

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DE  
18 A 65 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL  
PERIODO 2017 – 2018**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**CHUMPITAZ ALEJOS BRIGITTE DAYANA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

**ASESOR**

Dr. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Francisco Vallenas Pedemonte y a la Lic. Elsi Bazán Rodríguez por su asesoría metodológica y estadística para la realización de la presente tesis.

Al Dr. Richar Rodríguez Paredes, Dr. Jorge De los Ríos Senmache y al Dr. Fernando Cárdenas Arana, médicos neumólogos del Hospital María Auxiliadora, por su apoyo y asesoría en el tema.

A todo el personal del Hospital María Auxiliadora por las facilidades brindadas para la recolección de datos. A todos aquellos que me brindaron su apoyo en este trayecto.

## **DEDICATORIA**

A Dios por brindarme el milagro de la vida y salud para poder continuar cumpliendo mis objetivos y ser mi guía en todo este camino.

A mi madre, a mis hermanos por ser el pilar más importante en mi vida, sin ellos no hubiera sabido cómo enfrentar aquellas dificultades que se presentaban durante la carrera.

A los pacientes que día a día me daban palabras de aliento durante el internado, aquellos que ponían de su parte para su pronta mejoría.

## RESUMEN

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) engloba a aproximadamente 150 enfermedades, las cuales comparten características clínicas y epidemiológicas similares, así como el abordaje diagnóstico y terapéutico.

**OBJETIVO:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes de 18 a 65 años con EPID atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se utilizó como tamaño muestral 136 pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos.

**RESULTADOS:** La presentación más frecuente se da en el sexo femenino, obteniendo así una relación de 2:1 (2 mujeres por cada hombre); la edad más frecuente estaba comprendida entre 61 a 65 años, el 59% tenía como antecedente la exposición al humo de leña, las características clínicas más frecuentes fueron: tos no productiva (77%) y disnea (93%). El 53% tiene alguna enfermedad reumatológica asociada, siendo más frecuente la artritis reumatoide (19%), seguido de osteoartrosis (15%).

**CONCLUSIÓN:** Las características epidemiológicas más importantes son la edad entre 61 a 65 años, el sexo femenino, la exposición al humo de leña; entre las características clínicas se presenta con mayor frecuencia tos no productiva y disnea. La comorbilidad que se presenta con mayor frecuencia es la artritis reumatoide. Los pacientes con el diagnóstico de EPID representan el 13% de la población atendida en neumología del Hospital María Auxiliadora.

**PALABRAS CLAVE:** EPID, características epidemiológicas, tos no productiva, disnea.

## ABSTRACT

Diffuse interstitial lung disease (ILD) encompasses approximately 150 diseases, which share similar clinical and epidemiological characteristics, as well as the diagnostic and therapeutic approach.

**OBJECTIVE:** To determine the clinical-epidemiological characteristics of patients aged 18 to 65 years with DILD treated at the María Auxiliadora Hospital during the period 2017 - 2018.

**METHODOLOGY:** An observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out. A sample size of 136 patients was used according to the inclusion and exclusion criteria. As an instrument, a data collection form validated by expert judgment was used.

**RESULTS:** The most frequent presentation was in the female sex with a ratio of 2:1 (2 women for each man); the most frequent age was between 61 to 65 years, 59% had as an antecedent of exposure to wood smoke, the most frequent clinical characteristics were: nonproductive cough (77%) and dyspnea (93%). 53% have some associated rheumatic disease, rheumatoid arthritis being more frequent (19%), followed by osteoarthritis (15%).

**CONCLUSION:** The most important epidemiological characteristics are age between 61 to 65 years old, female sex, exposure to wood smoke; Clinical features include nonproductive cough and dyspnea more frequently. The comorbidity that occurs most frequently is rheumatoid arthritis. The patients with the diagnosis of DILD represent 13% of the population attended in pneumology of the Maria Auxiliadora Hospital.

**KEY WORDS:** EPID, epidemiological characteristics, nonproductive cough, dyspnea.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa consiste en un grupo de enfermedades que van a generar cambios en el parénquima pulmonar, no solo afectan al intersticio, sino también a los espacios alveolares, vía aérea de pequeño calibre y los vasos sanguíneos.

La presente investigación hace referencia a esta patología para conocer las características clínico-epidemiológicas que intervienen para la presentación de estas enfermedades, así como también dar a conocer la prevalencia de pacientes con esta patología en el Hospital María Auxiliadora, debido a que es una patología poco estudiada a nivel de Latinoamérica.

En el capítulo I se desarrolló el planteamiento del problema, la formulación del problema general y específicos, así como también se menciona la justificación de la investigación y los objetivos.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, en el cual se mencionan solo dos antecedentes nacionales debido a la escasa cantidad de publicaciones, así mismo se mencionan seis antecedentes internacionales. Se desarrolla el marco conceptual y, posterior a ello se menciona la hipótesis tentativa debido a que es una investigación descriptiva y no cuenta con hipótesis de investigación, variable de estudio, definición de conceptos operacionales.

El capítulo III está compuesto por la parte metodológica donde se menciona el tipo y nivel de investigación, el tamaño de muestra, la técnica y el procesamiento de los datos.

En el capítulo IV encontramos la parte más importante de la investigación que son los resultados, debidamente tabulados y graficados con su respectiva interpretación, y la discusión.

El capítulo V está compuesto por las conclusiones y recomendaciones, en base a los resultados y los objetivos planteados.

Por último, se muestran las referencias bibliográficas y los anexos.

## ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6. OBJETIVOS	3
1.6.1. GENERAL	3
1.6.2. ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5
2.2. BASE TEÓRICA	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL	16
2.4. HIPÓTESIS	16
2.5. VARIABLE	16

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	19
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	19
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	19
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	20
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	21
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	21
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	23
4.1. RESULTADOS	23
4.2. DISCUSIÓN	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1. CONCLUSIONES	48
5.2. RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	52

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b>	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	23
<b>TABLA 2:</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	24
<b>TABLA 3:</b>	COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	25
<b>TABLA 4:</b>	EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	26
<b>TABLA 5:</b>	SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	27
<b>TABLA 6:</b>	PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	28
<b>TABLA 7:</b>	IMC DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	29
<b>TABLA 8:</b>	OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	30
<b>TABLA 9:</b>	EXPOSICIÓN AL HUMO DE CIGARRILLOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	31
<b>TABLA 10:</b>	EXPOSICIÓN A HUMO DE LEÑA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	32
<b>TABLA 11:</b>	TOS NO PRODUCTIVA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	33
<b>TABLA 12:</b>	DISNEA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	34
<b>TABLA 13:</b>	ACROPAQUIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	35
<b>TABLA 14:</b>	ARTRALGIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	36

<b>TABLA 15:</b>	ENFERMEDAD CARDIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	37
<b>TABLA 16:</b>	ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	38
<b>TABLA 17:</b>	SEXO Y ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	39
<b>TABLA 18:</b>	ENFERMEDAD GÁSTRICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	40
<b>TABLA 19:</b>	APOYO OXIGENATORIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	41
<b>TABLA 20:</b>	TIPO DE SEGURO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	42
<b>TABLA 21:</b>	USO DE MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	43
<b>TABLA 22:</b>	PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA EN EL PERIODO 2017 – 2018	45

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1:</b> EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	26
<b>GRÁFICO 2:</b> SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	27
<b>GRÁFICO 3:</b> PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	28
<b>GRÁFICO 4:</b> IMC DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	29
<b>GRÁFICO 5:</b> OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	30
<b>GRÁFICO 6:</b> EXPOSICIÓN AL HUMO DE CIGARRILLOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	31
<b>GRÁFICO 7:</b> EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	32
<b>GRÁFICO 8:</b> TOS NO PRODUCTIVA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	33
<b>GRÁFICO 9:</b> DISNEA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	34
<b>GRÁFICO 10:</b> ACROPAQUIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	35
<b>GRÁFICO 11:</b> ARTRALGIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	36
<b>GRÁFICO 12:</b> ENFERMEDAD CARDIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	37
<b>GRÁFICO 13:</b> ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	38
<b>GRÁFICO 14:</b> SEXO Y ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	39
<b>GRÁFICO 15:</b> ENFERMEDAD GÁSTRICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	40

<b>GRÁFICO 16:</b> APOYO OXIGENATORIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 – 2018	41
<b>GRÁFICO 17:</b> TIPO DE SEGURO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	42
<b>GRÁFICO 18:</b> USO DE MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPID EN EL PERIODO 2017 - 2018	44
<b>GRÁFICO 19:</b> PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA EN EL PERIODO 2017 – 2018	45

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1:</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 2:</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO 3:</b>	<b>VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 4:</b>	<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>	<b>59</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa engloba a un grupo de aproximadamente 150 enfermedades, siendo más frecuentes la fibrosis pulmonar que abarca aproximadamente el 47 a 64%, seguido de neumonías intersticiales no especificadas 14 a 36%, enfermedad pulmonar intersticial propiamente dicha 10 a 17% <sup>(1)</sup>.

La prevalencia en Europa es de 23.4 casos por 100 000 habitantes, la incidencia estimada en Reino Unido rodea los 7.4 casos por 100 000 habitantes <sup>(2)</sup>. En países asiáticos varía desde 2.95 hasta 6.7 casos por 100 000 habitantes <sup>(1)</sup>. En Estados Unidos alrededor de 63 casos por 100 000 hab. Siendo más frecuentes en estos lugares la fibrosis pulmonar, neumonitis por hipersensibilidad, sarcoidosis y enfermedades del tejido conectivo <sup>(2)</sup>.

En Latinoamérica no existen datos epidemiológicos sobre estas enfermedades. Los estudios realizados refieren que suelen presentarse a predominio del sexo masculino con una relación de 2:1, incrementando con la edad <sup>(1)</sup>.

Un diagnóstico inadecuado favorece al aumento de la mortalidad en este tipo de pacientes, debido a que va en incremento de forma considerable en los últimos 20 años, las principales causas identificadas son: insuficiencia respiratoria y/o exacerbación de la enfermedad <sup>(1)</sup>.

Algunas de las radiografías con patrón intersticial no necesariamente son de origen pulmonar, en algunos casos es por enfermedad cardiológica, tales como falla cardiaca congestiva. Motivo por el cual se plantea el presente estudio.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. GENERAL**

¿Cuáles son las características clínico – epidemiológicas de pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?

### **1.2.2. ESPECÍFICOS**

¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?

¿Cuál es la comorbilidad más frecuente en los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?

¿Qué porcentaje de pacientes de 18 a 65 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018 tiene el diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa actualmente está en incremento, en nuestro país la mayoría de las veces se realiza el diagnóstico sin completar los estudios correspondientes, generando así valores estadísticos elevados en cuanto a la prevalencia e incidencia de esta patología. Sin embargo, si analizamos al paciente partiendo desde las características epidemiológicas encontramos diversos factores de riesgo que predisponen a esta enfermedad, dándole la importancia a la prevención en la salud.

Cuando ya se encuentra instalada la enfermedad el paciente manifiesta síntomas respiratorios que van en incremento con el pasar del tiempo;

en muchas ocasiones basta con una radiografía de tórax con patrón intersticial para realizar el probable diagnóstico, siendo manejado en muchos casos de manera inadecuada, debido a que el paciente no completa los estudios necesarios para el diagnóstico definitivo; esto se da por diversos factores, principalmente el económico. El manejo inadecuado en muchos casos lleva a altas tasas de mortalidad en este tipo de pacientes. Es por lo que se decidió el estudio de esta patología; ya que de ser posible de identificar los factores predisponentes el abordaje sería principalmente preventivo.

A la vez con la realización de este estudio se abre un horizonte hacia más estudios de tipo específico relacionados a esta enfermedad, siendo de importancia para la salud pública y el beneficio del paciente, así como también se contribuye a la investigación debido a los escasos estudios realizados a nivel nacional.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

Temporal: Periodo 2017 – 2018.

Espacial: Hospital María Auxiliadora. Av. Miguel Iglesias 968, SJM

Conceptual: Pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

No existieron limitaciones.

#### **1.6. OBJETIVOS**

##### **1.6.1. GENERAL**

Determinar las características clínico-epidemiológicas de pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

### **1.6.2. ESPECÍFICOS**

Describir las características epidemiológicas más frecuentes de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

Detallar las características clínicas de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

Hallar la comorbilidad más frecuente en los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

Estimar el porcentaje de pacientes de 18 a 65 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018 con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.

### **1.7. PROPÓSITO**

Dar a conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, así como también conocer la prevalencia de esta patología en el Hospital María Auxiliadora, generando así un beneficio para el paciente y el sistema de salud.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Después de una revisión minuciosa de los antecedentes nacionales, se mencionan solo dos, debido a la escasa cantidad de estudios publicados referente al tema en nuestro país.

#### NACIONALES

**Yumanque CD, Diaz G, Velásquez MR. Mortalidad, funcionalidad y características epidemiológicas en una serie de casos de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en un Hospital Nacional y Clínica Privada en Lima, Perú. 2018.**

El objetivo del estudio fue determinar la mortalidad, la funcionalidad, identificar factores epidemiológicos y clínicos en una serie de casos de pacientes con el diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática en el Perú. Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo. La población fueron los pacientes que acudían a la consulta externa de neumología del Hospital Cayetano Heredia y la Clínica Ricardo Palma, desde enero 2016 a octubre del 2018. Fue realizado el seguimiento de cada paciente desde su ingreso que variaba de acuerdo con el ingreso del paciente. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y entrevistas realizadas a los pacientes, siendo necesario el consentimiento informado por escrito de cada uno de los pacientes, fueron tomados en 3 momentos: al ingreso del paciente (se recolectaron datos demográficos, epidemiológicos, comorbilidades, tiempo de enfermedad), llamada telefónica después de 6 meses del ingreso (datos clínicos) y al finalizar el estudio (datos clínicos y/o mortalidad). El total de pacientes fue de 29. Contaban con criterios clínicos y tomográficos, 8 de estos pacientes fallecieron. La edad promedio fue de 72 años a predominio del sexo masculino (73%), el 42% vivía en altura, el 30% tenía exposición al humo de tabaco, el 42% presentaba sobrepeso y solo el 11% obesidad. Del total de pacientes el 15% requería apoyo oxigenatorio, se observó que la disnea iba en incremento con el pasar de los meses. Los pacientes que iniciaron con valores de espirometría inferior al 70% tenían mayor predisposición a la mortalidad ( $p=0,005$ )<sup>(9)</sup>.

**Buitrón MF, Castillo PA. Validez de dos escalas pronósticas de mortalidad por enfermedad pulmonar intersticial difusa en pacientes de la altura durante el 2014 al 2015. Huancayo-Perú. 2016.**

El objetivo del estudio fue determinar la validez de la escala pronóstica CRB 65 y CURB 65 en la predicción de mortalidad en pacientes de altura (3250 msnm) con EPID hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Ramiro Priale en Huancayo. Realizaron un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal. La muestra estaba constituida por 107 pacientes; como resultados se obtuvo que la edad promedio fue 78 años a predominio del sexo masculino (71%), la frecuencia respiratoria en promedio era 27 por minuto, los días de hospitalización iban desde 2 días hasta 86 días, con un promedio de 16 días, los pacientes tenían cambios significativos en el hemograma. La presentación clínica más frecuente estaba dada por disnea (70%), tos (66%), expectoración y en pocos casos dolor torácico ( $p < 0.05$ ). Del total, el 39% de pacientes fallecieron, obteniendo conteo mayor de leucocitos ( $10\ 358/\text{mm}^3$ ) ( $p \leq 0,026$ ), abastados 3,1% ( $p \leq 0,005$ ). Concluyendo así que la asociación entre el puntaje CURB 65 y la mortalidad fue estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ). La prueba de Hosmer Lemeshow reveló una significancia de 0,008 lo cual indica que ninguno de los puntajes es útil para predecir la mortalidad <sup>(6)</sup>.

## **INTERNACIONALES**

**Espinoza DG. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas que acudieron al área de neumología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del 2006 al 2016. Ecuador. 2018.**

El objetivo del estudio fue determinar las características clínicas, epidemiológicas y funcionales de los pacientes con EPID durante el periodo 2006 al 2016. Fue un estudio de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Como población se consideró a los pacientes con EPID atendidos en el servicio de neumología del Hospital Teodoro Maldonado, al ser una población mayor de 1000, se tomó como tamaño muestral 200 pacientes. Se excluyeron a los pacientes asmáticos, con EPOC, neumonía. Los datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas, obteniendo como resultados: el 81% eran pacientes

mayores de 60 años, a predominio del sexo masculino (55%), como síntoma más frecuente se identificó la disnea de tipo progresivo (94%), se puede concluir que 2 de cada 100 pacientes atendidos en el servicio de neumología de este hospital presentan EPID, el tabaquismo y la enfermedad de reflujo gastroesofágico fueron los factores de riesgo más frecuentes lo que conlleva a un riesgo de 23 veces más de presentar la enfermedad ( $p < 0,001$ ) y 11 veces más ( $p < 0,001$ ) respectivamente. El 98% de los pacientes presentó patrón restrictivo en las pruebas funcionales, y el 58% presentó desaturación de oxígeno durante la prueba de la marcha. En el estudio se concluye que la sobrevida de estos pacientes es de 2,7 años <sup>(5)</sup>.

**Díaz CC. Estudio descriptivo multicéntrico de enfermedad pulmonar intersticial difusa asociadas a enfermedades autoinmunes en centros de salud de Montevideo. Uruguay. 2018.**

El objetivo del estudio fue describir las características de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa y su relación con las enfermedades del tejido conectivo en los diferentes hospitales de Montevideo. Se realizó un análisis de las características clínicas, radiológicas y evaluación de la severidad mediante espirometría. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, estudio de cohortes, desde diciembre del 2008 hasta diciembre del 2017. Estuvieron incluidos 59 pacientes, de los cuales el 88% eran de sexo femenino, rodeaban los 61 años. Estas pacientes debutaban con disnea; al realizarse los estudios correspondientes el 28% tenía artritis reumatoide, el 22% esclerodermia; el 47% de los pacientes presentaban algún episodio de enfermedad pulmonar intersticial durante el primer año de su diagnóstico. El 80% se había realizado espirometría, el 80% DLCO ((valor de P no significativo), al realizar la prueba de marcha el 68% de los pacientes desaturaban al esfuerzo. Se concluye que las principales enfermedades asociadas son artritis reumatoide y esclerodermia, debutando en muchos casos con disnea <sup>(8)</sup>.

**Vercosa V, Burga G. Perfil epidemiológico y caracterización de la enfermedad pulmonar intersticial difusa idiopática y asociada a conectivopatía en pacientes internados en el departamento de neumología, de enero de 2016 a diciembre de 2017. Bolivia. 2018.** El objetivo del estudio fue determinar las características epidemiológicas y caracterización de la enfermedad pulmonar

intersticial difusa asociada a conectivopatías, ya que en Bolivia no se cuenta con datos sobre esta enfermedad. Fue un estudio prospectivo, longitudinal. Se incluyeron a 167 pacientes internados en neumología con el diagnóstico de EPID, el instrumento aplicado fue la encuesta basada en las características sociodemográficas, valores de hematocrito y saturación de oxígeno. Así mismo se consideró la tomografía de tórax y el perfil inmunológico de cada paciente, obteniendo como resultados que la incidencia relativa era de 3,8 a 4,6/1000 pacientes hospitalizados/año, en la mayoría de los pacientes predominaba el patrón tomográfico en panal de abejas (37%), seguido de vidrio esmerilado con un porcentaje no menos inferior (33%). La edad promedio de presentación fue 61 años predominando el sexo masculino. Respecto a la ocupación, el 21% se dedicaba al comercio el 18% a la agricultura. El 77% de pacientes estudiados ingresó con hipoxia ( $\text{SatO}_2 < 80\%$ ), medida mediante la correlación de Pearson y regresión lineal con resultado débil entre ambas variables. Un porcentaje mínimo, pero no poco significativo (3%), presentaba un perfil inmunológico compatible con LES sin repercusión clínica. Por lo tanto, se concluye que los datos obtenidos son muy parecidos a la literatura y así mismo se demostró que existe una alta incidencia hospitalaria <sup>(11)</sup>.

**Benítez C, Hernández B, Sierra M, et al. Epidemiología de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas idiopáticas. España. 2018.**

El objetivo fue conocer la epidemiología y realizar una evaluación general de las EPID en el complejo hospitalario universitario de Badaoz. Para esto se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Fueron incluidos 93 pacientes, de los cuales se obtuvieron como resultados que la edad promedio fue de 72 años, los síntomas predominantes fueron disnea (67%) y tos (38%), pero un 10% de los casos estuvieron asintomáticos. Existía gran variabilidad respecto a la demora en la consulta y en el diagnóstico. El método que más se utilizó para diagnóstico fue la tomografía (78%), más del 50% tuvo un desenlace poco favorable, la supervivencia fue de 23%, identificándose así que la principal causa de mortalidad es la propia patología intersticial (44%), los pacientes con fibrosis pulmonar tuvieron menor probabilidades de supervivencia limitándose a una media de 56 meses (IC 95%, P-0,16). La neumonía desfavorece al tiempo de sobrevida ( $p < 0,005$ ) <sup>(12)</sup>.

**Chahuán J, Fuenzalida M, Cataldo P, et al. Caracterización clínica, serológica y patrón radiológico de una cohorte unicéntrica de pacientes con enfermedad pulmonar difusa. Chile. 2017.**

El objetivo del estudio fue comunicar el primer reporte del registro prospectivo de pacientes con EPID atendidos en la unidad de broncopulmonar del Hospital DIPRECA. Se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo, en los que se incluyeron a 30 pacientes que contaban con confirmación tomográfica de tórax, previa autorización de los pacientes mediante un consentimiento informado. Se recolectaron datos desde el 2014 hasta el 2017, en los cuales se incluía datos clínicos, laboratoriales, pruebas de función pulmonar y cardiológicas. Como resultados se obtuvo que el 56% eran del sexo femenino con una edad promedio de 76 años. Tenían en común un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 años (RIC 1-10,6), el 43% tenía el antecedente de tabaquismo. Entre los síntomas más frecuentes se describen crujidos 97% de los casos, disnea en el 90% de los casos y tos 57%. Las comorbilidades no se evidenciaron de forma significativa, en un mínimo porcentaje el 3% presentaba asma, EPOC y/o enfermedad del tejido conectivo. En los hallazgos del ecocardiograma la mayoría de los pacientes presentaba algún grado de hipertensión pulmonar, no se encontró relación entre el valor de ANA positivo con el género ( $p=0,63$ ), tabaquismo ( $p=0,13$ ), patrón radiológico ( $p=1,0$ )<sup>(10)</sup>.

**Juan F, Alessandro B, et al. ¿Influyen el número y volumen de las biopsias pulmonares en el rendimiento diagnóstico en la enfermedad pulmonar intersticial? Análisis mediante índice de propensión. España. 2015.**

El objetivo del estudio fue evaluar el número y volumen de las biopsias pulmonares quirúrgicas y su influencia en el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial difusa. Fue un estudio retrospectivo en el lapso de enero 2002 hasta enero 2010. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas. Obtuvieron como tamaño muestral 311 pacientes. El número promedio de biopsias realizadas por pacientes fue de 2 con una desviación estándar de 0,6, el 64% de los pacientes contaban con 2 biopsias, el diagnóstico histopatológico fue específico en el 75% de los casos, no específico en el 25% y el 1% no tenía diagnóstico. El diagnóstico fue similar en todos los grupos, sin evidenciar diferencia en

cuanto al número de biopsias (chi cuadrado.  $p=0,8$ ), así también concluyeron que el volumen de la biopsia no marca diferencias significativas para el diagnóstico histopatológico (ANOVA,  $p=0,8$ ). Basta una sola biopsia con un volumen representativo para poder realizar el diagnóstico <sup>(7)</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

La Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) consiste en un grupo de enfermedades que generan cambios en el parénquima pulmonar, no solo afectan al intersticio, sino también a los espacios alveolares, vía aérea de pequeño calibre y los vasos sanguíneos <sup>(3)</sup>. Estas enfermedades comparten características fisiológicas, clínicas y radiológicas.

**FISIOPATOLOGÍA:** Inicialmente se produce una injuria en el epitelio del alveolo generando una reacción inflamatoria con formación de exudado, edema y la posterior proliferación de linfocitos, macrófagos, polimorfonucleares, eosinófilos y fibroblastos; todas estas células en conjunto generan engrosamiento del intersticio produciendo aumento de colágeno alterando así la membrana basal <sup>(4)</sup>. Al existir este engrosamiento se dificulta la difusión de los gases que son la  $PaO_2$  y la  $PaCO_2$ . Esto a su vez va a condicionar a una hiperventilación en el paciente causando así la presencia de alcalosis respiratoria <sup>(4)</sup>. Conforme avanza la enfermedad se produce la ruptura de las unidades alveolo capilares distorsionando la arquitectura pulmonar y con esto se incrementa la fibrosis del parénquima pulmonar <sup>(4)</sup>. Es necesario entender la fisiopatología debido a que progresivamente el paciente presenta insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar y esto a su vez conlleva al desarrollo de Cor Pulmonar, siendo estas tres las causas principales de mortalidad en este tipo de pacientes. El desenlace de las enfermedades intersticiales es el mismo cualquiera sea su causa.

CLASIFICACIÓN: Puede ser dividida en 3 grupos o categorías:

NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPÁTICAS: En este grupo está incluida la Fibrosis Pulmonar, Neumonía Intersticial Aguda, Neumonía Intersticial no especificada, Bronquiolitis respiratoria con EPID, entre otros <sup>(3)</sup>.

NEUMONÍA DE CAUSA CONOCIDA: En este grupo encontramos a las enfermedades del colágeno, neumoconiosis, inducidas por fármacos y las enfermedades que se asocian a la herencia <sup>(3)</sup>.

PROCESOS NO BIEN DEFINIDOS: (con cuadro clínico patológico bien definido): Sarcoidosis, proteinosis alveolar, entre otros <sup>(3)</sup>.

#### EPIDEMIOLOGÍA:

Existen muy pocos estudios realizados a nivel nacional, motivo por el cual no se cuenta con una base de datos ni un valor aproximado referentes a la prevalencia en el Perú. Contamos con datos aproximados a nivel internacional, donde refieren que la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa más frecuente es la fibrosis pulmonar idiopática, abarcando desde el 47% a 64%, en segundo lugar, tenemos a la neumonía intersticial que ocupa del 14% al 36% de casos <sup>(1)</sup>. Siendo la prevalencia estimada en Reino Unido de aprox. 7.4. casos por cada 100 000 habitantes. En Europa la prevalencia aumenta obteniendo un valor de 23.4 casos por cada 100 000 habitantes <sup>(2)</sup>. Ingresado ya al continente americano, podemos ver que Estados Unidos tiene una prevalencia relativamente alta, 63 casos por cada 100 000 habitantes <sup>(1)</sup>. La mayoría de los estudios realizados concluyen que se presentan principalmente en el sexo masculino con una relación de 2:1 <sup>(3)</sup>.

La mortalidad en los casos de EPID no controlados o de manejo inadecuado, es muy alta, incluso podemos mencionar que es mayor que en algunos tipos de cáncer. Estimando así una supervivencia de aproximadamente 3 años <sup>(1)</sup>. Esto está dado principalmente por insuficiencia respiratoria o reagudización de la enfermedad, otras de las causas principales de mortalidad son la enfermedad coronaria, embolismo pulmonar, algún tipo de infección sobreagregada y cáncer de pulmón <sup>(1)</sup>.

## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

Edad: Diversos estudios refieren que la edad promedio de presentación de esta enfermedad es entre los 20 y 40 años, siendo considerada una edad mayor en el caso de Fibrosis Pulmonar <sup>(15)</sup>.

Género: Si consideramos la fibrosis pulmonar, la relación se mantiene de 2:1 a predominio del sexo masculino precisamente por el tipo de exposición laboral; pero cuando consideramos a las enfermedades reumatológicas esta relación se invierte siendo a predominio del sexo femenino (1,4/1) <sup>(12)</sup>, excepto la afección pulmonar causada por artritis reumatoide que se da principalmente en varones <sup>(3)</sup>.

Tabaquismo: Se considera como factor de riesgo a partir de 20 paquetes de cigarrillos por año <sup>(13)</sup>.

Duración de la enfermedad: Se considera desde la aparición del primer síntoma hasta la manifestación clínica de la enfermedad propiamente dicha <sup>(13)</sup>.

Uso previo de medicamentos: Existen varios medicamentos que pueden causar injuria pulmonar, tales como antiarrítmicos, entre ellos cabe destacar a la amiodarona y procainamida; antibióticos como nitrofurantoína; antidepresivos, antineoplásicos, drogas ilícitas, entre otros <sup>(3)</sup>.

Historia familiar: Es de utilidad para hacer el diagnóstico diferencial con las enfermedades hereditarias en las cuales ha sido descrito un patrón autosómico recesivo <sup>(16)</sup>, así como también en el caso de la fibrosis pulmonar idiopática y sarcoidosis, ya que se ha descrito un patrón autosómico dominante en estas enfermedades <sup>(3)</sup>.

Exposición ambiental: Debe considerarse la ocupación y los posibles contaminantes domiciliarios, la crianza de aves, características de la vivienda y el uso de combustible para cocinar, tal es el caso de uso de leña <sup>(17)</sup>.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Tos seca: Este síntoma no cede con antitusígenos, de presentación paroxística. Suele presentarse desde 6 meses antes de la presentación de la enfermedad <sup>(3)</sup>.

Disnea de evolución insidiosa: Es el síntoma más frecuente y el que más alteraciones del ritmo cotidiano genera en el paciente <sup>(21)</sup>.

Hemoptisis: Es un síntoma poco frecuente, en algunos casos puede presentarse solo como desgarrado hemoptoico. Se presenta en las hemorragias pulmonares <sup>(21)</sup>.

Acropaquia: También llamado "dedos en palillo de tambor", se evidencian en el 25 a 50% de pacientes <sup>(3)</sup>. Se puede ver la uña en forma convexa, engrosamiento a nivel de las falanges distales.

En fases avanzadas de la enfermedad se puede observar cianosis, segundo tono cardíaco aumentado, hipertrofia del ventrículo derecho, edema periférico <sup>(16)</sup>; siendo importantes estos síntomas debido a que nos ayudaran a realizar el diagnóstico diferencial con Insuficiencia Cardíaca. Cuando se presenta fiebre nos debe hacer sospechar de algún tipo de proceso infeccioso sobreagregado <sup>(1)</sup>.

Al examinar al paciente podemos auscultar crepitaciones finas o crujiidos en el 80% de pacientes, se presentan al final de la inspiración a predominio de bases, suelen auscultarse a niveles más altos conforme avanza la enfermedad <sup>(3)</sup>.

## DIAGNÓSTICO:

Para poder realizar un diagnóstico adecuado y definitivo, deben realizarse una batería de exámenes que se detallaran a continuación:

Laboratorio: Es un examen básico, nos sirve para descartar problemas infecciosos principalmente y a la vez conocer el estado actual del paciente. Cuando existe sospecha de alguna enfermedad reumatológica asociada debe solicitarse los exámenes inmunológicos acorde a la patología probable <sup>(3)</sup>.

Radiografía de tórax: Se evidencia un patrón intersticial en casi todos los casos. Posteriormente es útil para el seguimiento de la enfermedad <sup>(21)</sup>. La minoría de los pacientes presenta radiografía de características normales, correspondiendo a neumonitis por hipersensibilidad <sup>(3)</sup>.

Tenemos 5 presentaciones radiológicas: el patrón reticular es el más frecuente, reticulonodular, nodular, vidrio esmerilado y en panal de abejas <sup>(5)</sup>.

Tomografía axial computarizada: Es el examen de apoyo diagnóstico más útil. En la mayoría de los casos el diagnóstico realizado por este medio se corrobora con el resultado de biopsia, siendo compatibles <sup>(3)</sup>.

Las imágenes son de tipo: reticular (grueso: engrosamiento del septo interlobular, intermedio: en panal de abeja, fino: engrosamiento del septo intralobular), nodular (lesiones aireadas, lesiones nodulares con bordes definidos o difusos) <sup>(3)</sup>. Si se observa incremento de la atenuación podemos sospechar de algún proceso inflamatorio <sup>(19)</sup>. No se debería evidenciar la presencia de broncograma aéreo. Cuando vemos un patrón en vidrio esmerilado existe una alta posibilidad de que se trate de fibrosis pulmonar en estadio avanzado <sup>(20)</sup>.

CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES DIFUSAS			
DIAGNÓSTICO	DISTRIBUCIÓN	HCRT TÓRAX	DIAG. DIFERENCIAL
FPI/CFA	Periférica, subpleural, basal.	Patrón reticular, panal de abejas, vidrio esmerilado, bronquiectasias por tracción.	Asbestosis, EIPD-enfermedad colágeno, sarcoidosis, neumonitis hipersensibilidad.
NSIP	Periférica, subpleural, basal, simétrica.	Vidrio esmerilado, líneas irregulares, condensación.	UIP, DIP, COP, n. hipersensibilidad.
COP	Subpleural, peribronquial.	Zonas de condensación o nódulos.	Infección, vasculitis, sarcoidosis, NSIP, linfoma, carcinoma.
AIP	Difusa, esmerilado.	Condensación, vidrio esmerilado.	Edema hidrostático, infección.
DIP	Zonas bajas, predominio periférico.	Vidrio esmerilado, líneas reticulares.	RB-ILD, sarcoidosis, PCP, n. hipersensibilidad.
RB-ILD	Difusa.	Nódulos centrolobulares, vidrio esmerilado, engrosamiento de pared bronquial.	DIP, NSIP, n. hipersensibilidad.
LIP	Difusa.	Vidrio esmerilado, nódulos centrolobulares, engrosamientos septales y broncovasculares.	Sarcoidosis, linfangitis carcinomatosa, histiocitosis.

Fuente: Asociación Latinoamericana de Tórax, ALAT. Junio 2015

**PRUEBAS FUNCIONALES:** Evalúan la gravedad de la enfermedad <sup>(3)</sup>.

Prueba de la caminata de 6 minutos: En diversos estudios se ha demostrado que los pacientes que desaturan en la prueba de caminata de 6 minutos tienen alto riesgo de mortalidad en un periodo menor <sup>(1)</sup>.

Espirometría: La mayoría de los pacientes presentan un patrón restrictivo con relación de VEF<sub>1</sub>/CVF normal <sup>(3)</sup>.

DLCO (Capacidad de difusión de monóxido de carbono): Frecuentemente se encuentra reducido <sup>(3)</sup>. Existe evidencia que una muestra de sangre arterial es de utilidad en el seguimiento de la enfermedad y a la vez se puede evaluar la respuesta al tratamiento <sup>(20)</sup>. Se considera los siguientes valores: > 60% del basal (leve), 40 a 60% del basal (moderada) y <40% (severa).

**DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:** Puede ser realizado de dos maneras:

Lavado bronco alveolar: Se utiliza cuando se sospecha de proteinosis alveolar, exposición a polvos inorgánicos, neoplasias, hemorragia alveolar y sarcoidosis <sup>(21)</sup>.

Biopsia pulmonar: Es el examen de elección para el diagnóstico definitivo y a la vez determinar el estadio de la enfermedad <sup>(14)</sup>.

Se obtiene la muestra por dos maneras:

Fibrobroncoscopía (FBC): Se realizan biopsias transbronquiales, útil para sarcoidosis, neoplasias e infecciones, en algunos casos neumonía intersticial <sup>(18)</sup>.

Videotoracoscopía (VTC): También llamado biopsia quirúrgica, se recomienda obtener la muestra de ambos pulmones y de más de un sitio <sup>(18)</sup>. Tiene indicaciones como todo proceso quirúrgico, las cuales son: exclusión de causas conocidas de EPID, evidencia de compromiso pulmonar que altere la difusión alveolo capilar, lesiones bibasales reticulonodulares en la tomografía, lavado bronco alveolar sin hallazgos significativos, edad > 50 años, disnea sin causa aparente, síntomas > 3 meses, estertores respiratorios en ambos campos pulmonares <sup>(3)</sup>.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: Conjunto de trastornos respiratorios que presentan patrón intersticial, en ausencia de proceso neoplásico o infeccioso <sup>(5)</sup>.

DISNEA: Dificultad para respirar <sup>(4)</sup>.

TOS NO PRODUCTIVA: Tos sin secreciones que incrementa progresivamente generando irritación de las vías aéreas <sup>(5)</sup>.

HÁBITOS NOCIVOS. Acciones realizadas por el paciente que influyen negativamente en la salud, con el pasar del tiempo <sup>(8)</sup>.

COMORBILIDADES: Presencia de uno o más trastornos además de la patología primaria <sup>(11)</sup>.

### **2.4. HIPÓTESIS**

Por ser un estudio descriptivo no amerita hipótesis debido a que no se puede establecer relación estadística, pero se menciona una hipótesis tentativa.

#### **HIPÓTESIS TENTATIVA**

**HT 1:** Existe un alto porcentaje de pacientes de 18 a 65 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018 con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.

### **2.5. VARIABLE**

Se menciona la variable de estudio debido a que es un proyecto de tipo descriptivo.

## ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Indicador : Características epidemiológicas

Ítems : Edad  
Sexo  
Procedencia  
Índice de masa corporal (IMC)  
Exposición al humo de leña  
Exposición al humo de cigarrillos

Indicador : Características clínicas

Ítems : Tos no productiva  
Disnea  
Acropaquia  
Artralgia

Indicador : Comorbilidades

Ítems : Enfermedad cardiológica  
Enfermedad reumatológica  
Enfermedad gástrica

### 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: Conjunto de trastornos respiratorios que presentan patrón intersticial en ausencia de proceso neoplásico o infeccioso <sup>(5)</sup>.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: Conjunto de factores intrínsecos y del entorno del paciente que influyen de manera directa o indirecta en su enfermedad.

EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA: Estar expuesto durante al menos 10 años consecutivos.

EXPOSICIÓN AL HUMO DE CIGARRILLOS: Consumo de 20 cajetillas de cigarrillos o más por año y/o aquellas personas que, sin ser fumadoras, están expuestas con frecuencia al aire contaminado por el humo de tabaco durante al menos un año consecutivo.

OCUPACIÓN: Actividad laboral a la cual se le dedica más tiempo.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Manifestaciones de la enfermedad.

**TOS NO PRODUCTIVA:** Episodios tusígenos sin la presencia de moco o flema durante un periodo mayor a 3 meses.

**DISNEA:** Dificultad para respirar de tipo progresivo, que puede o no llegar a requerir apoyo oxigenatorio.

**ARTRALGIA:** Dolor frecuente en articulaciones.

**ACROPAQUIA:** Signo clínico en el cual se evidencian dedos en forma de palillos de tambor.

**COMORBILIDADES:** Se consideran las enfermedades con un diagnóstico definido.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo observacional debido a que no existe intervención por parte del investigador, se describe la evolución natural y diagnóstico de la enfermedad.

Descriptivo debido a que se detallan las características clínico-epidemiológicas, así como también el abordaje diagnóstico en una misma enfermedad.

Retrospectivo porque se consideran a los pacientes atendidos durante el periodo 2017 – 2018.

Transversal porque los datos son recolectados en un tiempo determinado.

#### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se consideró como población a todos los pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa que fueron atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo establecido, siendo 745 pacientes en total.

Se usó el muestreo probabilístico, utilizando la fórmula para población finita considerando un intervalo de confianza al 99% ( $Z_{\alpha} = 2.58$ ) y margen de error al 10%, obteniendo 136 pacientes como tamaño muestral; tomando como unidad de análisis a la población arriba mencionada y utilizando el software Excel para realizar la selección de los pacientes por el método aleatorio simple.

Para hallar el tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Za^2 \times N \times p \times q}{i^2 \times (N - 1) + Za^2 \times p \times q}$$

**Donde:**

n = tamaño muestra

q = 1 - p

l. de Confianza = 99%

i = error = 0.1

Za = 0.01 = 2.58

N = 745

p = 0.5

Reemplazando en la fórmula obtenemos:

$$n = \frac{2.58^2 \times 745 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.1^2 \times (745 - 1) + 2.58^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = 136 \text{ pacientes}$$

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.

Historias clínicas con datos completos para el estudio.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes mayores de 65 años.

Pacientes con antecedente de Tuberculosis Pulmonar.

Historias clínicas con datos incompletos.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La información fue recolectada mediante análisis documental, debido a que los datos fueron extraídos de las Historias clínicas, mediante una ficha de recolección de datos que consta de 2 partes, en la primera se consideraron los datos generales del paciente y en la segunda parte se consideran 8 ítems de tipo objetivo con opción de respuesta múltiple con la finalidad de responder a los objetivos planteados en el estudio.

Dicho instrumento fue aplicado previa autorización del Hospital María Auxiliadora para acceder a los archivos.

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 25, considerando la codificación preestablecida según la variable de estudio. Se elaboraron gráficos y tablas a fin de presentar de manera organizada los resultados obtenidos.

#### **3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se aplicó la ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos (metodólogo, estadista y especialista en el tema), se solicitó en la oficina de estadística los números de historias clínicas que cumplan con la patología en estudio de acuerdo al CIE 10, posteriormente se realizó la búsqueda de historias clínicas en archivo para la recolección de los datos, considerando el número de historia clínica, edad y sexo del paciente, tipo de seguro de salud, características epidemiológicas (lugar de procedencia, hábitos nocivos, IMC), características clínicas, comorbilidades; en total consta de 8 ítems con los cuales se logra responder a los objetivos planteados. Se solicitó en la oficina de estadística del Hospital María Auxiliadora el total de pacientes atendidos en el servicio de neumología durante el periodo 2017 – 2018.

#### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos extraídos de las historias clínicas fueron procesados en una base de datos del programa estadístico SPSS versión 25. Se realizaron tablas y gráficos de acuerdo con cada objetivo planteado.

Para hallar los intervalos de edad se aplicó una fórmula estadística en el programa Excel considerando los valores mínimos y máximos, obteniendo intervalos de cada 5 años, agrupando así nuestra muestra en 9 intervalos.

#### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS**

La presente investigación fue realizada considerando los datos de las historias clínicas, lo cual no representa un riesgo o daño para la salud del paciente, así como tampoco muestra algún daño contra a moral de

quienes participamos en el estudio. Fueron solicitados los permisos correspondientes contando con la aprobación del comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista, no irrumpiendo así en los aspectos éticos de investigación.

**CONFLICTOS DE INTERESES:**

No existieron conflictos de intereses.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 1: Características epidemiológicas de los pacientes con el diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**

<b>OE 1: Características epidemiológicas</b>			
Indicadores		F	%
Edad  ( $\bar{x} = 52,8 \pm 12$ )	21 a 25 años	7	5
	25 a 30 años	3	2
	31 a 35 años	4	3
	36 a 40 años	6	4
	41 a 45 años	19	14
	46 a 50 años	14	10
	51 a 55 años	6	4
	56 a 60 años	23	17
	61 a 65 años	54	40
Sexo	Femenino	89	65
	Masculino	47	35
Procedencia	Lima	102	75
	Provincia	34	25
IMC agrupado	Infrapeso	8	6
	Normal	33	24
	Sobrepeso	40	30
	Obesidad I	33	24
	Obesidad II	17	13
	Obesidad III	5	4
Ocupación	Ama de casa	43	32
	Carpintero	12	9
	Cocinero	10	7
	Obrero	11	8
	Comerciante	11	8
Exposición al humo de cigarrillos	Si	50	37
	No	82	63
Exposición al humo de leña	Si	80	59
	No	56	41

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 1 se observa el resumen de las características epidemiológicas de manera esquemática, las cuales son desarrolladas en las tablas y gráficos siguientes.

**Tabla 2: Características clínicas de los pacientes con el diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

<b>OE 2: Características clínicas</b>			
<b>Indicadores</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
Tos seca	Si	104	77
	No	32	23
Disnea	Si	126	93
	No	10	7
Acropaquia	Si	36	26
	No	100	74
Artralgia	Si	41	30
	No	95	70

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 2 se muestra a manera de resumen las características clínicas más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de EPID durante el periodo establecido en la investigación, se consideran 4 manifestaciones clínicas que serán detalladas en las tablas siguientes.

**Tabla 3: Comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**

OE 3: Comorbilidades				
Indicadores			F	%
Enfermedad cardiológica	HTA	Si	33	24
		No	103	76
	Insuficiencia cardiaca	Si	5	4
		No	131	96
Enfermedad reumatológica	Osteoartrosis		21	15
	Artritis reumatoide		26	19
	Esclerodermia		8	6
	Lupus Eritematoso S.		10	7
	Fibromialgia		7	5
	Ninguno		64	47
Enfermedad gástrica	ERGE	Si	35	26
		No	101	74
	Gastritis	Si	74	54
		No	62	46

Fuente: Ficha de recolección de datos

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla 3 mostramos las comorbilidades asociadas más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo establecido, fueron agrupadas en 3 categorías: enfermedad cardiológica en la cual se consideran hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca, enfermedad reumatológica en la cual consideramos 6 ítems de acuerdo a las patologías encontradas durante la recolección de datos, por último tenemos la enfermedad gástrica en la cual se consideran la enfermedad por reflujo gastroesofágico y gastritis. Cada una se detalla en las tablas y gráficos siguientes.

**Tabla 4: Edad de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**

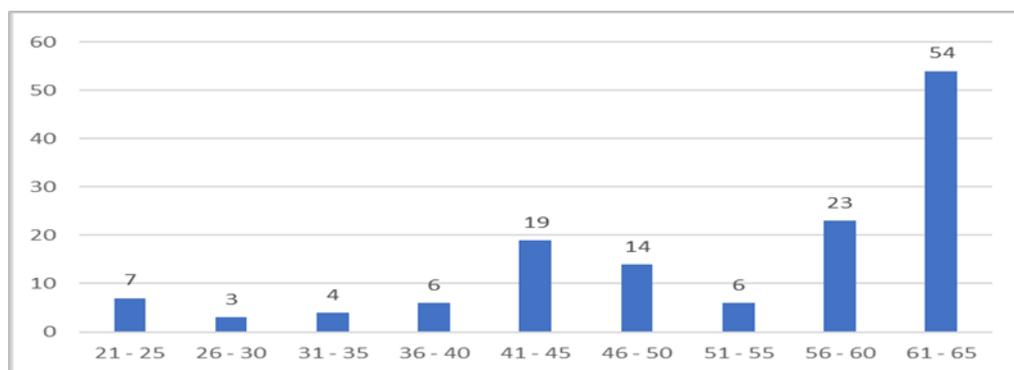
Indicador	Intervalo	Frecuencia	%
Edad	21 - 25	7	5%
	25 - 30	3	2%
	31 - 35	4	3%
	36 - 40	6	4%
	41 - 45	19	14%
	46 - 50	14	10%
	51 - 55	6	4%
	56 - 60	23	17%
	61 - 65	54	40%

Media	Moda	Desv.	Rango	Mínimo	Máximo
52,8	65	12,0	43	22	65

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 1: Edad de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

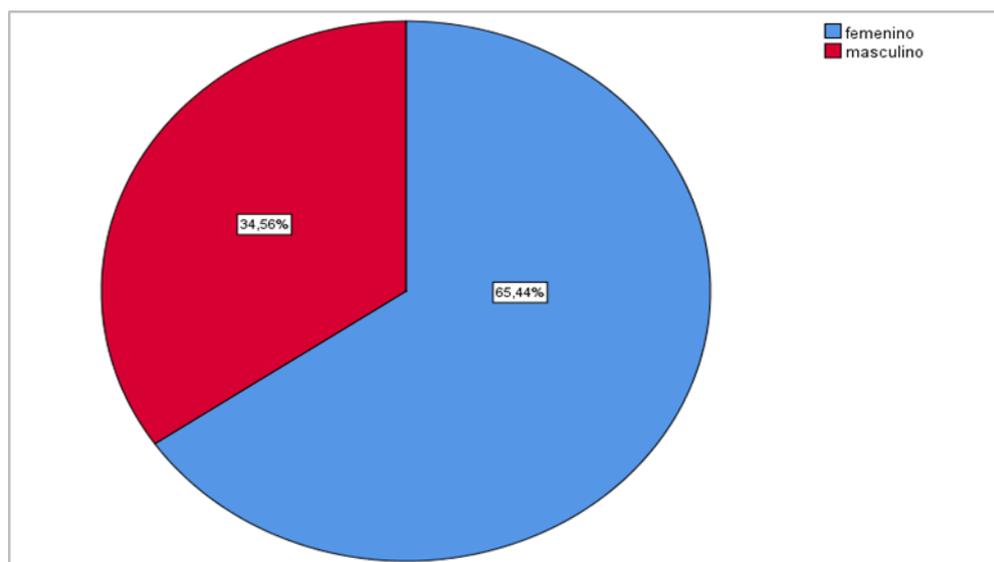
En la tabla 4 y gráfico 1, podemos observar la edad de los pacientes atendidos en el servicio de neumología con el diagnóstico de EPID durante el periodo establecido. En el grupo incluido en la investigación podemos ver que la edad mínima es de 22 años y la edad máxima determinada en el estudio fue 65 años, obteniendo que el 40% se encuentra en el intervalo de 61 a 65 años y solo el 2% están en el intervalo de 25 a 30 años. El promedio de edad fue de 52,8 años.

**Tabla 5: Sexo de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**

	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	89	65,4
	Masculino	47	34,6
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 2: Sexo de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

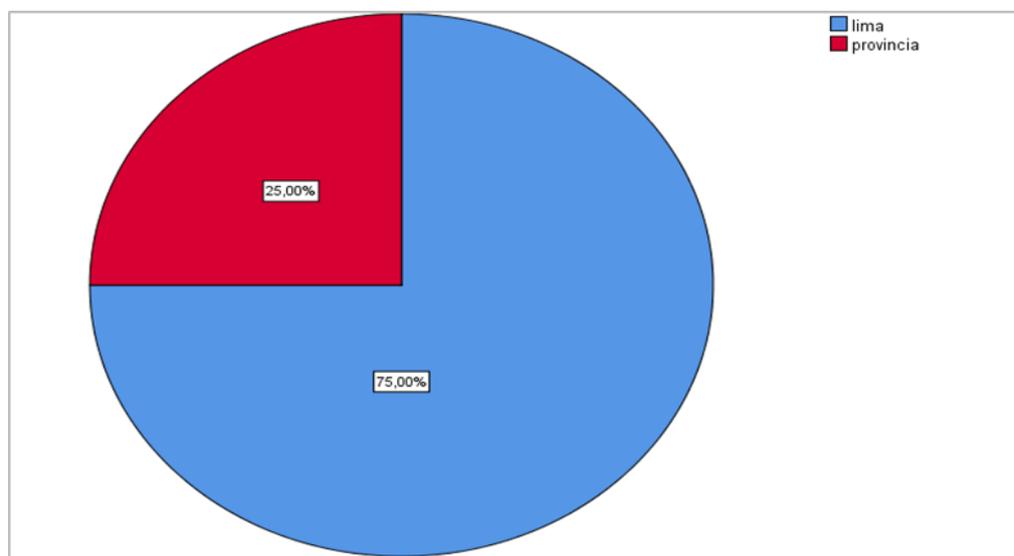
En la tabla 5 y gráfico 2, se considera el sexo de los pacientes, en el cual observamos que predomina el sexo femenino, siendo el 65%, comparado con el sexo masculino que representa el 35% del total de pacientes incluidos en el estudio. Obteniendo así una relación de 2:1 a predominio del sexo femenino.

**Tabla 6: Procedencia de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Procedencia	Lima	102	75,0
	Provincia	34	25,0
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 3: Procedencia de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

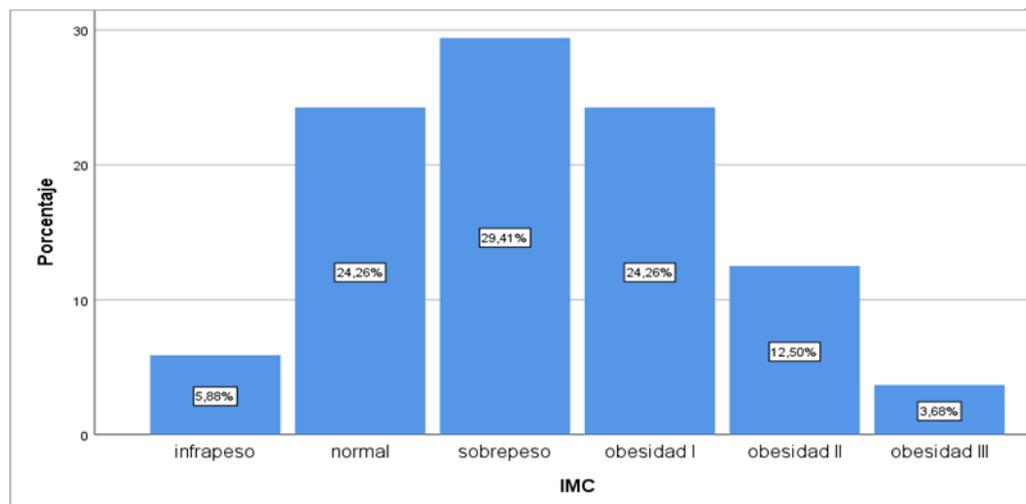
En la tabla 6 y gráfico 3, se menciona la procedencia del paciente como factor epidemiológico para el desarrollo de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa; observamos que solo el 25% de los pacientes son procedentes de provincia, mientras que el 75% proceden de Lima.

**Tabla 7: IMC de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
IMC	Infrapeso	8	5,9
	Normal	33	24,3
	Sobrepeso	40	29,4
	Obesidad I	33	24,3
	Obesidad II	17	12,5
	Obesidad III	5	3,7
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 4: IMC de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

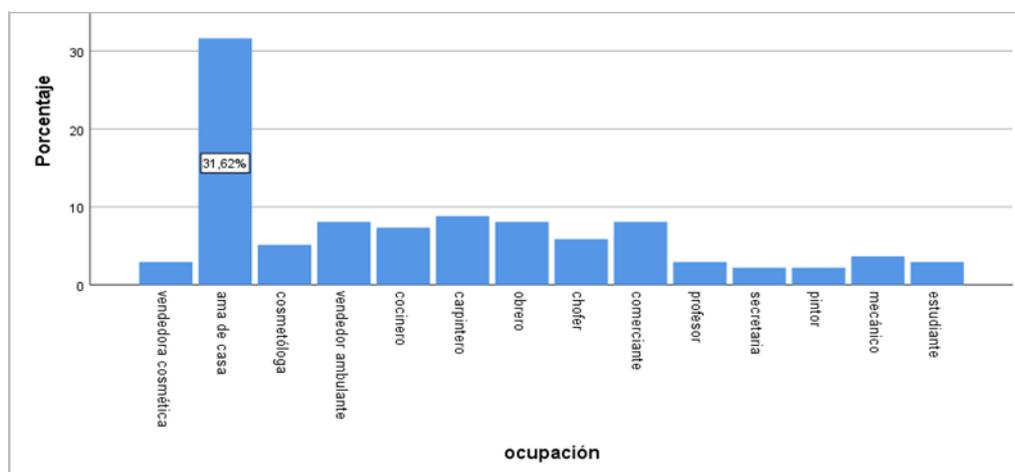
En la tabla 7 y gráfico 4, consideramos el índice de Masa Corporal como factor epidemiológico para EPID, dividimos este indicador según la clasificación de la OMS en 6 categorías. Podemos observar que el 29% de los pacientes tiene sobrepeso, el 12,5% se encuentra en el rango de obesidad tipo II. Un porcentaje menor, pero considerable es la población que se encuentra en infrapeso siendo el 6% del total.

**Tabla 8: Ocupación de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	vendedora cosmética	4	2,9
	ama de casa	43	31,6
	cosmetóloga	7	5,1
	vendedor ambulante	11	8,1
	cocinero	10	7,4
	carpintero	12	8,8
	obrero	11	8,1
	chofer	8	5,9
	comerciante	11	8,1
	profesor	4	2,9
	secretaria	3	2,2
	pintor	3	2,2
	mecánico	5	3,7
	estudiante	4	2,9
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 5: Ocupación de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

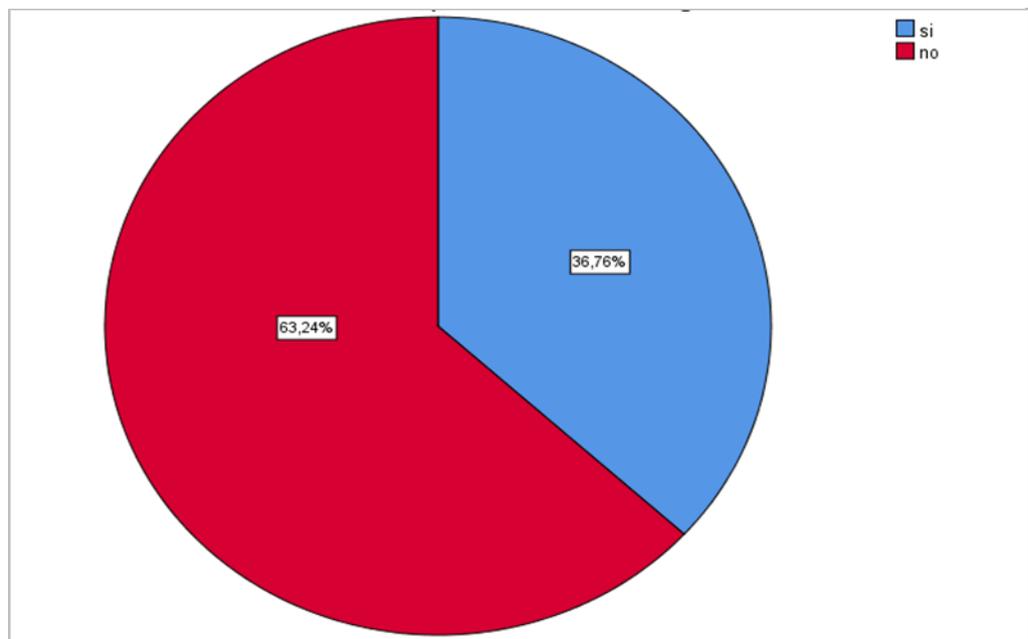
En la tabla 8 y gráfico 5, se menciona la ocupación de los pacientes incluidos en el estudio. La mayoría de las pacientes eran ama de casa siendo representadas por el 31,6%, seguido del 8,8% que se dedicaban a la carpintería. Solo el 5,9% eran choferes, por lo cual se encontraban más expuestos al humo de los carros en comparación con las demás ocupaciones. En un porcentaje menor, el 2,2% eran secretarias y el 2,9% estudiantes.

**Tabla 9: Exposición al humo de cigarrillos de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Exposición al humo de cigarrillos	Si	50	36,8
	No	86	63,2
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 6: Exposición al humo de cigarrillos de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

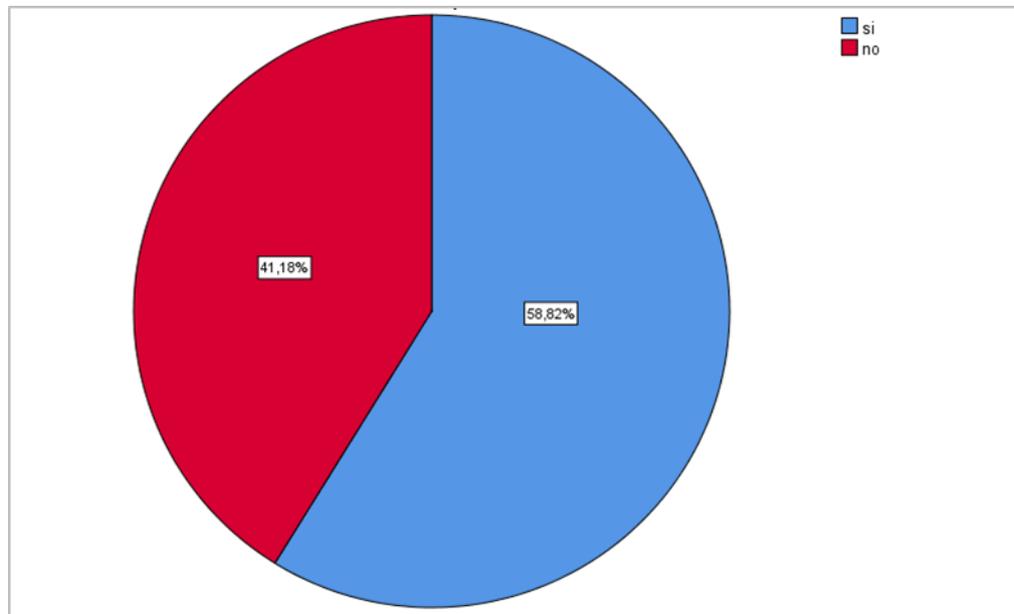
En la tabla 9 y gráfico 6, se puede observar que el 63% no se encuentra expuesto al humo de cigarrillos, mientras que el 37% si se encuentra expuesto a este factor de riesgo.

**Tabla 10: Exposición a humo de leña de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Exposición al humo de leña	Si	80	58,8
	No	56	41,2
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 7: Exposición al humo de leña de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

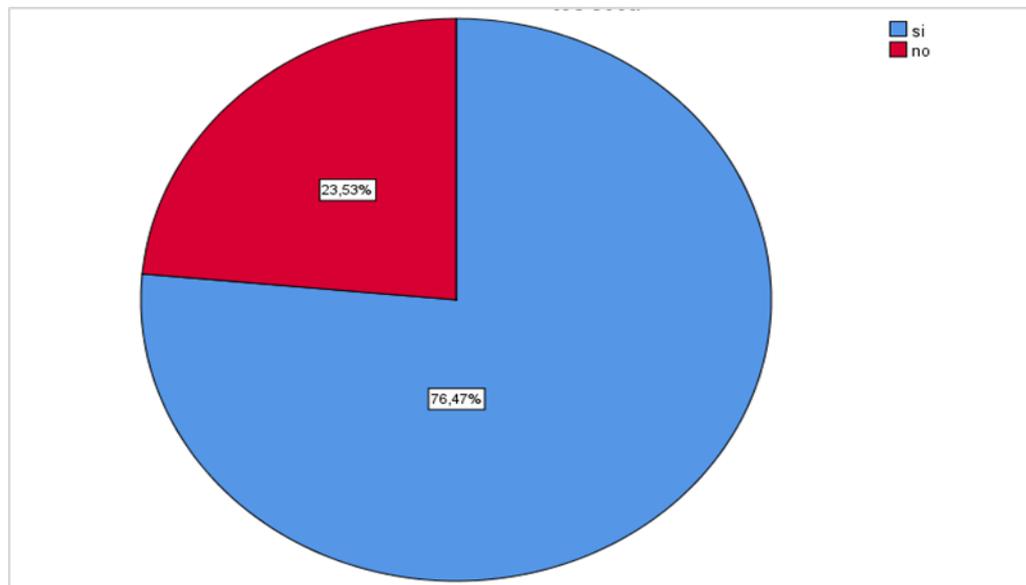
En la tabla 10 y gráfico 7, consideramos la exposición al humo de leña, podemos observar que más de la mitad de la población incluida en el estudio (58,8%) si se encuentra expuesto al humo de leña, y solo el 41,2% no se encuentra expuesto a este factor de riesgo.

**Tabla 11: Tos no productiva en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Tos no productiva	Si	104	76,5
	No	32	23,5
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 8: Tos no productiva en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

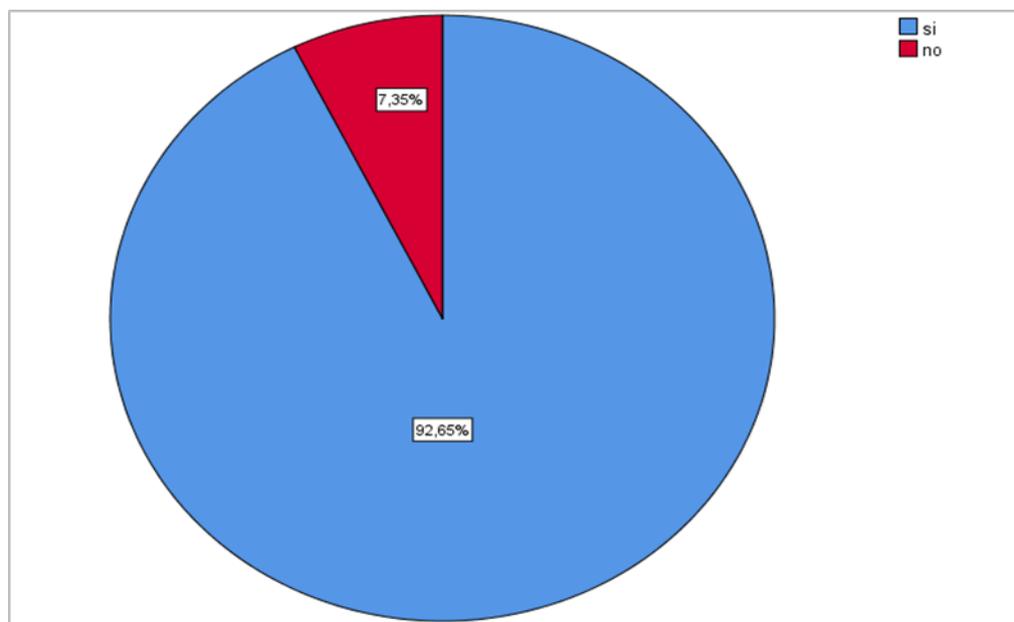
En la tabla 11 y gráfico 8, vemos que el 76,5% de los pacientes presentaban tos no productiva como manifestación clínica más frecuente y solo el 23,5% de los pacientes no presentaba este síntoma.

**Tabla 12: Disnea en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Disnea	Si	126	92,6
	No	10	7,4
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 9: Disnea en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

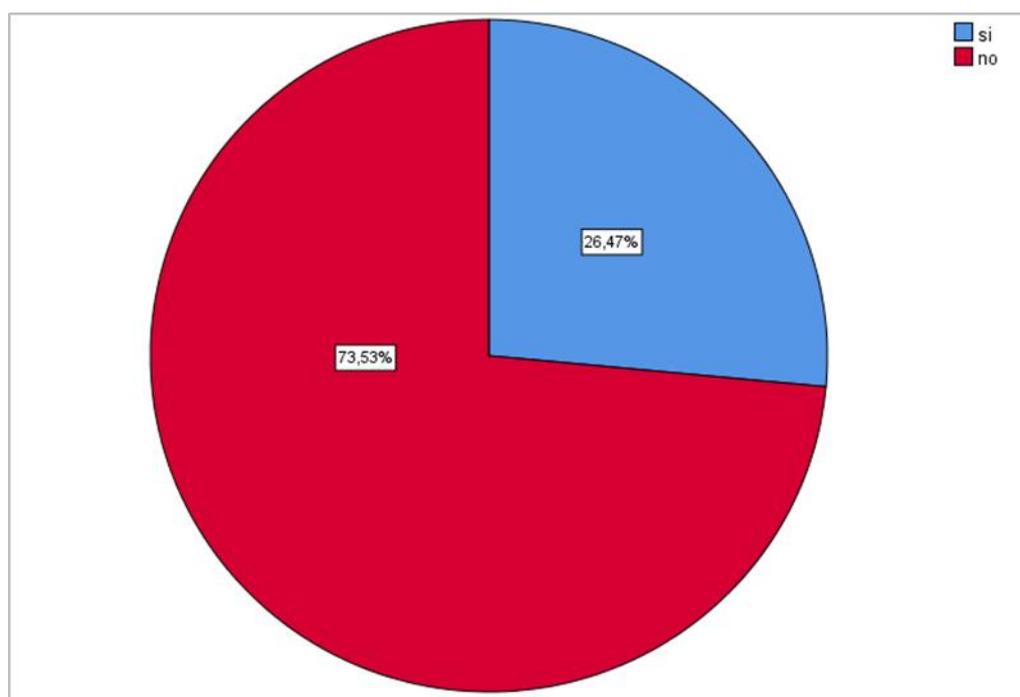
En la tabla 12 y gráfico 9 observamos que el 92,6% de los pacientes acudían al consultorio de neumología por presentar disnea de tipo progresiva, solo el 7,4% de los pacientes no presentaba esta sintomatología.

**Tabla 13: Acropaquia en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Acropaquia	Si	36	26,5
	No	100	73,5
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 10: Acropaquia en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

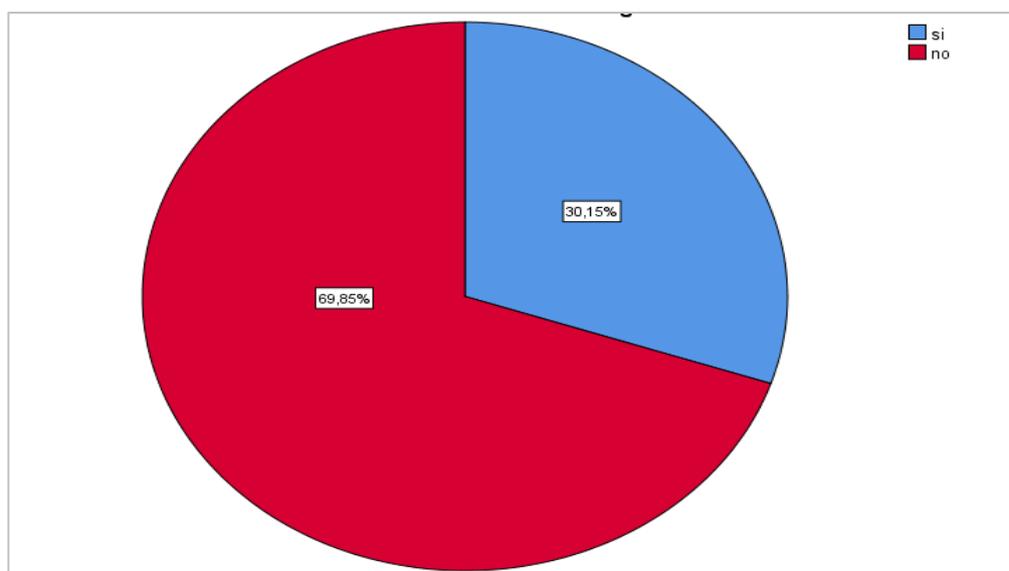
En la tabla 13 y gráfico 10, se considera la acropaquia como manifestación clínica. Vemos que el 73,5% de los pacientes no presenta este signo clínico, pero el 26,5% si presentaban este signo.

**Tabla 14: Artralgia en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Artralgia	Si	41	30,1
	No	95	69,9
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 11: Artralgia en los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

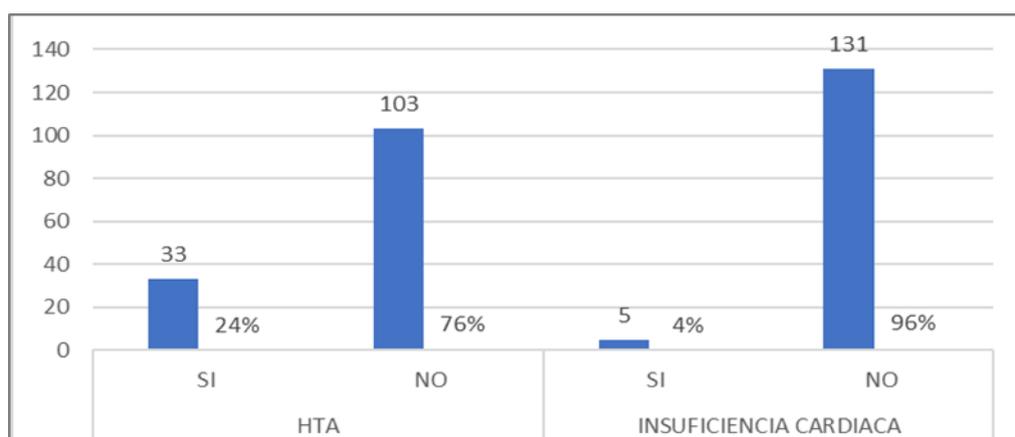
En la tabla 14 y gráfico 11, podemos ver que el 69,9% no presentaban artralgias, mientras que el 30,1% manifestaban presentar esta sintomatología.

**Tabla 15: Enfermedad cardiológica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje	
Enfermedad cardiológica	HTA	Si	33	24,3
		No	103	75,7
		Total	136	100,0
	Insuficiencia cardiaca	Si	5	3,7
		No	131	96,3
		Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 12: Enfermedad cardiológica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

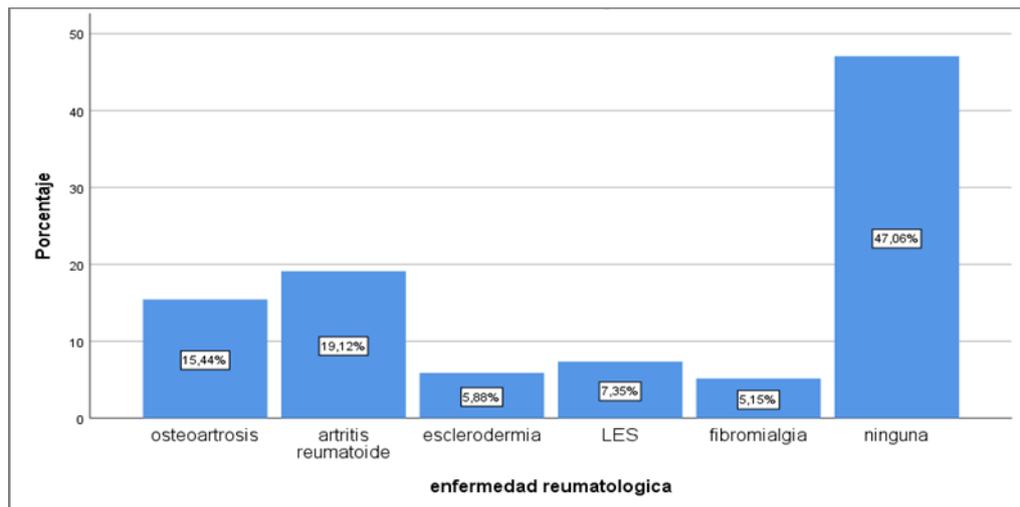
En la tabla 15 y gráfico 12, comenzamos a mencionar las comorbilidades más frecuentes, dentro de las enfermedades cardiológicas más frecuentes halladas durante la recolección de datos tenemos que el 24,3% del total de pacientes presenta hipertensión arterial, mientras que el 75,7% no presenta esta comorbilidad. Evaluado de manera separada, encontramos que solo el 3,7% de 136 pacientes incluidos en el estudio presenta insuficiencia cardiaca.

**Tabla 16: Enfermedad reumatológica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad reumatológica	Osteoartrosis	21	15,4
	Artritis reumatoide	26	19,1
	Esclerodermia	8	5,9
	LES	10	7,4
	Fibromialgia	7	5,1
	Ninguna	64	47,1
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 13: Enfermedad reumatológica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

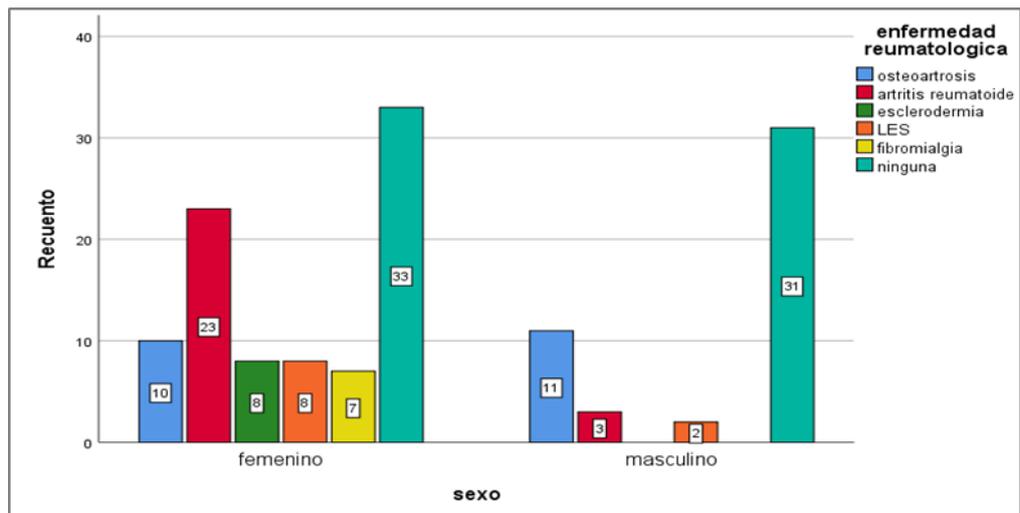
En la tabla 16 y gráfico 13, se mencionan las enfermedades reumatológicas más frecuentes como comorbilidad asociada. Podemos observar que el 47,1% no presenta ninguna de estas patologías. Sin embargo, el 19,1% presenta artritis reumatoide, el 15,4% presenta osteoartrosis, el 7,4% presenta lupus eritematoso sistémico y en menor porcentaje siendo el 5,9% de los pacientes presenta esclerodermia, siendo en un porcentaje considerable la sumatoria de estas.

**Tabla 17: Sexo y enfermedad reumatológica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Sexo*enfermedad reumatológica		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Enfermedad reumatológica	osteoartrosis	10	11	21
	artritis reumatoide	23	3	26
	esclerodermia	8	0	8
	LES	8	2	10
	fibromialgia	7	0	7
	ninguna	33	31	64
Total		89	47	136

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 14: Sexo y enfermedad reumatológica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

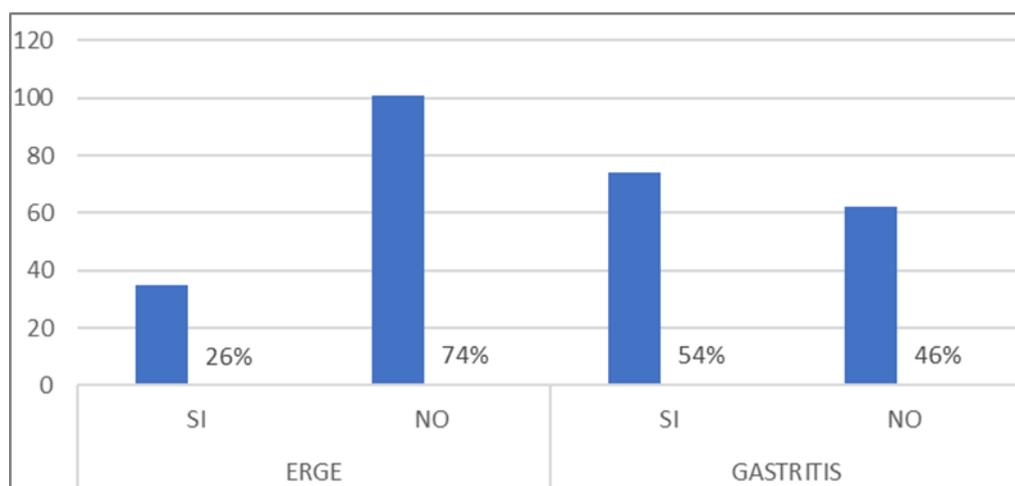
En la tabla 17 y gráfico 14, vemos el cruce del sexo con la enfermedad reumatológica mencionada en el cuadro anterior, podemos observar que la artritis reumatoide se presenta con más frecuencia en el sexo femenino (23 pacientes), no existe diferencia significativa respecto al sexo para la presentación de la osteoartrosis; se observa que 8 pacientes del sexo femenino presentan esclerodermia, sin embargo no se presenta en el sexo masculino, al igual que en el caso de fibromialgia que tampoco se presentó en el sexo masculino.

**Tabla 18: Enfermedad gástrica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje	
Enfermedad gástrica	ERGE	Si	35	25,7
		No	101	74,3
		Total	136	100,0
	Gastritis	Si	74	54,4
		No	62	45,6
		Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 15: Enfermedad gástrica de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

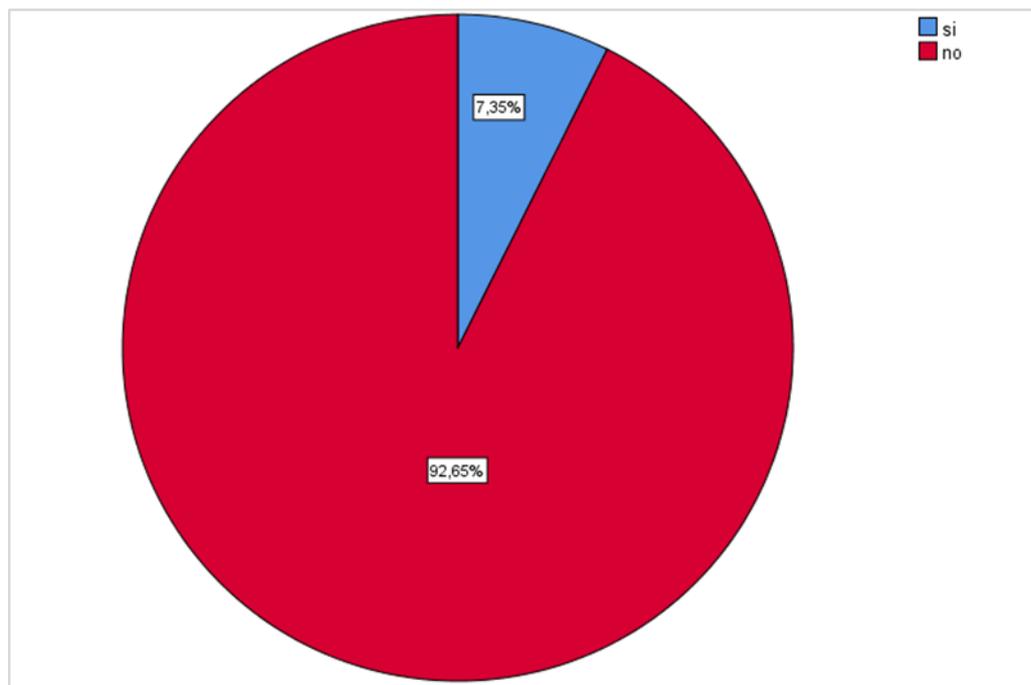
En la tabla 18 y gráfico 15, consideramos las enfermedades gástricas más frecuentes, entre ellas se encontraron dos que son: la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico y Gastritis. El 54,4% de 136 pacientes presentaba Gastritis, mientras que solo el 25,7% del total de pacientes presentaba Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico.

**Tabla 19: Apoyo oxigenatorio de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo oxigenatorio	Si	10
	No	126
	Total	136
		7,4
		92,6
		100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 16: Apoyo oxigenatorio de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

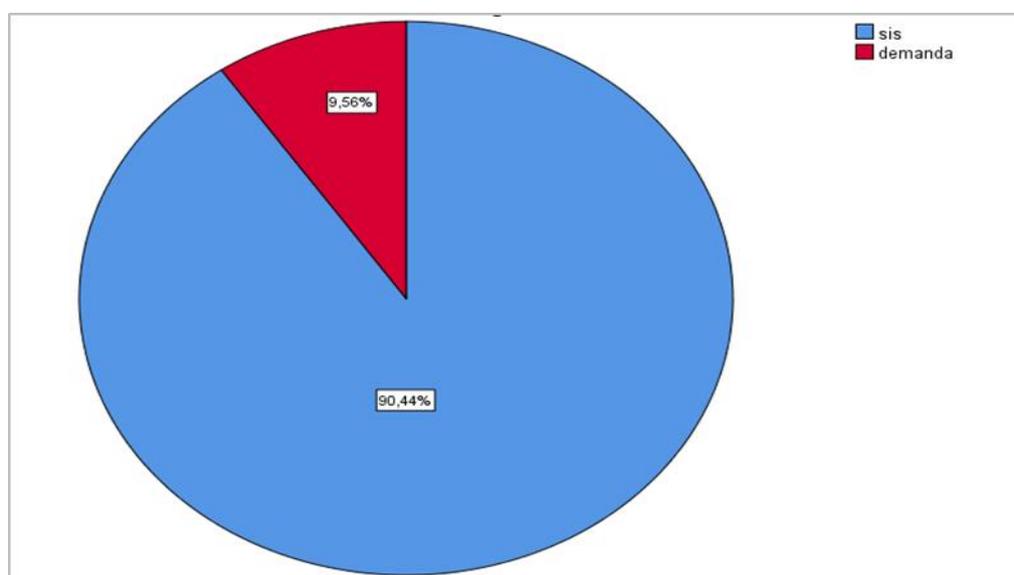
En la tabla 19 y gráfico 16, podemos observar que el 92,6% de los pacientes no requieren apoyo oxigenatorio debido a la patología que presentan; sin embargo, el 7,4% que representa a 10 pacientes si requieren apoyo de oxígeno.

**Tabla 20: Tipo de seguro de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de seguro	SIS	123	90,4
	Demanda	13	9,6
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 17: Tipo de seguro de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

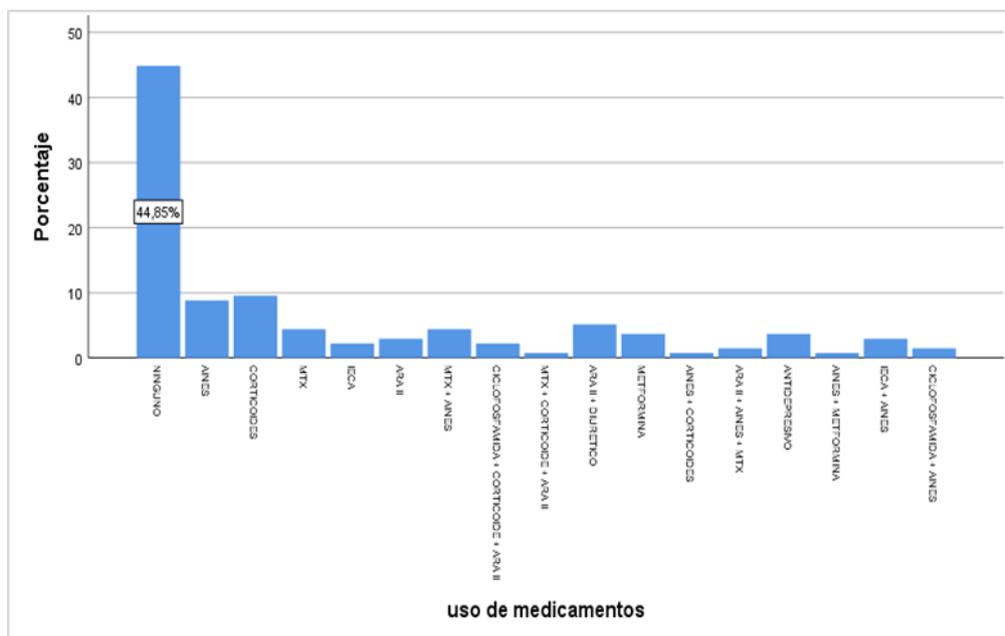
En la tabla 20 y gráfico 17, consideramos si el paciente cuenta con SIS, debido a que podría ser uno de los factores por los cuales no se realizan los exámenes. Pero podemos observar que el 90,4% de los pacientes incluidos en el estudio si contaba con este tipo de seguro, mientras que solo el 9,6% de los pacientes pagaban sus consultas y exámenes.

**Tabla 21: Uso de medicamentos de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 – 2018**

	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Uso de medicamentos	Ninguno	61	44,9
	AINEs	12	8,8
	Corticoides	13	9,6
	MTX	6	4,4
	IECA	3	2,2
	ARA II	4	2,9
	MTX + AINEs	6	4,4
	Ciclofosfamida + corticoide + ARA II	3	2,2
	MTX + corticoide + ARA II	1	0,7
	ARA II + diurético	7	5,1
	Metformina	5	3,7
	AINEs + corticoides	1	0,7
	ARA II + AINEs + MTX	2	1,5
	Antidepresivo	5	3,7
	AINEs + metformina	1	0,7
	IECA + AINEs	4	2,9
	Ciclofosfamida + AINEs	2	1,5
	Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 18: Uso de medicamentos de los pacientes con diagnóstico de EPID en el periodo 2017 - 2018**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**INTERPRETACIÓN:**

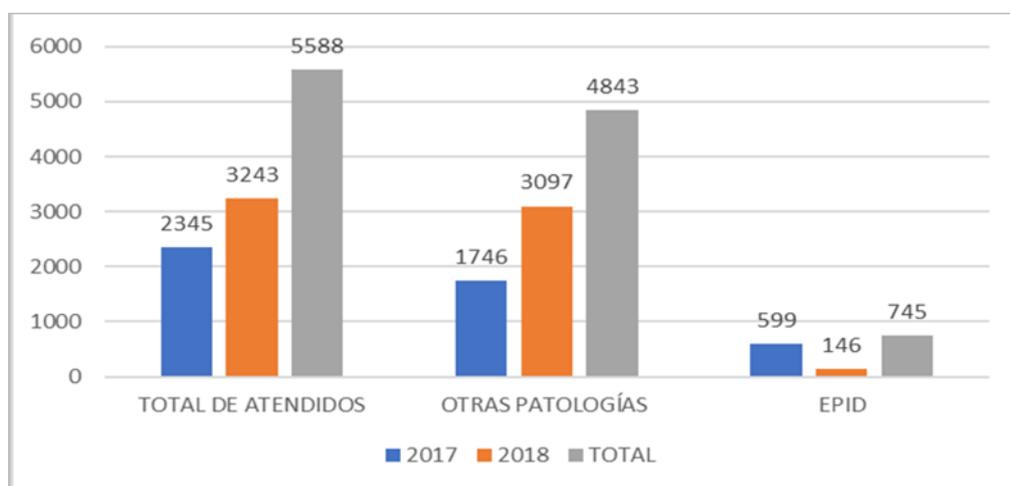
En la tabla 21 y gráfico 18, se considera el uso de medicamentos, en el cual podemos observar las diversas combinaciones de medicación recibida. El 44,9% no recibe ninguna medicación; sin embargo, debemos resaltar que el 9,6% recibe corticoides y el 8,8% recibe solo AINES, mientras que el 4,4% recibe metrotexato más AINES, así mismo vemos que el 1,5% recibe AINES en combinación con ARA II y metrotexato. En si la mayoría de las combinaciones de medicamentos incluyen a los AINES, esto es resaltante debido al efecto gastro lesivo y su frecuente asociación con gastritis.

**Tabla 22: Pacientes atendidos en el servicio de neumología en el periodo 2017 – 2018**

OE 4: Pacientes atendidos en neumología						
Atendidos/año	2017		2018		Total	%
Otras patologías	1746	74%	3097	95%	4843	87%
EPID	599	26%	146	5%	745	13%
TOTAL	2345	100%	3243	100%	5588	100%

Fuente: Oficina de estadística del Hospital María Auxiliadora

**Gráfico 19: Pacientes atendidos en el servicio de neumología en el periodo 2017 – 2018**



Fuente: Oficina de estadística del Hospital María Auxiliadora

### INTERPRETACIÓN

En la tabla 22 y gráfico 19, tenemos el total de los pacientes atendidos en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2017 fueron atendidos 2345 pacientes, de los cuales 599 pacientes tenían el diagnóstico de EPID, representando el 26% durante ese año, siendo esta cifra bastante elevada. Así mismo podemos ver que para el año 2018 la cantidad de pacientes atendidos en el servicio de neumología fue mayor (3243 pacientes), de los cuales solo 146 pacientes tuvieron el diagnóstico de EPID, representando el 5% de la población atendida durante ese año. Considerando el total de pacientes atendidos durante los dos años, concluimos que el 13% de los pacientes atendidos en consultorio de neumología tiene el diagnóstico de EPID.

## 4.2. DISCUSIÓN

En el presente estudio sobre características clínico-epidemiológicas en pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora, se determinó como edad más frecuente al intervalo comprendido entre 61 y 65 años, lo que concuerda con el estudio realizado por Vercosa en Bolivia 2018, pero difiere con la mayoría de los estudios respecto al sexo, debido a que en este estudio predomina el sexo femenino con una relación de 2:1, lo cual concuerda con el estudio realizado por Díaz y col. en Uruguay 2018, donde refiere que el 88% eran de sexo femenino y comprendían edades cercanas a 61 años.

En este estudio se encontró que el 30% de los pacientes presentaban sobrepeso y el 41% algún grado de obesidad, lo cual difiere con el estudio realizado por Yumanque en Lima-Perú 2016, donde refiere que el 42% presentaba sobrepeso y sólo el 11% obesidad. Así como también en este estudio se determinó que el 37% de los pacientes manifestaba exposición al humo de cigarrillos, lo cual concuerda con el estudio realizado por Yumanque en Lima - Perú 2018 donde refiere que el 30% de pacientes presentaba exposición al humo de tabaco.

Respecto a las características clínicas, el 77% de los pacientes presentaba tos no productiva y el 93% disnea progresiva, estos datos concuerdan con el estudio realizado por Espinoza en Ecuador 2018 donde refiere el 94% de pacientes con disnea, así como también el estudio de Chahuán en Chile 2018 menciona estos síntomas como los más frecuentes con porcentajes de 57% para la tos no productiva y 90% para la presentación de disnea.

Entre las comorbilidades tenemos que las enfermedades reumatológicas son las más frecuentes y entre ellas la artritis reumatoide representa el 19% lo cual concuerda con el estudio de Díaz realizado en Uruguay 2018. Espinoza en su estudio realizado en Ecuador 2018 refiere que la ERGE incrementaba el riesgo para EPID en 11 veces más, lo cual difiere de nuestro estudio debido a que solo el 26% tiene este antecedente, sin embargo, el 54% tiene gastritis, esto podría ser ocasionado por la ingesta descontrolada de AINEs para tratar la enfermedad de fondo.

Según los datos obtenidos de la oficina de estadística del Hospital María Auxiliadora podemos decir que el 13% de pacientes atendidos en el consultorio externo de neumología durante el periodo 2017 - 2018 tienen el diagnóstico de EPID, lo que da una prevalencia de 13,3 casos por cada 100 habitantes. Lo cual difiere de forma significativa con los datos obtenidos en el estudio de Espinoza en Ecuador 2018, donde refiere una prevalencia de 2 casos por cada 100 pacientes.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

En el presente estudio realizado en 136 pacientes, se encontró que las características epidemiológicas más frecuentes fueron: edad, sexo, exposición al humo de leña. La edad más frecuente en la que se presenta la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa está comprendida entre 61 a 65 años, predominando en el sexo femenino con una relación de 2:1; el 59% de los pacientes referían haber estado expuestos al humo de leña, el 37% había manifestado exposición al humo de cigarrillos.

En el estudio se encontró que el 77% de los pacientes presentó tos no productiva como manifestación inicial; sin embargo, en la mayoría de los casos el motivo principal de consulta en el servicio de neumología fue la disnea progresiva, representando al 93% de los pacientes; sólo el 30% manifestaba tener artralgias asociadas a la sintomatología ya mencionada.

Respecto a las comorbilidades, el 53 % de los pacientes refería alguna enfermedad reumatológica de fondo, de estas el 19% presentaba artritis reumatoide, siendo a predominio del sexo femenino; el 15% presentaba osteoartritis de manera indiferente respecto al sexo, el porcentaje restante estaba compuesto por diversas enfermedades como: lupus eritematosos sistémico, esclerodermia y fibromialgia representados por el 7%, 6% y 5% respectivamente, estos dos últimos se presentaron únicamente en el sexo femenino. El 4% de los pacientes tenía el diagnóstico de insuficiencia cardiaca y el 54% presentaba algún grado de gastritis, esto podría ser debido al uso de AINEs como medicación recibida para su enfermedad de fondo.

Para el presente estudio se utilizó un intervalo de tiempo de dos años, considerando el año 2017 y 2018, fueron atendidos 5588 pacientes en total, de los cuales 745 pacientes tenían el diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, representando el 13% de la población total atendida en el servicio de neumología del Hospital María Auxiliadora. Lo cual nos da una prevalencia de 13,3 casos por cada 100 atendidos, siendo un valor bastante alto respecto a los datos internacionales.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

Para disminuir la incidencia de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa se podría actuar a nivel de las características epidemiológicas concientizando a la población sobre hábitos de vida saludable, evitando así la exposición al humo de cigarrillos y de leña, así como también generar estilos de vida saludable respecto a la alimentación para evitar estados extremos nutricionales como el infrapeso y la obesidad.

Realizar campañas de difusión a la población para la prevención de las patologías respiratorias de mayor complejidad y la detección de los síntomas tempranos, para así poder realizar un adecuado diagnóstico y evitar llegar a estadios avanzados de la enfermedad en forma precoz.

Fortalecer el primer nivel de atención de salud mediante capacitaciones al personal para la detección precoz de enfermedades reumatológicas y su derivación oportuna al especialista, para así evitar las complicaciones que conlleva, principalmente las complicaciones respiratorias; así como también concientizar en el adecuado uso de AINES para el tratamiento de diversas enfermedades, con el fin de evitar el efecto gastro lesivo.

Se recomienda la realización de más investigaciones sobre la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, debido a que no se cuentan con estudios a nivel nacional ni datos epidemiológicos en Latinoamérica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Selman M, Undurraga A. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Asociación Latinoamericana de Tórax, ALAT. Junio 2015.
2. Marcos PJ, Montero C, Otero González I. Una mirada general a las enfermedades pulmonares intersticiales y una específica a la fibrosis pulmonar idiopática. *Galicia Clin* 2013; 74(4):13-22.
3. Tapia R, Andrade C, González H. Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa. *Revista Chilena de medicina intensiva*. 2014; 21(2): 87-96.
4. Torres GR. Actualización sobre las Enfermedades Intersticiales Difusas. *Rev. méd panacea*. 2013; 3(3): 82-86.
5. Espinoza DG. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas que acudieron al área de neumología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del 2006 al 2016. Tesis. Repositorio Universidad Espíritu Santo. 2018
6. Buitrón MF, Castillo PA. Validez de dos escalas pronósticas de mortalidad por enfermedad pulmonar intersticial difusa en pacientes de la altura durante el 2014 al 2015. Huancayo-Perú. 2016.
7. Fibla J, Brunelli A, et al. ¿Influyen el número y volumen de las biopsias pulmonares en el rendimiento diagnóstico en la enfermedad pulmonar intersticial? Análisis mediante índice de propensión. España. 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2014.09.015>.
8. Díaz CC. Estudio descriptivo multicéntrico de enfermedad pulmonar intersticial difusa asociadas a enfermedades autoinmunes en centros de salud de Montevideo. *Rev. Urug. Med. Int*. 2018; 3(3):12-19.
9. Yumanque CD, Diaz G, Velásquez MR. Mortalidad, funcionalidad y características epidemiológicas en una serie de casos de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en un Hospital Nacional y Clínica Privada en Lima, Perú 2018. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1428>.
10. Chahuán J, Fuenzalida M, Cataldo P, et al. Caracterización clínica, serológica y patrón radiológico de una cohorte unicéntrica de pacientes con enfermedad pulmonar difusa. Chile. *Rev. chil. enferm. Respir*. 2017; 33(1): 1-5
11. Vercosa V, Burga G. Perfil epidemiológico y caracterización de la enfermedad pulmonar intersticial difusa idiopática y asociada a conectivopatía en pacientes internados en el departamento de neumología, de enero de 2016 a diciembre de 2017. Bolivia. 2018.

12. Benítez C, Hernández B, Sierra M, et al. Epidemiología de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas idiopáticas. España. 2018.
13. Baughman RP, Lower EE. Treatment of sarcoidosis. *Clinic. Rev Allerg Immunol.* 2015; 49: 79-92.
14. Spagnolo P, Rossi G, Cavazza A, Bonifazi M, Paladini I, Bonella F, et al. Hypersensitivity pneumonitis: a comprehensive review. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2015; 25: 237-50.
15. Glazer CS. Chronic hypersensitivity pneumonitis: important considerations in the work-up of this fibrotic lung disease. *Curr Opin Pulm Med.* 2015; 21: 171-7.
16. Taveira-DaSilva AM, Moss J. Clinical features, epidemiology, and therapy of lymphangioleiomyomatosis. *Clin Epidemiol.* 2015; 7: 249-57.
17. Johannson KA, de Boer K, Wolters PJ, Golden JA, Lee JS, Collard HR. Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis with high-resolution CT. *Lancet Respir Med.* 2014;2: 5.
18. Cassoni GL, Tomasetti S, Casazza A, Colby TV, Dubini A, Ryu JH, et al. Transbronchial lung cryobiopsy in the diagnosis of fibrotic interstitial lung diseases. *PLoS One.* 2014;9: e86716.
19. Lindell KO, Liang Z, Hoffman LA, Rosenzweig MQ, Saul MI, Pilewski JM. Palliative care and location of death in decedents with idiopathic pulmonary fibrosis. *Chest.* 2015; 147:423–9.
20. IPF in adult's diagnosis and management clinical guideline 2013. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg163>
21. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomized controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2014; 2:979–87.

## **ANEXOS**

### Anexo 1: Operacionalización de variables

**TEMA** : Características clínico-epidemiológicas de pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

<b>VARIABLE DE ESTUDIO: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa</b>			
Indicadores	Ítems	Nivel de medición	Instrumento
Características epidemiológicas	Edad Índice de masa corporal	Intervalo	Ficha de recolección de datos
	Sexo Procedencia Exposición al humo de cigarrillos Exposición al humo de leña Ocupación	Nominal	
Características clínicas	Tos no productiva Disnea Acropaquia Artralgia	Nominal	Ficha de recolección de datos
Comorbilidades	Enfermedad cardiológica Enfermedad reumatológica Enfermedad gástrica	Nominal	Ficha de recolección de datos

## Anexo 2: Instrumento

**TEMA:** Características clínico-epidemiológicas de pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.

N° DE FICHA:

N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

SEXO: Femenino  Masculino

EDAD: 21 a 25 años  26 a 30 años   
31 a 35 años  36 a 40 años   
41 a 45 años  46 a 50 años   
51 a 55 años  56 a 60 años   
61 a 65 años

TIPO DE SEGURO: SIS  DEMANDA

---

1) PROCEDENCIA:

- a) Lima
- b) Provincia

2) HÁBITOS NOCIVOS

- a) Exposición al humo de cigarrillos: SI  NO
- b) Exposición al humo de leña: SI  NO
- c) Uso de medicamentos: SI  NO

CUÁL: \_\_\_\_\_

3) IMC:

- a) < 18.50 (infrapeso)
- b) 18.50 a 24.99 (normal)
- c)  $\geq$  25.00 a 29.99 (sobrepeso)
- d) 30.00 a 34.99 (obesidad tipo I)
- e) 35.00 a 39.99 (obesidad tipo II)
- f)  $\geq$  40 (obesidad tipo III)

4) OCUPACIÓN (mencionar): \_\_\_\_\_

5) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- a) Tos seca SI  NO
- b) Disnea SI  NO
- c) Acropaquia SI  NO
- d) Artralgia SI  NO

6) ANTECEDENTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR

- a) Si
- b) No

7) COMORBILIDADES

- a) Enfermedad cardiológica HTA  Insuf. card.
- b) Enfermedad reumatológica Osteoartrosis
- Artritis reumatoide
- Esclerodermia
- Lupus eritematoso s.
- Fibromialgia
- Ninguna
- c) Enfermedad gastroenterológica ERGE  Gastritis
- d) Otros: \_\_\_\_\_

8) APOYO OXIGENATORIO SI  NO

## Anexo 3: Validez de instrumento – Consulta de expertos

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

#### I.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Francisco Vallenás Pedemonte  
 1.2 Cargo e institución donde labora:  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autora del instrumento: Brigitte Dayana Chumpitaz Alejos

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre características clínico-epidemiológicas en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa. .				80	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínico-epidemiológicas de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				80	

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aprobada* ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lima, 28 de enero de 2019

80

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"  
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
 DR. EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCACION

DR. FRANCISCO A. VALLENAS PEDEMONTE  
 R.P. 20526 RNE 032191

Firma de Experto  
 D.N.I N° 4906176  
 Teléfono .....

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *BAZÁN RODRÍGUEZ #19*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente U PSTB*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autora del instrumento: Brigitte Dayana Chumpitaz Alejos

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre características clínico-epidemiológicas en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa. .					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínico-epidemiológicas de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					85%

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

*Aplica* ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lima, 28 de enero de 2019

*Elsi Bazán Rodríguez*  
**Elsi Bazán Rodríguez**  
 COESPE N° 444

---

Firma del Experto  
 D.N.I N° *8209583*  
 Teléfono *977414879*

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Richar Rodríguez Paredes  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Neumólogo  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autora del instrumento: Brigitte Dayana Chumpitaz Alejos

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre características clínico-epidemiológicas en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa. .					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínico-epidemiológicas de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					85%

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lima, 28 de enero de 2019

85%

*Richar Rodríguez Paredes*  
 Médico - Neumólogo  
 C.M.P. 22812 R.N.E. 22870

Firma del Experto

D.N.I Nº 7926012

Teléfono 988759803

#### Anexo 4: Matriz de consistencia

**TEMA** : CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL PERIODO 2017 – 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b> ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?</p> <p><b>Específicos:</b> ¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el</p>	<p><b>General:</b> Determinar las características clínico-epidemiológicas de pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.</p> <p><b>Específicos:</b> Describir las características epidemiológicas más frecuentes de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.</p> <p>Detallar las características clínicas de los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María</p>	<p>Por ser un estudio de tipo descriptivo no amerita hipótesis, debido a que no se puede establecer relación estadística entre la variable de estudio, sin embargo, se menciona una hipótesis tentativa.</p> <p><b>Tentativa:</b> Existe un alto porcentaje de pacientes de 18 a 65 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018 con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa</p>	<p><b>Variable de estudio:</b> Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa</p> <p><b>Indicador:</b> Características epidemiológicas</p> <p><b>Ítems:</b> Edad Sexo Procedencia IMC Ocupación Exposición al humo de cigarrillos Exposición al humo de leña</p>

<p>Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018?</p> <p>¿Cuál es la comorbilidad más frecuente en los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018?</p> <p>¿Qué porcentaje de pacientes de 18 a 65 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018 tiene el diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa?</p>	<p>Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.</p> <p>Hallar la comorbilidad más frecuente en los pacientes de 18 a 65 años con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018.</p> <p>Estimar el porcentaje de pacientes de 18 a 65 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 – 2018 con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.</p>		<p><b>Indicador:</b> Características clínicas</p> <p><b>Ítems:</b> Tos no productiva. Disnea. Acropaquia. Artralgia.</p> <p><b>Indicador:</b> Comorbilidades</p> <p><b>Ítems:</b> Enfermedad cardiológica. Enfermedad reumatológica. Enfermedad gástrica.</p>
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>- <b>Nivel:</b> Descriptivo</p> <p>- <b>Tipo de Investigación:</b> Observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transversal</p>	<p><b>Población:</b> Pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2017 - 2018.</p> <p><b>N = 745</b> pacientes</p>	<p><b>Técnica:</b> Análisis documental</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos, consta de 08 ítems de tipo objetivo, con opción de respuesta múltiple, cada ítem considera los datos</p>	

	<p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b> Pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico probable de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa. Historias clínicas con datos completos para el estudio.</p> <p><b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b> Pacientes menores de 18 años. Pacientes mayores de 65 años. Pacientes con antecedente de Tuberculosis Pulmonar. Historias clínicas con datos incompletos.</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b> 136 pacientes <b>Muestreo:</b> Probabilístico, Aleatorio simple</p>	necesarios para responder a los objetivos del estudio.
--	---	--

