

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
FIBROSIS PULMONAR DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA, AÑO 2013-2017”**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Carlos Marx Flores Chura

Asesor:

Méd. Milton Rubin de Celis Vidal

Tacna, 2018

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada primeramente a Dios, quien me dio la fortaleza para terminar la carrera universitaria con éxito.

A mis padres, Martina y Severino, y hermanos, Edison y Susan, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para ser mejor persona.

A mis maestros brindarme sus enseñanzas y consejos para ser un buen médico. A mi asesor académico por su apoyo incondicional.

A mis amigos, José Luis e Iris, por sus palabras de aliento y su preocupación para que pueda concluir este trabajo.

A mis pacientes quienes hicieron posible este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de tesis quisiera agradecer a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por que hizo mi sueño realidad de ser médico.

A mis padres, familiares y amigos quienes día a día me dieron su apoyo incondicional en mi carrera profesional.

A la Universidad Privada de Tacna por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mis docentes por que aportaron su granito de arena en mi formación como médico.

A mi asesor de tesis por sus sabios consejos.

Y por último y no menos importante a mis pacientes ya que sin ellos no sería posible este trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 2013-2017.

Material y método: Se hizo un estudio observacional analítico transversal y prospectivo se trabajó con el total de pacientes con fibrosis pulmonar atendidos en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna evaluándose la calidad de vida mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG).

Resultados: la mayor parte de paciente en tratamiento de fibrosis pulmonar fue del sexo femenino 51.2%, según edad el 39% tiene 70 y 79 años, seguido de 22% entre 60 y 69 años y de 80 a más años en igual proporción. Según ocupación el 34.1% se encuentra sin ocupación y el 51.2% la principal actividad es su casa. Según análisis socioeconómico el 85.4% es pobre y el 7.3% extrema pobreza. La calidad de vida, mostró que el 65.9% tiene moderado compromiso, en el 19.5% leve compromiso y en el 14.6% alto compromiso. El tiempo de enfermedad y la ocupación fueron los principales factores asociadas a la calidad de vida del paciente con fibrosis pulmonar.

Conclusiones: Los pacientes con fibrosis pulmonar atendido en El hospital Hipólito Unanue de Tacna presentan en su mayoría regular calidad de vida asociado a su enfermedad donde la esfera más comprometida fue la de actividad, además los principales factores asociados a calidad de vida fueron tiempo de enfermedad ($p: 0.005$) y ocupación ($p: 0.002$).

Palabras clave: Calidad de vida, Fibrosis pulmonar.

SUMMARY

Objective: To determine the quality of life of patients diagnosed with pulmonary fibrosis treated at the Hipólito Unanue hospital in Tacna, between the years 2013-2017

Material and method: A cross-sectional and prospective analytical observational study was conducted with the total number of patients with pulmonary fibrosis treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, evaluating the quality of life using the Saint George Respiratory Questionnaire (CRSG).

Results: The majority of patients undergoing treatment for pulmonary fibrosis were female 51.2%, according to age, 39% are 70 and 79 years old, followed by 22% between 60 and 69 years old and 80 years old or more in the same proportion. According to occupation 34.1% are without occupation and 51.2% the main activity is their home. According to socioeconomic analysis, 85.4% is poor and 7.3% is extreme poverty. The quality of life, showed that 65.9% have moderate commitment, in 19.5% slight commitment and in 14.6% high commitment. Disease time and occupation were the main factors associated with the quality of life of the patient with pulmonary fibrosis.

Conclusions: Patients with pulmonary fibrosis treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna mostly have a regular quality of life associated with their illness, where the most involved area was activity, and the main factors associated with quality of life were sick time. ($p: 0.005$) and occupation ($p: 0.002$).

Key words: Quality of life, Pulmonary fibrosis.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I:.....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	13
CAPÍTULO II:.....	14
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	14
2.1.1 Antecedentes internacionales	14
2.1.2 Antecedentes nacionales	20
2.2 MARCO TEÓRICO	21
2.2.1 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA.....	21
2.2.2 CALIDAD DE VIDA.....	34
CAPÍTULO III:.....	37
HIPOTESIS Y VARIABLES	37
3.1 HIPÓTESIS	37
3.2 VARIABLES.....	37
3.2.1 Denominación de la variable:	37
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37

CAPÍTULO IV:.....	40
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
4.1 DISEÑO.....	40
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	40
4.3 POBLACION Y MUESTRA.....	41
4.3.1 Criterios de Inclusión.....	41
4.3.2 Criterios de Exclusión.....	41
4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
CAPÍTULO V:.....	45
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	45
CAPITULO VI.....	47
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	73

INTRODUCCIÓN

En la fibrosis pulmonar, generalmente ocurre la condición de ser una respuesta aberrante de curación de heridas a una lesión pulmonar aguda o crónica. Profundamente compromete el intercambio de gases alveolares y por lo tanto a menudo conduce a la muerte prematura. Diversos grados de fibrosis pulmonar junto con inflamación son el sello distintivo de todas las enfermedades pulmonares intersticiales; el tratamiento, el pronóstico y el resultado a menudo son muy diferentes, debido a que las causas de la enfermedad son diversas (1).

En la presente investigación se intentará conocer las características epidemiológicas y medir la calidad de vida mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) de calidad de vida para pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2013-2017.

Los resultados servirán para conocer el estado base de esta patología y generar las iniciativas que permitan un mejor conocimiento del estado clínico epidemiológico del daño.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Existen aproximadamente 150 enfermedades pulmonares que ocasionan cicatrices pulmonares, a lo que llamamos fibrosis pulmonar y dependiendo de la enfermedad causal de la fibrosis pulmonar existirá un tratamiento diferenciado, pero además existen otros factores que pueden ser sistémicos, laborales, bacterianas, etc.

Sea cual fuere la causa de la enfermedad, es muy difícil de detectar pues los síntomas suelen ser inespecíficos, siendo a veces tratados con antihistamínicos, con inhaladores para asma o jarabes para la tos, sin lograr mejorar las molestias, cuando la fibrosis se complica suelen presentarse episodios de sensación de falta de aire, ocasionando grandes molestias al paciente.

La mortalidad de fibrosis pulmonar es variable desde un promedio de 3 a 5 años en la fibrosis pulmonar idiopática debido a su alta incidencia y hasta la curación dependiendo de la etiología, siendo la causa más frecuente de muerte la insuficiencia respiratoria debido al agravamiento de la enfermedad (60%) (2) (3)

Se sabe que la falta de aire, limita las actividades de la persona, disminuyendo los esfuerzos incluso al caminar, comer, etc.

Generalmente las indicaciones son el descanso, incluso se les indicará oxígeno.

No se ha realizado ningún trabajo de seguimiento en los últimos 20 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna respecto a fibrosis pulmonar, dado su baja incidencia, pero desmereciendo su alto impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Por lo que este estudio se propone conocer la calidad de vida de los pacientes con fibrosis pulmonar ya que no se conoce qué tanta es la afección que tienen.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2013-2017?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 2013-2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2013-2017.
- b) Medir la calidad de vida mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) de calidad de vida para pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2013-2017.
- c) Identificar los principales factores sociodemográficos asociados a calidad de vida del paciente de fibrosis pulmonar atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2013-2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La fibrosis pulmonar (FP) es la patología pulmonar intersticial más comúnmente diagnosticada. La FP es una enfermedad muy grave donde el declive clínico es común. La FP es de particular interés para el médico porque su expresión clínica, que varía desde la disnea de esfuerzo que ocurre temprano en la enfermedad hasta la insuficiencia respiratoria en etapa terminal, está directamente relacionada con alteraciones en la fisiología pulmonar. Pocos datos están disponibles con respecto a las características epidemiológicas y la calidad de vida de estos pacientes.

EL presente estudio servirá para tener la línea de base respecto a esta patología y poder medir la magnitud del daño de la población atendida en los servicios del principal hospital de referencia de la localidad de Tacna, Perú.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

a) CALIDAD DE VIDA

Se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones(4).

b) FIBROSIS PULMONAR

La fibrosis pulmonar se define como una enfermedad pulmonar intersticial fibrosante crónica, frecuentemente progresiva, con pocas opciones terapéuticas efectivas(3).

CAPÍTULO II:

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Tabaj et al, en el 2012, en Argentina se realizó un trabajo de revisión para evaluar la herramienta QoL como herramienta de medición de la calidad de vida de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, donde Tabaj G. et al. (5), quienes aplicaron instrumentos específicos para evaluar la patología pulmonar obstructiva y otros genéricos, encontró que las áreas afectadas en el paciente con fibrosis pulmonar son la salud física y el nivel de independencia, que las mediciones fisiológicas como la disnea se correlacionaron de manera significativa, que la disnea se asoció con el humor depresivo, que el sexo y disnea efectiva/emocional fueron los únicos predictores de calidad de vida global. Y concluyen que es necesario realizar más investigaciones.

Gaunard et al, en el 2014, Miami USA (6) realizó un estudio a un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar para determinar si la rehabilitación pulmonar aumenta la actividad física según lo evaluado por Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), y además evalúa si mejora la calidad de vida y síntomas según la evaluación de Cuestionario Respiratorio de San George para IPF (SGRQ-I) y el índice de disnea Borg (BDI). MÉTODOS: Sujetos que cumplieron los criterios actuales para IPF fueron

asignados al azar a un programa de rehabilitación pulmonar de 3 meses (n 11) o a un grupo de control (n 10). Todos los sujetos fueron sometidos a pruebas de caminata de 6 minutos para evaluar el BDI posterior al ejercicio. El SGRQ-I y una autoevaluación de salud de 5 puntos se completaron al inicio, después de 3 meses de intervención u observación, y después de 3 meses de seguimiento. Todos los sujetos completaron el IPAQ semanalmente. RESULTADOS: Los sujetos en el grupo de rehabilitación mantuvieron niveles significativamente más altos de actividad durante todo el programa de rehabilitación de 3 meses. Los puntajes del dominio de síntomas SGRQ-I mejoraron considerablemente en el grupo de rehabilitación, mientras que en el grupo de control empeoraron. Durante el seguimiento de 3 meses, autoinformado los niveles de actividad física en el grupo de rehabilitación demostró una reversión sustancial de la actividad en el grupo de rehabilitación. Puntajes BDI después de 6 minutos las pruebas de caminata no cambiaron significativamente. En conclusión el programa de rehabilitación de 3 meses mejora significativamente los síntomas (SGRQ-I) y niveles de actividad física (IPAQ) en sujetos con IPF mientras que participaron activamente en el programa.

Glaspole et al, en el 2017(7), en Australia se realizó un trabajo en un grupo de pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática cuyo objetivo principal fue determinar los determinantes principales de la calidad de vida basal y longitudinal relacionada con salud, se examinó la relación entre calidad de vida en relación con salud (CVRS), medida mediante el Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG) y las características demográficas, las características fisiológicas, las

comorbilidades y los síntomas. Los test se aplicaron cada 6 meses. Se obtuvo como resultados, datos basales de 516 pacientes (347 varones, edad media (DE): 71,3 ± 8,6 años). El análisis univariado mostró asociaciones significativas entre la CVRS y las características demográficas, clínicas y fisiológicas. Sin embargo, el análisis multivariante demostró asociaciones independientes solo entre SGRQ y disnea (Cuestionario de dificultad para respirar de la Universidad de California en San Diego (UCSD-SOBQ); R2 = 0,71, P <0,0001), gravedad de la tos (escala analógica visual; R2 = 0,06, P < 0.0001) y depresión (escala de ansiedad y depresión hospitalaria; R2 = 0.04, P <0.0001). En cuanto al CVRS medida mediante el CRSG se observó un deterioro significativo en los tres dominios (síntomas, actividad e impacto) con los deterioros más significativos dentro del dominio de la actividad. Se concluyó que la tos, la disnea y la depresión son los principales determinantes sintomáticos de la CVRS en la FPI. La disminución de FVC está asociada con el empeoramiento de la CVRS.

Tonelli et al (8), en el 2017, en Italia realizaron un estudio prospectivo para confirmar la eficacia de la rehabilitación en una población de pacientes con EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa) y para investigar si la capacidad de ejercicio inicial, la gravedad de la enfermedad o la etiología de la EPID podrían afectar los resultados. Cuarenta y un pacientes (IPF 63%, edad 66,9 ± 11 años) se inscribieron en un curso estándar de PR (rehabilitación pulmonar) en dos centros. La función pulmonar, cicloergometría incremental y de resistencia, distancia caminando en 6 minutos (6MWD), disnea crónica (Medical Research Council scale-MRC) y calidad de vida (St. George Respiratory Questionnaire-SGRQ) se registraron antes y al final

de PR para medir cualquier cambio pre y post. Coeficientes de correlación entre el nivel basal de capacidad pulmonar difusa para monóxido de carbono (DLCO), capacidad vital forzada (FVC), 6MWD, potencia desarrollada durante la prueba de resistencia incremental, índice GAP (en pacientes con IPF solamente) y etiología (IPF o no IPF) con la mejora funcional en los 6MWDT (metros), en la cicloergometría incremental y de resistencia (tiempo de resistencia) y en la CVRS. Resultados: De los 41 pacientes, el 97% (n = 40) completaron el curso de PR. El rendimiento del ejercicio (tanto en la carga máxima como en el esfuerzo submáximo), los síntomas (disnea y fatiga en la pierna), SGRQ y MRC mejoraron significativamente después de la PR ($p < .001$). Los pacientes con 6MWD de línea de base inferior mostraron una mejoría mayor en 6MWD (puntaje de Spearman $r = -.359$, $p = .034$) y alivio de los síntomas en SGRQ ($r = -.315$, $p = .025$) independientemente de la enfermedad subyacente. Conclusión: El presente estudio confirma que la rehabilitación integral es factible y efectiva en pacientes con EPID de diferente gravedad y etiología. La capacidad de ejercicio submáxima basal se correlaciona inversamente con las ganancias funcionales y de síntomas en esta población heterogénea

Capparelli, et al 2017, (9) Realizaron un estudio para validar el cuestionario Saint George específico para fibrosis pulmonar idiopática. Para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud desarrollaron una versión específica del cuestionario respiratorio de Saint George (SGRQ-I), porque no estaba validado para el idioma español, por lo que el objetivo general fue traducirlo al idioma español y validarlo con un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, el método de retrotraducción implicó la

repetibilidad, consistencia interna y validez del instrumento SGRQ-I en español, donde de un grupo de 23 pacientes con fibrosis pulmonar completaron el cuestionario traducido dos veces con siete días de diferencias, se estudió la repetibilidad, revelando una buena concordancia en test retes obteniendo un coeficiente de correlación interclase de 0,96 ($p < 0,001$) y una consistencia interna Alpha Cronbach de 0,9. El cuestionario mostró una buena correlación con la capacidad vital forzada FVC% ($r = -0.44$; $P = .033$), la capacidad de difusión de los pulmones para el monóxido de carbono (DLCO%) ($r = -0.55$; $P = .011$), presión parcial de oxígeno en sangre arterial PaO₂ ($r = -0.44$; $p = .036$), escala de disnea ($r = -0.65$; $P < .001$), y número de pasos tomados en 24 h ($r = -0.47$; $P = .024$). Finalmente concluyen que la versión en español del SGRQ-I muestra una buena consistencia interna, reproducibilidad y validez, y que puede usarse para evaluación de la calidad de vida en pacientes con Fibrosis pulmonar idiopática

Graney A. et. al. En Denver en 2017, USA (10) realizaron un estudio para disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar usando oxígeno suplementario, se administraron un cuestionario en cuatro ocasiones antes de la terapia, inmediatamente después, a los 9 y 12 meses. Los resultados mostraron que antes de comenzar el oxígeno suplementario, los participantes esperaban uniformemente que mejorara su función física y calidad de vida. También esperaban limitaciones prácticas y psicológicas, que después de comenzar con el oxígeno, resultaron ser más pronunciadas de lo anticipado. A pesar de los desafíos, los participantes atribuyeron los beneficios en los síntomas, la confianza y la movilidad al oxígeno y llegaron a una aceptación

reacia de ello. Sus expectativas de orientación y apoyo no se cumplieron adecuadamente. Y concluyeron que Para los pacientes con fibrosis pulmonar, comenzar y usar oxígeno suplementario en una base diaria confiere beneficios a la vez que presenta un número significativo de desafíos. El proceso podría mejorarse al proporcionarles expectativas más claras y recursos educativos confiables. EL personal de apoyo médico en aquellos que requería oxigenación, podrían también ayudar a los pacientes a incorporar oxígeno suplementario de manera más uniforme en sus vida extrahospitalaria.

Gainza Miranda et al. (11) en el 2017, Madrid, España, realizaron un estudio para describir el final de la vida de un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, haciendo un seguimiento de un equipo de soporte de atención paliativa a domicilio. Los resultados se dan en base a la atención de seis pacientes con Fibrosis pulmonar idiopática con un promedio de edad de 74 años, cuatro de ellos varones al inicio Barthel 50 y score paliativo de 30 índice de comorbilidad de Charlson de 1,5 y los síntomas más importantes la disnea con mínimo esfuerzo (69% al inicio y 100% al final) síntomas de hipercapnia (16% al inicio y 50% al final), en la última semana cinco de ellos sabían el diagnóstico y pronóstico. Consumían 10 fármacos el 66% de los fármacos eran inhaladores y el 10% opioides, Cuatro pacientes precisaron vía subcutánea y administración de morfina (dosis media 25 mg/día). El lugar de fallecimiento fue el domicilio (50%) y Unidades de Cuidados Paliativos (50%). Los pacientes con FPI presentan una importante disnea, muy limitante que progresa hasta hacerse de reposo, lo que justificaría un seguimiento domiciliario estrecho por un ESAPD (Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Vargas Salazar y Olivera Aburto, (12) de la Universidad de Norbert Wiener en Perú el año 2012, realizaron un estudio de acondicionamiento físico medido por la prueba de caminata de seis minutos en pacientes con fibrosis pulmonar en un hospital limeño y que este trabajo deja un beneficio para la calidad de vida de las personas con fibrosis pulmonar se trabajó con 20 pacientes del servicio de neumología se logró un beneficio para la presión arterial, fatiga muscular, pero ni así para saturación de oxígeno ni en la puntuación para disnea según escala de Borg modificada.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

2.2.1.1 DEFINICION

Las enfermedades intersticiales difusas del pulmón (EPID) constituye un grupo heterogéneo de afecciones con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales comunes, en las cuales las principales alteraciones anatomopatológicas afectan a estructuras alveolointersticiales, es decir, afectan al epitelio, las paredes alveolares, al endotelio capilar y al tejido conjuntivo (perilinfático y perivascular) comprendido entre los septos y situado en el tejido peribronquial y peribronquiolar(13) (14).

2.2.1.2 EPIDEMIOLOGIA

Existen pocos datos sobre la epidemiología de las EPID. En EE.UU. se calcula que las EPID originan más de 100 000 ingresos hospitalarios por año y que su prevalencia oscila alrededor de 10 casos por 100 000 habitantes(14). En España un grupo de neumólogos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) han elaborado el Registro Español de EPID, que permite estimar una incidencia de 7,6 casos/1 00.000 habitantes/año(16).Un estudio clásico realizado en Nuevo México y publicado en 1994 encontró una prevalencia de 80.9 casos por 100.000 habitantes en hombres y 67.2 por 100.000 habitantes en mujeres(17). Por orden de frecuencia las EPID más prevalentes son la FPI y la sarcoidosis, seguidas por las alveolitis alérgicas

extrínsecas y las asociadas a las enfermedades del colágeno (18).

2.2.1.3 PATOGENIA

La mayoría de las EPID tienen una patogenia similar. Las teorías aceptadas en el pasado sostenían que, como consecuencia de la acción de un agente causal (conocido o no), se producen lesiones a nivel del epitelio alveolar, activando las células inflamatorias (macrófagos, neutrófilos, eosinófilos, mastocitos, linfocitos) y células parenquimatosas (fibroblastos, células epiteliales) que secretan mediadores celulares (citocinas, radicales libres) que actúan de forma autocrina y/o paracrina entre sí, dando lugar a inflamación alveolar crónica (alveolitis) y a la aparición de fibrosis pulmonar(14).

Daño alveolar difuso: El agente causal llega a la pared alveolar por vía inhalatoria o por vía sanguínea. En contacto con el tejido pulmonar, produce un daño en sus células parenquimatosas y en el estroma, cuya extensión e intensidad es muy variable. Ordinariamente es enmascarado por las alteraciones que siguen.

Reacción inflamatoria: La lesión inicial es seguida de una fase reactiva de variada intensidad y naturaleza. Aparecen células inflamatorias, que infiltran el intersticio y pueden ocupar el alvéolo, provenientes de la transformación y activación de células tisulares (histiocitos, plasmocitos, linfocitos) y de la atracción quimiotáctica de células circulantes (neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, etc.). El fenómeno inflamatorio puede ser auto limitado o seguir progresando, por

persistencia del agente causal o por efecto de las enzimas y los mediadores liberados por las propias células inflamatorias, que incrementan el daño alveolar. La evolución temporal de los procesos descritos puede también variar ampliamente desde formas agudas, que en semanas mejoran, se detienen o llevan a la muerte, a formas crónicas de hasta 15 o más años de evolución, con todas las formas intermedias posibles.

Activación fibroblástica: La proliferación y activación fibroblástica aparece en algunos casos como una consecuencia de la inflamación y en otros sería un fenómeno primario con focos fibroblásticos, independientemente del grado previo de inflamación. En ambos casos el resultado es una fibrosis progresiva (19) (15).

