Consentimiento informado

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital Homero Castanier Crespo, enero 2016 – enero 2019.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador	Paula Karol Arteaga Figueroa	0106436520	Universidad de Cuenca
	Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay	0302298260	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hospital Homero Castanier Crespo. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.
Introducción
La calidad de vida es primordial para un desarrollo personal dentro de la comunidad, pero a su vez esta, se encuentra afecta por diversas enfermedades presentes en la actualidad. Una de estas enfermedades es el EPOC, causa frecuente de ingresos y atención médica en el Hospital Homero Castanier Crespo y debido a que no existen investigaciones de la calidad de vida en pacientes que presenten Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es necesario la aplicación del Cuestionario SF – 36, los resultados obtenidos por este estudio servirán en un futuro para la mejora de tratamientos en los pacientes con EPOC.
Objetivo del estudio
Determinar la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Hospital Homero Castanier Crespo, enero 2016 – enero 2019.
Descripción de los procedimientos

1. Petición al director del Hospital Homero Castanier Crespo para la recolección de datos y aplicación del cuestionario SF-36
2. Firma del consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.
3. Aplicación del cuestionario SF-36 a todos los pacientes que se encuentren dentro de los criterios de inclusión, el cual será aplicado de forma individual.
4. Análisis de la información obtenida.
5. Supervisión de la información obtenida por parte de la tutora de tesis Mg. Verónica Vanessa Cárdenas León
6. Para la recolección de los datos se realizará una encuesta que consta de 8 ítems la cual tomará aproximadamente un total de 20-30 minutos.

Riesgos y beneficios

Al realizar el cuestionario SF-36 se conocerá la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica; además aportará información necesaria para el equipo profesional de salud, ya que, al conocer el nivel de calidad de vida, se concientiza de la importancia del trabajo multidisciplinar ante esta enfermedad. La información recolectada será estrictamente confidencial y que no se utilizarán sus datos personales para otros fines. Se respetará su autonomía.

Otras opciones si no participa en el estudio

En caso de no desear participar usted es libre de retirarse del mismo en cualquier momento de la investigación.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

1) Recibir la información del estudio de forma clara;
2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
10) Que se respete su intimidad (privacidad);
11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;

14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

En caso de alguna duda sobre el estudio por favor llame al siguiente contacto 0998894565 que pertenece a Verónica Johanna Crespo Sucuzhañay o envíe un correo electrónico a veronica.crespo@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo *(si aplica)*	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec