

Trabajo de investigación

Autocuidado y calidad de vida posterior
a la consejería de enfermería en pacientes
con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

María Patricia Padilla-Zárate,¹ David Cortés-Poza,² José Marcos Martínez-Soto,³
Taide Herrera-Cenobio,⁴ María del Carmen Vázquez-Bautista,⁴
Martha García-Flores,⁵ José Antonio García-García⁶

¹ Maestra en Ciencias de Enfermería. Enfermera investigadora, adscrita al Departamento de Gestión de la Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería.

² Maestro en Matemáticas. Adscrito al CORE de Bioestadística, Dirección de Investigación.

³ Licenciado en Enfermería. Adscrito a la Consulta Externa.

⁴ Enfermera General. Adscrita a la Consulta Externa de Neumología.

⁵ Maestra en Administración Hospitalaria y Salud Pública. Subdirectora de Enfermería.

⁶ Maestro en Ciencias de la Salud. Jefe del Departamento de Bioestadística y Bioinformática. Dirección de Investigación.

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

RESUMEN

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecta la calidad de vida de las personas y origina la necesidad de acciones adicionales de autocuidado. La intervención de enfermería basada en consejería personalizada es el conjunto de actividades para ayudar al paciente a lograr un resultado de salud deseado. **Objetivos:** Comparar los resultados en el autocuidado y calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que recibieron una intervención de enfermería basada en consejería personalizada y el grupo control, identificar la proporción de pacientes que recibieron intervención de enfer-

mería basada en consejería personalizada. **Material y métodos:** Ensayo clínico. Muestra de 124 pacientes (64 estudio y 60 control), hombres y mujeres con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en control médico. El grupo estudio recibió intervención de enfermería basada en consejería personalizada y atención médica habitual. El control recibió únicamente atención médica habitual. Se hicieron tres mediciones de las variables autocuidado, calidad de vida y apego a la intervención de enfermería basada en consejería personalizada: antes de la intervención, a los seis meses y al año posterior. En el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva, modelo lineal general y análisis múltiple de covarianza. **Resultados:** La intervención de enfermería basada en consejería personalizada explica las diferencias significativas entre grupos en autocuidado ($p = 0.039$) y calidad de vida (St. George $p = 0.020$, CQR $p = 0.013$), los cuales se incrementaron en el grupo estudio al paso del tiempo. En 54.6% de los pacientes se observó apego a la intervención. **Conclusiones:** Los pacientes que recibieron la intervención, incrementaron su autocuidado y calidad de vida mejorando así la percepción de su estado de salud a pesar de que fisiológicamente no hubo cambios. La intervención de enfermería basada en consejería personalizada puede mejorar el autocuidado y la calidad de vida de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Recibido para publicación: enero 2013.

Aceptado para publicación: marzo 2013.

Dirección para correspondencia:

MCE. María Patricia Padilla Zárate

Dr. Balmis Núm. 148, Col. Doctores, Cuauhtémoc. 06726, México, D.F.

Tel: 27892000, ext.: 1167.

E-mail: patt_pz@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

Palabras clave: Consejería, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, autocuidado, calidad de vida, enfermería.

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease causes changes that affect the quality of life of people and trigger the need for additional shares of self. Nursing intervention based on individualized counseling is the activity that a nurse does to help the patient to achieve a desired health outcome. **Aim:** To compare the results of self-care and quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease who received a nursing intervention based on individualized counseling and control groups and identify the proportion of patients receiving nursing intervention based on individualized counseling. **Material and methods:** Clinical trial. Sample of 124 patients (64 study and control). The trial included men and women with confirmed diagnosis of global initiative for chronic obstructive lung disease classification I, II, III, IV. Patients enrolled were under medical control of pulmonologists. The study group received medical care and nursing intervention based on individualized counseling. Control group only received medical care. The measurements were made of the variables of interest: before the intervention, six months and one year after. The statistical analysis was made using descriptive statistics and general linear model multivariate analysis of covariance. **Results:** The nursing intervention based on individualized counseling explains the significant differences between groups in self-care ($p = 0.039$) and quality of life (St. George $p = 0.020$, CQR $p = 0.013$), which increased in the study group over time. The 54.6% of patients had adherence to the intervention. **Discussion:** Patients who received the intervention increased their self-care and quality of life. The patients improved their perception of health status even where there was no physiological change. **Conclusions:** Nursing intervention based on individualized counseling can improve self-care and quality of life for people with chronic obstructive pulmonary disease.

Key words: Counseling, chronic obstructive pulmonary disease, self-care, quality of life, nursing.

INTRODUCCIÓN

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud¹ reportó el fallecimiento de tres millones de personas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En el 2007 se estimó que existían 210 millones de personas con esta enfermedad.² La prevalencia mundial de EPOC es de 9 a 10%³ y en México de 7.8% en personas mayores de 40 años.⁴

En México, en el año 2000 la EPOC ocupó el undécimo y décimo segundo lugar de mortalidad en hombres y mujeres, respectivamente⁵ y en 2010, se colocó como la octava causa de muerte en hombres (10,477 fallecidos) y la quinta en mujeres (8,989 muertas).⁶

La EPOC se caracteriza por una limitación progresiva del flujo aéreo asociado a una respuesta inflamatoria incrementada del pulmón a partículas o gases nocivos.⁷ Esto genera en el paciente una pérdida de su capacidad funcional respiratoria que limita sus actividades más simples de la vida cotidiana, el desarrollo de dependencia de oxígeno

suplementario⁸ y predisposición a frecuentes infecciones respiratorias que se exacerban. El Consenso Mexicano de EPOC postuló que esto produce mayor deterioro de la capacidad funcional y progresión de la enfermedad agravando las limitaciones del paciente, disminuyendo su capacidad para trabajar y participar en actividades físicas y sociales, afectando su calidad de vida.⁹

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal; es considerada un indicador de la evolución del estado de salud en el paciente crónico e incluye los síntomas y el funcionamiento físico y social.¹⁰⁻¹²

Lo anterior determina la gravedad de la percepción personal que el paciente tiene y es el resultado de las limitaciones que la enfermedad le impone en las áreas de su vida que son significativas. La gravedad percibida es diferente en cada persona, cambia con el paso del tiempo y depende de su estado emocional, comportamiento, valoración de su condición de enfermo, limitaciones y cambios hechos en su vida cotidiana por causa de la enfermedad, métodos de diagnóstico o tratamiento y la percepción acerca de su pronóstico,¹² independientemente de tener la misma enfermedad y los mismos síntomas.

Con base en las recomendaciones de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD),¹³ el tratamiento de la EPOC incluye cuatro componentes que son: 1) valoración y supervisión de la enfermedad; 2) reducción de los factores de riesgo, es decir, abandono del hábito de fumar, evitar exposiciones ocupacionales o en sus domicilios a humo de leña, carbón, aerosoles o petróleo, así como a la contaminación ambiental; 3) tratamiento de la EPOC estable (educación del paciente, tratamiento farmacológico con broncodilatadores y glucocorticoides, vacunación, programa de entrenamiento físico y oxigenoterapia); y 4) tratamiento de las exacerbaciones.^{13,14}

Para llevar a cabo el tratamiento se requiere que los pacientes participen de forma activa y adquieran nuevas conductas de autocuidado que les permita mantener controlada la enfermedad o adaptarse a vivir con ella. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, el bienestar y la vida.¹⁵ En el caso de las personas enfermas, el autocuidado se enfoca a realizar las acciones para prevenir complicaciones, evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad¹⁶ o su incremento.

La intervención de enfermería basada en consejería personalizada IEBCP es el conjunto de activida-

des que realiza enfermería para ayudar al paciente a lograr un resultado de salud deseado.¹⁷ Se centra en la persona con sus atributos individuales, valores e intereses, estableciendo una relación de empatía que permite el trabajo con el paciente en un nivel que va más allá de la problemática de la enfermedad.¹⁸

Se ha reportado que la participación de enfermeras de manera planeada y organizada tiene efectos positivos en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial¹⁹ y asma.²⁰ En pacientes con EPOC la educación sobre autocuidado redujo la necesidad de medicación de rescate,²¹ así como la disnea, la fatiga, la utilización de servicios de salud²² e ingresos hospitalarios.²¹ Concomitantemente se mejoraron los conocimientos del paciente sobre su enfermedad, su satisfacción por la atención recibida²³ y la percepción de su calidad de vida.²⁴

Los objetivos del estudio fueron comparar los resultados en el autocuidado y calidad de vida de los pacientes con EPOC que recibieron una IEBCP y el grupo control; identificar la proporción de pacientes que asisten a recibir la IEBCP; y comparar la sensibilidad del cuestionario respiratorio St. George y cuestionario de calidad de vida en la enfermedad respiratoria (CQR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un ensayo clínico, que incluyó a los 226 pacientes que acudieron a la clínica de EPOC del Hospital General de México (HGM) durante el año 2010, de los cuales 124 aceptaron participar en forma voluntaria.

Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: estudio (n = 64) y control (n = 60), mediante el uso de tablas de números aleatorios. Debido a la índole de la intervención, ni los voluntarios participantes, ni el equipo de investigadores pudieron estar cegados a ella, pero sí lo fue la persona encargada de realizar el análisis estadístico. Se incluyeron hombres y mujeres con diagnóstico confirmado de EPOC, con clasificación I, II, III o IV de la GOLD.

Los voluntarios estuvieron bajo control médico en la consulta del Servicio de Neumología del HGM, tenían teléfono en su domicilio y firmaron el consentimiento informado previo a participar en el estudio. El grupo estudio recibió atención médica e IEBCP, mientras que el grupo control sólo recibió atención médica.

Descripción de la intervención

Las personas que proporcionaron la consejería fueron capacitadas para el desarrollo de habilidades en

las técnicas, el manejo de la información y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, para lograr la estandarización.

La IEBCP tuvo como objetivo mejorar el control de la enfermedad, evitar agudizaciones y deterioro funcional. La intervención consistió en sesiones educativas y talleres dirigidos a los pacientes y sus familiares, además de seguimiento tanto presencial como telefónico del paciente durante un año. Fueron seis sesiones y tres talleres, con una duración de una hora cada uno y la periodicidad fue semanal o cada 15 días de acuerdo a las posibilidades de los pacientes y sus familiares.

En las sesiones se abordaron los aspectos sobre la enfermedad, recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento y el autocuidado.

Durante los talleres se enseñó a los pacientes las técnicas de respiración abdominal y de labios fruncidos, ejercicios isotónicos de flexión de piernas y brazos, uso de inhaladores y cámaras espaciadoras y en los casos necesarios, oxigenoterapia en el domicilio.

Para la intervención se emplearon recursos multimedia, inhaladores entrenadores y cámaras espaciadoras; también se entregó un manual que contenía información para fomentar el autocuidado de los pacientes en su casa. Se integró a los familiares durante las sesiones y los talleres, dado que son personajes importantes para el cuidado del paciente en el hogar.

El seguimiento presencial de los pacientes se realizó cada tres o seis meses, cuando acudieron a control médico, durante el cual se valoraron los aspectos enseñados en las sesiones y talleres, asimismo, se resolvieron las dudas de pacientes y familiares. El seguimiento telefónico se realizó mediante llamadas a sus domicilios cada dos meses, en las cuales se preguntó sobre el tratamiento y las recomendaciones de autocuidado y se aclararon dudas.

Durante el tiempo de seguimiento los pacientes que presentaron algún problema que no era competencia de enfermería, fueron canalizados a los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario (médicos de neumología y otras especialidades, nutrición, psicología y trabajo social).

Las variables evaluadas fueron: autocuidado, calidad de vida, oximetría, relación entre el volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada y la capacidad vital forzada (vef1/cvf), disnea y adherencia a la intervención. Para medir el autocuidado se diseñó una cédula con nueve reactivos dicotómicos, a cada uno se le asignó un valor de uno, con una escala de cero a nueve puntos, se obtuvo la vali-

dez de constructo e interna con alfa de Cronbach de 0.83. La calidad de vida se midió con el cuestionario respiratorio de St. George, de 0 a 100 puntos, a mayor puntuación se encuentra más afectado el paciente por su enfermedad y peor calidad de vida; el cuestionario de calidad de vida en la enfermedad respiratoria (CQR), de 0 a 140 puntos, a menor puntuación peor calidad de vida; ambos instrumentos han sido traducidos al español^{25,26} y validados en México.^{25,27,28} La oximetría se midió con un oxímetro de pulso marca Nelcor, modelo 1000, USA. Para la medición de $vef1/cvf$ se emplearon los resultados de la espirometría tomada con el espirómetro marca COSMED, modelo Quark PFT4, Italia. Se empleó la escala de disnea del Medical Research Council, donde el cero representa ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso, hasta cuatro donde la disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse. La proporción de pacientes que reciben la IEBCP se evaluó mediante el porcentaje de pacientes que asistieron a recibir la intervención.

Para cada una de las variables (excepto asistencia a recibir la intervención) se hicieron tres mediciones: una antes de iniciar la intervención, la segunda a los seis meses y la tercera al año de haber sido incluidos los pacientes en el proyecto.

Se solicitó el consentimiento informado escrito a los participantes antes de ser incluidos en el estudio. El proyecto fue autorizado por los Comités de Ética e Investigación del HGM y fue registrado en la Dirección de Investigación.

Análisis estadístico: En la estadística descriptiva los datos cualitativos se expresan con frecuencias y porcentajes; los cuantitativos con promedios y \pm desviación estándar. Para la estadística inferencial se empleó t de Student y χ^2 para contrastar las variables de los pacientes que concluyeron la intervención y los que no. Para el análisis del autocuidado se hizo un ajuste por edad, meses de evolución, medición inicial de autocuidado y se tomaron como factores fijos grupo, sexo, estado civil y severidad de la enfermedad. Para comparar la calidad de vida con los instrumentos CQR y St. George, se hizo un ajuste por edad, índice de masa corporal, meses de evolución, medición inicial de CQR y St. George y se tomaron como factores fijos el grupo, sexo, estado civil, escolaridad y grado de severidad de la enfermedad (clasificación GOLD). Además se utilizó un modelo lineal general y se realizó análisis múltiple de la covarianza (MANCOVA) debido a que se hicieron mediciones repetidas y se analizó más de una variable a la vez. En los modelos se consideraron como variables dependientes

la segunda y tercera medición y se ajustaron con la primera (como covariable); porque en esta última no se había intervenido y sólo se querían descartar posibles diferencias basales aleatorias entre los grupos.

Para la prueba de hipótesis se estableció como nivel de diferencia estadísticamente significativa un valor de $p \leq 0.05$.

Para el cálculo del tamaño del efecto se utilizó la fórmula de Cohen para grupos con diferente número de integrantes. Para valorar el tamaño del efecto se consideró de 20-49% un efecto mínimo, 50-79% moderado y $\geq 80\%$ grande.

El *software* empleado fue Statistical Package for the Social Sciences (V. 20, Chicago, Illinois, USA) y Sigmaplot (v. 10, San José, California, USA).

RESULTADOS

En la *figura 1* se muestra el flujo que tuvieron los pacientes que participaron en el proyecto.

La muestra inicial fue 124 y la final de 60 pacientes. En el grupo de estudio se incluyeron 64 pacientes (35 concluyeron el seguimiento); en el control fueron 60 (25 concluyeron). Sólo 54.6% concluyeron el programa de intervención.

Las características de los 60 pacientes que concluyeron el seguimiento fueron: promedio de edad de 66.8 ± 9.5 años (rango 43-84), 51.7% fueron mujeres, 53.4% eran casados o en unión libre. En cuanto a la escolaridad: 45% tenían primaria, 25% iletrados, 13.3% secundaria, 11.7% media superior y 5% licenciatura. En relación a la ocupación: 46.7% se dedicaba al hogar, 33.3% eran empleados, 15% desempleados y 5% pensionados. De acuerdo al grado de severidad de la enfermedad, 45% presentaron EPOC grado II, 25% grado III, 20% grado I y 10% grado IV. En cuanto a la evolución de la enfermedad tenían 82.3 ± 94.5 meses (rango 2-480). El grado de disnea que predominó fue cuatro con 46.7% y grado tres con 20%.

Al comparar los pacientes que concluyeron el seguimiento y las personas que abandonaron el estudio, no se encontraron diferencias significativas en edad ($t = .585$, $gl = 120.439$, $p = .560$), sexo ($\chi = 1.549$, $gl = 1$, $p = .213$), estado civil ($\chi = .704$, $gl = 2$, $p = .703$), ocupación ($\chi = 14.007$, $gl = 9$, $p = .122$) y severidad de la enfermedad ($\chi = 3.848$, $gl = 3$, $p = .278$); sin embargo, en el grupo estudio hubo diferencia marginal en escolaridad ($\chi = 8.991$, $gl = 4$, $p = .061$); y fue significativa la sensación de disnea ($t = -2.940$, $gl = 119$, $p = .004$).

En la *figura 2* se observa que la intervención tuvo impacto favorable en el autocuidado del grupo estudio ($p = 0.039$).

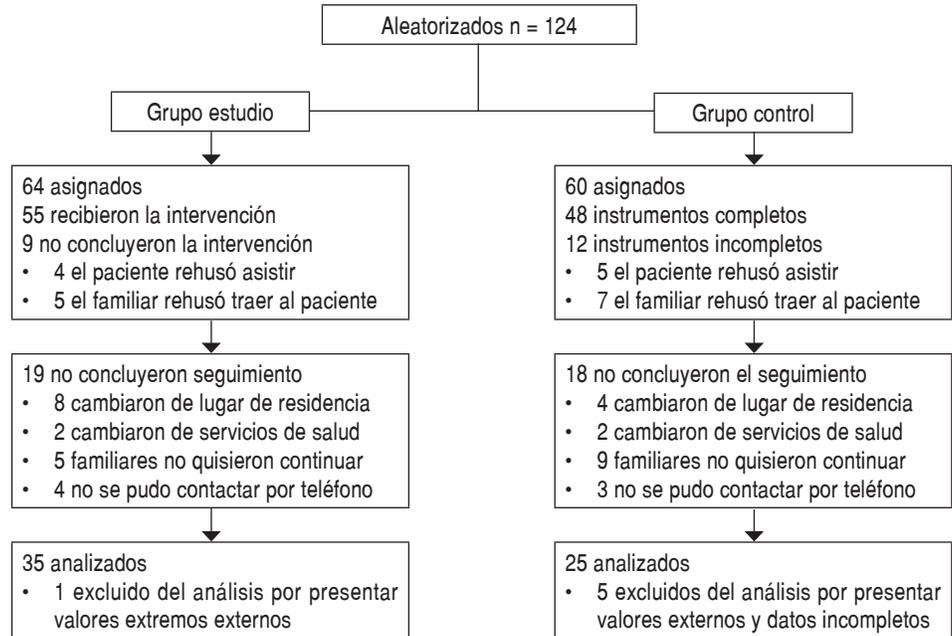


Figura 1. Flujo de pacientes.

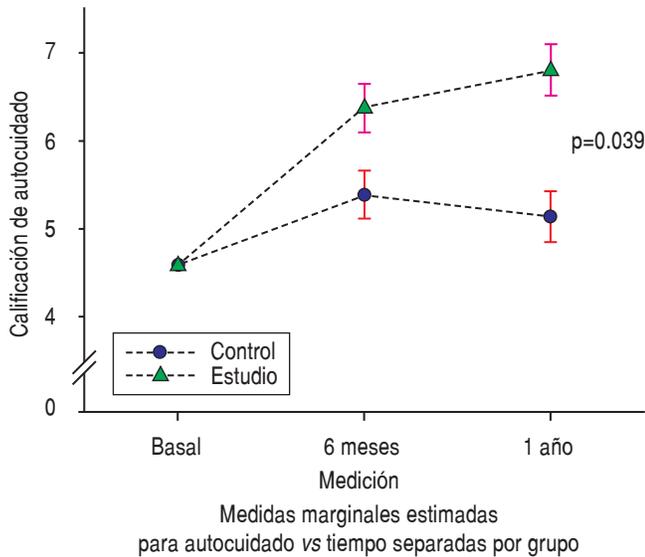


Figura 2. Puntuación del cuestionario de autocuidado versus grupo.

También se identificaron diferencias en las puntuaciones de autocuidado de acuerdo al estado civil. Los solteros obtuvieron una puntuación promedio de 5.50 ($p = 0.481$), los divorciados o viudos 5.83 ($p = 0.481$) y los casados o en unión libre 6.45 ($p = 0.028$).

En cuanto a la calidad de vida (medida con los instrumentos St. George y CQR) hubo un efecto favorable de la intervención en el grupo estudio, se observó

que fue mayor al paso del tiempo como se muestra en la figura 3 ($p = 0.020$, $p = 0.013$).

Dado que la calidad de vida se midió con dos instrumentos, fue posible identificar que el cuestionario St. George es más sensible en la medición de acuerdo a género, como se observa en la figura 4.

El tamaño del efecto que tuvo la intervención en las variables de autocuidado y calidad de vida se muestra en el cuadro I.

El tamaño del efecto de comparar la intervención versus no intervención que se tuvo en el autocuidado de acuerdo al grupo fue grande, pero moderado en cuanto a la percepción de calidad de vida de los pacientes que pertenecieron al grupo con intervención. Con el instrumento St. George el tamaño del efecto fue negativo, lo cual es benéfico para el paciente porque representa que hubo mejora en su percepción de calidad de vida; a menor puntuación, mejor calidad de vida. Se observó también que el instrumento St. George es más sensible para detectar las diferencias atribuibles al género en comparación con el CQR.

En relación a los resultados en la oximetría ($p = 0.333$) y valores vfe1/cvf ($p = 0.290$) no hubo diferencias significativas derivadas de la intervención.

DISCUSIÓN

Los pacientes que recibieron la IEBCP incrementaron su autocuidado y calidad de vida, mejorando su per-

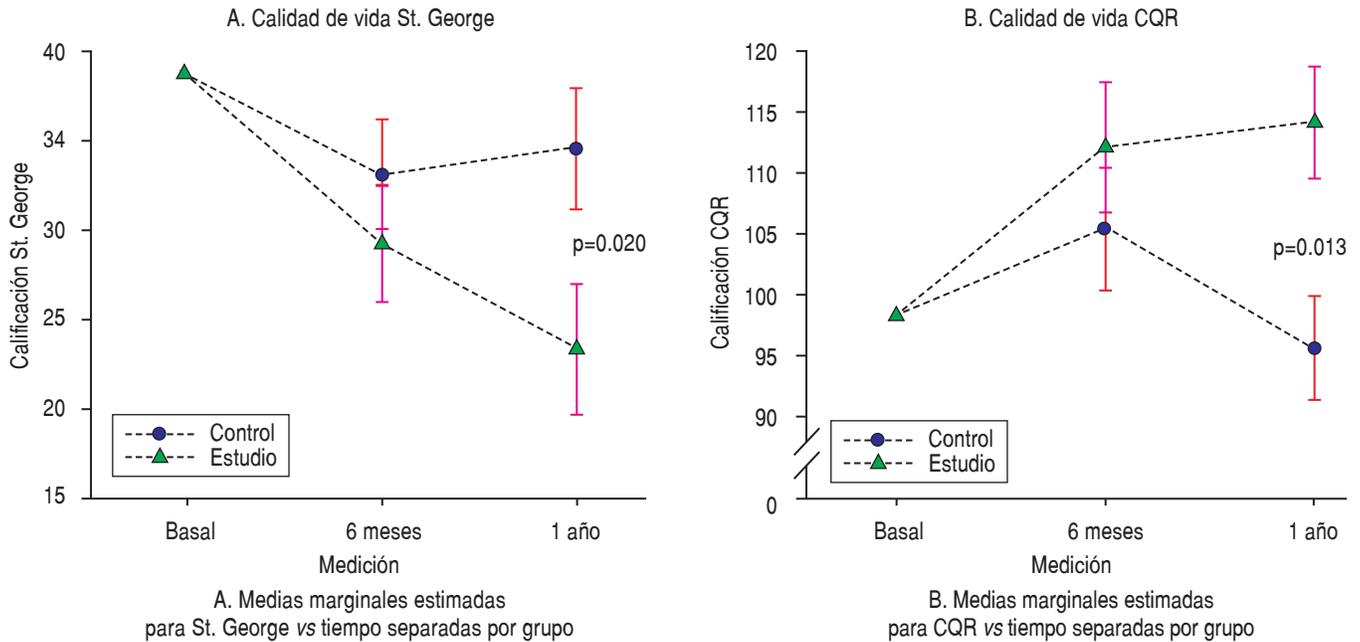


Figura 3. Puntuaciones de calidad de vida St. George y cuestionario de calidad de vida en la enfermedad respiratoria versus grupo.

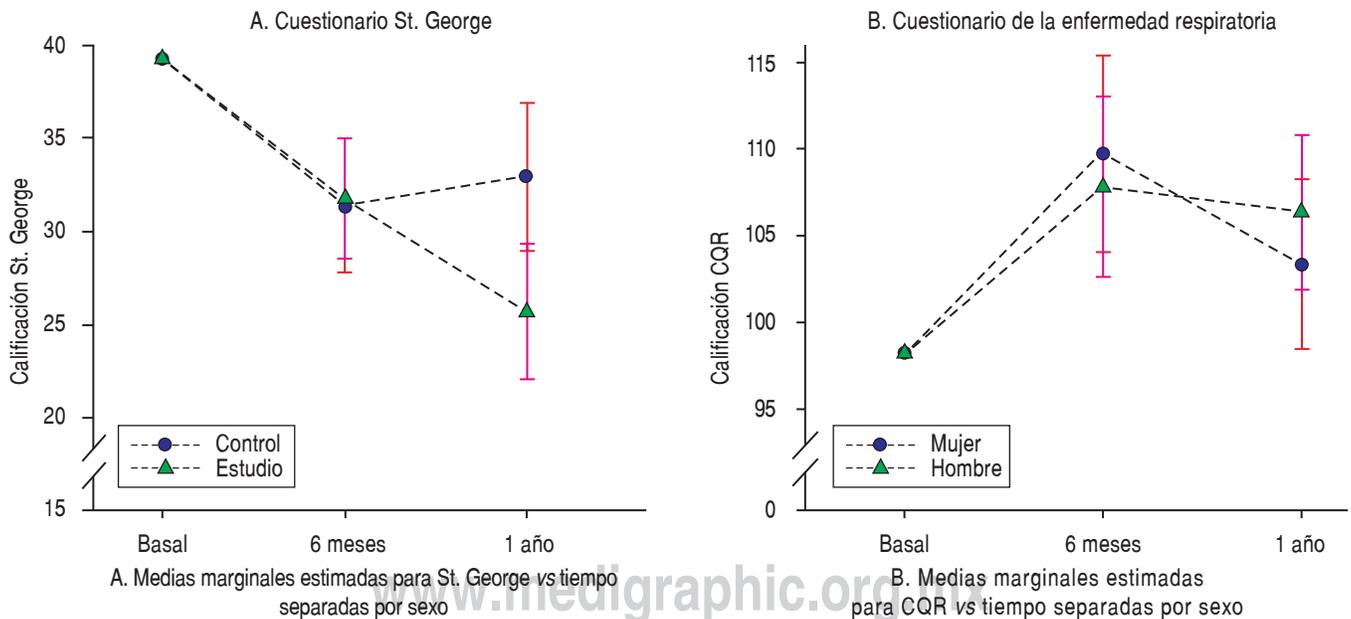


Figura 4. Puntuaciones del cuestionario St. George y cuestionario de calidad de vida en la enfermedad respiratoria versus sexo.

cepción en cuanto a su estado de salud a pesar de que fisiológicamente no hubo cambios importantes, pues los valores de oximetría y relación vef1/cvf no tuvieron cambios significativos. En los enfermos crónicos, como los pacientes con EPOC, pueden llegar a evaluar su calidad de vida de forma favorable aunque no haya

cambios en los parámetros fisiológicos como la función pulmonar,²⁴ como ocurrió en la presente investigación, lo cual es posible porque cada persona construye y percibe su calidad de vida¹² de manera particular.

Independientemente de no haber cambios fisiológicos significativos, la mejora en la percepción del es-

Cuadro I. Tamaño del efecto de las variables significativas.

Relación	Tamaño del efecto
Autocuidado <i>vs</i> grupo	102%
CQR <i>vs</i> grupo	55%
St. George <i>vs</i> grupo	-47%
CQR <i>vs</i> sexo	2%
St. George <i>vs</i> sexo	-20%

CQR: Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad respiratoria.

tado de salud ayuda al paciente a mantenerse interesado en continuar su tratamiento, realizar acciones tendientes a evitar complicaciones y actuar de forma oportuna cuando se presentan datos de urgencia de la enfermedad, con lo cual se puede mantener controlado su padecimiento, preservar su calidad de vida y evitar deterioro secundario a las exacerbaciones.

El autocuidado en los pacientes con EPOC les permite identificar las exacerbaciones de forma oportuna²⁹ y actuar para limitar los daños que éstas pueden generar, del mismo modo ayuda a que tengan una mejor percepción de su estado de salud y de su calidad de vida.²¹

La disnea representa el síntoma más incapacitante de la EPOC y es un elemento fundamental de la percepción de enfermedad del paciente³⁰ y de su calidad de vida.³¹ En las personas que abandonaron el estudio se identificó un grado de disnea inferior o la ausencia de ella, lo cual probablemente influyó para que los pacientes no percibieran la gravedad de su enfermedad y no tomaran la decisión de iniciar acciones de autocuidado o continuar con el tratamiento, como sucede con otras enfermedades crónicas como el cáncer³² o la diabetes.³³ Los pacientes que perciben los signos y síntomas de la enfermedad y las modificaciones o alteraciones en su funcionamiento físico, social y situación económica, son más receptivos al control médico y tratan de manejar su enfermedad en función de sus capacidades,³⁴ por esto es que en las etapas iniciales del padecimiento los pacientes suelen interesarse más por sus síntomas y limitaciones, por lo tanto el tratamiento se enfoca al alivio de éstos.⁷ Sin embargo, si el enfermo no identifica o considera que los síntomas que en ese momento presenta no le generan alguna alteración en su vida cotidiana, es probable que abandone el tratamiento. Lo anterior lleva a reflexionar que la percepción del paciente sobre su enfermedad juega un papel muy importante en la toma de decisiones para

adherirse a un esquema de tratamiento y seguir las indicaciones, tanto médicas como las recomendaciones de enfermería en cuanto a su cuidado, por lo cual es importante diseñar estrategias para pacientes con EPOC en los primeros estadíos, para evitar complicaciones a corto plazo de tiempo que deterioren rápidamente el estado de salud del paciente.

La intervención de enfermería se enfocó a establecer una relación con los pacientes para que se sintieran cuidados y acompañados, así como apoyados por sus familiares. Además se propició la adquisición de conocimientos y habilidades relacionados con su tratamiento que apoyaran al paciente en la modificación de sus hábitos de cuidado.

En esta investigación sí se obtuvo un efecto en los pacientes con EPOC; sin embargo, hay estudios que reportan que no hay evidencia de la efectividad de las intervenciones de enfermería en la calidad de vida, el bienestar psicológico,³⁵ la reducción de la mortalidad, el número de hospitalizaciones²⁴ y la salud.³⁶

El desarrollo de IEBCP requiere de personal de enfermería preparado y capacitado en el control de pacientes crónicos, así como de nuevos esquemas de trabajo institucional. Estas intervenciones traen beneficios a los enfermos y al equipo multidisciplinario porque ellos se pueden apoyar del personal de enfermería para mejorar el control y educación de sus pacientes.

Para la medición de la calidad de vida en el paciente con EPOC existen diversos instrumentos, en este estudio se emplearon el St. George y el CQR, ambos instrumentos han reportado buenos valores de validez y confiabilidad^{25,27} y se han empleado en población mexicana; sin embargo, se identificó que al compararlos el instrumento de St. George puede detectar diferencias de la calidad de vida entre hombres y mujeres.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es necesario mencionar que un número importante de pacientes no concluyeron el seguimiento; sin embargo, se obtuvo significancia estadística en las principales variables como son el autocuidado y calidad de vida; estas variables se relacionan con la asistencia a recibir la IEBCP. La principal causa de no adherencia fue la falta de disposición de los familiares para traer a los pacientes a la institución para el seguimiento e incluso para recibir la intervención, otra causa correspondió al cambio de residencia debido a recomendación médica y otra fue la falta de interés del paciente.

En el caso de los pacientes con EPOC, el compromiso y participación del familiar para su cuidado son fundamentales, debido a que se trata de una población de adultos mayores que son dependientes fí-

sica, emocional y económicamente. Por lo cual al diseñar intervenciones para este tipo de pacientes es necesario considerar al familiar, ya que si él no está de acuerdo en llevar el tratamiento y seguimiento, aunque el paciente quiera hacerlo, no será posible.

De acuerdo a los resultados de la intervención, es necesario estudiar en el futuro otros aspectos de los pacientes como son: efecto de la intervención sobre la depresión o ansiedad, el grado de apoyo que reciben de sus familiares, el grado de disposición para cuidarse en períodos largos de tiempo, buscar estrategias para que en fases tempranas de la EPOC se atiendan con el equipo multidisciplinario de salud, entre otros.

Los resultados de esta investigación permitieron que se instalara en la consulta externa de neumología una área denominada "Consejería de enfermería al paciente con neumopatía". Los pacientes que acuden a esta área reciben la IEBCP.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos del estudio se identificó que más de la mitad de los pacientes del grupo-estudio asistieron a recibir la intervención completa y obtuvieron mejores puntuaciones de autocuidado y calidad de vida, comparados con los del grupo control.

El cuestionario St. George demostró mayor utilidad para medir la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Una intervención de enfermería bien estructurada y planeada, dirigida a pacientes con EPOC, puede mejorar el autocuidado, la calidad de vida y hacer menos traumática la experiencia que viven los enfermos mientras evoluciona su enfermedad.

Este proyecto no contó con financiamiento, fue registrado en la Dirección de investigación con el número: DI/08/204/04/003 y se declara que no hay conflicto de intereses en ninguno de los autores.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Nota descriptiva [Internet]. Noviembre 2012 [citado 12/11/2012]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Iglesia MF, Serrano AJ, Montes SJ. Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades. *Gaceta Clínica*. 2012; 73(Supl. 1): S30-S36.
- Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006; 28(3): 523-532.
- Menezes AM, Pérez-Padilla R, Jardín JR, Muíño A, López MV, Valdivia G et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005; 366(9500): 1875-1881.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario estadístico 2000. [Internet]. 2000 [citado 17/07/2012]; Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/zip/anuario2000.zip>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (México). Causas de defunción 2010. [Internet]. 2010 [citado 14 agosto 2012]; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Gene RJ, Giugno ER, Abate EH, Figueroa-Casas JC, Mazzei JA, Schiavi et al. Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Medicina Buenos Aires* [Internet]. 2003 [citado 24 sept 2012]; 63(5):419-46. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol6303/5/consensoEPOC.PDF>
- Fernández A. Salud percibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*. 2001; 11(9): 2.
- Consenso Mexicano de EPOC. Exacerbación infecciosa del EPOC. *Rev Neumología y Cirugía de Tórax* 2007; 66(S2): S71-S76.
- Ramírez-Vélez R. Calidad de vida y apoyo social de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Salud Pública*. 2007; 9(4): 568-575.
- López-Vargas R, Domínguez FME, Sandoval RA, López-Muro M. Correlación entre la caminata Shuttle y el cuestionario de George's en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Rev Inst Nal. Enf Resp Mex* 2005; 18(4): 271-276.
- García-Viniegras RC, Rodríguez LG. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2007; 6(4): 1-7.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Guía para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC. Una guía para profesionales sanitarios. [Internet]. 2010 [citado 28 ene 2012] Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket11_Spanish_Jun7.pdf
- Gutiérrez CM. EPOC: Propuesta de manejo simple del paciente estable. *Rev Chil Enferm Respir*. 2002; 18: 182-188.
- Orem D. Modelo de Orem. España: Masson; 1993.
- Vega AOM, González EDS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*. 2007; 4(4): 28-31.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). España: Mosby; 2001.
- Stjepovich BJ, Paravic KT, Garfe CC, Díaz BH. Efectos de la consejería personalizada en la reducción de cifras tensionales en pacientes hipertensos esenciales severos, OMS I. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1994; 2(1): 19-30.
- Carballo HR. Comportamiento de trabajadores hipertensos antes y después del proceso de enfermería. *Rev Cubana Salud Trabajo*. 2004; 5(2): 49-52.
- Schacher C, Dhein Y, Münks-Lederer C, Vollmer T, Worth H. Evaluation of a structured outpatient education program for adult asthmatics. *Dtsch Med Wochenschr*. 2006; 131(12): 606-610.
- Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PDLPM, van der Pallen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR et al. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. [Internet] 2008; Oxford: Update Software Ltd. [citado 16 oct 2012]; Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/pdf/CD002990.pdf>
- Bissonnette J, Logan J, Davies B, Graham I. Methodological issues encountered in a study hospitalized COPD patients. *Clinical Nursing Research*. 2005; 14(1): 81-94.

23. Lu CC, Su HF, Tsay SL, Lin HI, Lee TT. A pilot study of a case management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Clin Nurs Res*. 2007; 15(2): 89-98.
24. Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet] 2011; Issue 3, [citado 27 sept 2012]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/50410368_Home_care_by_outreach_nursing_for_chronic_obstructive_pulmonary_disease/file/d922b4f73a8ffa8f79.pdf
25. Aguilar EMG. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio St. George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2000; 13(2): 85-95.
26. Güell R, Casan P, Sangenis M, Morante F, Belda J, Guyatt G. Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the spanish version of the chronic respiratory questionnaire (CRQ). *Eur Respir J*. 1998; 11: 55-60.
27. Guyatt GH, King DR, Feeny DH, Stubbing D, Goldstein RS. Generic and specific measurement of health-related quality of life in a clinical trial of respiratory rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1995; 52: 187-192.
28. Aguilar EMG, García GML. Diferencias en calidad de vida de pacientes hospitalizados con EPOC y asma. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2006; 19(4): 272-275.
29. Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida) [Internet]. 2008. [citado 17 sept 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
30. Marín JM, Sánchez BA. Valoración funcional del paciente con EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41(Supl 3): 18-23.
31. Cimas HJE. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Importancia de los síntomas en la EPOC. *Medifam*. 2003; 13(3): 166-175.
32. Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, Sánchez-Garduño S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Rev Invest Clin*. 2006; 58(3): 217-227.
33. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003; 32(4): 195-202.
34. Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: Un estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica- EPOC. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1): 65-75.
35. Taylor SJC, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef JM, Esmond G et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ*. 2005; 331: 485-488. [Internet]. [citado 26 sept 2012]. Disponible en: http://www.bmj.com/highwire/filestream/381075/field_highwire_article_pdf_abri/0.pdf
36. Gruffydd-Jones SK, Richman J, Jones RC, Wang X. A pilot study of identification and case management of high-risk COPD patients in a general practice. *Family Practice* [Internet]. 2010 [citado 10 sept 2012]; 27:494-498. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/27/5/494.full.pdf+html>