



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2019

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
MÉDICO

Autora:

Stefany Katherine Correa Villavicencio

Director:

Dr. Luis Mario Chunchi Ayala

Asesora:

Dra. Patricia Elizabeth Vanegas Izquierdo

CUENCA – ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología relevante en algunas ocasiones sub diagnosticada, asociada a factores como exposición al humo de leña, y el consumo de tabaco.

Objetivo general: Determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019.

Metodología: Se efectuó un estudio analítico transversal prospectivo con enfoque cuantitativo. Se trabajó con todo el universo el cual constó de todos los pacientes adultos que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso con diagnóstico de EPOC, en los meses de junio, julio y agosto del 2019. Se aplicó el cuestionario respiratorio Saint George CRSG, específico y diseñado para la valoración de la calidad de vida en pacientes que presentan EPOC. Los datos fueron analizados en el software SPSS 20.0 en español. La información es presentada a través de tablas simples de frecuencia y doble entrada demostrando una relación entre variables.

Resultados: La calidad de vida regular a mala de los pacientes con EPOC tuvo una asociación significativa con la disnea OR 8.2 (IC95%: 1.06 – 64.09 valor p 0,0179), sin embargo, no se evidenció diferencias estadísticamente significativas con los demás factores.

Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes con EPOC en un 72% fue de regular a mala y de acuerdo con sus dimensiones las actividades tuvieron mayor impacto negativo con una media de 55,77, seguido por síntomas con un 55,43 e impacto con un 40,11.

Palabras claves: Adultos, Epoc, Calidad de vida, Factores asociados.

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a relevant pathology that is sometimes under-diagnosed, associated with factors such as exposure to wood smoke, and smoking.

Objective: Determining the factors associated with the quality of life in adult patients with COPD treated at the Vicente Corral Moscoso's Hospital. Cuenca 2019.

Methodology: it was done a cross-sectional analytical study with a quantitative approach. We worked with the entire universe, which consisted of all adult patients who attended the Vicente Corral Moscoso's Hospital with a diagnostic of COPD in the months of June, July and August of 2019. The Saint George CRSQ respiratory questionnaire specific and designed to assess the quality of life in patients with COPD, was applied. The data were analyzed in the SPSS 20.0 software in Spanish. The information is presented through the simple frequency and double entry tables demonstrating a relationship between variables.

Results: The poor quality of life of patients with COPD had a significant association with dyspnea OR 8.2 (IC95%: 1.06 – 64.09 valor p 0,0179); however, no statistically significant differences were evidenced with the other factors.

Conclusions: The quality of life of patients with COPD in 72% was poor and according to their dimensions the activities had a greater negative impact with an average of 55.77, followed by symptoms with a 55.43 and an impact with a 40.11.

Keywords: Adults, Chronic obstructive pulmonary disease, Quality of life, Associated factors.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTO.....	10
CAPÍTULO I	11
1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	15
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 ANTECEDENTES	15
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	16
2.2.1 Generalidades.....	16
2.2.2 Prevalencia e incidencia.....	16
2.2.3 Síntomas	17
2.2.4 Diagnóstico	17
2.2.5 Tratamiento para EPOC estable	17
2.2.6 Calidad de vida	18
2.2.7 Instrumentos utilizados en la medición de la CVRS.....	18
2.2.8 Calidad de vida en enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	20
2.2.9 Factores asociados para el desarrollo de EPOC.....	21
2.2.10 Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con EPOC.....	21
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	23
2.4 HIPÓTESIS	24
CAPÍTULO III	25
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo general	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
CAPÍTULO IV	26
4 DISEÑO METODOLÓGICO	26
4.1 Diseño general del estudio	26

4.1.1 Tipo de estudio.....	26
4.1.2 Área de Investigación.....	26
4.1.3 Universo	26
4.1.4 Tamaño de la muestra	26
4.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	26
4.2.1 Criterios de inclusión	26
4.2.2 Criterios de exclusión	26
4.3 Métodos e instrumentos para obtener la información.....	27
4.3.1 Métodos y técnicas de procesamiento de la información	27
4.3.2 Procedimiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar	27
4.4 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos	29
4.5 Descripción de variables	29
4.5.1 Operacionalización de variables	29
CAPÍTULO V	33
5 RESULTADOS	33
5.1 Cumplimiento del estudio	33
CAPÍTULO VI	41
6 DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO VII	49
7 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA	49
7.1 CONCLUSIONES.....	49
7.2 RECOMENDACIONES	49
7.3 BIBLIOGRAFÍA	50
7.4 ANEXOS	58

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Stefany Katherine Correa Villavicencio, con cédula de identidad número 1104808504, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 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 Católica 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 Católica 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, 21 de noviembre de 2019



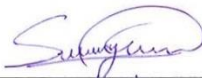
Stefany Katherine Correa Villavicencio
C.I.: 1104808504

AUTORA

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Stefany Katherine Correa Villavicencio, autora del trabajo de titulación "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 21 de noviembre de 2019



Stefany Katherine Correa Villavicencio
C.I.: 1104808504
AUTORA

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Stefany Katherine Correa Villavicencio, con cédula de ciudadanía N° 1104808504 autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer los factores asociados a la calidad de vida en los pacientes adultos que padecen EPOC, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 21 de noviembre de 2019



Stefany Katherine Correa Villavicencio
C.I.: 1104808504
Autora de la Investigación

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico primeramente a Dios, por permitirme llegar hasta el día de hoy con sabiduría, fortaleza y humildad.

A mis padres Dino Correa y Cecilia Villavicencio que son mi pilar fundamental y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera universitaria. Con su infinito amor han sabido guiarme e impulsarme a cumplir mis sueños.

A mi hermano Mateo Correa, por apoyarme y compartir conmigo momentos de tristeza y alegría.

A mis abuelos Fanny y Walter por sus enseñanzas brindadas día a día, e impulsarme a vivir y seguir adelante ante todas las adversidades.

A mi familia, que con su apoyo a lo largo de mi vida universitaria han estado en los momentos que los he necesitado.

Finalmente, a mis compañeros quienes han estado a mi lado durante el transcurso de estos años de estudio, con los cuales comparto el mismo sueño.

Stefany Katherine Correa Villavicencio.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios, por permitirme llegar a este punto de mi carrera universitaria, ya que no sería nada sin cada una de sus bendiciones.

A mis padres y familiares quienes, depositando su entera confianza, contribuyeron con su apoyo incondicional de inicio a fin.

A mi alma mater Universidad Católica de Cuenca por abrirme sus puertas para cumplir mi sueño. A todos mis docentes quienes me brindaron las bases necesarias, para culminar con éxito este arduo camino. A mi director de tesis Dr. Luis Mario Chunchi y asesora metodológica Dra. Patricia Vanegas por su asistencia académica paciencia, afán y esmero para que este proyecto sea posible.

Finalmente, al Hospital Vicente Corral Moscoso por permitirme desarrollar este importante trabajo de investigación y Dr. Manolo Maestre responsable del área de neumología del Hospital por brindarme su colaboración y apertura en la recolección de datos.

Stefany Katherine Correa Villavicencio.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable que se caracteriza por una limitación persistente del flujo aéreo, asociado a una respuesta inflamatoria crónica de las vías respiratorias, ante la exposición a gases nocivos y partículas. La principal sintomatología cursa con disnea que puede presentarse en reposo, tos y expectoración crónica. (1) (12)

Es considerada un problema de salud mundial, debido a su morbimortalidad asociada y elevada prevalencia. (1)

Según la organización mundial de la salud, de acuerdo con el estudio de carga mundial de morbilidad, la prevalencia de esta patología para el año 2016 fue de 251 millones de casos. Mas del 90% de muertes fueron registradas en países donde las condiciones socioeconómicas son bajas y medias. (33)

En el Ecuador, según el ministerio de Salud Pública, el consumo de cigarrillo es el principal causante de esta enfermedad. La EPOC, antes considerada más frecuente en el sexo masculino, sin embargo, debido a altas incidencias de consumo de cigarrillos en mujeres, actualmente afecta a ambos sexos por igual. (34)

Existen diversos factores que se encuentran asociados con la EPOC, dentro de los cuales tenemos al tabaco como el principal. Además, se incluyen contaminación de aire en espacios cerrados (combustible de biomasa para cocinar), polvos y sustancias químicas ocupacionales, contaminación atmosférica en espacios abiertos. (12)

Diversas enfermedades crónicas como la EPOC están influenciadas por determinantes sociales, ambientales, fisiopatológicos, los cuales, conllevan a un deterioro de la calidad de vida (CV) de los pacientes que la padecen. (43)

Por lo tanto, esta enfermedad debe ser abordada y estudiada desde el ámbito investigativo. Este trabajo se basa en el estudio de los diversos factores que se encuentran asociados a la calidad de vida, en pacientes que fueron atendidos en

el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el área de neumología, en los cuales no se observan estudios previos.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) impone considerables cargas a la economía, sistemas de salud y la sociedad. Algunas proyecciones de la Organización Mundial de la Salud han sugerido, que para el año 2020 esta enfermedad pasará de la sexta posición, al tercero, como mortalidad general y del décimo segundo lugar, al quinto, como causa de morbilidad general. (5)

La EPOC ocupa el segundo puesto en cuanto a la carga global de enfermedad, únicamente superada por las enfermedades cardiovasculares. (6)

La prevalencia estimada por el Banco mundial y la OMS es casi del 1% entre los adultos, y aumenta a 15% en sujetos mayores de 40 años. Se considera una enfermedad infradiagnosticada con una alta prevalencia en España 15,2% de la población entre 40 y 80 años (el 15,1% en hombres y el 5,7% en mujeres). Entre los años 1994 y 2010 se registraron 2.348.184 muertes por EPOC en la Unión Europea. (1)

La prevalencia, según los hallazgos del estudio Platino en las grandes ciudades de América Latina, abarca alrededor, de 7,8% en la Ciudad de México, al 20% en Montevideo Uruguay, Santiago de Chile 16,9 %, y São Paulo con un 15,8%. (7)

La EPOC supone un costo elevado, tanto en el consumo de recursos sanitarios, como en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El curso crónico y progresivo de la misma, se agrava a menudo, con periodos de exacerbación de la enfermedad, que deterioran más la función pulmonar y la calidad de vida, y que son la causa más frecuente de solicitud de atención médica, hospitalización y muerte intrahospitalaria. (8) Además, supone un empeoramiento de la capacidad laboral y la pérdida gradual de la autonomía de los pacientes, transformando su relación con el entorno social, e incrementando su dependencia a los servicios de salud.

Es importante destacar el impacto económico que esta enfermedad produce. Un estudio evaluó el costo de la enfermedad, en cada uno de los pacientes

clasificados de acuerdo con la severidad del flujo aéreo, encontrando que en pacientes GOLD 1 el costo directo de la atención fue de \$ 1,681; pacientes GOLD 2 \$ 5,037 y \$ 10,812 para pacientes GOLD 3 y 4. La hospitalización fue la variable principal de costo en todos estos pacientes, además de que el tratamiento con oxígeno a largo plazo se encuentra entre las intervenciones más costosas. La prevalencia, de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se incrementará en el país de manera significativa en los siguientes años, debido al cambio en hábitos de consumo de tabaco, en especial en la población femenina. (9)

Las posibles complicaciones son: la insuficiencia respiratoria crónica, agudizaciones más graves, notable aumento del riesgo cardiovascular y fallecimiento. (10) (11)

Todos estos datos recopilados de algunos estudios a nivel mundial nos permiten idear la situación de esta patología, debido a que el compromiso de la funcionalidad y la presencia de síntomas como la disnea, tos, producción de esputo, influyen en la esfera social, emocional y laboral de los pacientes, de tal manera que las actividades que requieren de esfuerzo físico se ven limitadas; por lo expuesto, se considera importante valorar la calidad de vida y los diferentes factores que se ven asociados.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Al ser una enfermedad crónica e incurable, la EPOC se ha asociado con problemas físicos, psicológicos, y sociales. Dentro de la afectación física, estudios han demostrado que la disnea y la fatiga son los síntomas más molestos de esta patología y son los que, disminuyen la calidad de vida en general. Del mismo modo, los pacientes con EPOC experimentan una gran reducción en el funcionamiento psicológico y social. (11)

Cabe destacar que esta enfermedad afecta notablemente la calidad de vida, y existen diversos factores que influyen en la garantía de una vida plena y saludable, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública, relevante por su impacto en la morbilidad, discapacidad y calidad de vida, a causa de los síntomas, la disminución de la capacidad física y el uso de medicamentos. Está demostrado con un alto nivel de evidencia que el tabaco es el principal factor precipitante, pero también la contaminación ambiental y exposición a biomasa, favorecen la aparición de esta enfermedad multisistémica.

La EPOC representa una alta demanda para el Hospital Vicente Corral Moscoso, debido a la elevada incidencia de casos reportados, por lo cual se justifica realizar un estudio en esta población, del mismo modo la calidad de vida de los pacientes con EPOC ha sido estudiada extensamente en otras poblaciones y un deterioro de la misma se ha vinculado a una mayor afectación del paciente y a una mayor actividad de la enfermedad, por lo cual es importante realizar este estudio con el fin de determinar dicha relación hasta ahora, poco conocida en la ciudad de Cuenca.

Del mismo modo es un estudio que aportara a las líneas de investigación del Ecuador, por lo cual los datos obtenidos serán un punto de partida importante en la evaluación de los pacientes con EPOC a nivel nacional, ya que se expondrán los factores asociados a la misma y al deterioro de la CV de los pacientes que padecen dicha enfermedad.

CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En un estudio realizado por Iván Villar Balboa y colaboradores en España en el año 2014, se describió la relación entre factores pronósticos, individuales o asociados en clasificaciones multidimensionales (BODE y ADO), y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se realizó un muestreo aleatorizado sistemático de 102 pacientes diagnosticados de EPOC, excluidos aquellos con exacerbación aguda, demencia, enfermedad terminal o los que reciben atención domiciliaria. Este estudio determinó que la disnea fue el factor que presentó una correlación más fuerte con la CVRS. Otros factores como la tolerancia al ejercicio, la ansiedad y la depresión presentaron una correlación alta-moderada mientras que la correlación fue moderada-débil para el FEV1 y las exacerbaciones. (1)

Dentro de los estudios que abordan los factores asociados de manera directa se encuentra el publicado por Zirlik y colaboradores quienes en el año 2014 exponen en su estudio “Public spirometry for primary prevention of COPD” que, tras examinar 257 personas con una media de edad de 30 años, el 17,1% fueron pacientes fumadores y únicamente 2 de ellos presentaron capacidad vital forzada $<0,7$; como conclusión del estudio se mencionó que la espirometría normal no mostró un beneficio a corto plazo para la prevención primaria de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en términos de motivación creciente para dejar de fumar. (2)

En lo que respecta a la combustión de biomasa como factor de riesgo para EPOC, en el año 2016 mediante una Carta al editor de la revista Archivos de Bronconeumología (Arch Bronconeumol), Golpe y colaboradores mencionan que la exposición a la combustión de la biomasa es uno de los importantes factores de riesgo para el desarrollo de patrones obstructivos no solamente en las poblaciones de países en vías de desarrollo, sino en países industrializados, la frecuencia de exposición a esta factor en pacientes con EPOC es del 20% (3)

En el año 2017 un estudio realizado en América Latina, López y colaboradores presentan los resultados de su estudio titulado “Occupational and Biomass Exposure in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results of a Cross-Sectional Analysis of the On-Sint Study” en el que se ingresaron un total de 1214 pacientes con EPOC, en los cuales 1012 (83,4%) tenían tabaco como único factor de riesgo y 202 (16,6%) tenían más, principalmente 174 (14,3%) con gases ocupacionales y 32 (2,6%) con biomasa exposición, la exposición a la biomasa fue bastante baja. El sexo masculino (OR: 2.180), la puntuación CAT (OR: 1.036) y el uso de oxigenoterapia a largo plazo (OR: 1.642) se asociaron con un factor de riesgo adicional en el análisis multivariado. (4)

En Ecuador se mencionan algunos estudios: en la ciudad de Cuenca en el año 2010, Ordoñez y colaboradores realizaron una tesis para determinar la prevalencia y factores asociados a EPOC, el estudio fue retrospectivo mediante la revisión de 205 historias clínicas de pacientes atendidos en consulta externa, se mencionó que dentro de los factores asociados se hallaban: hábito tabáquico y exposición a biomasa. (32)

2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1 Generalidades

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se define como una patología caracterizada por la limitación persistente del flujo aéreo, la misma que se encuentra asociada a una respuesta inflamatoria a gases y partículas nocivas. (12)

2.2.2 Prevalencia e incidencia

Suele empezar a partir de los 40 años, alcanzando su máxima prevalencia entre los 60 a 80 años. (13)

El estudio Global Burden of Disease en el año 2015 estimó la prevalencia global del EPOC en aproximadamente 174 millones de casos. Se estima una alta prevalencia en España aproximadamente 15,2% de la población entre 40 y 80 años (el 15,1% en hombres y el 5,7% en mujeres). (14)

La prevalencia según los hallazgos del estudio Platino en las grandes ciudades de América Latina va alrededor de 7,8% en la Ciudad de México al 20% en Montevideo Uruguay, Santiago de Chile 16,9 %, y São Paulo con un 15,8%. (7)

2.2.3 Síntomas

La sintomatología característica de la EPOC es: tos crónica, expectoración crónica y la disnea. La tos y la expectoración mucosa de predominio matutino, se consideran síntomas tempranos de la enfermedad. Otros menos frecuentes pero presentes como son la ansiedad y depresión. (17)

2.2.4 Diagnóstico

Se basa en tres pilares fundamentales: sospecha clínica, historia de exposición a factores de riesgo y pruebas funcionales respiratorias, como la espirometría, la misma que se realizará ante la sospecha diagnóstica. La espirometría se basa en la disminución del flujo espiratorio, medido a través del FEV1 y su cociente con la FVC (FEV1/FVC), la presencia de este coeficiente posbroncodilatador inferior a 0.7 confirma el diagnóstico. Existen otros exámenes como, la radiografía de tórax para la exclusión de otras patologías, TAC, gasometría y prueba de la marcha en 6 minutos. (17)

Es muy importante valorar el riesgo de exacerbaciones y comorbilidades como: enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, infecciones respiratorias, ansiedad y la depresión, diabetes, cáncer de pulmón, bronquiectasias, ya que estas afectan al pronóstico y aumentan las hospitalizaciones. (18)

2.2.5 Tratamiento para EPOC estable

Actualmente, no solo se toma en cuenta la caída del VEF1 para establecer un tratamiento óptimo, sino que se ha tomado en cuenta nuevas variables en las que se encuentra el número de exacerbaciones, la sintomatología o su impacto en la calidad de vida del paciente. (19) (20)

De tal manera que las nuevas guías han determinado un tratamiento individualizado de carácter multidimensional. Además de que se requiere implementación de vacunación previa a virus de influenza o neumococo. (21)

- Medidas no farmacológicas: cese del hábito tabáquico o exposición al contaminante ambiental o laboral, la oxigenoterapia crónica domiciliaria, el soporte ventilatorio no invasivo, la rehabilitación respiratoria, actividad física y la nutrición. (22)
- Medidas farmacológicas:
 - Broncodilatadores: son los beta-agonistas (agonistas β_2), los anticolinérgicos y las metilxantinas. (23) (24)
 - Antiinflamatorios: con distintos lugares de actuación dentro de la vía inflamatoria (38), corticoides e inhibidores de la fosfodiesterasa 4 actuando mediante la inhibición de los mecanismos de los procesos de la inflamación; N-acetil cisteína como antioxidante.

2.2.6 Calidad de vida

La calidad de vida se puede definir como la estimación personal de un individuo de su situación en la vida, a nivel socio económico, cultural, en relación con sus objetivos, expectativas valores e intereses. (40) La OMS la define como: “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. (40)

Browne y cols lo define como: “La interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”. (40)

En el área de salud se ha implementado una forma de definirla como, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que hace referencia a la apreciación que tiene el paciente sobre el sufrimiento provocado por los efectos de su enfermedad. (35)

2.2.7 Instrumentos utilizados en la medición de la CVRS

Es muy habitual que exista una diferencia relevante entre clínicos y pacientes a la hora de evaluar el estado de salud y el beneficio de las intervenciones terapéuticas. Estas diferencias son las que han permitido el desarrollo de instrumentos de medida fiables y sensibles, que tienen en cuenta en su desarrollo las opiniones de los pacientes. Esos instrumentos son los cuestionarios de CVRS.

Existen dos tipos de cuestionarios para evaluar la CVRS: los genéricos y los específicos. (66)

Los cuestionarios genéricos permiten una medición general del estado de salud y están diseñados para aplicarlos en pacientes que tienen diferentes patologías, permitiendo comparaciones entre pacientes con diferente tipo de enfermedad. (66)

Los cuestionarios específicos diseñados para una determinada enfermedad o síntoma, por lo que tienen más sensibilidad en la detección de cambios o efectos derivados de las intervenciones terapéuticas. (66)

Con respecto a los cuestionarios genéricos podemos mencionar:

- **EuroQol de 5 dimensiones (EQ-5D)**

Este cuestionario permite conocer el estado de salud de los pacientes, así como analizar la efectividad de una intervención sanitaria. La versión actual consta de 5 dimensiones (autocuidado, dolor, problemas de movilidad, actividades cotidianas y ansiedad/depresión). Su validación en España se debe a Badía y cols. Se demostró útil para evaluar el impacto de la EPOC en la calidad de vida. (66)

- **Short Form Health Survey (SF-36 y SF-12)**

Es uno de los cuestionarios genéricos de CVRS más utilizados y evaluados. Consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Además de esas 8, incluye la valoración de la salud comparada con un año atrás. En cada dimensión se genera una escala que tiene una puntuación que varía de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). El tiempo de realización es de 10-15 minutos. Este cuestionario ha mostrado validez en la evaluación de los pacientes con EPOC. (66)

Dentro de los cuestionarios específicos se puede mencionar:

- **Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (Chronic Respiratory Questionnaire, CRQ)**

Instrumento que mide la CVRS en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Consta de 20 preguntas divididas en 4 dominios: disnea, fatiga, función emocional y un cuarto dominio que evalúa cómo el paciente se enfrenta a su enfermedad crónica. La evaluación de la disnea se realiza de forma individual, ya que los pacientes eligen las 5 actividades de la vida diaria que son más importantes para ellos y en las que experimentan disnea de ejercicio. (66)

- **Cuestionario Respiratorio St. George**

Diseñado para valorar la calidad de vida en pacientes con EPOC. Evalúa 3 áreas principales en el individuo, los síntomas, la cual se refiere a la frecuencia y duración de estos, la actividad, esta se relaciona con las actividades físicas que se encuentran limitadas por los problemas respiratorios y el impacto que engloba la influencia que tiene la enfermedad en el ámbito social, laboral, psicológico y de control de la salud. Cada pregunta posee una numeración y esta va desde el 0 al 100, donde el 0 significa ausencia de afección de la CV y 100 es el puntaje mayor alcanzado demostrando la mayor afección de la CV, de igual manera, se suman todas las escalas para generar una escala global. Consta de dos partes; la primera evalúa los síntomas (frecuencia y gravedad) y la segunda explora la limitación de actividades debido a la disnea y el impacto social y psicológico. Un cambio de puntuación de cuatro puntos o más se considera un cambio significativo en el estado de salud del paciente. (66)

2.2.8 Calidad de vida en enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El concepto CVRS alude a las limitaciones en la vida cotidiana y la sensación de bienestar derivadas de una enfermedad o su atención. (25)

Pacientes con EPOC experimentan una disminución en su calidad de vida, con empeoramiento de la capacidad laboral, con pérdida gradual de su autonomía, transformando su relación a nivel social y su entorno, de esta forma incrementando su dependencia en sistemas de salud. (26)

Toda esta dependencia se ejemplifica con las exacerbaciones de esta patología, siendo causa frecuente de atención médica, hospitalización además de muerte intrahospitalaria. (26)

2.2.9 Factores asociados para el desarrollo de EPOC

El tabaco es considerado el factor de riesgo más importante en la EPOC, sin embargo, se ha demostrado que las personas no fumadoras pueden presentar limitación del flujo aéreo. Los factores presentes en la infancia, denominados (limitantes) pueden influir en la predicción de la función pulmonar adulta. Pacientes con antecedentes de tuberculosis, se asocia con un riesgo entre 2 y 4 veces mayor de desarrollar EPOC, de forma independiente a otros factores de riesgo. (67)

Factores genéticos como el déficit de alfa-1-antitripsina, y otros factores como: la edad, sexo envejecimiento pulmonar, las infecciones respiratorias repetidas del niño o el adulto en edades tempranas y los factores socioeconómicos. (16) (67)

Otros tipos de tabaco como: pipa, puro, pipa de agua y marihuana son también, factores de riesgo de la EPOC. La exposición pasiva al humo del tabaco o tabaquismo ambiental, al aumentar la cantidad total de partículas y gases inhalados en los pulmones, contribuye al desarrollo de la EPOC. (67)

La inhalación de humo de la biomasa combustible o materia particulada ambiental, utilizada para cocinar y calentar viviendas mal ventiladas, puede volverse un importante factor de riesgo para el desarrollo de la EPOC, especialmente en países de bajos ingresos. (15)

La madera, el estiércol animal, los residuos agrícolas y el carbón que habitualmente se queman al aire libre o en estufas que funcionan de forma deficiente pueden contaminar el aire interior. Además, la exposición ocupacional a diversos polvos, gases y humos tóxicos se asocia a un mayor riesgo de la EPOC. (67)

2.2.10 Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con EPOC

- **Edad**

Varios estudios han demostrado que el incremento de la edad se asocia infaliblemente a un aumento de la mortalidad, no sólo para la EPOC, sino para cualquier otra enfermedad. Un estudio realizado por Corlateanu y cols. en Moldova en el año 2016, tuvo como objetivo, determinar el papel de la edad sobre la CV, en los pacientes con EPOC, se estudiaron un total de 180 pacientes. (27)

La CVRS se evaluó mediante el Cuestionario Clínico de EPOC (CCQ) y el Cuestionario Respiratorio de St. George. Los pacientes en ambos grupos tenían una gravedad de obstrucción similar: el FEV1 (% de lo previsto) fue de $39.9 \pm 13.2\%$ en el grupo de ancianos en comparación con $41.7 \pm 11.7\%$ en el grupo más joven ($p > 0.05$). (28)

- **Sexo**

Con mayor frecuencia la EPOC se ha presentado en los varones. No obstante, en los últimos años se ha observado un aumento progresivo en cuanto a la prevalencia en el sexo femenino, especialmente en los países occidentales. Sin embargo, algunos datos de la literatura médica indican que la mujer, además puede tener mayor susceptibilidad para desarrollar la enfermedad, mayor gravedad e incluso mayor mortalidad asociada a la EPOC. (29)

Un estudio elaborado por Raheison y cols. en Francia en el año 2014, realizaron un análisis el cual, tuvo como objetivo determinar las diferencias según género y el comportamiento de la EPOC. Se incluyeron 430 pacientes. El 57,4% eran mujeres, estas fueron significativamente más jóvenes, que los hombres y su consumo de tabaco fue menor (37.1 vs. 40.4 paquetes al año). (29)

- **Disnea:**

La disnea es considerada como el factor que presenta mayor relación con la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). (27)

La sensación de pérdida o falta de aire contribuye a que los pacientes tengan mayor dificultad para su movilidad e incapacidad para la realización de sus actividades cotidianas, entre estas se encuentra, la alimentación como uno de los principales signos que presentan deterioro con esta patología, cabe destacar que la disnea influye de forma negativa en el proceso de deglución por lo cual es capaz de contribuir a la mala nutrición del paciente con EPOC. (27)

- **Índice de masa corporal**

Se presentó asociación con los problemas de movilidad. Algunos estudios sugieren que un bajo peso, se encuentra relacionado hacia un empeoramiento de la salud, asociado al hábito tabáquico activo. (30) (31)

El estado nutricional, la pérdida de peso y la caquexia tienen importantes implicaciones pronósticas en pacientes con EPOC. El índice de masa corporal (IMC) se ha implicado en la evaluación del riesgo de EPOC. (31)

- **Depresión**

Constituye un problema frecuente en los pacientes con EPOC con importantes consecuencias en su estado de salud. Según un reciente metaanálisis, la prevalencia de los síntomas de depresión de los pacientes con EPOC se estima en torno al 25%, aunque también es cierto que se observa una importante variabilidad entre los distintos estudios. En estos pacientes, la depresión no tratada se ha asociado a una disminución de la adherencia al tratamiento médico, abandono prematuro de los programas de rehabilitación pulmonar, incremento de la estancia hospitalaria y disminución de la CV. (30)

- **Comorbilidades:**

La EPOC suele coexistir con otras enfermedades (comorbilidades) que afectan significativamente la evolución del paciente, afectando notablemente su calidad de vida. Existen diversas comorbilidades asociadas como: la hipertensión arterial, siendo la enfermedad concomitante más frecuente en la EPOC, lo que tiene consecuencias en el pronóstico. Además de síndrome metabólico y diabetes, se ha calculado que la prevalencia del síndrome metabólico es superior al 30 %. (30)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: enfermedad crónica caracterizada por la limitación persistente del flujo aéreo que se asocia principalmente al humo de tabaco. Se lo considera un problema de salud pública debido a su elevada morbimortalidad e impacto socio económico. (12)

Factores asociados: rasgo o característica de un individuo que puede incrementar la probabilidad de presentar una enfermedad. Considerado un determinante de la salud. (41)

Calidad de vida: considerada como el bienestar personal de satisfacción de las necesidades en diversas esferas, físicas, psicológicas y sociales. (40)

Volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de aire que se expresa en ml, que es expulsado en el primer segundo en una espiración forzada considerado un parámetro normal >80%. (12)

Capacidad vital forzada: hace referencia a la máxima cantidad de aire que puede ser exhalada después de una inspiración máxima de forma forzada. (12)

Biomasa: materia orgánica de origen vegetal o animal originada en un proceso biológico o espontáneo. (12)

Tabaquismo: enfermedad caracterizada por la adicción crónica a la nicotina, actuando a nivel del sistema nervioso central. (42)

2.4 HIPÓTESIS

Los factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca 2019 son: disnea, índice de masa corporal, tabaquismo activo, exposición a biomasa, comorbilidades.

CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población estudiada según las variables sociodemográficas y sociales, edad, sexo, residencia, estado civil, condición socio económica.
- Conocer la calidad de vida de los pacientes, según los síntomas, actividad, e impacto en la vida cotidiana.
- Establecer la asociación entre los factores en estudio y calidad de vida en pacientes con EPOC.

CAPÍTULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Diseño general del estudio

4.1.1 Tipo de estudio

El estudio que se llevó a cabo fue analítico transversal prospectivo con enfoque cuantitativo.

4.1.2 Área de Investigación

La investigación fue realizada en el área de Neumología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.1.3 Universo

El universo constó de todos los pacientes adultos que acudieron al área de neumología de consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso con diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), durante los meses de: junio, julio y agosto del 2019. En total 143 pacientes.

4.1.4 Tamaño de la muestra

No se tomó muestra por lo que se trabajó con todo el universo.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica que se traten en el área de Neumología del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes que acepten participar del estudio y firmen el consentimiento informado, o su representante.

4.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con enfermedades o trastornos psiquiátricos.

- Pacientes con alteración del estado de conciencia o que hayan consumido algún tipo de sustancia estupefaciente o alcohol.

4.3 Métodos e instrumentos para obtener la información

4.3.1 Métodos y técnicas de procesamiento de la información

El método empleado en este estudio es mediante la observación, recolección y análisis de los datos obtenidos mediante un formulario de recolección de autoría propia, Cuestionario Respiratorio Saint George, escala de disnea mMRC, y la aplicación del método Graffar Méndez Castellano de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo establecido.

4.3.2 Procedimiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar

Previa a la aprobación del estudio por parte de autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso y Universidad Católica de Cuenca se elaboró un formulario para recolectar datos en relación con las variables de autoría propia. La información que se obtuvo fue a través de una entrevista con los participantes. Además, se aplicó el siguiente cuestionario.

Cuestionario respiratorio Saint George CRSG

Es un instrumento específico, diseñado para ser aplicado en la valoración de la calidad de vida en pacientes que presentan EPOC. Teniendo en cuenta un Coeficiente alfa de Cronbach global de 0,92. En este cuestionario se cuantifica 3 parámetros: Síntomas, que se refiere a la sintomatología que tiene el paciente, frecuencia y duración. Actividad, con relación a las actividades físicas que están limitadas a causa de los problemas respiratorios y la disnea; e Impacto, que engloba aspectos concernientes a los efectos que tiene la enfermedad en los ámbitos social, laboral, psicológico, y de control en salud. (35)

Cada pregunta presenta un valor determinado. Teniendo en cuenta un rango que va de 0 al 100, donde cero indica ausencia de afectación en la calidad de vida y 100 es el máximo score posible que señala un peor nivel de calidad de vida; de igual manera se obtiene un score total (IS) del CRSG al sumar los valores obtenidos en las subescalas. El cuestionario tiene una duración de 10 minutos,

consta de 16 preguntas. Está conformado por 2 partes, la primera formada por las preguntas de la 1-8, que describe la frecuencia de los síntomas respiratorios. La parte 2 formada por las preguntas de la 9-16, abordando el estado actual del paciente. (36)

Para la cuantificación del cuestionario cada valor para todo elemento que tenga una respuesta positiva se suma, el puntaje se obtiene dividiendo los valores sumados por el valor máximo ajustado para ese componente. Se realiza por subescalas, para el componente síntomas se suman todos los puntajes de los reactivos de la parte 1 se divide para 662.5 finalmente multiplicándolo por 100. En la parte de actividades se obtiene la suma del puntaje obtenido de la sección 2 y 6 dividiéndolo para 1,209.1 y multiplicándolo por 100. En impacto se obtiene la suma de las secciones 1,3,4,5, y 7, se divide para 2,117.8 y se multiplica por 100. (36)

La totalidad resulta de la sumatoria del puntaje obtenido en cada categoría y la división de este para 3,989.4 multiplicado por 100. (36)

Es preciso mencionar que la calidad de vida fue categorizada en: Buena: Calidad de Vida menor e igual a 35, Regular: Calidad de Vida comprendida entre 35,1 y 70 y Mala: calidad de Vida mayor a 70.

Para la valoración y cuantificación de la disnea se utilizó:

Escala de disnea mMRC (modified Medical Research Council)

Según un puntaje de 0 a 4 valora que grado de disnea presenta el paciente, siendo más alto el valor representa un peor grado de disnea. (37)

Para la determinación de la condición socio económica de los pacientes se aplicó:

Método Graffar Méndez Castellano

Es un cuestionario para valorar la condición socio económica, este incluye cuatro variables. Se lo ha venido aplicando desde 1996, incluye aspectos relacionados con características del grupo familiar, dependencia, ingreso familiar, tenencia de la vivienda, número de ambientes. Formado por cuatro categorías las mismas que presentan un puntaje asignado para la obtención de estratos sociales. Posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89. (38) (39)

Con la información obtenida se elaboró una base de datos a través de una plantilla de Excel SGRQ, específica del Cuestionario Respiratorio Saint George. Para el desarrollo del análisis de información se utilizó el software SPSS 20.0 en español. La información es presentada a través del programa Microsoft Excel 2010 en tablas simples de frecuencia y doble entrada demostrando una relación entre variables.

Se aplicó estadística descriptiva mediante la utilización del chi cuadrado de Pearson, y se cuantificó el grado de asociación y de riesgo de Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza con el 95%. Se consideró valores estadísticamente significativos a $p < 0.05$. Para la tabulación de la calidad de vida con los diferentes factores, es preciso mencionar que se realizó la asociación de la calidad de vida regular y mala vs la calidad de vida buena y de esta manera se efectuó las distintas comparaciones.

4.4 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos

Para iniciar con la investigación se contó con la aprobación del protocolo por el director, asesor, comité de investigación, y el comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca. De igual manera se solicitó autorización al director médico del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se solicitaron a todos los pacientes que firmen el consentimiento informado, una vez que se explicó el propósito del estudio.

La investigación no implicó riesgo alguno para los pacientes; como tampoco tuvo costo para el paciente. En ningún momento se utilizaron los datos para otros propósitos que no sea el estipulado por el estudio. No se tomó los nombres de los pacientes al momento de la publicación o de la presentación de los resultados para garantizar el anonimato de los pacientes.

4.5 Descripción de variables

4.5.1 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido	Tiempo transcurrido.	Años cumplidos	Numérica

	desde que nace hasta el momento de su estudio.			
Sexo	Caracteres externos que identifican a una persona como hombre o mujer.	Fenotipo	Mujer Hombre	Nominal
Residencia	Lugar donde vive el último año.	Lugar de vivienda.	Urbano Rural	Nominal
Estado civil	Condición de una persona, según el registro civil de si tiene o no pareja.	Condición legal.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal
Nivel socio económico	Relación del hombre con su entorno y producción de sus ingresos.	Método Graffar Méndez Castellano (Anexo:5)	Alto Medio Bajo	Nominal
Índice de masa corporal	Forma de determinar si el peso es saludable para su estatura.	Peso y talla	Medidas antropométricas (talla y peso)	Numérica
Calidad de vida	Percepción subjetiva, influenciada	Cuestionario respiratorio Saint	Buena: <=35. Regular: 35.1-70 Mala: >70	Dependiente Cualitativa

	por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.	George (Anexo:4) Síntomas Actividad Impacto		
Disnea	Dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire.	Escala de disnea modificada del <i>Medical Research Council</i> (mMRC) (Anexo:3)	Grado 0 Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4	Numérica
Comorbilidad	Enfermedad coexistente en relación con el diagnóstico inicial.	Enfermedad coexistente.	Sí No Hipertensión arterial Diabetes mellitus Artritis/artrosis Otras	Nominal
Tabaquismo activo	Exposición voluntaria al hábito tabáquico.	Índice paquete/año	Si No Leve (<5 paquetes/año) Moderado (6-15 paquetes/año) Severo (>15)	Nominal Ordinal

			paquetes/año)	
Exposición al humo de leña (biomasa)	Condición en la que el paciente estuvo expuesto al humo de leña usada como combustible para cocinar.	Antecedentes	Si No	Nominal

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Al haber aplicado el formulario de recolección de autoría propia, cuestionario Respiratorio Saint George, escala de disnea mMRC, y método Graffar Méndez Castellano a 143 pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, se procedió al respectivo análisis y tabulación de los datos obteniéndose los siguientes resultados.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019

Variables	f (143)	% (100%)
Género		
Masculino	60	42,0
Femenino	83	58,0
Edad		
18 – 39 años	13	9,1
40 – 64 años	37	25,9
65 – 80 años	61	42,7
≥ 81 años	32	22,4
Estado civil		
Soltero	25	17,5
Casado	65	45,5
Unión libre	8	5,6
Divorciado	10	7,0
Viudo	35	24,5
Residencia		
Urbana	123	86,0
Rural	20	14,0
Nivel socioeconómico		
Alto	0	0,0
Medio	63	44,1
Bajo	80	55,9

Fuente: Formulario de datos

Elaborado por: Stefany Correa Villavicencio

Según las variables sociodemográficas, en lo referente al género de los pacientes con EPOC el 58% corresponde al femenino y el 42% al masculino. Con respecto a la edad el 42,7% corresponde a pacientes de edades comprendidas entre 65 – 80 años, seguido por el 25,9% a 40 – 64 años, el 22,4% a ≥ 81 años y el 9,1% a 18 – 39 años.

En lo referente al estado civil, el 45,5% de los pacientes son casados, el 24,5% son viudos, el 17,5% son solteros, el 7,0% son divorciados y el 5,6% tienen unión libre. En lo concerniente a la residencia de los pacientes con EPOC, el 86% viven en la zona urbana, mientras que el 14% restante, son de la zona rural. En cuanto al nivel socioeconómico, el 55,9% corresponde a pacientes de un nivel bajo, mientras que el 44,1% restante son pacientes con un nivel medio (Tabla 1).

Tabla 2. Características de la calidad de vida de los pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019

Calidad de vida	F	%
Buena (≤ 35)	40	28,0
Regular (35,1 – 70)	87	60,8
Mala (> 70)	16	11,2

Fuente: Formulario de datos

Elaborado por: Stefany Correa Villavicencio

En lo relativo a la tabla 2 sobre las características de la calidad de vida de los pacientes adultos con EPOC, el 60,8% tienen una calidad de vida regular, el 28,0% tienen una calidad de vida buena, y el 11,2% restante tiene una calidad de vida mala (Tabla 2).

Tabla 3. Factores asociados a la EPOC en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019

VARIABLES	F	%
IMC		
Peso bajo ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$)	7	4,9
Peso normal ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$)	65	45,5
Sobrepeso ($25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$)	37	25,9
Obesidad ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)	34	23,8
Disnea		
Grado 1	16	11,2
Grado 2	3	2,1
Grado 3	90	62,9
Grado 4	34	23,8
Comorbilidad		
Si	100	69,9
No	43	30,1
Tabaco		
Si	44	30,8
No	99	69,2
Tipo de comorbilidades		
HTA	68	47,5
DM	11	7,7
Artritis/Artrosis	12	8,4
Otra enfermedad	9	6,3
Ninguna	43	30,1

Índice paquete/año		
Leve (<5 paquetes/año)	25	17,5%
Moderado (6-15 paquetes/año)	7	4,9%
Severo (>15 paquetes/año)	12	8,4%
Ninguno	99	69,2%
Biomasa		
Si	97	67,8
No	46	32,2

Fuente: Formulario de datos

Elaborado por: Stefany Correa Villavicencio

De acuerdo con los factores asociados a la EPOC en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, con relación al IMC el 45,5% corresponden a pacientes con peso normal, seguido por el 25,9% con sobrepeso, el 23,8% con obesidad y el 4,9% con peso bajo.

Según la disnea, el 62,9% de los pacientes tienen disnea grado 3 (la disnea hace que tenga que parar al descansar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano), el 23,8% tienen grado 4 (la disnea impide salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse), el 11,20% poseen grado 1 (disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada) y por último el 2,1% corresponde al grado 2 (la disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso).

Con respecto a las comorbilidades de los pacientes con EPOC, el 69,9% si tienen comorbilidades, mientras que el 30,1% no tienen. En cuanto a los tipos de comorbilidades de los pacientes adultos con EPOC, el 47,5% corresponde a los pacientes con HTA; seguido por la artritis/artrosis en un 8,4%; DM en un 7,7%; otras enfermedades en un 6,3% como hipotiroidismo, párkinson, atrofia cerebral, cardiomegalia, epilepsia y cirrosis hepática; por último, el 30,1% de los pacientes no tienen ninguna comorbilidad.

Al analizar la frecuencia del consumo de tabaco, el 69,2% no consumen, mientras que el 30,8% si consumen. Con relación a la frecuencia de tabaco acorde al índice paquete/año, el 69,2% no consume ningún tabaco, seguido por el 17,5% se encuentran en un nivel leve, el 8,4% en un nivel severo y el 4,9% en un nivel moderado. En lo referente a la biomasa, el 67,8% de los pacientes han estado expuestos, mientras que el 32,2% no. (Tabla 3)

Tabla 4. Características clínicas de los pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019

(n = 143)	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Síntomas	143	10,60	100,00	55,43	19,99
Actividades	143	0,00	100,00	55,77	22,61
Impacto	143	3,57	84,89	40,11	18,63

Fuente: Formulario de datos

Elaborado por: Stefany Correa Villavicencio

Para analizar esta tabla es necesario aclarar que entre mayor sea el puntaje de la media, peor será la calidad de vida de los pacientes. Respecto a las dimensiones del cuestionario Saint George que se aplicó a 143 pacientes con EPOC, se puede apreciar que la dimensión que tuvo un mayor impacto negativo es actividades, con una media de 55,77, por lo tanto se encuentra por arriba de las dos dimensiones, ya que síntomas tiene una media de 55,43 e impacto con un 40,11 (Tabla 4).

Tabla 5. Calidad de vida asociada a las variables sociodemográficas de los pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019

Variables	Calidad de vida		Total	p valor
	Buena	Regular/Mala		
Género				
Masculino	15 (10,5%)	45 (31,5%)	60 (42,0%)	0,688
Femenino	25 (17,5%)	58 (40,6%)	83 (58,0%)	
Edad				
18 – 39 años	7 (4,9%)	6 (4,2%)	13 (9,1%)	0,012
40 – 64 años	14 (9,8%)	23 (16,1%)	37 (25,9%)	
65 – 80 años	13 (9,1%)	48 (33,6%)	61 (42,7%)	
≥ 81 años	6 (4,2%)	26 (18,2%)	32 (22,4%)	
Estado civil				
Soltero	9 (6,3%)	16 (11,2%)	25 (17,5%)	0,010
Casado	17 (11,9%)	48 (33,6%)	65 (45,5%)	
Unión libre	3 (2,1%)	5 (3,5%)	8 (5,6%)	
Divorciado	5 (3,5%)	5 (3,5%)	10 (7,0%)	
Viudo	6 (4,2%)	29 (20,3%)	35 (24,5%)	
Residencia				
Urbana	31 (21,7%)	92 (64,3%)	123 (86,0%)	0,186
Rural	9 (6,3%)	11 (7,7%)	20 (14,0%)	
Nivel socioeconómico				
Alto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,089
Medio	20 (14,0%)	43 (30,1%)	63 (44,1%)	
Bajo	20 (14,0%)	60 (41,9%)	80 (55,9%)	

Fuente: Formulario de datos

Elaborado por: Stefany Correa Villavicencio

En lo relativo a la calidad de vida asociada a las variables sociodemográficas, según el género más de la mitad corresponde al sexo femenino representado en un 58,0% de las cuales el 17,5% tienen una buena calidad de vida y el 40,6% tienen una calidad vida regular a mala; del 42,0% de los pacientes masculinos el 10,5% tienen una buena calidad de vida, mientras que el 31,5% restante tienen una calidad vida regular a mala.

Para identificar si existe homogeneidad o heterogeneidad se aplicó el Test Levene que sirve para evaluar hasta dos variables, en el cual se aprecia que existe homogeneidad (p valor $> 0,05$) ya que el valor p es 0,688.

Considerando la edad, menos de la mitad de la muestra corresponde a pacientes de edades comprendidas de 65 a 80 años en un 42,7% de los cuales el 33,6% tienen una regular/mala calidad de vida, mientras que el 9,1% gozan de una calidad buena.

Los pacientes de 40 a 64 años están representando en un 25,9%, de los cuales el 16,1% tienen una calidad de vida regular a mala, mientras que el 9,8% tienen una buena calidad de vida; el 22,4% de los pacientes tienen ≥ 81 años, de los cuales el 18,2% tienen una calidad de vida regular/mala, mientras que el 4,2% gozan de una calidad de vida buena; y por último el 9,1% corresponde a los pacientes de 18 a 39 años de los cuales el 4,9% tienen una calidad de vida buena, mientras que el 4,2% tienen una calidad de vida regular a mala.

Para identificar si existe homogeneidad o heterogeneidad se aplicó el Test ANOVA que sirve para evaluar más de dos variables, en el cual se aprecia que existe heterogeneidad (p valor $< 0,05$) ya que el valor p es 0,012.

En lo que concierne al estado civil, del 45,5% de los pacientes casados el 33,6% tienen una calidad de vida regular a mala, mientras que el 11,9% tienen una buena calidad; del 24,5% de los pacientes viudos el 20,3% tienen una regular/mala calidad de vida y el 4,2% gozan de una buena calidad de vida; del 17,5% de los solteros el 11,2% tienen una regular/mala calidad de vida y el 6,3% una buena calidad de vida; del 7% de divorciados, tanto los que tienen buena calidad y regular/mala calidad de vida tienen el 3,5%.

Para identificar si existe homogeneidad o heterogeneidad se aplicó el Test ANOVA, en el cual se aprecia que existe heterogeneidad (p valor $< 0,05$) ya que el valor p es $0,567$.

En lo referente a la residencia, un gran porcentaje corresponde a pacientes de la zona urbana en un 86% , de los cuales el $64,3\%$ tienen una regular/mala calidad de vida, mientras que el $21,7\%$ tienen una buena calidad de vida; del 14% de los que viven en la zona rural el $7,7\%$ tienen una calidad de vida regular/mala, mientras que el $6,3\%$ gozan de calidad de vida buena.

Para identificar si existe homogeneidad o heterogeneidad se aplicó el Test Levene, en el cual se aprecia que existe homogeneidad (p valor $> 0,05$) ya que el valor p es $0,186$.

En base al nivel socioeconómico, más de la mitad se encuentran en nivel bajo representado en un $55,9\%$ de los cuales el $41,9\%$ tienen una regular/mala calidad de vida y el $14,0\%$ tienen una buena calidad de vida; el $44,1\%$ corresponde a los pacientes de un nivel medio de los cuales el $30,1\%$ tienen una regular/mala calidad de vida, mientras que el $14,0\%$ gozan de una calidad de vida buena.

Para identificar si existe homogeneidad o heterogeneidad se aplicó el Test ANOVA, en el cual se aprecia que existe homogeneidad (p valor $> 0,05$) ya que el valor p es $0,089$ (Tabla 5).

Tabla 6. Factores asociados a la calidad de vida de los pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019

	Calidad de vida				OR	IC 95%	p valor	
	Regular/Mala		Buena					
	n= 103	%= 72	n= 40	%=28				
IMC								
Estado nutricional anormal	57	39,8%	21	14,7%	1,121	0,53	2,33	0,759
Estado nutricional normal	48	32,2%	19	13,3%				
Bajo peso								
Si	6	4,2%	1	2,7%	2,412	0,28	20,69	0,408
No	97	67,8%	39	27,3%				
Sobrepeso								
Si	25	17,5%	12	8,4%	0,747	0,33	1,68	0,482
No	78	54,5%	28	19,6%				
Obesidad								
Si	26	18,2%	8	5,6%	1,350	0,55	3,29	0,508
No	77	53,8%	32	22,4%				
Disnea								
Grado (3 – 4)	85	59,4%	39	27,3%	8,258	1,06	64,09	0,017
Grado (1 – 2)	18	12,6%	1	2,7%				
Comorbilidad								
Si	75	52,4%	25	17,5%	1,607	0,74	3,48	0,227
No	28	19,6%	15	10,5%				
HTA								
Si	54	37,7%	14	9,8%	2,046	0,96	4,35	0,061
No	49	34,2%	26	18,2%				
DM								
Si	7	4,9%	4	2,8%	0,656	0,18	2,37	0,518
No	96	67,1%	36	25,2%				
Artritis/Artrosis								
Si	8	5,6%	4	2,8%	0,757	0,21	2,67	0,665
No	95	66,4%	36	25,2%				
Otra enfermedad								
Si	6	4,2%	3	2,1%	0,762	0,18	3,20	0,711
No	97	67,8%	37	25,9%				
Ninguna Comorbilidad								
Si	28	19,6%	15	10,5%	0,622	0,28	1,34	0,227
No	75	52,4%	25	17,5%				
Tabaco								
Si	32	22,4%	12	8,4%	1,051	0,47	2,32	0,901
No	71	49,6%	28	19,6%				
Nivel Leve								
Si	19	13,3%	6	4,2%	1,281	0,47	3,48	0,626
No	84	58,7%	34	23,8%				
Nivel Moderado								
Si	4	2,8%	3	2,1%	0,498	0,10	2,33	0,368
No	99	69,2%	37	25,9%				
Nivel Severo								
Si	9	6,2%	3	2,1%	1,180	0,30	4,60	0,810
No	94	65,8%	37	25,9%				
Ningún nivel								
Si	32	22,3%	12	8,4%	1,051	0,47	2,32	0,901
No	71	49,7%	28	19,6%				
Biomasa								
Si	70	49,0%	27	18,9%	1,021	0,46	2,22	0,957
No	33	23,0%	13	9,1%				

Fuente: Formulario de datos

Elaborado por: Stefany Correa Villavicencio

Para analizar esta tabla es necesario aclarar que se realizó la asociación de la calidad de vida regular y mala vs la calidad de vida buena y de esta manera se efectuó las distintas comparaciones.

Al asociar la disnea y la CV de los pacientes con EPOC se puede apreciar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables OR 8.2 (IC95%: 1.06 – 64.09 valor p 0,0179); lo que demuestra que los pacientes que padezcan de disnea de grado 3 y 4 tienen 8 veces más riesgo de percibir altas o máximas alteraciones en su CV.

Al asociar los diferentes factores con la CV de los pacientes adultos con EPOC, se observa que existe asociación entre variables pero no una diferencia estadísticamente significativa: IMC (estado nutricional anormal y normal) OR 1,121 (IC95%: 0,53 – 2,33 valor p 0,759); bajo peso OR 2.412 (IC95%: 0,28 – 20.69 valor p 0,408); obesidad OR 1,350 (IC95%: 0,55 – 3,29 valor p 0,508); comorbilidades OR 1,607 (IC95%: 0,74 – 3,48 valor p 0,227); HTA OR 2,046 (IC95%: 0,96 – 4,35 valor p 0,061); consumo de tabaco OR 1.051 (IC95%: 0,47 – 2,32 valor p 0,901); nivel leve del índice de tabaco paquete/año OR 1.281 (IC95%: 0,47 – 3,48 valor p 0,626); nivel severo OR 1.180 (IC95%: 0,30 – 4,60 valor p 0,810); ningún nivel de tabaco OR 1.051 (IC95%: 0,47 – 2,32 valor p 0,901); biomasa OR 1.021 (IC95%: 0,46 – 2,22 valor p 0,957).

Mientras que con algunos factores no existe una asociación entre variables ni una diferencia estadísticamente significativa con la CV: sobrepeso OR 0.747 (IC95%: 0,33 – 1,68 valor p 0,482); DM OR 0.656 (IC95%: 0,18 – 2,37 valor p 0,518); artrosis/artritis OR 0.757 (IC95%: 0,21 – 2,67 valor p 0,655); otras comorbilidades OR 0.762 (IC95%: 0,18 – 3,20 valor p 0,711); ninguna comorbilidad OR 0.622 (IC95%: 0,28 – 1,34 valor p 0,227); y el nivel moderado del índice de tabaco paquete/año OR 0.498 (IC95%: 0,10 – 2,33 valor p 0,368) (Tabla 6).

CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

La población en estudio estuvo conformada por 143 pacientes adultos con EPOC, en la cual se evidenció, que predominó el sexo femenino en un 58,0%, considerando que esta enfermedad afecta hoy en día por igual a ambos sexos, ya que las mujeres tienen una mayor exposición al aire contaminado de interiores como los combustibles sólidos empleados en la cocina (44), este hallazgo es similar al estudio reportado por Heredia y Peláez 2017 quienes aplicaron una investigación de tipo observacional, a 29 pacientes con EPOC del Programa de Rehabilitación Respiratoria en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima, revelando que el 58,6% correspondía al sexo femenino (45). De igual manera Chimbo y Sánchez en Azogues 2018 aplicaron un estudio descriptivo a 60 pacientes con patologías respiratorias del Hospital “Homero Castañier Crespo” de edades comprendidas de 30 a 65 años con un tema similar en su muestra, prevaleciendo el sexo femenino en un 60% (46). La prevalencia de sexo femenino en la mayoría de los estudios se debe probablemente a que la población femenina tiene puntuaciones más altas que el sexo masculino, según el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el que demuestra que en Ecuador el 54,55% son mujeres y el resto son varones (47).

En este estudio el grupo etario con mayor frecuencia fue de 65 a 80 años en un 42,7% y mayor a 80 años en un 22,4%, lo cual nos indica que la prevalencia de esta patología suele acompañar al aumento de la edad, lo que coincide con un estudio realizado por Orellana A. en Cuenca 2019 enfocado a 286 pacientes mayores de 40 años a con EPOC del Hospital José Carrasco Arteaga, reportando que la edad predominante de los pacientes con EPOC fue de 60 a 89 años en un 82,8% (49).

En cuanto al estado civil, en su mayoría fueron casados en un 45,5% considerando que la muestra estuvo comprendida por pacientes de edades avanzadas; lo cual se confirma con el estudio realizado por Vinaccia y Quiceno en Chile 2011, con una población de 40 pacientes diagnosticados con EPOC, que acuden al Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, identificándose que en los pacientes predominó el estado civil casado en un 42,5% (50).

En lo referente a la residencia, se identificó que casi la totalidad de la muestra proviene de la zona urbana en un 86,0%, esto podría deberse a que la comorbilidad que padecen los pacientes probablemente necesita de un cuidado médico especial, por ello que residen en lugares cercanos a la ciudad para llevar un mejor control de su salud (51), este resultado es compatible a un estudio de Fernández de Córdova, J. en Cuenca 2013, con una muestra de 318 pacientes con EPOC del Hospital José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, en el cual los pacientes habitan en la zona urbana en un 75,5% (52).

El nivel socioeconómico bajo que predominó en la muestra está representado en un 55,9%, debido a que la mayoría de los pacientes con EPOC tienen edades avanzadas, por lo tanto no les permite realizar actividades remuneradas y el poco ingreso económico que tienen, probablemente sea por jubilación, ahorros o conferidos por sus familiares, destinados para el cuidado de su salud. Un estudio con un predominio superior al nuestro fue realizado por Flores C. en Perú 2018 con una población de 41 pacientes con diagnóstico de EPOC del hospital Hipólito Unanue de Tacna, revela que en su mayoría los pacientes con esta patología tenían un nivel socioeconómico bajo, en límites de pobreza en un 85,4% (53). El incremento del porcentaje se debe probablemente por el tamaño de la población.

Según la frecuencia de disnea, el 62,9% de los pacientes tienen disnea grado 3, seguido por el 23,8% grado 4, el 11,2% grado 1 y por último el 2,1% grado 2; concordando con un estudio realizado por Correa et al. en Uruguay 2019 que se ha basado en una población de 61 pacientes con EPOC, ingresados en el Hospital Pasteur, demostrando que el grado de disnea que predominó fue el grado 3 con un 50%, seguido por 19% grado 1, 4,8% grado 2 y 2,4% grado 4 (54) (55).

Las comorbilidades asociadas a los pacientes que prevalecieron en el estudio fueron la HTA en un 37,8%, la DMT2 en un 5,6%, seguido en porcentajes menores como la artritis, artrosis, hipotiroidismo, cáncer, cirrosis hepática, Parkinson, cardiomegalia, epilepsia y atrofia cerebral; similar a la información obtenida por Correa et al. en Uruguay 2019 que ha realizado un estudio con una población de 61 pacientes con EPOC ingresados en el Hospital Pasteur, reportando que la EPOC se asocia con la HTA en un 45,2% (55).

Acorde a la frecuencia del consumo de tabaco el 69,2% de la población no consumen, mientras que el 30,8% si lo hacen; nuestros datos son casi semejantes a un estudio reportado por Caiza F. en Quito 2015 que tiene una población de 129 pacientes con diagnóstico de EPOC, que acuden a la Zona de Salud 9 del Distrito Metropolitano, en el cual manifiesta que la mayoría de los pacientes no fuman en un 73,64%, esto se debe probablemente porque de 129 encuestados el 51,1% pertenecen al sexo femenino (56), de la misma manera, Echazarreta et al. en Argentina 2018 con una población de 3 469 que habitan en 6 conglomerados de Buenos Aires, afirmando que el 65% de la muestra no consumen tabaco (57) por otro lado, con una prevalencia menor De la Torre et al. en Cuba 2018 con una población de 450 pacientes con EPOC, que acuden al Policlínico Cristóbal Labra del Municipio La Lisa, revelando que el 54,90% de su población no consumen tabaco (58).

Para valorar la CV de los pacientes con EPOC se utilizó el Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG). En este estudio la dimensión que tuvo un mayor impacto negativo, es actividades, con una media de 55,77 (DE \pm 22,61), por lo tanto se encuentra por arriba de las dos dimensiones, ya que síntomas tiene una media de 55,43 (DE \pm 19,99) e impacto con un 40,11 (DE \pm 18,63); lo que concuerda con un estudio realizado por Heredia y Peláez en Perú 2017 con una población de 29 pacientes con EPOC del Programa de Rehabilitación Respiratoria en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima, en el cual ha demostrado que las actividades tienen una media de 47,79, seguido por síntomas 45,88 e impacto 41,52 (45), además. Además coincide con los resultados de Chimbo y Sánchez en Cuenca 2018 quienes realizaron un estudio con 60 pacientes con patologías respiratorias del Hospital "Homero Castanier Crespo" de edades comprendidas de 30 a 65 años, demostrando que la dimensión actividad fue la más afectada con una media de 76,75, mientras que síntomas 63,40 e impacto 65,07 (46); Rivadeneira M. en Colombia 2015 realizó un estudio con 80 pacientes con diagnóstico de EPOC que acudieron al Hospital Carlos Andrade Marín, demostrando que la dimensión actividad corresponde a la media más alta 59,43 (DE \pm 27,02), seguido por síntomas con 48,34 (DE \pm 21,2) e impacto con 31 (DE \pm 18,37) (60); por otro lado, Flores C. en Perú 2018 a través de su estudio con una población de 41 pacientes con diagnóstico de EPOC del Hospital Hipólito

Unanue de Tacna, demuestran que la actividad es la dimensión más afectada con una media 69,97 (53); y por último, un estudio por Posada et al. en Colombia 2009 con una población de 354 pacientes con diagnóstico de EPOC que ingresaron a un programa de manejo integral de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, revela que la dimensión con la media más alta es actividad de la vida diaria con un 54% (61).

En nuestro estudio el 60,8% de los pacientes con EPOC tienen una CV regular, seguido por 28,0% buena y 11,2% mala; para relacionar la CV con los factores asociados se unificó los porcentajes, considerando como mala CV a las puntuaciones $> 35,1$ y buena CV a ≤ 35 , representando el 72% de pacientes con regular/mala CV y el 28% buena CV; similar información obtenida por Flores C. en Perú 2018 quien ha realizado un estudio con una población de 41 pacientes con diagnóstico de EPOC en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, demostrando que el 65,9% se encuentra en una CV regular, seguido por 19,5% CV buena y 14,6% CV mala (53); no obstante, nuestros resultados discrepan con las conclusiones de autores como: Mérida G. quien ha realizado una investigación en Guatemala 2015 a 17 pacientes con EPOC que acuden al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, demostrando que la CV de los pacientes con EPOC en 70,59% es mala y el 29,41% es buena (62); igualmente, Chimbo y Sánchez en Cuenca 2018 realizaron un estudio a 60 pacientes con patologías respiratorias del Hospital "Homero Castanier Crespo", revelando que entre los pacientes prevaleció la mala CV en un 61,7% (46). La mayoría de estos resultados son contradictorios probablemente sea porque algunos autores han unificados los resultados de mala y regular CV, por ello los porcentajes muy elevados en mala CV.

En lo concerniente a la asociación de la CV de los pacientes con EPOC y las variables sociodemográficas, se puede apreciar que el sexo femenino es el más afectado en CV en un 40,6%; Flores C. en Perú 2018 ha realizado un estudio con una población de 41 pacientes con diagnóstico de EPOC del hospital Hipólito Unanue de Tacna, demostrando que el 66,7% de las mujeres tienen una CV regular (53).

Según la asociación de la edad con la CV, los pacientes con EPOC más afectados son los pertenecientes al grupo etario 65 – 80 años con un 33,6% de

predominio, es decir que los adultos mayores tienen mayor riesgo de percibir altas alteraciones en su CV (21); lo que concuerda con Chimbo y Sánchez en Cuenca 2018 que ha realizado un estudio con una población de 60 pacientes con patologías respiratorias del Hospital “Homero Castanier Crespo” de edades comprendidas de 30 a 65 años, revelando que el 100% de los pacientes con CV mala tienen una edad mayor a 70 años (46). Esta diferencia podría deberse a que nuestros rangos de edades fueron más amplios que la del otro estudio; sin embargo, a pesar de la discrepancia en los porcentajes en ambos estudios existe asociación entre la mala calidad de vida y los pacientes con mayor edad.

En lo referente a la asociación del estado civil con la CV, del 45,5% de los pacientes con EPOC casados, el 33,6% tienen una CV regular/mala; según datos recogidos por Flores C. en Perú 2018 se ha realizado un estudio con una población de 41 pacientes con diagnóstico de EPOC del hospital Hipólito Unanue de Tacna, demostrando el 71,4% de los pacientes casados tienen una CV regular (46).

De acuerdo a la asociación de la residencia con la CV de los pacientes con EPOC, se determinó que un gran porcentaje vive en la zona urbana en un 86% de los cuales el 64,3% tienen una regular/mala CV; esta asociación concuerda con un estudio realizado por Orellana A. en Cuenca 2019 que está enfocado a 286 pacientes mayores de 40 años con EPOC del Hospital José Carrasco Arteaga, reportando que los que viven en la zona urbana son los más afectados en cuanto a la alternación de la CV en un 38,8% con relación a los que viven en la zona rural (49). A pesar de la diferencia en los porcentajes en ambos estudios existe asociación entre la CV regular/mala con la residencia.

Relacionando el nivel socioeconómico y la CV de los pacientes con EPOC se puede afirmar que más de la mitad se encuentran en nivel bajo representado en un 55,9% de los cuales el 41,9% tienen una regular/mala CV; lo que contrasta con reportes de Flores C. en Perú 2018 quienes han realizado un estudio con una población de 41 pacientes con diagnóstico de EPOC del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, demostrando que el 62,9% de los que padecen una CV regular ,se encuentran en un nivel de pobreza (53). Esta discrepancia podría deberse a que el tamaño de muestra fue más pequeño que el nuestro; no obstante, a pesar de la

diferencia en los porcentajes en ambos estudios existe asociación entre la regular/mala CV y nivel socioeconómico.

Al asociar el IMC con la CV, se puede apreciar que del 72% de los pacientes que tienen regular/mala CV el 39,8% tienen el peso anormal (bajo peso, sobrepeso y obesidad), considerando que, si existe asociación entre ambas variables según el OR 1,121, pero no existen diferencias estadísticamente significativas (IC 95% 0,53 – 2,33, con un valor de $p=0,759$). Este resultado se relaciona con el estudio realizado por Orellana A. en Cuenca 2019, que está conformado por 286 pacientes mayores de 40 años con EPOC del Hospital José Carrasco Arteaga, reportando que en los pacientes con mala CV predomina la malnutrición en un 40,9% y de acuerdo con el OR de 1,15 e IC al 95% 0,85-1,56 $p=0,389$ existe asociación entre variables, pero no significancia (49).

Al asociar la disnea con la CV, se puede observar que del 72% de los pacientes que tienen regular/mala CV el 59,4% presentan un grado de disnea 3 y 4, lo que demuestra que los pacientes que padezcan de disnea de grado 3 y 4 tienen 8 veces más riesgo de percibir altas o máximas alteraciones en su calidad de vida (OR: 8,25 IC 95% 1,06 – 64,09 $p=0,017$) con relación a la disnea grado 1 y 2; concordando con un estudio realizado por Orellana A. en Cuenca 2019 que se ha basado en población de 286 pacientes mayores de 40 años con EPOC del Hospital José Carrasco Arteaga, reportando que entre los pacientes que tienen mala CV prevaleció el mayor grado de disnea con un 52,5%, lo que afirma que la disnea es un factor de riesgo notable para interferir con la calidad de vida, OR 1,88 (IC 95% 1,38-2,54 $p<0,001$) (49).

Al relacionar las comorbilidades con la CV, se puede apreciar que del 72% de los pacientes que tienen regular/mala CV, el 51,7% presentan comorbilidades, considerando que si existe asociación entre ambas variables según el OR 1,531, pero no existen diferencias estadísticamente significativas (IC 95% 0,70– 3,30; con un valor de $p=0,277$); este resultado se relaciona con el estudio realizado por Hernández et al. en España 2016 que está conformado por 275 pacientes de Atención Primaria de cuatro centros de salud, del área Sanitaria de Albacete, quienes afirman que la presencia de comorbilidades como las cardiovasculares, metabólicas, neumológicas o neurológicas tienen asociación con la CV de los

pacientes con EPOC ($p > 0,05$) (65). Teniendo en cuenta que las cardiovasculares son las principalmente asociadas. (50)

Al asociar el consumo de tabaco con la CV, se puede apreciar que del 72% de los pacientes que tienen regular/mala CV el 22,4% consumen tabaco, cabe recalcar, que en la muestra prevaleció el sexo femenino, siendo el sexo masculino quien más consume tabaco en nuestro medio, es por ello que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables a pesar de existir asociación OR 1.051 (IC 95% 0,47– 2,32; con un valor de $p = 0,901$); lo que concuerda con Aibar et al. en España 2007 quienes realizaron un estudio con 51 pacientes diagnosticados con EPOC del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, demostrando que no se han encontrado correlaciones significativas entre el consumo de tabaco y las puntuaciones del CRSG (64). Lo que indica que existen muy pocos pacientes con problemas de tabaquismo, esto se debe probablemente a que a causa de su enfermedad (EPOC), han disminuido su consumo en la actualidad.

Al asociar el paquete índice/año con la CV, se puede apreciar que del 72% de los pacientes que tienen regular/mala CV el 13,3% (9% masculino – 4,3% femenino) tiene el índice paquete/año leve, seguido por 6,3% severo y 2,8% moderado, esto quiere decir que existe un mínimo porcentaje que consume más de 15 paquetes de tabaco al año, considerando que la mayoría de nuestra muestra pertenece al sexo femenino y de acuerdo a la OMS el sexo masculino consume tabaco aproximadamente el 40% en comparación con el sexo femenino el 9%, a pesar que la epidemia del consumo de tabaco va en aumento en algunos países (41), es por ello que no existe una diferencia estadísticamente significativa, pero si hay asociación entre leve y severo con la CV OR > 1 ($p > 0,05$); este dato no puede ser comprobado porque no existe un estudio con características similares que hayan relacionado el índice paquete/año con la CV; sin embargo, Pineda et al. en Colombia 2016 ha realizado un estudio con una población de 179 usuarios de la ESE Metros Salud, en el cual demuestra que el 54,7% del sexo masculino que consume tabaco tiene una alta alteración de CV, de igual manera el sexo femenino en un 55,34% presenta alteración (63).

Al asociar la biomasa con la CV, se puede apreciar que del 72% de los pacientes que tienen regular/mala CV el 49% ha estado expuesto al humo de cigarrillo o al humo de la leña, lo que resultó que si existe asociación entre ambas variables según el OR 1,021, pero no hay diferencias estadísticamente significativas (IC 95% 0,46 – 2,22; con un valor de $p = 0,957$); esta información no puede ser comprobada porque no existe un estudio con características similares que hayan relacionado la biomasa con la CV.

CAPÍTULO VII

7 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

- En el estudio predominó el género femenino, con edades comprendidas entre 65 a 80 años, en su mayoría fueron casados, residencia urbana y un nivel socioeconómico bajo.
- Los factores asociados a la calidad de vida en los pacientes con EPOC fueron: el índice de masa corporal, disnea, las diferentes comorbilidades, el tabaco, el índice paquete/año y la exposición a biomasa.
- La calidad de vida de los pacientes con EPOC en un 72% fue de regular a mala y de acuerdo con sus dimensiones, las actividades tuvieron mayor impacto negativo con una media de 55,77, seguido por síntomas con un 55,43 e impacto con un 40,11.
- La calidad de vida regular a mala de los pacientes con EPOC tuvo una asociación significativa con la disnea, sin embargo, no se evidenció diferencias estadísticamente significativas con los demás factores.

7.2 RECOMENDACIONES

- Es necesario que los médicos realicen evaluaciones frecuentes a los pacientes con EPOC, considerando que esta patología deteriora la calidad de vida.
- Al observar que la dimensión más afectada es la actividad dentro de la calidad de vida de los pacientes con EPOC, se recomienda que se promuevan programas de rehabilitación física en el Hospital Vicente Corral Moscoso, con la finalidad de mejorar la funcionalidad pulmonar y de esta manera mejorar la calidad de vida.
- Planear estudios longitudinales en los pacientes con EPOC con el propósito de valorar su calidad de vida, antes, durante y después de la rehabilitación física, asistencia médica y/o tratamiento.

7.3 BIBLIOGRAFÍA

7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villar Balboa I, Carrillo Muñoz R, Regí Bosque M, Marzo Castillejo M, Arcusa Villacampa N, Segundo Yagüe M. Factores relacionados con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria*. Abril de 2014;46 (4):179-8
2. Zirlik S, Wich C, Frieser M, Hildner K, Kleye C, Neurath MF, et al. Public spirometry for primary prevention of COPD: Prevention of COPD possible by using a public spirometry? *J Eval Clin Pract*. febrero de 2014;20(1):43-7.
3. Golpe R, Martín-Robles I, Sanjuán-López P. Combustión de biomasa como factor de riesgo para enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. *Arch Bronconeumol*. mayo de 2017;53(5):289.
4. López-Campos JL, Fernández-Villar A, Calero-Acuña C, Represas-Represas C, López-Ramírez C, Fernández VL, et al. Exposición laboral y a biomasa en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: resultados de un análisis transversal del estudio On-Sint. *Arch Bronconeumol*. enero de 2017;53(1):7-12.
5. Durán-Montes LA, Cisneros-Sandoval FJ, Gutiérrez-Román EA. Quality of life in chronic obstructive lung disease. Experience in a hospital from Western Mexico. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(3):380.
6. Benzo RP, Abascal-Bolado B, Dulohery MM. Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient Educ Couns*. Abril de 2016; 99(4):617-23.
7. Menezes AMB, Muiño A, López-Varela MV, Valdivia G, Lisboa C, Jardim JR, et al. Estudio de cohorte de base poblacional sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Latinoamérica: métodos y resultados preliminares. Fase II del estudio PLATINO. *Arch Bronconeumol*. enero de 2014; 50(1):10-7.
8. Nonato NL, Díaz O, Nascimento OA, Dreyse J, Jardim JR, Lisboa C. Comportamiento de la calidad de vida (SGRQ) en pacientes con EPOC según las puntuaciones BODE. *Arch Bronconeumol*. julio de 2015;51(7):315-21.
9. Nevárez-Sida A, Castro-Bucio AJ, García-Contreras F, Cisneros-González N. Costos Medicos Directos en Pacientes Con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Mexico Direct Medical Cost in Patients with Chronic Obstructive

- Pulmonary Disease in Mexico. *Value Health Reg Issues*. Diciembre de 2017;14(3):9-14.
10. Názara Otero CA, Balóira Villar A. El continuo de la EPOC y riesgo cardiovascular: una hipótesis global de la enfermedad. *Clínica E Investig En Arterioscler*. Mayo de 2015;27(3):144-7.
 11. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WD, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*. 2017;390(10098):988–1002.
 12. Molina Ruiz RM, Falcones MV, Gil PU. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med-Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2014;11(65):3849–3860.
 13. Izquierdo Alonso JL. Comorbilidades de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. Noviembre de 2016; 52(11):547-8.
 14. López Varela MV, Montes de Oca M, Halbert R, Muiño A, Tálamo C, Pérez-Padilla R, et al. Comorbilidades y estado de salud en individuos con y sin EPOC en 5 ciudades de América Latina: Estudio PLATINO. *Arch Bronconeumol*. noviembre de 2013;49(11):468-74.
 15. Cortopassi F, Gurung P, Pinto-Plata V. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients. *Clin Geriatr Med*. Noviembre de 2017; 33(4):539-52.
 16. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. *Arch Bronconeumol*. junio de 2017;53(6):324-35.
 17. Garrastazu R, García-Rivero JL, Ruiz-Nuñez M, Helguera JM, Arenal S, Bonnardeux C, et al. Fiabilidad del registro del diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Atención Primaria. *SEMERGEN - Med Fam*. julio de 2017;43(5):364-74.
 18. Llor C, Alkorta Gurrutxaga M, de la Flor i Bru J, Bernárdez Carracedo S, Cañada Merino JL, Bárcena Caamaño M, et al. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. *Aten Primaria*. agosto de 2017;49(7):426-37.
 19. Riesco Miranda JA, Alcázar B, Alfageme I, Casanova C, Celli B, de-Torres JP, et al. Documento de expertos del uso de broncodilatadores inhalados en

- monoterapia en el tratamiento de la EPOC estable leve-moderada. Arch Bronconeumol. octubre de 2017;53(10):574-82.
20. Lopez-Campos JL, Marquez-Martín E, Ortega-Ruiz F. Terapia triple vs. tripe terapia en EPOC. Arch Bronconeumol. agosto de 2017;53(8):419-20.
21. Montes de Oca M, López Varela MV, Acuña A, Schiavi E, Rey MA, Jardim J, et al. Guía de práctica clínica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ALAT-2014: Preguntas y respuestas. Arch Bronconeumol. agosto de 2015;51(8):403-16.
22. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. Arch Bronconeumol. marzo de 2017;53(3):128-49.
23. Bujalance-Zafra MJ, Domínguez-Santaella M, Baca-Osorio A, Ginel-Mendoza L Fernández-Vargas FJ, Poyato-Ramos R. Análisis de una intervención para la mejora de resultados en salud en EPOC agudizada en atención primaria. Aten Primaria. febrero de 2017;49(2):102-10.
24. Van der Schans S, Goossens LMA, Boland MRS, Kocks JWH, Postma MJ, van Boven JFM, et al. Systematic Review and Quality Appraisal of Cost-Effectiveness Analyses of Pharmacologic Maintenance Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Methodological Considerations and Recommendations. Pharmaco Economics. Enero de 2017;35 (1):43-63.
25. Pinzón EA, Carrillo GM, Universidad Nacional de Colombia. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. Rev Fac Nac Salud Pública. 2 de mayo de 2016;34(2) 6-15.
26. Rieger-Reyes C, García-Tirado FJ, Rubio-Galán FJ, Marín-Trigo JM. Clasificación de la gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la nueva guía Iniciativa Global para la Enfermedad Obstructiva Crónica 2011: COPD Assessment Test versus modified Medical Research Council. Arch Bronconeumol. abril de 2014;50(4):129-34.

27. Rodó-Pin A, Balañá A, Molina L, Gea J, Rodríguez DA. Grado de actividad física diaria de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y su relación con la clasificación Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Med Clínica*. febrero de 2017;148(3):114-7.
28. Marx G, Nasse M, Stanze H, Boakye SO, Nauck F, Schneider N. Meaning of living with severe chronic obstructive lung disease: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(12):115-55.
29. Daly MJ, Gaidamakova EK, Matrosova VY, Kiang JG, Fukumoto R, Lee D, et al. Taking Healthy Steps: rationale, design and baseline characteristics of a randomized trial of a pedometer-based internet-mediated walking program in veterans with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine*. 2014; 4(2) 3-7.
30. Matkovic Z, Cvetko D, Rahelic D, Esquinas C, Zarak M, Miravittles M, et al. Nutritional Status of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Relation to their Physical Performance. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 3 de noviembre de 2017;3(2) 1-9.
31. Stridsman C, Zingmark K, Lindberg A, Skär L. Creating a balance between breathing and viability: experiences of well-being when living with chronic obstructive pulmonary disease. *Prim Health Care Res Dev*. Enero de 2015; 16 (01):42-44.
32. Ordóñez S, Puma J, Sacta B. Prevalencia y factores de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes del hospital Regional Vicente Corral Moscoso Cuenca Ecuador. Enero 2006 a diciembre 2007 [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2010 [citado 5 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3743/1/MED33.pdf>.
33. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. Nota descriptiva; 2016 [citado 2 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
34. Ministerio de Salud Pública. Efectos del consumo de tabaco. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. 2016 [citado 2 de octubre

2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/efectos-del-consumo-de-tabaco-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc/>

35. Rivadeneira Guerrero MF. Validación del cuestionario respiratorio Saint. George para evaluar calidad de vida en pacientes ecuatorianos con EPOC. Revista Cuidarte. 2015 Noviembre; 6 (1).
36. Jones P, Forde. St George's respiratory questionnaire manual. University of London. 2009.
37. Sívori M, Fernández R, Toivaro J. Supervivencia en una cohorte de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica acorde a la clasificación Gold 2017. Archivos de Bronco neumología. Buenos aires Argentina 2019; 79: 20-28.
38. Méndez Castellano H. Sociedad y estratificación: método Graffar Méndez Castellano. Caracas Venezuela: Fundacredesa, 1994.
39. Bauce G, Córdova M. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. Revista del Instituto Nacional de higiene Rafael Rangel. Scielo. Junio 2015.41(1): 1-3.
40. Urzua A. Calidad de vida una revisión teórica del concepto. Revista chilena de psicología clínica. 2012; 1(30): 61-71
41. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. 2016 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
42. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo [Internet]. 2016 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>
43. Pineda SE, Ramos V, Cadavid D. Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Univ. Salud. 2016; 18 (3): 482-493
44. OMS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [Online].; 2017 [citado 20 de octubre del 2019. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
45. Heredia F, Peláez L. Percepción de la calidad de vida en la salud de pacientes con EPOC que reciben tratamiento rehabilitador en el Hospital Edgardo

- Rebagliati Martins de Lima, 2017. Tesis de grado. Lima, Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
46. Chimbo M, Sánchez B. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario Saint George en pacientes con patologías respiratorias en el área de clínica del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues, 2018. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
47. INEC. El INEC presentó Atlas de Género 2018. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 15. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-inec-presento-atlas-de-genero-2018/>.
48. Almagro P, Llordés M. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2012; 47(1): 33-37.
49. Orellana A. Calidad de vida y factores asociados en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2017-2018. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2019.
50. Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EP. *Terapia psicológica*. 2011; 29(1): 65-75.
51. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención Argentina: Organización Panamericana de la Salud; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
52. Fernández de Córdova JC. Factores asociados a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, 2011-2012. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
53. Flores C. Calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipolito Unanue de Tacna, año 2013-2017. Tesis de grado. Tacna: Universidad Privada de Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.

54. Folch A, Macia L, Cervera A. Análisis de dos cuestionarios sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019; 27: 1-10.
55. Correa S, González M, Betolaza Sd, Spiess C, Perera P, Algorta S, et al. Estudio descriptivo de pacientes con EPOC asistidos en medicina interna del Hospital Pasteur de Montevideo: características demográficas y comorbilidades. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*. 2019;(1): 5-15.
56. Caiza F. Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de salud n°9 (distrito metropolitano de Quito) durante los meses de mayo y junio del 2015. Tesis de grado. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2015.
57. Echazarreta A, Arias S, Olmo Rd, Giugno E, Colodenco F, Arce S, et al. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 6 aglomerados urbanos de Argentina: el estudio EPOC.AR. *Archivos de Bronconeumología*. 2018; 54(5): 260-269.
58. Torre Ydl, Pedroso I. Aplicación del cuestionario Saint George en pacientes con síntomas respiratorios crónicos. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2018; 10(3): 1-10.
59. Aguilar M, Sotelo M, Lara A, García A, Sansores R, Ramírez A. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. 2000; 13(2): 85-95.
60. Rivadeneira MF. Validación del Cuestionario Respiratorio St. George para evaluar calidad de vida en pacientes ecuatorianos con EPOC. *Revista Cuidarte*. 2015; 6(1): p. 882-91.
61. Posada A, Caballero A, Ibáñez M, Ardila L, Álvarez A, Soler , et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes del programa manejo integral de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de la EPS Sanitas en Bogotá. *Revista Médica Sanitas*. 2009; 12(2): 14-21.
62. Mérida G. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Tesis de grado. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.

63. Pineda S, Ramos V, Cadavid D. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva. *Universidad y Salud*. 2016; 18(3): p. 482-493.
64. Aibar MA, Laborda K, Conget F. Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24(10): 473-477.
65. Hernández I, Martínez M, Sánchez A, Reolid R, Tello G, Párraga I. Análisis de la comorbilidad y calidad de vida de pacientes mayores polimedicados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2016; 9(2): 91-99.
66. Organización mundial de la Salud. Diez datos sobre el género y el tabaco. [Online]; 2010 [citado 23 de octubre del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/es/.
67. Bascuñana J, Mestre B, et al. Valoración de la calidad de vida en el paciente con EPOC. *Revista Medicina Interna HU Infanta Leonor: Madrid*. Noviembre 2017; 43(2): 2-5.
68. Claus F, Gerard J, Fernando J. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(3):128-149.

7.4 ANEXOS

ANEXO #1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Co04FacME37

COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	Factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2019
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	Universidad Católica de Cuenca
Nombre del Investigador principal	Stefany Katherine Correa Villavicencio
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	stefy0806@hotmail.es 0990140909

Descripción del proyecto de Investigación
<p>En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación.</p> <p>Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre conocer los factores asociados a la calidad de vida de pacientes con EPOC atendidos en el hospital Vicente Corral Moscoso), con la finalidad de que los resultados que se obtengan de este trabajo investigativo sirvan como conocimiento para aplicarlos en un futuro profesional, y además como base para futuras investigaciones que puedan analizar dicha problemática y a partir de esto, posteriormente se planteen posibles soluciones para mejorar y dar la importancia que requiere a esta enfermedad.</p>
<p style="text-align: center;">CRITERIOS DE INCLUSIÓN</p> <ol style="list-style-type: none">1. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA QUE SE TRATEN EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.2. PACIENTES DE AMBOS SEXOS MAYORES DE 18 AÑOS.3. PACIENTES QUE ACEPTEN PARTICIPAR DEL ESTUDIO Y FIRMEN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, O SU REPRESENTANTE.
<p style="text-align: center;">CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</p> <ol style="list-style-type: none">1. PACIENTES EMBARAZADAS.2. PACIENTES CON ENFERMEDADES O TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.3. PACIENTES CON ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA O QUE HAYAN CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA ESTUPEFACIENTE O ALCOHOL.
<p style="text-align: center;">OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none">• DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2019. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none">• CARACTERIZAR A LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIALES, EDAD, SEXO,

<p>RESIDENCIA, ESTADO CIVIL, SITUACION SOCIO ECONÓMICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CONOCER LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES, SEGÚN LOS SÍNTOMAS, ACTIVIDAD, IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA. • ESTABLECER LA ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES EN ESTUDIO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC.
<p>DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS</p> <p>PREVIA APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR PARTE DE AUTORIDADES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO Y UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA SE ELABORARÁ UN FORMULARIO PARA RECOLECTAR DATOS EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES. ADEMÁS DE UNA FASE DOCUMENTAL QUE CONSISTIRÁ EN LA REVISIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES, PARA OBTENER LOS DATOS QUE SEAN REQUERIDOS EN EL ESTUDIO.</p> <p>PARA RECOLECTAR LOS DATOS DE ACUERDO CON LAS VARIABLES SE UTILIZARÁ EL SIGUIENTE CUESTIONARIO: CUESTIONARIO RESPIRATORIO SAINT GEORGE CRSG.</p>
<p>RIESGOS Y BENEFICIOS</p> <p>LA INVESTIGACIÓN NO IMPLICA RIESGO ALGUNO PARA LOS PACIENTES; COMO TAMPOCO TIENE COSTO PARA EL PACIENTE. EN NINGÚN MOMENTO SE UTILIZARÁN LOS DATOS PARA OTROS PROPÓSITOS QUE NO SEA EL ESTIPULADO POR EL ESTUDIO. NO SE TOMARÁN LOS NOMBRES DE LOS PACIENTES AL MOMENTO DE LA PUBLICACIÓN O DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS PARA GARANTIZAR EL ANONIMATO DE LOS PACIENTES.</p>
<p>CONFIDENCIALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD • LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO. • SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO <ul style="list-style-type: none"> • SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTES O PUBLICACIONES
<p>AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)</p> <p>USTED PUEDE DECIDIR NO PARTICIPAR Y SI DECIDE NO PARTICIPAR SOLO DEBE DECÍRSELO AL INVESTIGADOR O A LA PERSONA QUE LE EXPLICA ESTE DOCUMENTO. ADEMÁS, AUNQUE DECIDA PARTICIPAR PUEDE RETIRARSE DEL ESTUDIO CUANDO LO DESEE, SIN QUE ELLO AFECTE LOS BENEFICIOS DE LOS QUE GOZA EN ESTE MOMENTO. USTED NO RECIBIRÁ NINGUNA REMUNERACIÓN ECONÓMICA POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.</p>
<p>INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO</p> <p>Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pío Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec</p>

<p>Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. 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.</p>	
<p>Firma del participante:</p>	<p>Fecha:</p>
<p>Firma del Testigo:</p>	<p>Fecha:</p>
<p>Firma del Investigador:</p>	<p>Fecha:</p>

ANEXO #2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS

FORMULARIO N°: FECHA:

HISTORIA CLINICA:

LLENADO POR:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD			
SEXO	Masculino:	Femenino:	
ESTADO CIVIL	Soltero: Casado: Unión Libre: Divorciado: Viudo:		
IMC			
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	Baja:	Media:	Alta:
DISNEA	Grado 0: Grado 1: Grado 2: Grado 3: Grado 4:		
COMORBILIDAD ASOCIADA	Si: No:		
ÍNDICE PAQUETES/AÑO			

ANEXO #3: ESCALA DE DISNEA MMRC (MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL)

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

ANEXO #4: CUESTIONARIO RESPIRATORIO SAINT GEORGE CRSG

PARTE 1:

SECCIÓN 1

Preguntas sobre la cantidad de problemas respiratorios que tuvo durante el último año. Por favor, complete el número correspondiente al lado de cada actividad.

1. En el último año, ha tosido:

- La mayoría de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Algunos días a la semana
- Sólo cuando tuve infecciones pulmonares
- Nada, en absoluto

2. En el último año, ha tenido flema (esputo):

- La mayoría de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infecciones pulmonares o bronquiales
- Nada en absoluto

3. En el último año ha tenido dificultad para respirar, (ahogo):

- La mayoría de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infecciones pulmonares o bronquiales
- Nada en absoluto

4. En el último año, ha tenido ataques de silbidos (sonidos en el pecho):

- La mayoría de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infecciones pulmonares o bronquiales
- Nada en absoluto

5. Durante el último año, ¿cuántos ataques por problemas respiratorios que fueran desagradables ha tenido?

- Más de 3 ataques
- 3 ataques
- 2 ataques
- 1 ataque
- Ningún ataque

6. ¿Cuánto duró el peor ataque que tuvo debido a problemas respiratorios?

- Una semana o más
- 3 a 6 días
- 1 o 2 días
- Menos de un día

7. En el último año, en una semana promedio, ¿cuántos días de la semana fueron buenos? (pocos problemas respiratorios)

- Ninguno
- 1 o 2 días buenos
- 3 o 4 días buenos
- Casi todos los días fueron buenos
- Todos los días son buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho sibilancias, ¿son peores por la mañana?

- No
- Si

PARTE 2:

SECCIÓN 1

9. ¿Cómo describiría su condición a nivel pulmonar?

- El problema más importante que tengo.
- Me causa bastantes problemas.
- Me causa pocos problemas.
- No me causa ningún problema

10. Si alguna vez ha tenido un trabajo remunerado, elija una de estas respuestas:

- Mis problemas respiratorios me hicieron dejar de trabajar.
- Mis problemas respiratorios interfieren con mi trabajo o me hicieron cambiar de trabajo.
- Mis problemas respiratorios no afectaron a mi trabajo.

SECCIÓN 2:

11. a continuación algunas preguntas acerca de qué actividades suelen hacer que se sienta sin aliento en estos días. Para cada elemento, por favor conteste verdadero o falso, ya que se aplica a usted.

- Me falta la respiración al estar sentado o acostado todavía.
- Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.
- Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa.
- Me falta la respiración al caminar al aire libre en un terreno llano.
- Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.
- Me falta la respiración al caminar de subida.
- Me falta la respiración al practicar deportes o jugar.

SECCIÓN 3:

12. Para cada elemento, por favor conteste verdadero o falso, ya que se aplica a usted.

- Me duele al toser.
- Me canso al toser.
- Estoy sin aliento cuando hablo.
- Estoy sin aliento cuando me agacho.
- La tos o respiración perturba mi sueño.
- Me agoto fácilmente.

SECCIÓN 4:

13. Para cada elemento, por favor conteste verdadero o falso, ya que se aplica a usted.

- Mi tos o respiración me avergüenza en público.
- Mi problema respiratorio es una molestia para mi familia, amigos o vecinos.
- Tengo miedo o pánico cuando no puedo respirar.
- Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.
- No espero que mis problemas respiratorios mejoren.
- Me he vuelto frágil o un inválido a causa de mis problemas respiratorios
- El ejercicio no es seguro para mí.
- Cualquier cosa que hago es un esfuerzo excesivo

SECCIÓN 5:

14. A continuación algunas preguntas acerca de sus medicamentos. Si no está recibiendo ninguna medicación ir directamente a SECCIÓN 6. Para cada elemento, por favor responda ya sea «verdadero» o «falso» ya que se aplica a usted.

- Mi medicación no me ayuda mucho.
- Me da vergüenza usar mi medicamento en público.
- Tengo efectos secundarios desagradables a la medicación.
- Mi medicamento interfiere demasiado con mi vida.

SECCIÓN 6:

15. A continuación preguntas acerca de cómo sus actividades pueden verse afectadas debido a sus problemas respiratorios. Para cada pregunta, por favor responda «verdadera» si una o más partes se aplican a usted. De lo contrario, conteste «falsa».

- Tomo un largo tiempo para asearme o vestirse.
- No puedo tomar un baño o una ducha, por mucho tiempo.
- Me cambio de ropa más lento que otras personas, o de lo contrario me paro para descansar.

- Me cuesta mucho llevar a cabo tareas domésticas, o tengo que parar para descansar.
- Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir despacio o detenerme.
- Si me apuro o camino rápido, tengo que parar.
- Mi respiración se hace difícil al subir colinas, llevar las cosas por las escaleras, jardinería ligera como el deshierbe, bailar, jugar a los bolos o jugar al golf.
- Mi respiración se hace difícil al llevar cargas pesadas, cavar el jardín, correr o caminar a 5 millas (8 km) por hora, jugar al tenis o nadar.
- Mi respiración se hace difícil hacer las cosas como, correr, bicicleta, nadar rápido o jugar deportes competitivos.

SECCIÓN 7:

16. Por favor, responda ya sea «verdadero» o «falso» ya que se aplica a usted debido a sus problemas respiratorios.

- No puedo jugar o realiza deportes
- No puedo salir para actividades recreativas.
- No puedo salir de la casa para hacer las compras.
- No puedo hacer las tareas del hogar.
- No me puedo mover lejos de mi cama o una silla.

Por favor mencionar otras actividades importantes que sus problemas respiratorios no le permiten hacer:

Ahora, ¿cuál elegiría (sólo una) usted piensa que mejor describe su problema respiratorio?

- No me deja hacer nada de lo que me gusta hacer
- Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer
- Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer
- Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer

ANEXO # 5: MÉTODO GRAFFAR MENDEZ CASTELLANO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Preguntas

En qué zona vive: _____

1. ¿Cuál es la profesión del jefe de la familia?

- 1.1 Profesión universitaria ()
- 1.2 Profesión técnica superior ()
- 1.3 Empleado sin profesión universitaria ()
- 1.4 Trabajador del sector informal (con primaria completa) ()
- 1.5 Trabajador del sector informal (sin primaria completa) ()

2. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre?

- 2.1 Educación superior ()
- 2.2 Técnico superior completa ()
- 2.3 Secundaria incompleta ()
- 2.4 Enseñanza primaria ()
- 2.5 Analfabeta ()

3. ¿Cuál es la principal fuente de ingreso de la familia?

- 3.1 Fortuna heredada o adquirida ()
- 3.2 Ganancias, honorarios profesionales ()
- 3.3 Sueldo mensual ()
- 3.4 Salario semanal o por día ()
- 3.5 Donaciones de origen público o privado ()

4. ¿Cuántas son sus condiciones de alojamiento?

- 4.1 Vivienda en óptimas condiciones, ambiente de gran lujo ()
- 4.2 Vivienda en óptimas condiciones, ambiente con lujo sin exceso y suficientes espacios ()
- 4.3 Vivienda en óptimas condiciones en espacios reducidos o no, pero siempre menores que viviendas 1 y 2 ()

- 4.4 Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias ()
- 4.5 Rancho o viviendas con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas ()

Estrato	Total del puntaje obtenido	Indicadores
Estrato I (4 – 9)		Alto
Estrato II (10 -15)		Medio
Estrato III (> 16)		Bajo

ANEXO # 6: INFORME ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TITULACION STEFANY KATHERINE CORREA VILLAVICENCIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE
INTERNET

5%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%

★ es.slideshare.net

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO # 7: OFICIO DE BIOETICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 9/5/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado Factores Asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019.

Trabajo de titulación realizado por Stefany Katherine Correa Villavicencio

Código: Co04FacME37



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Flores Montesinos'.

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO # 8: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Cuenca, 10 de junio de 2019.


Señor Doctor
Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina CORREA VILLAVICENCIO STEFANY KATHERINE con CI: 1104808504, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2019". La Investigación será dirigida por el DR. LUIS MARIO CHUNCHI AYALA, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA / ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO DE UNIDAD TITULACIÓN
LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

ANEXO # 9: OFICIO DE AUTORIZACION DE INVESTIGACION

 Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal 6 - SALUD
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO



Oficio No. 0443-GHR-2019
Cuenca, 10 de junio de 2019

Licenciada
Carem Prieto F., Mgs.
**RESPONSABLE DE TITULACIÓN CARRERA DE MEDICINA
MATRIZ DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**
Presente.

De mi consideración

Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2019".


De mi consideración

Yo **OSCAR MIGUEL CHANGO SIGUENZA** con CI 0102631652, en calidad de autoridad del HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado "investigación "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2019". Cuya investigadora principal es Stefanny Katherine Correa Villavicencio.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
GERENCIA

Av. 12 de Abril y Los Yumbos
Cuenca - Ecuador

ANEXO # 10: RÚBRICA 5 PARES REVISORES



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDY GARDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC atendidos en el hospital Vicente Corral Morcoss. Cuenca 2019.
Nombre del estudiante: Stefany Katherine Correa Villavicencia
Director: Dr. Luis Mario Chunchi Ayala
Título a obtener: Médico
Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 /1
Redacción Científica	✓			1 /1
Pensamiento crítico	✓			1 /1
Marco teórico	✓			1 /1
Anexos	✓			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	✓
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Realizar cambios realizados y propuestos para el uniforme final.

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR - CARRERA DE MEDICINA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Factores Asociados a la calidad de vida en paciente adultos con EPOC atendidos en el Hospital Vicente Corral Morán Cuenca 2019

Nombre del estudiante: Stefany Katherine Corrao Villacuri

Director: Luis Mario Chucho Aguilar

Título a obtener: Medico

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	X
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 - 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

Handwritten signature



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

[Handwritten signature]

Firma y sello de responsable

[Handwritten signature]

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

ANEXO # 11: RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Factores asociados a la calidad de vida en pacientes adultos con EPOC agudizador en el Hospital Vicente Cervell Mascara Cuenca 2019.	
Nombre del estudiante: Stetany Katherine Cortez Villavicencio	
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Luis Marco Chunchi Ayala.
Asesor:	Dra. Patricia Elizabeth Vengur Izquierdo

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

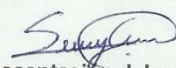
* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CÁRDENAS H.
 DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA
 Firma y sello del Director o Representante de
 Dirección de la Carrera de Medicina


 Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

ANEXO # 12: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-020-2019-I

Cuenca, 19 de noviembre de 2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna **CORREA VILLAVICENCIO STEFANY KATHERINE** ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: **FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON EPOC ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2019**, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100



Revisores: DR. DANILO REA/ DR. ANDRES ASTUDILLO
Director: DRL LUIS MARIO CHUNCHI/ Asesor: DRA. PATRICIA VANEGAS
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,



Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

19 NOV 2019

RECIBIDO
ORA: 14h 20 FIRMA: 