

PERFIL SOCIAL DO PACIENTE CON AGUDIZACIÓN GRAVE DE ENFERMIDADE PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (EPOC)

*Sara Fernández García
Premio Día Mundial do Traballo Social 2018
Modalidade Investigación*

RESUMO

Introdución: A EPOC é unha enfermidade respiratoria moi limitante e supón unha perda da calidade de vida e da independencia para os pacientes e os seus cuidadores. Neste estudo preténdese coñecer o perfil social do paciente que ingresa por unha agudización grave de EPOC.

Material e método: Estudo descritivo con recrutamento prospectivo de casos de base hospitalario, realizado nun servizo de pneumoloxía dun hospital de terceiro nivel en Galicia, durante un período de 12 meses. Recolléronse variables sociodemográficas, clínicas e sociais, analizadas a través de escalas e cuestionarios recollidos no Proceso Asistencial Integrado da EPOC.

Discusión de resultados: Incluíronse 245 pacientes, 77,6 % varóns; e idade media de $69,1 \pm 9,1$ anos, el 91,9 % xubilados pensionistas. O 95,5 % teñen historia tabáquica. O impacto da enfermidade (CAT) es de $19,1 \pm 7,4$. Máis do 52 % sofren depresión, el 89,6 % atópase en situación de fragilidade (Barber), dependentes moderados para actividades básicas da vida diaria (ABVD), a puntuación media da escala de valoración sociofamiliar (Gijón) é de $10,8 \pm 3,4$. A sobrecarga do cuidador afecta a un 36,84 % dos cuidadores.

Conclusión: Os pacientes con agudización grave de EPOC son homes, de idade avanzada, pensionistas, cun impacto da enfermidade elevado, con depresión, dependentes moderados para as ABVD e en situación de fragilidade

e risco social. Os cuidadores dos enfermos con EPOC sofren unha sobrecarga importante, o que supón un risco de claudicación.

PALABRAS CLAVE:

Agudización, EPOC, dependencia, social.

RESUMEN

Introdución: La EPOC es una enfermedad respiratoria muy limitante que supone una pérdida de la calidad de vida y de la independencia para el paciente y sus cuidadores. En este estudio se pretende conocer el perfil social del paciente que ingresa por una agudización grave de EPOC.

Material y método: Estudio descriptivo con reclutamiento prospectivo de casos de base hospitalario, realizado en un servicio de neumología de un hospital de tercer nivel en Galicia, durante un periodo de 12 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y sociales, analizadas a través de las escalas y cuestionarios recogidos en el Proceso Asistencial Integrado de la EPOC.

Discusión de resultados: Se incluyeron a 245 pacientes, 77,6% varones; la edad media de $69,1 \pm 9,1$ años, el 91,9% jubilados pensionistas. El 95,5 % tienen historia tabáquica. El impacto de la enfermedad (CAT) es de $19,1 \pm 7,4$. Más del 52% sufren depresión, el 89,6% se encuentra en situación de fragilidad (Barber), dependientes moderados para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la puntuación media de la escala de valoración socio-familiar (Gijón) es de $10,8 \pm 3,4$. La sobrecarga del cuidador afecta a un 36,84% de los cuidadores.

Conclusión: Los pacientes con agudización grave de EPOC son hombres de edad avanzada, pensionistas, con un impacto de la enfermedad elevado, con depresión, dependientes moderados para las ABVD y en situación de fragilidad y riesgo social. Los cuidadores de estos enfermos sufren una sobrecarga importante lo que supone un riesgo de claudicación.

PALABRAS CLAVE:

Agudización, EPOC, dependencia, social.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a very limiting respiratory disease that involves a loss of quality of life and independence for the patient and their caregivers. The aim of this study is to determine the social profile of patients admitted due to a severe COPD exacerbation.

Material and methods: This is a descriptive study with a prospective recruitment of hospital-based cases, carried out in a pneumology service of a tertiary level hospital in Galicia, during a period of 12 months. Sociodemographic, clinical and social variables were collected and analyzed through scales and questionnaires collected in the Integrated Care Process of COPD.

Discussion of results: 245 patients are included, 77.6% males with an average age of 69.1 ± 9.1 years, 91.9% retired pensioners. The 95.5% have current or prior tobacco exposure. The impact of the disease (CAT) is 19.1 ± 7.4 . More than 52% suffer from depression, 89.6% are in a situation of fragility (Barber) and moderate dependents for basic activities of daily life (BADL). The average score of the socio-familial assessment scale (Gijón) is 10.8 ± 3.4 . Caregiver overload affects 36.84% of caregivers.

Conclusion: Patients with severe exacerbation of COPD are elderly men, pensioners, with a high impact of the disease, with depression, moderate dependents for BADL and in a situation of fragility and social risk. Their caregivers suffer from a significant overload, which poses a risk of claudication.

KEYWORDS:

Exacerbation, COPD, dependence, social.

1. INTRODUCCIÓN

O aumento da esperanza de vida, as melloras e os avances na saúde pública e a atención sanitaria así como a adopción de determinados estilos de vida condicionan, que, na actualidade cada vez sexan máis frecuentes as enfermidades crónicas. Estas enfermidades crónicas teñen unha longa duración, unha progresión lenta e son causantes de limitación na calidade de vida das persoas afectadas e os seus familiares, ademais de que son causa dunha morte prematura cunha serie de efectos económicos, sociais, familiares e comunitarios (Espallargues *et al.*, 2016).

Segundo Veiga Angarita e González Escobar (2009), as enfermidades crónicas son causadas en gran medida por factores de risco asociados ao comportamento que dependen en gran parte de variables económicas como o traballo, a vivenda, a educación e outros factores de risco debido á urbanización como o tabaquismo, o sedentarismo, a obesidade, o alcoholismo ou a falta de compromiso cos tratamentos médicos e a mala utilización dos servizos sanitarios (OMS, 2011). Ademais, calcúlase que as enfermidades crónicas teñen un índice moi alto de mortalidade, sobre todo as enfermidades cardiovasculares, a diabetes e as enfermidades respiratorias (Vinaccia y Orozco, 2005).

A enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) é unha enfermidade respiratoria que se caracteriza por unha limitación ao fluxo aéreo e que non é reversible. A limitación ao fluxo aéreo asóciase cunha resposta inflamatoria dos pulmóns a partículas nocivas e gases, principalmente derivados do

fume do tabaco, e producen síntomas como dispnea (fatiga), tose e expectoración (Represas, Rúano e Fernández-Villar, 2014).

A EPOC caracterízase por presentar un curso clínico habitualmente progresivo e insidioso no que a miúdo se producen episodios de descompensación clínica, aos que denominamos agudizacións (AEPOC) que nos casos máis graves supón un ingreso no hospital (Soler, Sánchez, Alamar, Román y Pepiñá, 2015). Un problema engadido é que un importante número de pacientes que ingresan, volverán a facelo nas seguintes semanas e meses (Miravittles *et al.*, 2009). No estudo MAG-1 que incluía un elevado número de centros sanitarios cataláns e case un milleiro de pacientes, os reingresos ao mes e ao terceiro mes foron do 25 % e do 49 % respectivamente (Escarrabill *et al.*, 2015)

Segundo a GesEPOC (2017), estas agudizacións, que varían en frecuencia, intensidade e/ou duración contribúen a un deterioro grave do estado de saúde, afectan a progresión, ao control da enfermidade, aumentan o risco de morte e xeran unha forte demanda asistencial coa consecuente repercusión socioeconómica e un grave empeoramento da calidade de vida dos pacientes, o que condicionará en moitos casos discapacidade e unha importante limitación da actividade física. Pero non só estes problemas de mobilidade limitan a actividade física, senón tamén as actividades básicas da vida diaria como pode ser: ducharse, alimentarse, vestirse etc.

A EPOC afecta o 10,2 % da poboación en España entre 40 e 80 anos e prognostícase que no ano 2020 sexa a terceira causa de morte a escala mundial (Represas *et al.*, 2014). Ao ser unha enfermidade crónica e tan limitante, os pacientes teñen que facer fronte ao impacto emocional e social dos síntomas da discapacidade, que xeralmente implican a varios membros da familia (coidadores). A enquisa sobre Discapacidades, Autonomía Persoal e Situacións de Dependencia de 2008 indica que a abordaxe integral dos coidados con patoloxías respiratorias crónicas dependentes esixe incluír a atención ao coidador principal, figura clave para moitos pacientes (García y Peiró, 2015). O descubrimento dunha minusvalía, unha limitación tan grave das posibilidades do enfermo, as obrigas que supón o tratamento etc., suscitan inquietudes familiares, revivan conflitos e modifican o equilibrio do rol de cada membro da familia, a claudicación do coidador ou o abandono están presentes en familias onde un enfermo presente dependencia. A enfermidade polo tanto produce unha alteración entre o suxeito e a contorna (Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso y Quintero, 2006).

Existen abundantes referencias na literatura que abordan os factores que se relacionan co reingreso e a mortalidade de pacientes tras unha agudización de EPOC que require ingreso hospitalario, centradas especialmente na avaliación de aspectos demográficos e características clínicas relacionadas coa gravidade da enfermidade ou coas intervencións terapéuticas realizadas (Escarrabill *et al.*, 2015). A súa adecuada identificación e caracterización sería o primeiro nivel para a correcta abordaxe do problema ao permitírnos

unha estratificación máis precisa dos riscos e a xestión de intervencións dirixidas aos grupos máis vulnerables.

O segundo nivel de abordaxe en pacientes sería a abordaxe social. Aínda que nalgúns estudos conclúese que o baixo nivel socioeconómico ou a deficiente situación social dos pacientes son factores que predín a mortalidade e os reingresos tras unha AEPOC, as avaliacións que se realizan a este nivel son moi escasas, baseadas só no nivel de ingresos ou estudos sobre a vivenda. Non se recolleron outros factores sociais nin se utilizaron escalas validadas (Shah, Press, Huisin-Scheetz y White, 2016).

O programa existente actualmente en USA que penaliza economicamente os centros con maior número de reingresos foi criticado porque non realiza ningún axuste por aspectos sociais ou económicos e algúns autores estiman que ata a metade dos reingresos por AEPOC débense a motivos principalmente sociais (Harrison, Janaudis-Ferreira, Brooks, Desveaux y Goldstein, 2015). Parece sorprendente que non se poña máis énfase na disfunción social (situación económica, vivenda, recursos, contorna, apoio familiar e social, sobrecarga do coidador, risco de exclusión, dependencia e capacidade para actividades), sendo así que o beneficio que poida obterse co equilibrio dos dous niveis de abordaxe supoña unha mellora na súa situación xeral, pulmonar e funcionalismo e polo tanto, na súa calidade de vida (Owens y Garbe, 2015), (Coventry, Gemmell y Todd, 2011), (Comudella, Caballero y López, 1994).

No Proceso Asistencial Integrado da EPOC do Servizo Galego de Saúde (Sergas) e outros documentos institucionais de atención ao paciente crónico e pluripatolóxico aconséllase, no capítulo de coidados de enfermería, a valoración das necesidades sociosanitarias de paciente e informar a traballadora social, para que estude a situación e realice as adecuadas intervencións sanitarias. Para iso recomendan a utilización de diversos cuestionarios (Barber), índices (Barthel e Lawton & Brody) e escalas (Zarit e Gijón), todos eles validados para avaliación da posible dependencia do paciente para as súas actividades básicas e instrumentais, a sobrecarga que presenta o coidador e o risco sociofamiliar mediante a valoración da súa situación económica, familiar, características da vivenda e as súas relacións sociais.

Unha adecuada valoración da problemática social do paciente e as relacións coa súa contorna permitiríanos de forma combinada cos factores clínico-asistenciais, definir aqueles pacientes con maior risco e poder deseñar intervencións individualizadas e eficientes.

Coñecer en profundidade o perfil social dos pacientes con agudización grave de EPOC podería ser útil para avanzar neste campo, ter unha imaxe da magnitude actual do problema e dirixir de forma máis selectiva as accións a realizar e os recursos que deben dedicarse.

Por todo o exposto, deseñamos un traballo que nos poida axudar a coñecer a estes pacientes e realizar un perfil social para lograr identificalos correctamente e así realizar unha intervención adecuada en todos os niveis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Deseño de estudo

Estudo descritivo con recrutamento prospectivo de casos, de base hospitalaria. Non se realizou ningunha intervención sobre o manexo convencional do paciente por parte dos seus médicos habituais. A única intervención adicional foi unha pequena entrevista para a recollida dos datos sociodemográficos e para cubrir os cuestionarios. O estudo realizouse na planta de hospitalización do Servicio de Pneumoloxía dun hospital de terceiro nivel da comunidade autónoma de Galicia.

Respecto aos criterios de inclusión, incluíronse aqueles pacientes que ingresan co diagnóstico principal de AEPOC e como criterios de exclusión aqueles suxeitos que rexeitaron a súa participación no estudo ou que presentaron unha importante dificultade de comunicación ou problema para responder con exactitude. Excluíronse ademais aqueles casos nos que se descartou a confirmación diagnóstica de EPOC ou aqueles nos que durante o seu ingreso se realizou un diagnóstico alternativo á AEPOC (pneumonía ou outras patoloxías). Excluíronse ademais os pacientes que reingresaron durante o recrutamento.

Tras a estabilización do paciente, nos días previos ao alta, explicóuselles as características do estudo e solicitóuselles o seu consentimento para participar.

Métodos e variables estudadas

Rexistramos as seguintes características demográficas: sexo, idade, índice de masa corporal (IMC), nivel de estudos, convivencia, medio no que viven (urbano ou rural), se medirá dispersión se pertencen ao ámbito rural, ingresos económicos (traballo remunerado ou pensionistas). Preguntóuselles se coñecen ou non a figura do traballador social e se coñecen a xestión de servizos por parte do traballo social. Tamén se preguntou se nalgunha ocasión utilizaron os servizos sociais municipais.

Analizamos os seguintes datos previos ao ingreso: historia tabáquica, tabaquismo activo, consumo elevado de alcol, drogodependencia, gravidade, ingresos previos e se teñen osíxeno na casa.

Determináronse durante o ingreso e á alta: escala de Goldberg de ansiedade/depresión, o impacto da enfermidade sobre o paciente mediante o cuestionario de calidade de vida CAT (COPD Assessment Test), se presentan algunha comorbilidade (índice de Charlson) e grao de dispnea á alta (mMRC).

Realizouse ademais unha valoración da esfera sociosanitaria mediante a utilización de diversos cuestionarios (Barber), índices (Barthel e Lawton

& Brody) e escalas (Zarit e Gijón), todos eles validados previamente para avaliación da posible dependencia do paciente para as súas actividades básicas e instrumentais, a sobrecarga que presenta o cuidador (Zarit) e o risco socio-familiar mediante a valoración da súa situación económica, familiar, características da vivenda e as súas relacións sociais. Concertouse unha entrevista co cuidador principal (se é que existe) e solicitouse o seu consentimento para cubrir a escala de sobrecarga de Zarit.

A continuación, expóñense os cuestionarios, índices e escalas utilizados na entrevista co paciente para a valoración sociosanitaria:

O índice de Barthel é un instrumento que mide a capacidade dunha persoa para realizar dez actividades básicas da vida diaria (ABVD), obtendo así unha estimación cuantitativa do seu grao de dependencia. Os valores asignados a cada actividade baséanse no tempo e cantidade de axuda física requirida se o paciente non pode realizar a dita actividade (0, 5, 10 ou 15 puntos). O rango de posibles valores está entre 0 e 100. Entre 20 e 60 puntos supoñería dependencia severa, entre 61 e 90 puntos dependencia moderada, entre 91 e 99 dependencia leve e 100 independencia. (Baztán, Pérez del Molino y Alarcón, 1993) .

O cuestionario de Barber é un instrumento de selección de pacientes en risco social, fragilidade e dependencia. Actualmente é o cuestionario máis empregado en España para este fin e está formado por nove preguntas de resposta dicotómica: Si/Non, das cales só unha resposta afirmativa considérase que estamos ante un ancián en risco social (Larizgotia, 1996).

O índice de Lawton e Brody (actividades instrumentais) é unha escala que permite valorar a capacidade da persoa para realizar as actividades instrumentais necesarias para vivir de maneira independente na comunidade (facer a compra, preparar a comida, manexar diñeiro, usar o teléfono, tomar medicamentos etc., ata 31 preguntas diferentes). Avalía actividades máis elaboradas e que, por tanto, se peden antes que as actividades básicas da vida diaria. Respecto da valoración total mídese de 0 a 8 sendo 0 dependencia absoluta e 8 independencia total e permite estudar e analizar non só a súa puntuación global senón tamén cada un dos ítems (Shah *et al.*, 2016).

A escala de valoración sociofamiliar de Gijón é un instrumento específico de medición da situación social que permite detectar situacións de risco ou problemática social. Vai dirixido á práctica asistencial dos profesionais que traballan na atención social ou sanitaria. Inclúe 5 ítems ou variables (situación familiar, situación económica, situación da vivenda, relacións sociais e apoio de rede social) con cinco posibles categorías en cada unha delas, establecendo un gradiente desde a situación social ideal ou ausencia de problemática, ata a detección dalgunha circunstancia ou problema social. Esta escala é a máis utilizada polos traballadores sociais sanitarios. Respecto da interpretación, está medida por intervalos segundo a puntuación total:

“Boa/aceptable situación social” entre 5 e 9, “Existencia de risco social” entre 10 e 14 puntos, e “Problemática social” cando se superan os 15 puntos (Díez, 2010).

A escala de Sobrecarga do Coidador-Test de Zarit, coñecido no noso medio como cuestionario de Zarit é un instrumento que cuantifica o grao de sobrecarga que padecen os coidadores das persoas dependentes. Consta dunha listaxe de 22 afirmacións que describen como se senten os coidadores. Hai 5 posibilidades de resposta para cada unha delas, que depende da frecuencia deses sentimentos por parte do coidador: 1 (nunca), 2 (de cando en cando), 3 (algunhas veces), 4 (bastantes veces) e 5 (case sempre). As puntuacións obtidas en cada ítem súmanse, e a puntuación final representa o grao de sobrecarga do coidador (8). Respecto da interpretación, está medida en intervalos: Menos de 47 puntos sería “Non sobrecarga”, entre 47 e 55 “sobrecarga moderada” e maior de 55 puntos, “sobrecarga intensa” (Martín *et al.*, 1996).

Todos os resultados das probas realizadas aos pacientes incluídos no estudo foron rexistrados nunha base de datos realizada especificamente para este proxecto, mediante unha codificación determinada, mantendo o seu dereito á confidencialidade. A actividade de xestión dos datos recollidos, así como o manexo das historias clínicas cumpriu en todo momento coas esixencias da Lei orgánica de protección de datos (15/1999) e o Real decreto 994/99. Os procedementos que se levaron a cabo neste proxecto non supoñen ningún tipo de risco para os participantes. O estudo foi aprobado pola Rede de comités de ética da investigación de Galicia (expediente 2016/524) e a dirección do centro.

Análise estatístico

Os datos introducíronse nunha base de datos e procesáronse nun paquete estatístico (SPSS 21.0, Chicago, IL, EUA)

Realizouse unha análise descritiva dos suxeitos incluídos describindo a distribución de todas as variables de interese. As variables numéricas expresáronse mediante a media e desviación típica (\pm) e as absolutas mediante o seu valor total e a súa porcentaxe.

3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. RESULTADOS

Características sociodemográficas

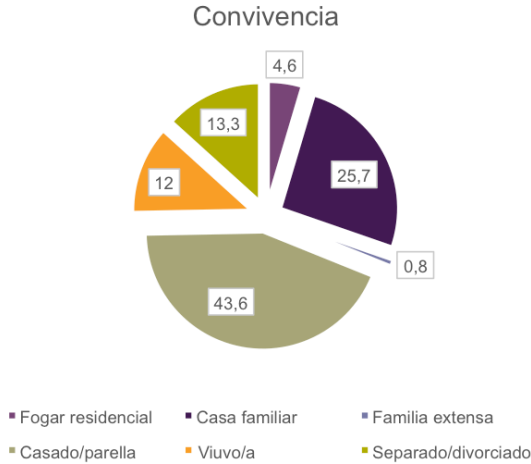
Incluíronse un total de 245 pacientes. Respecto do sexo dos pacientes incluídos no estudo, 190 son homes (77,6 %). A idade media é de $69,2 \pm 9,1$, cun

índice de masa corporal (IMC) de $27,5 \pm 6,4$. Respecto dos estudos, o 85 % carecen deles ou contan unicamente con estudos primarios.

Cando falamos de convivencia, 105 pacientes (43,6 %) viven casados ou en parella, de acordo co exposto na figura 1.

Figura 1.

Formas de convivencia dos pacientes que ingresan por agudización grave de EPOC



Fonte: Elaboración propia

Respecto da contorna onde habitan, 130 (53,9%) viven no ámbito rural; aínda que só 4 (3,1 %) viven nun núcleo considerado illado pola proximidade doutras vivendas.

Na súa maioría, os pacientes contan cuns ingresos económicos ao mes (97,1 %). Máis da metade dos pacientes (54,9 %) non superan a contía de 800 euros. O 91,9 % son xubilados e cobran unha pensión contributiva.

Respecto da figura do traballador social e ao coñecemento dos servizos sociais, 140 pacientes (57,9 %) coñecen ou falaron antes cunha traballadora social. O 59,6 % coñecen prestacións ou axudas das que poden ser beneficiarios e 56 pacientes (23 %) son beneficiarios actualmente dalgún tipo de axuda por parte dos servizos sociais.

Características clínicas

Acerca dos hábitos tóxicos, 231 pacientes (95,5 %) dos pacientes teñen historia tabáquica e máis do 30 % seguen fumando activamente. Respecto da inxestión de alcol, 51 (21 %) pacientes consomen alcol en grandes cantida-

des a diario. O 8,3 % consumiron ou seguen consumindo outro tipo de substancias estupefacientes.

Cento setenta (73,1 %) pacientes teñen niveis de gravidade GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) de C ou D e un volume espiratorio forzado medio (FEV1) de $42,1 \pm 14,2$ ml.

O impacto da enfermidade, medido polo CAT (COPD Assesment Test), ten unha puntuación media de $19,1 \pm 7,4$, que supón un impacto medio-alto. Seguindo a escala de disnea mMRC o 62,4% dos pacientes teñen unha dispnea entre 1-2 (leve-moderada).

Respecto ao tratamento, 95 pacientes contan con osíxeno no domicilio (41,1 %). O número de ingresos previos medio por agudización de EPOC é de $0,8 \pm 1,2$ por persoa.

Características sociais

O cuestionario de Ansiedade/Depresión de Goldberg reflicte que 110 pacientes (45,8 %) padecen ansiedade e 127 (52,9 %) teñen depresión.

Respecto do cuestionario de Barber (fraxilidade e risco psicosocial), o 89,6 % da poboación estudada está en situación de risco, sendo os ítems que máis influíron neste resultado total, a necesidade de axuda por parte doutra persoa (45,6 %), a frecuencia de problemas de saúde que impidan a autonomía (36 %) e o ingreso previo no hospital (54 %).

Respecto do cuestionario de Barthel (dependencia en actividades básicas da vida diaria), a puntuación media é de $88,2 \pm 17,6$. Os ítems deste cuestionario que supoñen unha maior dependencia son: baño (entrar e saír da bañeira, enxabonarse etc.): 67 (27,8 %) necesitan calquera tipo de axuda e vestido (subir e baixar cremalleiras, atar cordóns): 77 (32 %) necesitan axuda para vestirse. O 9,1 % (12 pacientes) presentan unha dependencia severa.

No cuestionario de Gijón (valoración sociofamiliar) a puntuación total media é de $10,88 \pm 3,44$. E o ítem que máis identifica un baixo apoio sociofamiliar é o da unidade de convivencia: vivir sós e carecer de fillos ou que vivan lonxe: 31 (12,9 %) pacientes.

Segundo este cuestionario o 13,3 % dos suxeitos estudados presentan un problema social grave e os ítems que máis xeran dependencia son a realización de compras: 127 pacientes (52,7 %) e facer a comida: 152 (63,1 %). Respecto da autonomía e independencia para conducir, só o 35 % (85 pacientes) seguen conducindo actualmente.

Respecto ao test de Zarit ou sobrecarga do coidador, 76 coidadores foron susceptibles de cubrir o cuestionario. A puntuación media é de $51,7 \pm 14,3$. Tendo unha sobrecarga intensa un 36,8 % dos coidadores.

Os datos máis destacables expostos ata agora resúmense na Táboa 1.

Táboa 1:

Resumo dos resultados máis relevantes.

	Variable
Sexo (homes)	190 (77,6)
Idade (anos)	69,1 ± 9,1
IMC (puntos)	27,5 ± 6,4
Convivencia (en parella)	105 (44,6)
Contorna rural	130 (53,1)
Pensionistas	217 (91,9)
Pensión ≤ 800 €	129 (54,9)
Historia tabáquica	231 (95,5)
Tabaquismo activo	92 (38)
Gravidade (GOLD)	171 (73,1)
Impacto da enfermidade (CAT)	19,1 ± 7,4
Ansiedade	110 (45,8)
Depresión	127 (52,9)
Cuestionario de Barber	219 (89,6)
Índice de Barthel	88,2 ± 17,7
Escala de Gijón	10,8 ± 3,4
Índice de Lawton y Brody	4,8 ± 2,5
Sobrecarga do cuidador (Zarit)	51,7 ± 14,3

Fonte: Elaboración propia

Nota: As variables absolutas exprésanse co seu valor e a súa porcentaxe: (N(%)) mentres que as variables numéricas como medias ± desviación típica.

3.2. DISCUSIÓN

En canto ás variables sociodemográficas, maioritariamente son homes, cunha idade próxima aos 70 anos, o que coincide con outros resultados doutros estudos realizados no noso ámbito nacional como o de Sobradillo *et al.* (1999) e Baranda *et al.* (1998).

Na súa maioría, son pensionistas e teñen un nivel educacional baixo, resultados similares ao estudo que realiza De Miguel Díez (2004), no que se incluíu a 560 pacientes con EPOC que abarcaba todo o territorio nacional.

Respecto da convivencia, destaca a proporción de pacientes que viven en parella, coincidindo tamén con outros estudos como o de Esteban *et al.* (2003), aínda que neste mesmo estudo só un 7,6 % de pacientes viven sós, mentres que na nosa investigación, case un 25 % dos pacientes EPOC viven sen ningunha compañía.

Achega da contorna na que residen os pacientes, hai poucos estudos que o reflectan. Isto pode deberse a que Galicia é unha comunidade na que moitas persoas, e sobre todo persoas maiores viven no rural e ten una dispersión xeográfica maior que outras comunidades, polo que non sería comparable con outros estudos de ámbito nacional.

Polo xeral, os pacientes teñen sobrepeso, característica similar noutros estudos como no estudo de Fernández Vargas *et al.* (2001). Na guía clínica para o diagnóstico e tratamento da SEPAR (Sociedade española de Pneumoloxía e Ciruxía Torácica), recoméndase unha valoración nutricional dos pacientes con diagnóstico de agudización de EPOC. Unha malnutrición supón unha limitación ou dependencia das actividades da vida diaria, ademais do sedentarismo, que supoñen factores de risco.

Unha alta porcentaxe dos pacientes incluídos no estudo teñen historia tabíquecha. Unha porcentaxe que é bastante superior a outros estudos como o de Jordán *et al.* (1998) e Jaén *et al.* (1995).

Cabe resaltar que un terzo dos pacientes incluídos seguen fumando, porcentaxe bastante inferior ao estudo de Fernández Vargas *et al.* (2001).

Hai unha gran escaseza na literatura sobre a situación social dos pacientes con diagnóstico de EPOC. Non atopamos na bibliografía datos referentes aos cuestionarios utilizados neste estudo (Barber, Barthel, Gijón, Lawton e Brody) noutros pacientes con EPOC.

Case o 90 % dos nosos pacientes atópanse en situación de risco social e fragilidade (Barber) coincidindo co estudo de Abad, E. (2011), aínda que utilizando outro cuestionario diferente. Neste mesmo estudo, a maioría dos pacientes que ingresaron por agudización grave de EPOC eran independentes para as actividades básicas da vida diaria (cuestionario de Barthel) e na nosa mostra, a puntuación media supón unha dependencia moderada. Os

ítems que supoñen unha maior dependencia ou limitación foron ducharse e vestirse, antes que comer, xa que non supón un esforzo físico.

Respecto ao cuestionario de Gijón, a nosa poboación presentou unha media de máis de 10 puntos, que supón que se atopan nunha situación de risco social e disfunción familiar. No estudo de Fernández Vargas *et al.* (2001). pásanlles aos pacientes a Escala de Duke sobre apoio familiar e social. O 20 % dos pacientes atópanse nunha situación de disfunción familiar. Non é o mesmo cuestionario polo que os resultados non parecen adecuados para facer unha comparación.

Non atopamos na literatura, ningunha mostra de pacientes que ingresasen por AEPOC á que se lle pasara o índice de Lawton e Brody sobre actividades instrumentais da vida diaria, pero se comparamos as nosas cifras con outras patoloxías crónicas. No estudo de Rubio, Lázaro, Martínez Terrer e Magallón (2009), a puntuación media de Lawton e Brody para pacientes con enfermidades crónicas cardíacas foi de 5,1. Na nosa poboación de estudo a puntuación media foi de 4,8 que supón unha maior dependencia.

Respecto da sobrecarga do cuidador, os pacientes que consideramos que tiñan cuidador foron aqueles que lles prestaban algunha axuda aos enfermos. Os familiares cubriron o cuestionario de Zarit, padecendo unha sobrecarga intensa en máis dun terzo dos casos. Comparado con outros estudos, o valor medio de sobrecarga da nosa poboación é maior (Godoy-Ramirez, Pérez-Verdún e Dómenech-do Río, 2014). Pensamos que este feito podería ser debido a que os pacientes do estudo de Godoy-Ramirez *et al.* (2014) son pacientes captados desde unha consulta ambulatoria, polo que poderían non ingresar no hospital e por tanto ser menos graves.

A avaliación da sobrecarga do cuidador dos pacientes EPOC con gran dependencia é moi importante. É necesario que sexan detectadas situacións non desexadas e poder realizar algún tipo de intervención para que non exista unha claudicación da figura do cuidador principal.

Este estudo ten como fortaleza a amplitude da serie estudada, no que se analizan unha gran cantidade de variables sociais e que as entrevistas están realizadas por un persoal experto no tema (traballadora social).

Consideramos como posible limitación que a mostra recollida pertence a un único centro, o que pode limiar a súa validez noutras áreas sanitarias.

4. CONCLUSIÓN

En conclusión, os pacientes que ingresan por agudización grave de EPOC son fundamentalmente homes, cunha idade avanzada, cun nivel de estudos primarios. Na súa maioría son pensionistas, viven nunha zona rural e viven coas súas parellas. Son pacientes con sobrepeso, historia tabáquica, e consomen unha inxestión elevada de alcol. Na súa maioría son pacientes depresivos e en situación de fragilidade. Son dependentes moderados nas súas activida-

des básicas da vida diaria, poden realizar con máis facilidade actividades como comer, que non supoñan un esforzo físico. Son pacientes en risco social e realizan con dificultade as actividades instrumentais. Doutra banda, a figura do cuidador principal sofre unha sobrecarga importante, o que supón un risco de claudicación do cuidador.

O coñecemento destas características permitirá elaborar programas de apoio social, detección precoz do paciente en risco, estudar a frecuencia de intervencións que permitan evitar o ingreso por agudización de EPOC, plans de mellora de calidade de vida e apoio aos cuidadores.

5. AGRADECEMENTOS

Moitas grazas aos profesionais que colaboraron no estudo e aos pacientes que participaron. Grazas tamén ao Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia.

6. REFERENCIAS

- Abad, E. (2011). Estudio descriptivo sobre el perfil socio-demográfico y clínico del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Enfermería clínica*, 21(1), 12-18.
- Baranda, F., Sobradillo V., Talayero N., Pérez de las Casas, M., Badiola y Ciruelos E. (1998). Estudio de la concordancia diagnóstica para las patologías asma y EPOC en pacientes ambulatorios. *Arch Bronconeumol*, 34, 9-13.
- Baztán, J., Pérez del Molino, J., y Alarcón, T. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para a valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev de Geriatr y Geront*, 28, 32-40.
- Comudella, R., Caballero, A., y López, G. (1994). Aspectos psicosociales de la enfermedad respiratoria crónica. *Arch Bronconeumol*, 30(2), 74-79. doi: 10.1016/S0300-2896(15)31122-4
- Coventry, P., Gemmell, I., y Todd, C. (2011). Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study. *BMC Pulm Med*, 11, 49. doi:10.1186/lan.1471-2466-11-149.
- De Miguel Díez, J., Izquierdo, J.L., Rodríguez González-Moro, J.M., De Lucas, P., Bellón, J.M., y Molina, P. (2004). Calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Influencia del nivel de asistencia de los pacientes. *Arch Bronconeumol*, 40(10) 431-7.
- Díez, M. (2010). ¿Qué aporta la Escala de Gijón de valoración sociofamiliar? Análisis y resultados en el área Sanitaria V. Gijón. *Trabajo social y salud*, 65, 125-144.

- Escarrabill, J., Torrente, E., Esquinas, C., Hernández.C., Monsó, E., Freixas, M., Almagro, P., y Tresserras, R. (2015). Clinical audit of patients hospitalized due to COPD exacerbation. MAG-1 Study. *Arch Bronconeumol*, 51(10), 483-489.
- Espallargues, M., Serra-Suitton, V., Solans-Dòmenech, M., Torrente, E., Moharra, M., Benítez, D., Robles, N., Domingo, L., y Escarrabill, J. (2016). Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Salud Pública*, 9, 1- 16.
- Esteban, C., Moraza J., Aburto, M., Quintana J.M. y Capelastegui, A. (2003). Descripción de una muestra de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en las consultas del área de neumología dependientes de un hospital. *Arch. Bronconeumol*, 27, 297-316.
- Fernández Vargas, A.M., Bujalance, M.J., Leiva, F., y Martos, F. (2001). Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*, 11(9), 44-53.
- García, A., y Peiró, S. (2015). Efectividad de los programas integrados de gestión de enfermedades para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Libro Blanco sobre la Carga Socioeconómica de la EPOC*. Tomo I. Instituto Max Weber. Madrid.
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con EPOC. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) (2017). *Arch Bronconeumol*, 53(l1).
- Godoy-Ramírez, A.M., Pérez-Verdún, M.A., Dómenech del Río, A. (2014). Sobrecarga del cuidador y apoyo autopercibido por pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Rev Calid Asist*, 29(6), 320-324.
- Harrison, S., Janaudis-Ferreira, T., Brooks, D., Desveaux, L., y Goldstein, R. (2015) Self-management following an acute exacerbation of COPD: a systematic review. *Chest*, 147(3), 646-661. doi: 10.1378/ 14-1658.
- Jaén, A., Ferrer, A., Ormaza, I., Domingo CH., Rivero, E., Brotones, C. (1995). Prevalencia de la obstrucción del flujo aéreo y su relación con síntomas respiratorios y tabaquismo en el Vallés Occidental. *Arch Bronconeumol*, 31, 57.
- Jordán, L., Martín, J.C., Corres, M., Luque R., Zubillaga, G. (1998). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general. Estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. *Arch. Bronconeumol*, 34(1), 23-27.
- Larizgotia, A. (1996). Adaptación a nuestro medio de una ecuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol*, 6, 224-231.

- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, C., Rico, J.M., Lanz, P., y Taussig, M.I (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6 (4), 338-346.
- Miravittles, M., García-Polo, C., Domenech, A., Villegas, G., Conget, F., y De la Roza, C. (2013). Clinical outcomes and cost analysis of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*, 191, 523-530.
- Owens, J., y Garbe, R. (2015). Effect of enhanced psychosocial assessment on readmissions of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Soc. Work Health Care*, 54, 234-251
- Proceso asistencial integrado da Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica. Servizo Galego de Saúde, 2013. Recuperado de: <http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Proceso-Asistencial-Integrado-da-Enfermidade-Pulmonar-Obstrutiva-Cronica-EPOC?idioma=es>.
- Represas, C., Rúano, A., y Fernández-Villar, A. (2014). Cambios en la tendencia sobre la mortalidad por EPOC ¿realidad o ficción? *Arch Bronconeumol*, 50(8), 311-312.
- Rubio, E., Lázaro, A., Martínez Terrer, T., y Magallón, R. (2009). Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44(5), 244-250.
- Shah, T., Press, V., Huising-Scheetz, M., y White, S. (2016). COPD Readmissions: Addressing COPD in the Era of Value. *Based Healthcare*, 150(4), 916-926.
- Sobradillo, V., Miravittles, M., Jimenez, C.A., Gabriel, R., Viejo, J.L., Masa, J.F., et. Al. (1999). Estudio IBEREPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*, 35, 159-166.
- Soler, J., Sánchez, L., Alamar, J., Román, P., y Pepiñá, M. (2015). Proceso Asistencial Integrado del paciente EPOC que exacerba (PACEX-EPOC), SEPAR. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/PAI_Exacerbacion_EPOC_2015.pdf.
- Vega Angarita, O.M., y González Escobar, D.S. (2009). Social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería Global*, (16). Recuperado el 16 de enero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es&tlng=en.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Zapata, C., Obesso, S., y Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 18, 89-108.

- Vinaccia, S., y Orozco, LM. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* [en línea], 1 (julio-diciembre): Recuperado el 29 de enero de 2018 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>>ISSN 1794-9998.