2.2.1.4. FISIOPATOLOGÍA

No existe un cuadro fisiopatológico único, pero hay algunos elementos comunes suficientemente frecuentes como para delinear una fisonomía básica característica. Variando de acuerdo a la extensión, duración e intensidad de la afección, las principales alteraciones funcionales producidas por la infiltración intersticial difusa son:

- a) Disminución de la distensibilidad pulmonar:** debida tanto a un aumento de la rigidez del intersticio como a la obliteración de alvéolos. La necesidad de generar mayores presiones negativas para ventilar el pulmón significa un aumento del trabajo respiratorio, que explica la disnea de estos pacientes. Además, hay un aumento de reflejos

propioceptivos que se traduce por taquipnea con reducción del volumen corriente. Las alteraciones de la distensibilidad también determinan una restricción, frecuentemente progresiva, de los volúmenes pulmonares, con relación VEF1 /CVF normal o aumentada. Generalmente no hay elementos obstructivos, pero en algunas afecciones se comprometen también los bronquios finos. La tos se debería también a la mayor rigidez con estimulación de receptores propioceptivos

b) Hipoxemia: se debe a múltiples mecanismos. Por una parte las áreas menos distensibles reciben menos ventilación, con disminución regional de la relación V/Q que es la alteración preponderante. Por otra, áreas obliteradas, colapsadas o con relleno alveolar actúan como cortocircuitos y, finalmente, existen trastornos de difusión debido a la interposición de infiltrado inflamatorio y/o fibrosis entre alvéolos y capilares. En la medida que estas alteraciones se extienden, se produce primero un aumento de la diferencia alvéolo-arterial de O₂ en ejercicio y luego en reposo, apareciendo más adelante hipoxemia. Por la alta difusibilidad del CO₂ y la eficacia de la hiperventilación compensatoria para su remoción, la retención de este gas solo se presenta en etapas terminales.

c) Hipertensión pulmonar y corazón pulmonar: que se desarrollan por compromiso anatómico de los vasos pulmonares y por vasoconstricción hipoxémica. Se exteriorizan primero en ejercicio para

establecerse en reposo en los casos extensos y avanzados (19) (15).

2.2.1.5 ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

Se conocen más de 150 entidades que se pueden agrupar en EPID, aunque sólo es posible identificar el agente causal en aproximadamente un tercio de los casos. Según el consenso de la American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (2002) se distinguen tres grupos de EPID(17) (21).

Neumonías intersticiales idiopáticas
Fibrosis pulmonar idiopática Neumonía intersticial aguda Neumonía intersticial no específica Bronquiolitis respiratoria con EPID Neumonía intersticial desquamativa Neumonía intersticial criptogenética Neumonía intersticial linfocítica
De causa conocida o asociada
Asociadas a enfermedades del colágeno Causada por polvos inorgánicos (neumoconiosis) Inducido por fármaco y radioterapia Causada por polvos orgánicos (alveolitis alérgicas extrínsecas) Asociada a enfer. Hereditarias (enf. de Hermanusky-Pudlak, etc)
Primarias o asociadas a procesos no bien definidos
Sarcoidosis Proteinosis alveolar Microlitiasis alveolar Linfagioleiomatosis Eosinofilia pulmonares Histiocitosis X Amiloidosis Otras EPID

Figura 1 Clasificación de las EPID

2.2.1.6 MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas más frecuentes son disnea de esfuerzo y tos. El síntoma cardinal es la disnea de esfuerzo progresiva, que suele asociarse a alteraciones en la radiografía de tórax. No obstante, los pacientes pueden presentar disnea con radiografía de tórax normal, o bien estar asintomáticos y descubrirse la enfermedad por un estudio radiológico realizado por otro motivo. En general, la disnea es lentamente progresiva y durante un tiempo puede ser el único síntoma. Esto tiene como consecuencia que el enfermo suele acudir al médico después de semanas o meses de iniciada la enfermedad, lo cual retrasa el diagnóstico y el tratamiento. La mayoría de los pacientes presenta tos seca. La hemoptisis es rara, pero puede observarse en pacientes con linfangioleiomiomatosis. Los pacientes con neumoconiosis del minero de carbón pueden presentar melanoptisis. Algunas enfermedades pueden cursar con síntomas respiratorios de aparición subaguda o aguda, en ocasiones asociados con fiebre y otros síntomas sistémicos: neumonía intersticial no específica, neumonía intersticial aguda (NIA), alveolitis alérgicas extrínsecas, neumonitis por fármacos, neumonía organizada criptogenética (NOC) y eosinofilia pulmonares. El dolor torácico, subesternal o pleurítico, es infrecuente. El dolor pleurítico agudo, ocasionado por un neumotórax, puede ser la forma de presentación de la histiocitosis X o de la linfangioleiomiomatosis (22) (17).

2.2.1.7. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de enfermedad pulmonar difusa requiere un enfoque multidisciplinario con la conciliación de los factores clínicos, radiológicos y información histológica.

El enfoque multidisciplinario ahora se considera el " gold estandar " para diagnosticar enfermedad pulmonar difusa (23).

a) Anamnesis: La realización de una completa historia clínica es fundamental para un correcto abordaje de estas patologías. Habrá que tener en cuenta la edad del paciente, sexo e historia familiar de enfermedad. También los antecedentes exposicionales tanto laborales, ocupacionales como hobbies. La anamnesis laboral debe ser extensa e incluir las distintas actividades laborales realizadas en orden cronológico, fechas en las que tuvieron lugar las exposiciones de riesgo y la duración de las mismas. Los tratamientos farmacológicos recibidos no son causa infrecuente de EPID, por lo que deberán anotarse todos los que toma o ha tomado, la dosis y duración del mismo. La radioterapia, fundamentalmente la torácica puede ser causa de EPID y habrá que tenerla en consideración en el diagnóstico diferencial. Por último, no debemos olvidar que la EPID puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica, por lo que será importante indagar sobre cualquier sintomatología extrapulmonar (15) (22).

b) Examen Físico: La mayoría de los pacientes no tienen sibilantes en la auscultación (con excepción de las

eosinofiliias pulmonares o las Alveolitis alérgicas extrínsecas) un signo que indica enfermedad de vía aérea. Sin embargo tendrán con frecuencia crepitantes inspiratorios, sonido que representa la apertura de los alveolos colapsados contra un espacio intersticial fibrosado que los rodea. La presencia de acropaquias es relativamente frecuente en la FPI. Existen otros datos exploratorios que pueden orientar a determinadas patologías. Así la detección de adenopatías, eritema nodoso o lupus pernio es característico de la sarcoidosis. Las artralgiias son frecuentes en las EPID, pero una sinovitis activa sugerirá una enfermedad del tejido conectivo (ETC). Los pacientes con esclerodermia pueden tener esclerodactilia, fenómeno de Raynaud o lesiones telangiectásicas. La debilidad en cinturas, la presencia de las llamadas manos de mecánico o lesiones cutáneas como las pápulas de Gottron o el eritema heliotropo indicarán la presencia de una polimiositis/dermatomiositis(15) (22).

c) Análisis sanguíneo: El principal beneficio de la realización analítica sanguínea es la demostración de afectación sistémica, la detección de ETC (enfermedades del tejido conectivo) y el establecimiento de un potencial antígeno causal en la AAE (alveolitis alérgicas extrínsecas). Puede existir una elevación de los reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva, la lactato deshidrogenasa (LDH) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Los anticuerpos antinucleares (ANA) y el factor reumatoide son positivos en el 10-20% de los pacientes con EPID, aunque a títulos

bajos. La presencia de ANA con una titulación elevada (> 1:160) debe sugerir una enfermedad del tejido conectivo. La enzima de conversión de la angiotensina está ocasionalmente elevada en la sarcoidosis. No tiene valor diagnóstico, puede elevarse en otras EPID y su utilidad como forma de valorar la actividad de la sarcoidosis es controvertida. (17) (22).

d) Evaluación funcional respiratoria: Ante todo paciente con síntomas respiratorios crónicos está indicada la realización de una espirometría. El patrón espirométrico característico es el llamado patrón restrictivo, caracterizado por una reducción de la capacidad vital forzada (FVC) y un cociente entre el volumen espirado en el primer segundo (FEV1) y la FVC (FEV1/FVC) mayor de 70. Los pacientes con EPOC, pueden tener una FVC disminuida en relación con el atrapamiento aéreo que en ocasiones padecen, sin embargo en estos casos el patrón predominante es el obstructivo, definido por un cociente FEV1/FVC menor de 70. Algunas enfermedades intersticiales como son la sarcoidosis, histiocitosis X, neumonía eosinófila son la excepción a la regla general y pueden cursar con un patrón espirométrico obstructivo. La confirmación de un defecto restrictivo será necesario mediante un estudio de los volúmenes pulmonares totales que mostraría una disminución de la capacidad pulmonar total. La gasometría arterial puede mostrar un aumento del gradiente alveolo arterial de oxígeno y ligera hipocapnia. El test de caminata de 6 minutos, es una prueba que cada vez se realiza con más frecuencia. Característicamente los pacientes con EPID presentan

disminución de la saturación de oxígeno con el esfuerzo, siendo esta mayor y más precoz en relación con la gravedad de la EPID y el desarrollo de hipertensión arterial pulmonar (HTAP); por otro lado, cada vez hay más trabajos que muestran su utilidad a la hora de evaluar la evolución de la enfermedad. Los estudios funcionales, principalmente la espirometría además de ser un elemento básico para el diagnóstico, servirá para ver la evolución, orientar el pronóstico y monitorizar la respuesta al tratamiento (23) (17) (22).

e) Radiología:

La radiografía de tórax: sigue siendo un método insustituible en la evaluación radiológica inicial en pacientes con sospecha de EPID, en general la sensibilidad de la radiografía de tórax para las EPID es difícil de medir, pero varios estudios demostraron que al menos el 10% de los casos con EPID comprobada por biopsia tenían una radiografía de tórax aparentemente normal. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes con clínica significativa EPID la radiografía de tórax es anormal. Otro problema es la susceptibilidad a la interpretación falsa positiva de la radiografía de tórax. Las apariencias que sugieren EPID son frecuentes en obesos individuos (debido a la sobreinflación de los tejidos blandos y / o de los pulmones) y en algunos pacientes con vías respiratorias enfermedad con un patrón radiográfico que se asemeja a enfermedad intersticial (por ejemplo, el patrón nodular de panbronquiolitis difusa)(23).

Los patrones radiográficos relacionados con las EPID son: vidrio deslustrado, nodulillar, reticular, reticulonodulillar y

pulmón en panal de abeja, que suelen afectar de forma difusa ambos hemitórax y acompañarse de disminución del tamaño de los campos pulmonares. Algunas EPID pueden cursar con un patrón alveolar: neumonía intersticial aguda, neumonía intersticial no específica, neumonía intersticial linfocítica, proteinosis alveolar, alveolitis alérgicas extrínsecas y eosinofilia pulmonares. La distribución de las opacidades pulmonares y la presencia de otras alteraciones radiográficas pueden orientar hacia un diagnóstico determinado (22).

La tomografía computarizada de alta resolución (TCAR): es más sensible que la radiografía simple para el diagnóstico de las alteraciones del intersticio (94%, frente a la radiografía convencional 80%). Permite la detección de la enfermedad en pacientes con radiografía normal. La mayoría de los pacientes con clínica sugestiva de EPID, tienen imágenes de TCAR anormal, pero su normalidad no excluye una EPID en todos los casos. Es útil para valorar la distribución, extensión y naturaleza de las lesiones, por lo que puede ser usada como guía para valorar la localización del sitio óptimo para realizar el lavado broncoalveolar y/o la biopsia pulmonar. Las imágenes reticulares son indicativas de fibrosis, y las imágenes en vidrio deslustrado, de inflamación. No obstante, cuando las imágenes en vidrio deslustrado van acompañadas de imágenes reticulares, pueden representar conglomerados de fibrosis y no inflamación. En la FPI, histiocitosis X, asbestosis y la linfangioleiomiomatosis, los hallazgos de la TCAR se consideran prácticamente diagnósticos(23) (14) (17).

f) Lavado Broncoalveolar (LBA): El análisis celular e inmunocitoquímico del LBA es de gran interés en la valoración diagnóstica de las EPID. En algunas EPID los hallazgos del LBA pueden tener el peso suficiente que nos permita realizar un diagnóstico de certeza y evitar la realización de una biopsia pulmonar (Proteinosis alveolar, Histiocitosis X, Eosinofilia pulmonar). Sin embargo, generalmente los resultados del análisis del BAL tendrán un valor orientativo, servirá para descartar entidades, fundamentalmente infección y neoplasia, y apoyar diagnósticos (AAE, sarcoidosis).

El Incremento de linfocitos estara presente en la sarcoidosis, beriliosis, neumonia por hipersensibilidad. El Incremento de polimorfonucleares se presentara en la neumonitis idiopáticas o sarcoidosis (etapa fibrótica), mientras que el Incremento de Eosinofilias, se presentara en la histiocitosis X y las eosinofilias Pulmonares (24) (17) (25) .

g) Biopsia pulmonar: En aquellas ocasiones en las que no se haya llegado a un diagnóstico tras una adecuada historia clínica, evaluación del TCAR o bien tras la realización de técnicas endoscópicas estaría indicada la realización de una biopsia pulmonar. Deben tomarse muestras de al menos dos lóbulos y áreas diferentes, una con aspecto macroscópico patológico, y otra con aspecto macroscópico normal. Los resultados de la biopsia pulmonar no deben ser tomados como absolutos a la hora de establecer un diagnóstico. Así determinadas EPID

secundarias a exposiciones ocupacionales o ambientales se han asociado a patrones histológicos que son completamente indistinguibles de las formas idiopáticas de las EPID. Otro de los problemas de las biopsias pulmonares es la gran variación interobservador existente, fundamentalmente en el diagnóstico de los procesos menos frecuentes(17) (23) .

2.2.1.8 TRATAMIENTO

A la hora de plantearse el tratamiento de una EPID, deberemos tener en cuenta: evitar la exposición al agente causal, en caso de que exista, suprimir el componente inflamatorio de la enfermedad (alveolitis) cuando esté presente y los fármacos utilizados son los glucocorticoides e inmunosupresores. La dosis y duración varían según el tipo de EPID. Tratar los síntomas, principalmente la tos y la disnea, evitar las causas agravantes de la enfermedad (reflujo gastroesofágico, infecciones respiratorias, hipertensión pulmonar).

El trasplante pulmonar es la última opción terapéutica para las EPID que progresan a fibrosis y causan insuficiencia respiratoria. Los candidatos a trasplante deben cumplir los requisitos generales de cualquier candidato a trasplante pulmonar y no presentar contraindicaciones (23) (17).

2.2.2 CALIDAD DE VIDA

En el siglo XX el concepto de calidad de vida fue utilizado por el presidente Johnson de los Estados Unidos de América en 1964; al declarar acerca de las políticas de salud. Se había popularizado este concepto desde los años cincuenta debido a los estudios de opinión pública -relacionados con el análisis de los consumidores- impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial. Así la calidad de vida se hizo popular entre investigadores de la salud en las décadas de los setenta y ochenta, incluso se le es conceptualizada como equivalente del bienestar social (26).

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (27).

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población (28)

En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.

2.2.2.1 Cuestionario específico Saint George's para pacientes con fibrosis pulmonar idiopática

En el estudio de Yorke, Jones y Swigris del 2010. (29) se plantea que el cuestionario de Saint George's (SGRQ), es muy a menudo usado para evaluar la calidad de vida en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, resultando que algunos ítems se muestren muy débiles, por lo que este grupo de investigadores buscaron mejorar el instrumento, haciéndolo específico para estos pacientes, se validó el instrumento con un grupo de 158 pacientes.

Hubo cuatro fases para el estudio:

- a) Primero se eliminó elementos con respuestas faltantes y usando Rasch análisis de los artículos consultados para identificar el ajuste y refinar las categorías de respuesta;
- b) Desarrollo de una nueva puntuación de análisis del esquema estadístico;
- c) Contraste de prueba entre el original y versiones revisadas y prueba de validez de constructo de la SGRQ revisado; y
- d) Reformulación para finalizar la puntuación específica para la nueva versión (SGRQ-I).

Resultados: Los elementos se eliminaron debido a las respuestas faltantes (6 ítems) y no corresponde al modelo de Rasch (10 ítems); 34 los artículos de los 50 originales

permanecieron. Por ciertos elementos, se identificaron umbrales de respuesta desordenados y corregido al colapsar las categorías de respuesta. Para validar el instrumento se utilizó las pruebas de Pearson y de Alfa de Cronbach, para cada componente del cuestionario, con un valor final de confiabilidad de 0.85.

Conclusiones: El SGRQ-I contiene elementos del SGRQ original que son los más confiables para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Fibrosis pulmonar idiopática.

CAPÍTULO III:

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no requiere de hipótesis

3.2 VARIABLES

3.2.1 Denominación de la variable:

V1: Fibrosis pulmonar

V2: Calidad respiratoria

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Edad	En años categorizados por ciclo de vida	1. 50 a 59 años 2. 60 a 69 años 3. 70 a 79 años 4. 80 años a mas	Ordinal
Sexo	Género y fenotipo	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Tiempo de enfermedad	Tiempo en meses que padeció la enfermedad	1. < = 10 meses 2. 11 a 20 meses 3. 21 a 30 meses 4. 31 a 40 meses 5. 41 meses a mas	Nominal

Ocupación	Ocupación actual remunerada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ocupación 2. Obrero dependiente 3. Obrero independiente 4. Empleado dependiente 5. Empleado independiente 6. Su casa 	Nominal
Nivel socioeconómico	Estrato determinado por asistenta social del establecimiento. Escala MINSA	<ol style="list-style-type: none"> 1. No pobre 2. Pobre 3. Pobreza extrema 	Nominal
Estado civil	Condición conyugal y de convivencia actual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Conviviente 3. Casado 4. Divorciado/separado 5. Viudo 	Nominal
Hacinamiento	N de personas que viven por cada habitación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive solo 2. 1 a 2 personas por habitación 3. 3 a 4 4. 5 a mas 	Nominal
Antecedentes patológicos	Enfermedades concomitantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Tuberculosis 4. VIH 5. Otro: _____ 	Nominal
Estado Nutricional	Determinado por peso, talla e índice de masa corporal según	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desnutrición 2. Eutrófico 3. Sobrepeso 	Nominal

	OMS	<ul style="list-style-type: none"> 4. Obesidad I 5. Obesidad II 6. Obesidad Mórbida 	
Aseguramiento	Condición de aseguramiento que tipifique su atención	<ul style="list-style-type: none"> 1. NO TIENE 2. SIS 3. ESSALUD 4. PRIVADO 5. OTRO 	Nominal
Calidad de Vida	Cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) de calidad de vida para pacientes con fibrosis pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> 1. Leve compromiso 2. Moderado compromiso 3. Alto compromiso 	Nominal

Figura 2: Clasificación de las variables

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Esta investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo, ya que la investigación básica fue de tipo observacional. El diseño de investigación desde el punto de vista epidemiológico fue analítico. Transversal porque implica la obtención de la información sobre las variables de estudio en una sola oportunidad. Prospectivo porque levantará información de primera fuente en tiempo futuro.

Esto implica que no se manipulará ninguna variable, ya que los datos a recolectar se tomarán en un momento determinado y único. De acuerdo al siguiente esquema:

M -----> O₁

M: Muestra

-----> Observación analítica

O₁: Independencia funcional

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

- Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

Se trabajó con el 100% de la población de pacientes con fibrosis pulmonar atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3.1 Criterios de Inclusión

- a) Paciente con diagnóstico clínico e imagenológico en historia clínica de fibrosis pulmonar (CIE10 J841 y J849)
- b) Paciente en tratamiento de fibrosis pulmonar
- c) Con presencia de examen radiológico
- d) Con y sin tomografía axial computarizada
- e) De ambos sexos
- f) De toda edad
- g) Atendido en los servicios del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- a) Paciente que no desee participar de la entrevista
- b) Pacientes que serán transferidos a otras jurisdicciones
- c) Pacientes en tratamiento de tuberculosis pulmonar

4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el cuestionario de calidad de Vida de Saint George para fibrosis pulmonar idiopática traducida al español y validada para América Latina. El cuestionario se desarrolló para evaluar la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas, debido a que el CRSG ha mostrado ser un instrumento válido, reproducible, y muy sensible para evaluar la calidad de vida respiratoria. Se ha incrementado el interés de los investigadores por ampliar su uso en los diferentes países de distintas lenguas. Se validó el instrumento al lenguaje castellano, demostrando ser muy confiable, con una sensibilidad y especificidad altas (Alfa de Cronbach 0,85). Un factor adicional, además del idioma, que puede influir en los resultados de un instrumento previamente validado es la cultura. Por no contar con un instrumento para evaluar la calidad de vida en la población peruana, decidimos probar la reproducibilidad de CRSG versión en español, puesto que es un instrumento validado ya para los países latinoamericanos (9) (30). Este instrumento se encuentra en la sección de anexos.

El cuestionario tiene la característica de ser autoaplicable. El CRSG consta de 50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso. Este instrumento se divide en tres categorías:

- a) Síntomas (ítems del 1 al 8), el cual consta de ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos,

- b) Actividades (ítems del 11 y 15), que contiene 16 reactivos de opción verdadero o falso y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a disnea.
- c) Impacto (ítems 9, 10 y 12 al 14 y 16), que cuenta con 26 reactivos y se refiere a otras situaciones o aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectados por el o los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente.

La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida. A cada reactivo del cuestionario le corresponde un peso o puntaje dependiendo de la opción elegida por el sujeto y para los reactivos de cierto-falso solamente los de respuesta cierto tienen un puntaje. El cálculo del puntaje que corresponde a cada sujeto se hace por subescalas. Para el componente síntomas se suman los puntajes obtenidos de todos los reactivos de la parte 1, se dividen entre 40 y se multiplica por 100. En Actividades se suma el puntaje obtenido de la sección 2 y la sección 6, se divide entre 6 y se multiplica por 100. Impacto, se calcula con la suma de los puntajes de las secciones 1,3,4,5 y 7, se divide entre 35 y se multiplica por 100. El total resulta de la suma del puntaje de las tres categorías y la división de éste entre 91 multiplicado por 100. El rango de puntuación va desde 0 hasta el 100 %. Entre menor sea el porcentaje, mayor es la calidad de vida y viceversa, entre mayor sea, menor es la calidad de vida.

Se evaluó el estado nutricional de los pacientes calculando el índice de masa corporal, se obtuvo el peso en kilogramos y la talla en centímetros y se clasificó según los estándares de la OMS. El peso se estimó mediante una balanza electrónica (Patrick's), con una precisión de ± 100 g, previamente calibrada. Los pacientes se

pesaron sin zapatos, con ropa ligera. La altura se estimó mediante un tallímetro con una precisión de ± 1 mm, con los participantes en bipedestación, descalzos y en condiciones estandarizadas, con la cabeza situada en el plano de Frankfurt.

CAPÍTULO V:

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de las visitas y respectivas autorizaciones y de aplicado el cuestionario se elaboró la base de datos en el programa Excel. La aplicación del instrumento de recolección de datos es de tipo cuali-cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes y juicio de expertos. Para el acopio de la información se realizará una adaptación de términos respetando la semántica de la información registrada en el servicio.

El instrumento contempla:

- Esta ajustado a los objetivos del estudio.
- Formato de registro estructurado.
- Asignación de la muestra: se trabajó con el 100% de pacientes registrados.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio se cumplió con las autorizaciones de la Institución. Se utilizó los registros oficiales de atención del establecimiento y validados por la institución que garantizo la confidencialidad y confiabilidad de la información.

Para el procesamiento de los datos se volcó la información en el programa estadístico SPSS versión 21. Con el cual se tabulo y analizo la información los resultados se presentarán en Tablas y

gráficos. Los resultados del análisis descriptivo se presentó con tablas simples y gráficos y para la estadística analítica los resultados se mostraron en Tablas complejas o de doble entrada. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas y determinación de factores asociados a calidad de vida con un valor p significativo menor a 0.05.

Para la estratificación de Calidad de Vida (leve, moderado y alto compromiso) se utilizó el Coeficiente de Staninos o también llamado Análisis de Varianza (-1DE), siendo los puntos de corte:

0 - 57.38: Leve compromiso de calidad de vida

57.39 - 71.82: Moderado compromiso calidad de vida

71.83 a más: Alto compromiso de calidad de vida

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

TABLA 01

Distribución de frecuencia según características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		n	%
Sexo	Femenino	21	51.2%
	Masculino	20	48.8%
	Total	41	100.0%
Edad	70 a 79 años	16	39.0%
	60 a 69 años	9	22.0%
	80 años a mas	9	22.0%
	50 a 59 años	7	17.1%
	Total	41	100.0%
Ocupación	Su casa	21	51.2%
	Sin ocupación	14	34.1%
	Obrero independiente	4	9.8%
	Empleado independiente	2	4.9%
	Empleado dependiente	0	0.0%
	Obrero dependiente	0	0.0%
	Total	41	100.0%
Estado civil	Conviviente	23	56.1%
	Casado	7	17.1%
	Viudo	7	17.1%
	Divorciado/separado	4	9.8%
	Total	41	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos H.C

Podemos observar en la población de estudio que el 51.2% era de sexo femenino y el 48.8% de sexo masculino. Según edad, el 39% tiene

actualmente de 70 a 79 años, seguido de un 22% entre 60 a 69 años y de 80 a más en igual proporción. Sólo en 17.1% tiene de 50 a 59 años.

Según ocupación el 34.1% de los pacientes se encuentra sin ocupación y el 51.2% la principal actividad es su casa. Cabe destacar que un 9.8% tiene la condición de obrero independiente.

Según estado civil el 56.1% se encuentra en la condición de conviviente seguido de un 17.1% en la condición de casado y el 17.1% es viudo

TABLA 02

Distribución de frecuencia según condiciones económicas, nutricional y de aseguramiento en pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

		n	%
Nivel socioeconómico	Pobre	35	85.4%
	No Pobre	3	7.3%
	Pobreza extrema	3	7.3%
	Total	41	100.0%
Hacinamiento	1 a 2 personas por habitación	38	92.7%
	3 a 4	3	7.3%
	Vive solo	0	0.0%
	Total	41	100.0%
Estado Nutricional	Eutrófico	29	70.7%
	Desnutrición	10	24.4%
	Sobrepeso	2	4.9%
	Total	41	100.0%
Aseguramiento	SIS	31	75.6%
	No tiene	6	14.6%
	ESSALUD	2	4.9%
	Privado	2	4.9%
	Total	41	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos H.C

En el análisis socioeconómico realizado el 85.4% se encuentra en el nivel pobre y el 7.3% en pobreza extrema. Sólo un 7.3% estaba en la condición de no pobre.

Analizando las condiciones de hacinamiento, el 92.7% de los pacientes tienen habitaciones donde las comparten de una a dos personas. Sólo un 7.3% refiere compartir habitación con tres o cuatro personas.

Según el estado nutricional, el 70.7% se encuentra con un nivel nutricional normal pero se logró detectar un 24.4% en el nivel de desnutrición. Sólo un 4.9% se encontraba en la condición de sobrepeso.

Analizar la condición de aseguramiento permite saber el grado de protección sanitaria que tiene los integrantes de la población de estudio, podemos observar que el 75.6% estaba asegurado en el seguro integral de salud, el 4.9% en Essalud y en 4.9% en Seguros privados. Se logró detectar un 14.6% de pacientes que no cuentan con protección sanitaria por seguro.

TABLA 03

Frecuencia según diagnóstico, tiempo de enfermedad y antecedentes patológicos en pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

		n	%
Tipo de Diagnóstico	Diagnóstico Clínico/Radiográfico	29	70.7%
	Diagnóstico Clínico y Tomográfico	12	29.3%
	Total	41	100.0%
Tiempo de enfermedad	41 meses a mas	12	29.3%
	11 a 20 meses	11	26.8%
	31 a 40 meses	10	24.4%
	21 a 30 meses	6	14.6%
	<=10 meses	2	4.9%
	Total	41	100.0%
Antecedentes patológicos	Tuberculosis pulmonar	9	22.0%
	Diabetes	8	17.5%
	Hipertensión	5	12.2%
	Gastritis	5	12.2%
	Enfermedades reumáticas	4	9.6%
	Bronquitis	3	7.3%
	Asma	2	4.9%
	Neumonía	2	4.9%
	VIH	1	2.4%
	Diversas alergias	1	2.4%
	Estrés	1	2.4%
	Derrame pleural	1	2.4%
Psoriasis	1	2.4%	

Fuente: Ficha de registro de datos H.C

Del grupo de estudio el 70.7% tuvo un diagnóstico clínico y radiográfico y el 29.3% un diagnóstico, además de clínico, también con apoyo tomográfico. Debemos de recordar que el apoyo tomográfico presenta baja accesibilidad por su elevado costo además de contar con este apoyo sólo desde hace unos 5 años.

De la población en estudio, el 29.3% presenta un tiempo de enfermedad mayor a 41 meses, seguido de un 26.8% con 11 a 20 meses; en tercer orden de frecuencia se encuentra aquellos pacientes con tiempo de enfermedad de 31 a 40 meses (24.4%).

Los tres principales antecedentes patológicos más frecuentes encontrados fueron tuberculosis con 22%, diabetes con un 17.5% e hipertensión con un 12.2%, principalmente.

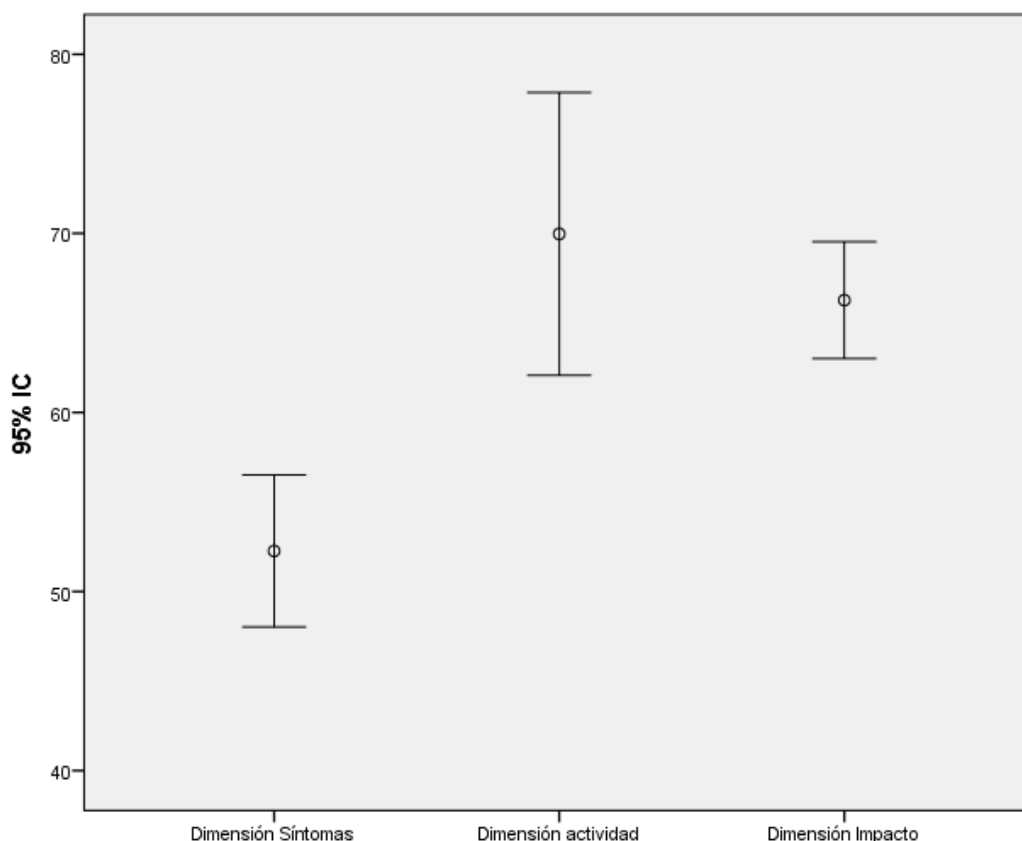
TABLA 04

Puntajes alcanzados según dimensiones del test de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Dimensión Síntomas	52.26	77.14	25.71	13.45
Dimensión actividad	69.97	112.50	25.00	25.01
Dimensión Impacto	66.27	90.57	50.94	10.34

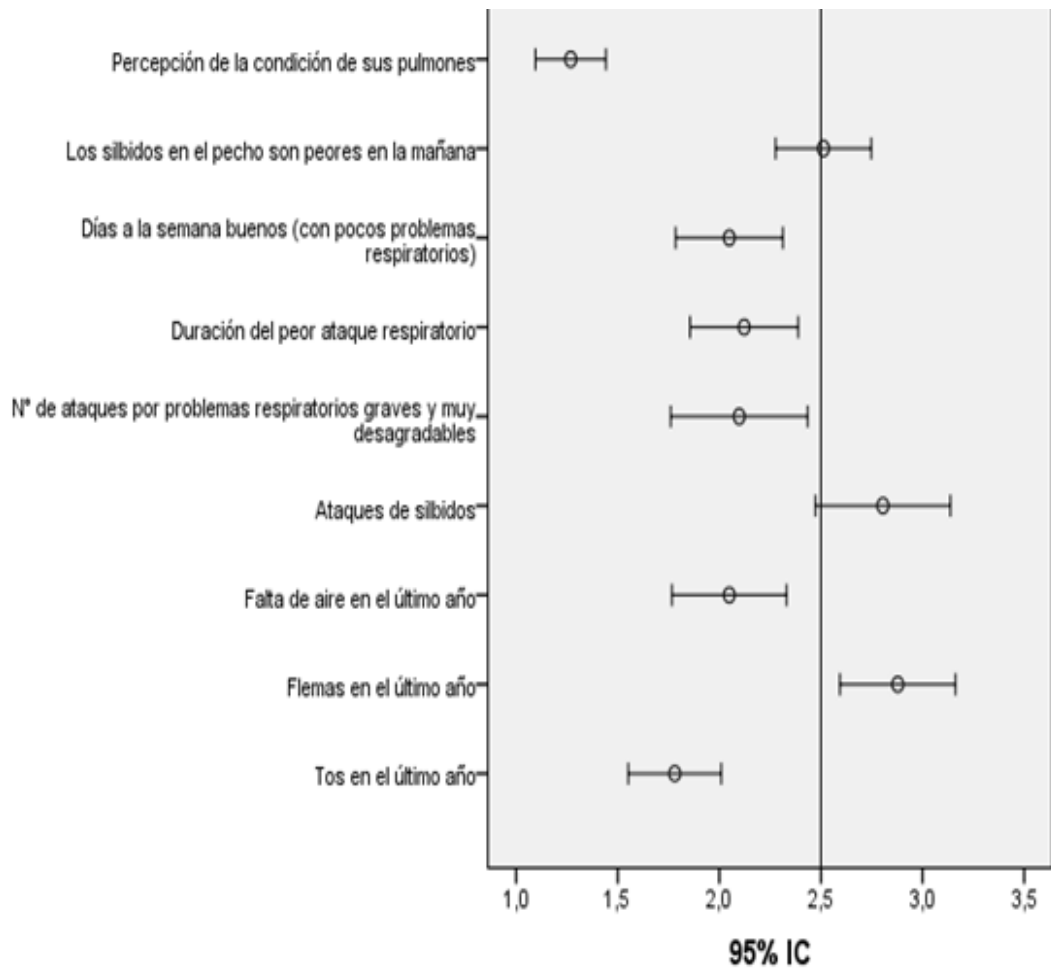
Fuente: Test de calidad de vida

Gráfico 01: Tendencia comparativa de las dimensiones del test de calidad de vida



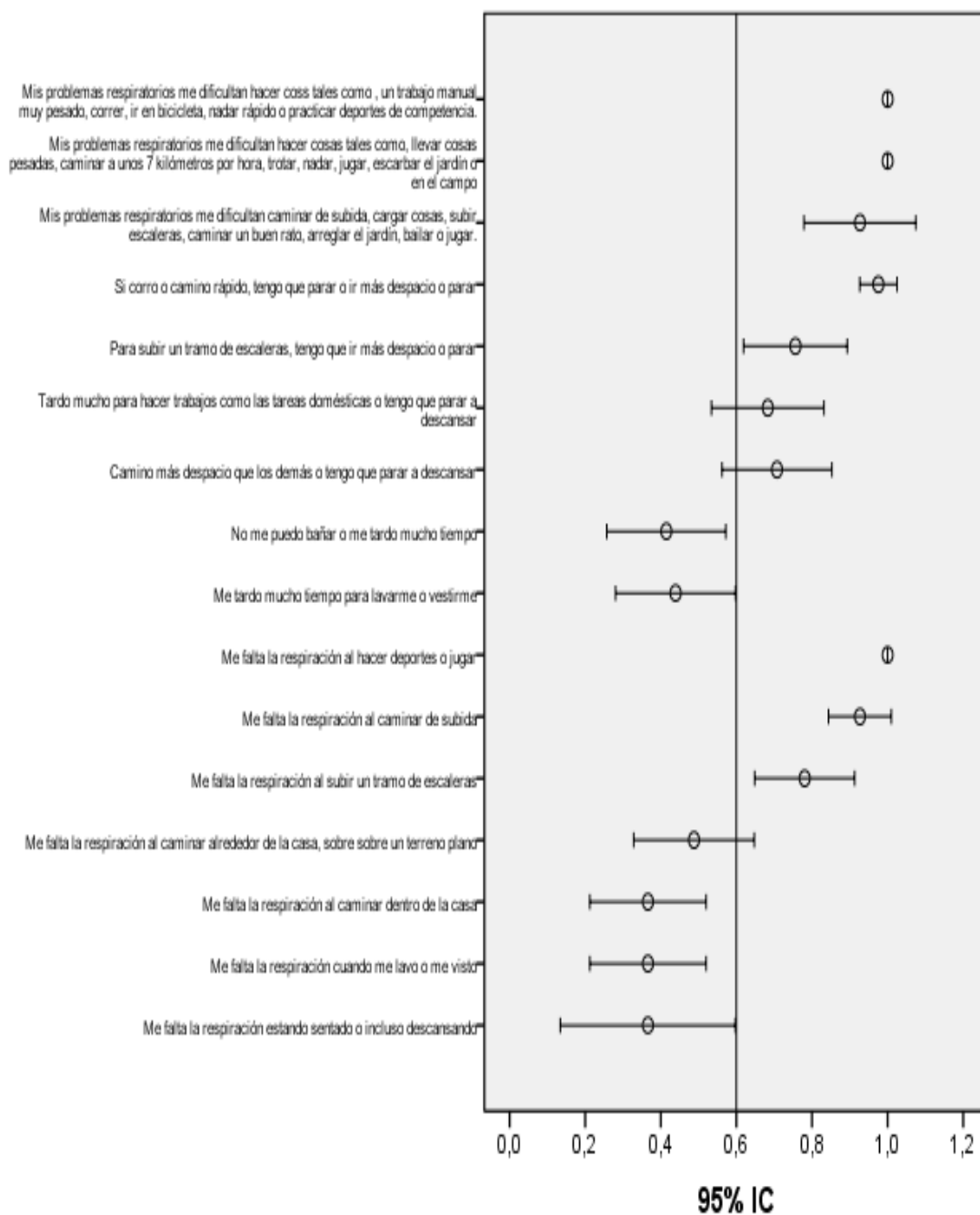
En la aplicación del test de calidad de vida se espera puntajes mayores cuando ésta se considera mala. Puntajes bajos revelan buena calidad de vida. La valoración final podemos observar que la dimensión más afectada es la de actividad donde se alcanza 69.97 puntos. La dimensión en la cual se observa mejor calidad de vida es en la de síntomas. La tendencia que podemos observar en el gráfico 1 revela que existe una diferencia significativa en el nivel de puntaje según la dimensión síntomas respecto a la dimensión actividad e Impacto. La diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfico 02: Tendencia comparativa de los ítems en la dimensión síntomas del test de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017



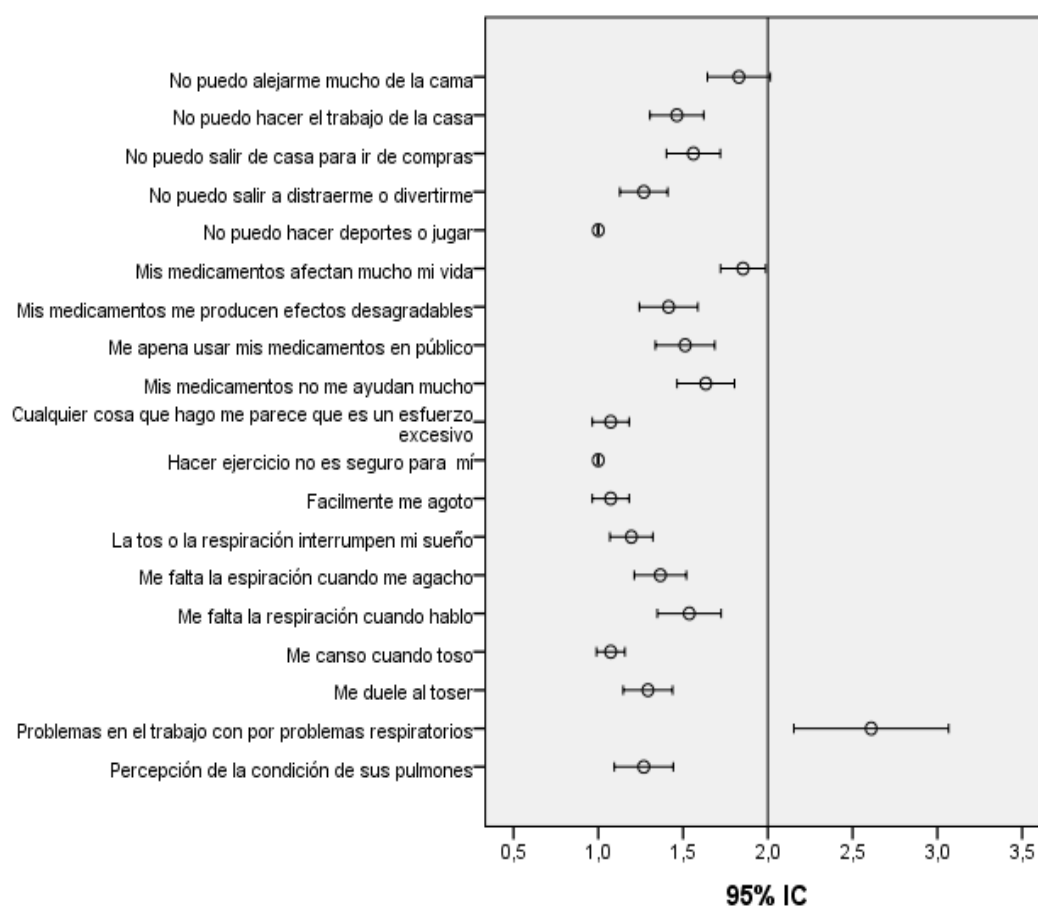
Podemos observar en el gráfico 2, con intervalo del 95% de confianza, que las características más comprometidas en la dimensión de síntomas son, tos en el último año, ataque de silbidos principalmente.

Gráfico 03: Tendencia comparativa de los ítems en la dimensión actividad del test de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017



Podemos observar en la gráfico 3, con intervalo del 95% de confianza, que las características más comprometidas en la dimensión de actividad son realizar trabajos pesados, ir en bicicleta, correr, trotar, jugar algún deporte, recorrer 7 km.

Gráfico 04: Tendencia comparativa de los ítems en la dimensión impacto del test de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017



Podemos observar en la grafico 4, con intervalo del 95% de confianza, que las características más comprometidas en la dimensión de impacto es los problemas en el trabajo por problemas respiratorios, seguido de mis medicamentos afectan mucho mi vida.

TABLA 05

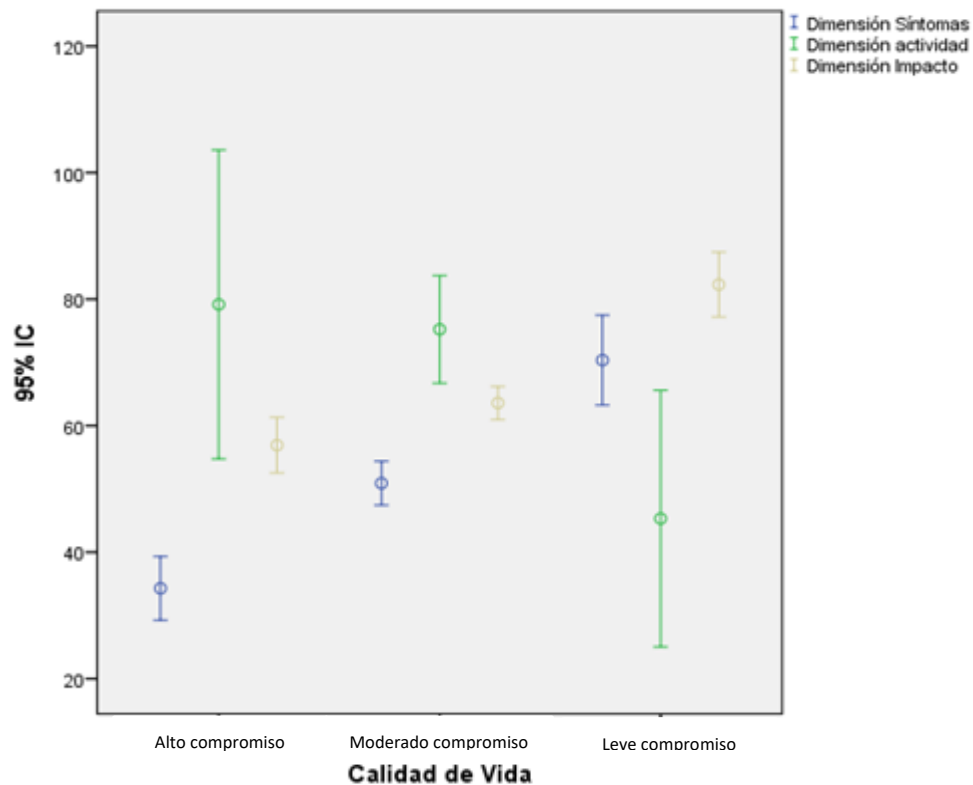
Distribución de frecuencia de los niveles de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

		n	%
Calidad de Vida	Alto compromiso	6	14.6%
	Moderado compromiso	27	65.9%
	Leve compromiso	8	19.5%
	Total	41	100.0%

Fuente: Test de calidad de vida

En la tabla 5 se puede observar la distribución de frecuencia de los niveles de calidad de vida general medidos en la población en el estudio. Podemos observar que el 65.9% revela una calidad de vida regular seguido de un 19.5% como buena. Si puede Asimismo evidenciar que un 14.6% manifiesta una calidad de vida mala asociado a su enfermedad.

Gráfico 05: Tendencia comparativa de las dimensiones según niveles de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017



Una figura 3 podemos observar el comportamiento de las principales dimensiones en cada uno de los grupos de pacientes según su nivel de calidad de vida. Podemos observar que, en el grupo con alto compromiso de calidad de vida, la dimensión más afectada es la de actividad; pero en aquellos con un moderado compromiso calidad de vida también esta dimensión es la más influyente, aunque en menor magnitud que en el grupo de alto compromiso de calidad de vida. En las personas con un leve compromiso de calidad de vida la dimensión de impacto seguida por la dimensión de síntomas son las más influyentes con niveles bajos en la dimensión actividad en la mayoría de ellos, podríamos decir que probablemente la dimensión de actividad sea la más asociada a un alto compromiso de calidad de vida.

TABLA 06

Calidad de vida según principales variables sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

		Calidad de Vida								p
		Alto compromiso		Moderado compromiso		Leve compromiso		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	50 a 59 años	1	14.3%	3	42.9%	3	42.9%	7	100.0%	0,341
	60 a 69 años	1	11.1%	5	55.6%	3	33.3%	9	100.0%	
	70 a 79 años	3	18.8%	11	68.8%	2	12.5%	16	100.0%	
	80 a mas	1	11.1%	8	88.9%	0	0.0%	9	100.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Sexo	Masculino	2	10.0%	13	65.0%	5	25.0%	20	100.0%	0,554
	Femenino	4	19.0%	14	66.7%	3	14.3%	21	100.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Ocupación	Sin ocupación	2	14.3%	10	71.4%	2	14.3%	14	100.0%	0,002
	Obrero dependiente	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Obrero independiente	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%	
	Empleado dependiente	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Empleado independiente	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Su casa	4	19.0%	16	76.2%	1	4.8%	21	100.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Estado civil	Conviviente	6	26.1%	11	47.8%	6	26.1%	23	100.0%	0,09
	Casado	0	0.0%	5	71.4%	2	28.6%	7	100.0%	
	Divorciado/separado	0	0.0%	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Viudo	0	0.0%	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	

Fuente: Test de calidad de vida

En la tabla 6 podemos observar la distribución de frecuencia de las principales variables asociadas a calidad de vida. Podemos observar que

sólo en la variable ocupación se encontró una influencia directa entre esta y la calidad de vida percibida por el paciente.

De las 21 personas que tienen ocupación su casa el 19% presentaba alto compromiso de calidad de vida y el 76.2% un moderado compromiso de calidad de vida.

Asimismo de las 14 personas que se encuentran sin ocupación el 14.3% presentaba también un alto compromiso de calidad de vida. Esta diferencia es estadísticamente significativa respecto a las personas que se encuentran con alguna ocupación ($p: 0.002$).

TABLA 07

Calidad de vida según estado nutricional, tiempo de enfermedad, nivel socioeconómico, hacinamiento y aseguramiento según calidad de vida en pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2013 - 2017

		Calidad de Vida								P
		Alto compromiso		Moderado compromiso		Leve compromiso		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado nutricional	Desnutrición	2	20.0%	8	80.8%	0	0.0%	10	100.0%	0.31
	Eutrófico	4	13.8%	17	58.6%	8	27.6%	29	100.0%	
	Sobrepeso	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Obesidad	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Obesidad mórbida	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Tiempo de enfermedad	<=10 meses	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	0.005
	11 a 20 meses	0	0.0%	7	63.6%	4	36.4%	11	100.0%	
	21 a 30 meses	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	
	31 a 40 meses	1	10.0%	8	80.0%	1	10.0%	10	100.0%	
	41 meses a mas	5	41.7%	7	58.3%	0	0.0%	12	100.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Nivel Socioeconómico	No pobre	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	0.646
	Pobre	6	17.1%	22	62.9%	7	20.0%	35	100.0%	
	Pobreza extrema	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Hacinamiento	Vive solo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.43
	1 a 2 personas por habitación	6	15.8%	24	63.2%	8	21.1%	38	100.0%	
	3 a 4	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	5 a mas	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.00%	
	Total	6	14.6%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	
Aseguramiento	No tiene	1	16.70%	4	66.7%	1	16.7%	6	100.0%	0.87
	SIS	5	16.10%	20	64.5%	6	19.4%	31	100.0%	
	Essalud	0	0.00%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Privado	0	0.00%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Otro	0	0.00%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	6	14.60%	27	65.9%	8	19.5%	41	100.0%	

Fuente: Test de calidad de vida

La tabla 7 se puede observar que la única variable influyente es el tiempo de enfermedad. El total de pacientes con 41 meses o más de tiempo de enfermedad el 41.7% Presenta un alto compromiso de calidad de vida y el 58.3% un moderado compromiso de calidad de vida. Asimismo, en el grupo de 31 a 40 meses el 10% presenta un alto compromiso de calidad de vida y el 80% un moderado compromiso de calidad de vida. Podemos afirmar que a mayor tiempo de enfermedad mayor compromiso de calidad de vida y esta asociación es estadísticamente significativa ($p: 0.005$)

DISCUSIÓN

Al valorar la calidad de vida mediante el Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG) en el grupo de pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, observamos que existe un deterioro de la calidad de vida en los 3 dominios, siendo el más afectado el dominio de actividad lo que coincide con el trabajo realizado por Glaspole et al (7), Tonelli et al (8) que también utilizaron como instrumento el (CRSG). Asimismo también coincidimos con la revisión de Tabaj et al(5) que utiliza como instrumentos al (CRSG), cuestionario de enfermedades respiratorias crónicas (CRQ), la escala de calidad de bienestar (QWB) y el instrumento de 100 ítems de la OMS (WHOQoL-100) el cual concluye que los dominios más afectados son “salud física y nivel de independencia”.

Graunaud et al, en Miami USA(6), 2014 realizó un estudio midiendo calidad de vida mediante SRSG-1 a un grupo de pacientes con diagnóstico FPI, sus resultados en cuanto a los scores el dominio impacto fue el más afectado lo que contrasta con el resultado obtenido en nuestro estudio que arrojó como el dominio más afectado el de actividad.

En cuanto al índice de masa corporal de nuestra observamos en nuestro resultados que un 70.6% están dentro de la categoría de eutrófico que coincide con los estudios realizados por Glaspole et al (7), Tonelli et al (8) y Graunaud et al (6) que tienen resultados similares en cuanto a estado nutricional de la población estudiada. Estos resultados nos revelan que a pesar de que la mayoría de pacientes presentan moderado y alto compromiso calidad de vida tienen una buena alimentación y están en un índice de masa corporal eutrófico.

En cuanto al resultado del dominio de síntomas del test respiratorio de Saint George podemos observar que los síntomas predominantes son silbidos en las mañanas y flemas en el último año, lo que contrasta con las bibliografía que nos dice que los pacientes con fibrosis pulmonar su sintomatología es tos seca y es raro encontrar sibilantes; lo que nos llevaría a pensar que habría algunos falsos positivos y otras tendrían otras patologías agregadas, estos resultados serían quizá debido a la falta del apoyo diagnóstico de la tomografía ya que no todos nuestros pacientes cuentan con dicho estudio y dicho sea de paso no está a su alcance ya que la mayoría están en condición de pobre y extrema pobreza.

CONCLUSIONES

a) La mayor parte de los pacientes en tratamiento de fibrosis pulmonar fueron del sexo femenino. Según edad, la mayoría de pacientes tiene actualmente de 70 a 79 años, seguido de entre 60 a 69 años y de 80 a más. Según ocupación la mayor parte de pacientes se encuentra sin ocupación y seguido de su principal actividad es su casa. Según estado civil la mayoría se encuentra en la condición de conviviente seguido de la condición de casado y viudo. En el análisis socioeconómico realizado el 85.4% se encuentra en el nivel pobre y el 7.3% en pobreza extrema.

b) La calidad de vida, mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) para pacientes con fibrosis pulmonar, nos mostraron que el 65.9% revela un moderado compromiso de calidad de vida seguido de un 19.5% como leve compromiso. Se puede asimismo evidenciar que un 14.6% manifiesta un alto compromiso calidad de vida asociado a su enfermedad donde la esfera más comprometida fue la de actividad.

c) Podemos observar la variable ocupación se encontró una influencia directa entre esta y la calidad de vida del paciente con valor de ($p=0.002$). En cuanto a tiempo de enfermedad podemos afirmar que a mayor tiempo de enfermedad mayor compromiso de calidad de vida y esta asociación es estadísticamente significativa ($p=0.005$).

RECOMENDACIONES

1. Al evidenciar que la esfera más afectada de la calidad de vida es la de actividad, se recomienda la realización de pruebas al inicio durante y después del tratamiento, así como promover programas de rehabilitación física en domicilio con la asistencia de médicos de familia
2. Incluir a los pacientes con fibrosis pulmonar en programas de aseguramiento o programas asistenciales a cargo del sector público, como beneficiarios totales, a fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
3. Promover el desarrollo de trabajos de tipo longitudinales para valorar la calidad de vida en diferentes momentos del tratamiento y medir la eficacia de la asistencia médica y de rehabilitación, ya que se observó que empeora la calidad de vida a mayor tiempo de enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, Fernández-Fabrellas E, Franquet T, Molina-Molina M, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol [Internet]. 1 de agosto de 2013 [citado 6 de marzo de 2018];49(8):343-53. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289613000999>
2. Selman M, Undurraga A. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática. ALAT 2014.
3. White ES, Borok Z, Brown KK, Eickelberg O, Guenther A, Jenkins RG, et al. An American Thoracic Society Official Research Statement: Future Directions in Lung Fibrosis Research. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 7 de mayo de 2018];193(7):792-800. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440092/>
4. Botero de Mejía. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 2007; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
5. Tabaj G, Quadrelli S, Grodnitzky L, Sinagra P. Calidad de vida en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Rev Am Med Respir. 2012;12(3):108–116.
6. Gaunard IA, Gómez-Marín OW, Ramos CF, Sol CM, Cohen MI, Cahalin LP, Cardenas DD, Jackson RM. Physical activity and quality of life improvements of patients with idiopathic pulmonary fibrosis completing a pulmonary rehabilitation program. Respir Care. 2014 Dec;59(12):1872-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25185149>.
7. Glaspole IN, Chapman SA, Cooper WA, Ellis SJ, Goh NS, Hopkins PM, Macansh S, Mahar A, Moodley YP, Paul E, Reynolds PN, Walters EH, Zappala CJ, Corte TJ. Health-related quality of life in idiopathic pulmonary fibrosis: Data from the Australian IPF Registry. Asian Pacific Society of Respirology. 2017. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28166611>

8. Tonelli R , Cocconcelli E, Lanini B, Romagnoli I, Florini F, Castaniere I, Andrisani D, Cerri S, Luppi F, Fantini R, Marchioni A, Beghè B, Gigliotti F. and Clini E. Effectiveness of pulmonary rehabilitation inpatients with interstitial lung disease of different etiology: a multicenter prospective study.2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5633868/>.
9. Capparelli I, Fernandez M, Saadia Otero M, Steimberg J, Brassesco M, Campobasso A, et al. Traducción al español y validación del cuestionario Saint George específico para fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol [Internet]. 2 de noviembre de 2017 [citado 30 de enero de 2018]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289617303009>
10. Graney BA, Wamboldt FS, Baird S, Churney T, Fier K, Korn M, et al. Looking ahead and behind at supplemental oxygen: A qualitative study of patients with pulmonary fibrosis. Heart Lung J Acute Crit Care. 1 de septiembre de 2017;46(5):387-93.
11. Gainza Miranda D, Peces S, María E, Alonso Babarro A, Varela Cerdeira M. Atención al final de la vida en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Med Paliat. 201703;24(1):21-5.
12. Vargas S, Mariela J, Aburto O, Rosa C. Acondicionamiento físico medido por la prueba de caminata de seis minutos en pacientes con fibrosis pulmonar, durante el período de marzo a agosto de 2012 en un hospital de Lima, Peru. Repos Inst - Wien [Internet]. 28 de junio de 2016 [citado 30 de enero de 2018]; Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/69783>
13. Undurraga Á. ALAT [Internet]. 2015 [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://alatorax.org/es/recomendaciones/recomendaciones-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-fibrosis-pulmonar-idiopatica-2015>
14. Portal JAR. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Ed. 2016 Vol 1, p.419-430. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/38-FPI-Neumologia-3_ed.pdf
15. Johel DAG, Cristiham MB. Presentada por los bachilleres: :76. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/539/TMH_95.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Bermudez J. Enfermedades pulmonares intersticiales difusas [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.neumomadrid.org/descargas/monog_neumomadrid_xii.pdf
17. Marcos P, Montero C. Una mirada general a las enfermedades pulmonares intersticiales y una específica a la fibrosis pulmonar idiopática. 2013; Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/22/421.pdf>
18. Karakatsani A, Papakosta D, Rapti A, Antoniou KM, Dimadi M, Markopoulou A, et al. Epidemiology of interstitial lung diseases in Greece. *Respir Med* [Internet]. 1 de agosto de 2009 [citado 7 de mayo de 2018];103(8):1122-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611109000729>
19. Strieter RM. Pathogenesis and Natural History of Usual Interstitial Pneumonia: The Whole Story or the Last Chapter of a Long Novel. *CHEST* [Internet]. 1 de noviembre de 2005 [citado 7 de mayo de 2018];128(5):526S-532S. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)30787-X/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)30787-X/abstract)
20. American Thoracic Society, European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 de enero de 2002;165(2):277-304.
21. Torres-Godomar. Actualización sobre las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (e. P. I. D) [Internet]. 2013 [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/118/95>
22. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez Becerra E, et al. [Diagnosis and treatment of diffuse interstitial lung diseases]. *Arch Bronconeumol*. diciembre de 2003;39(12):580-600.
23. Bradley B, Branley HM, Egan JJ, Greaves MS, Hansell DM, Harrison NK, et al. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. *Thorax*. septiembre de 2008;63 Suppl 5:v1-58.
24. Meyer KC, Raghu G, Baughman RP, Brown KK, Costabel U, du Bois RM, et al. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: The Clinical Utility of Bronchoalveolar Lavage Cellular

Analysis in Interstitial Lung Disease. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. mayo de 2012 [citado 7 de mayo de 2018];185(9):1004-14. Disponible en: <https://www.thoracic.org/statements/resources/respiratory-disease-adults/clinical-utility-blcaild.pdf>

25. Ohshimo S, Bonella F, Cui A, Beume M, Kohno N, Guzman J, et al. Significance of bronchoalveolar lavage for the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med. 1 de junio de 2009;179(11):1043-7. Disponible en: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201202-0320ST>
26. Cortés AA, Coria AEI, Sierra AC, Jiménez MVG. La autopercepción de calidad de vida en el paciente diabético: elementos para el debate. 2017;5.
27. Botero de Mejía. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. 2007; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
28. Salvador R. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :12.
29. Yorke J, Jones PW, Swigris JJ. Development and validity testing of an IPF-specific version of the St George's Respiratory Questionnaire. Thorax. 1 de octubre de 2010;65(10):921-6.
30. Aguilar Estrada G. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 13 de junio de 2000;

ANEXOS

Anexo 1:

Historia Clínica No: _____

EDAD: _____

SEXO: Masculino () Femenino ()

Tiempo de enfermedad: _____ meses

Ocupación:

1. Sin ocupación
2. Obrero dependiente
3. Obrero independiente
4. Empleado dependiente
5. Empleado independiente
6. Su casa

Estado civil

1. Conviviente
2. Casado
3. Divorciado/separado
4. Viudo

Nivel socioeconómico

1. No pobre
2. Pobre
3. Pobreza extrema

Hacinamiento

1. Vive solo
2. 1 a 2 personas por habitación
3. 3 a 4
4. 5 a mas

Antecedentes patológicos

1. Diabetes
2. Hipertensión
3. Tuberculosis
4. VIH
5. Otro:_____

Estado Nutricional

1. Desnutrición
2. Eutrófico
3. Sobrepeso
4. Obesidad
5. Obesidad Mórbida

Aseguramiento

1. NO TIENE
2. SIS
3. ESSALUD
4. PRIVADO
5. OTRO

Anexo 2:

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. **Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.**

1. Durante el último año, he tenido tos

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos)

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

5. Durante el último año ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

- Más de tres ataques
- Tres ataques
- Dos ataques
- Un ataque
- Ningún ataque



6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

- Una semana o más
- De tres a seis días
- Uno o dos días
- Menos de un día

7. Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)

- No
- Sí

Parte 2

Sección 1

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? **Por favor, marque una sola de las siguientes frases:**

- Es el problema más importante que tengo
- Me causa bastantes problemas
- Me causa pocos problemas
- No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. **Por favor marque una sola de las siguientes frases:** (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:**

	Cierto	Falso
Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar de subida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:**

	Cierto	Falso
Me duele al toser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso cuando toso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando hablo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me agacho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tos o la respiración interrumpen mi sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente me agoto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. **Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:**

	Cierto	Falso
La tos o la respiración me apenan en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No espero que mis problemas respiratorios mejoren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer ejercicio no es seguro para mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)

	Cierto	Falso
Mis medicamentos no me ayudan mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me apena usar mis medicamentos en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos me producen efectos desagradables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos afectan mucho mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. **Por favor, marque cierto si usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:**

	Cierto	Falso
Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. **Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:**

	Cierto	Falso
No puedo hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir a distraerme o divertirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir de casa para ir de compras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo hacer el trabajo de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo alejarme mucho de la cama o la silla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación, hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer (no tiene que marcarlas, sólo son para recordarle la manera cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle)

Ir a pasear o sacar al perro

Hacer cosas en la casa o en el jardín

Tener relaciones sexuales

Ir a la iglesia o a un lugar de distracción

Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo, visitar a la familia o a los amigos, o jugar con los niños

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:

