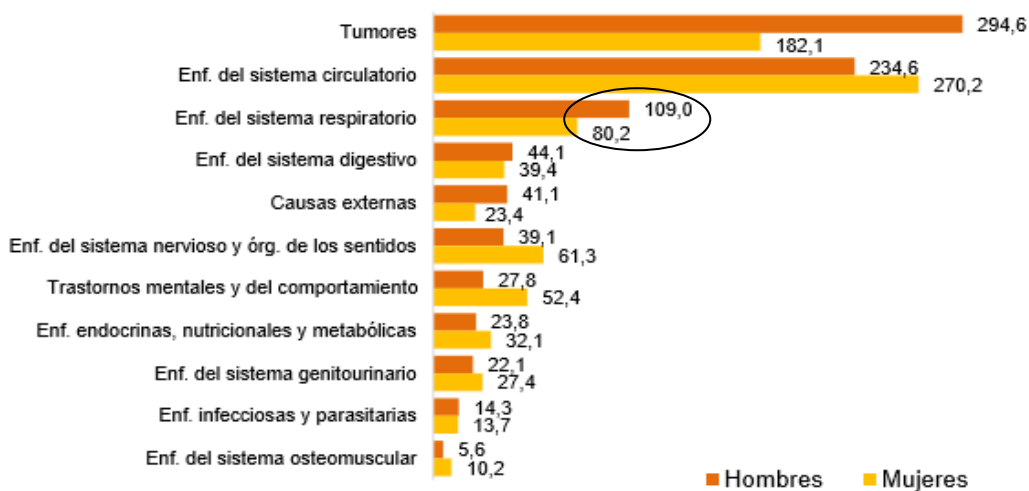


ANEXOS

Anexo 1

La última actualización del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre causas de muerte por enfermedad sitúan a las patologías del sistema respiratorio como la 3ª causa de muerte en España (40-80 años) (Tabla 1), siendo esta mortalidad superior en el sexo masculino que ocupa el 4º lugar de las cinco causas más frecuentes de muerte por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto el asma). (Tabla 2)

Tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes según causa de muerte (capítulos CIE-10) y sexo. Año 2014



EDCM – Marzo 2016 (2/7)

Tabla 1

Causas de muerte más frecuentes según sexo. 2014

Mujeres	%
Enfermedades cerebrovasculares	8,2
Enfermedades isquémicas del corazón	6,9
Demencia	6,2
Insuficiencia cardíaca	5,6
Enfermedad de Alzheimer	5,1

Hombres	%
Enfermedades isquémicas del corazón	9,5
Cáncer de bronquios y de pulmón	8,5
Enfermedades cerebrovasculares	5,7
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, excepto asma	5,7
Cáncer de colon	3,5

Tabla 2

El número de altas hospitalarias en España por enfermedades del aparato respiratorio ha experimentado el mayor aumento de variación interanual (tasa de un mes frente al mismo mes del año anterior, en porcentaje). Esto se puede interpretar como una mejora en los cuidados al paciente o, por el contrario, como un menor seguimiento del paciente que puede desencadenar en posteriores hospitalaciones.

Altas hospitalarias según los principales grupos de enfermedades. 2014



Tabla 3

A nivel autónomo, Aragón ocupa el séptimo lugar en mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio (103,8 habitantes cada 100.000).

Tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes de las principales causas de muerte según CCAA(*)

	Sistema circulatorio	Tumores	Sistema respiratorio	Sistema nervioso	Sistema digestivo
TOTAL	252,7	237,4	94,4	50,4	41,7
Andalucía	262,1	203,7	81,8	44,7	41,9
Aragón	315,5	285,5	103,8	59,2	49,1
Asturias, Principado de	386,1	336,6	131,1	65,0	55,5
Baleares, Illes	204,2	188,9	69,4	41,9	32,8
Canarias	164,7	199,7	79,7	32,9	27,7
Cantabria	277,9	291,7	125,9	53,9	45,9
Castilla y León	332,7	318,3	127,3	61,0	55,8
Castilla-La Mancha	254,0	235,0	116,6	52,6	46,4
Cataluña	228,8	232,9	84,9	62,0	40,8
Comunitat Valenciana	257,7	231,9	83,4	58,3	39,4
Extremadura	313,4	275,6	112,4	50,6	53,8
Galicia	349,9	300,5	119,5	51,3	51,3
Madrid, Comunidad de	179,5	202,5	98,4	30,6	31,3
Murcia, Región de	208,6	195,4	86,5	47,5	38,1
Navarra, Comunidad Foral de	232,9	258,8	94,0	64,5	44,5
País Vasco	249,2	293,7	86,5	59,6	43,8
Rioja, La	283,1	250,3	88,5	76,4	43,6
Ceuta	200,9	158,4	50,8	27,2	40,2
Melilla	178,4	149,9	55,9	28,5	30,9

(*) Comunidad autónoma de residencia

Tabla 4

Tabla 1. y Tabla 4. Defunciones según la causa de muerte. Notas de Prensa [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>

Tabla 2. y Tabla 3. Ine.es [Internet]. España en cifras. 2016 [citado 21 Feb 2017]; 121:20-22. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2016/index.html#1/z

Anexo 2

Fenotipos clínicos de la EPOC. (Tabla 5)

Algoritmo diagnóstico de los fenotipos clínicos (Tabla 6).

A: EPOC no agudizadora con enfisema o bronquitis crónica.

B: EPOC mixta con asma, tenga o no agudizaciones frecuentes.

C: EPOC agudizadora con enfisema.

D: EPOC agudizadora con bronquitis crónica.

FMEA: fenotipo mixto EPOC-asma

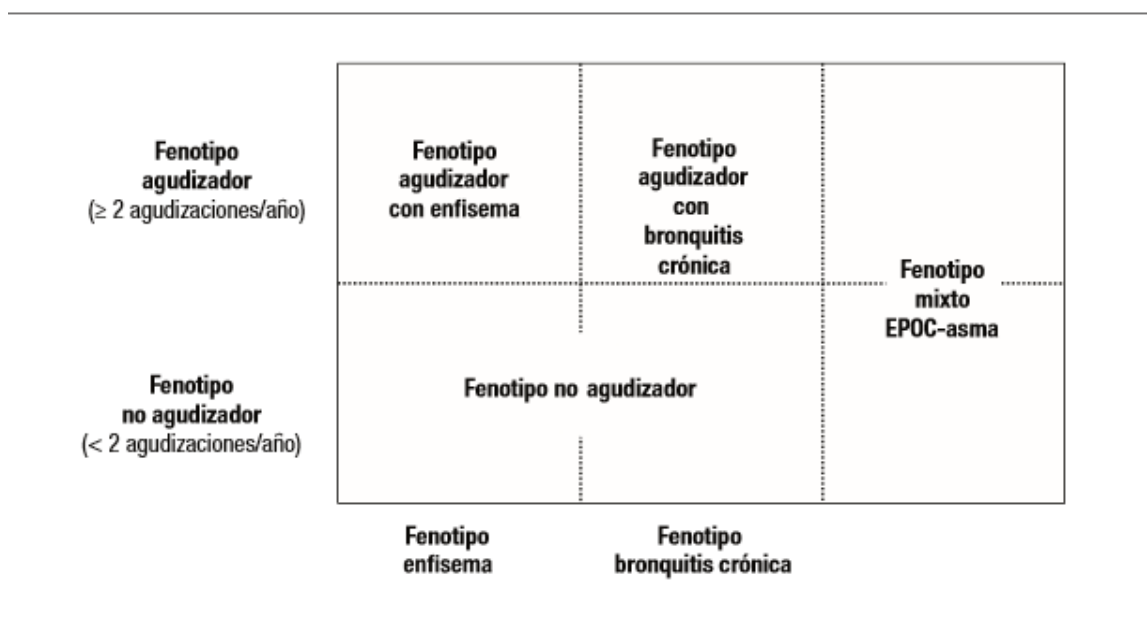


Tabla 5

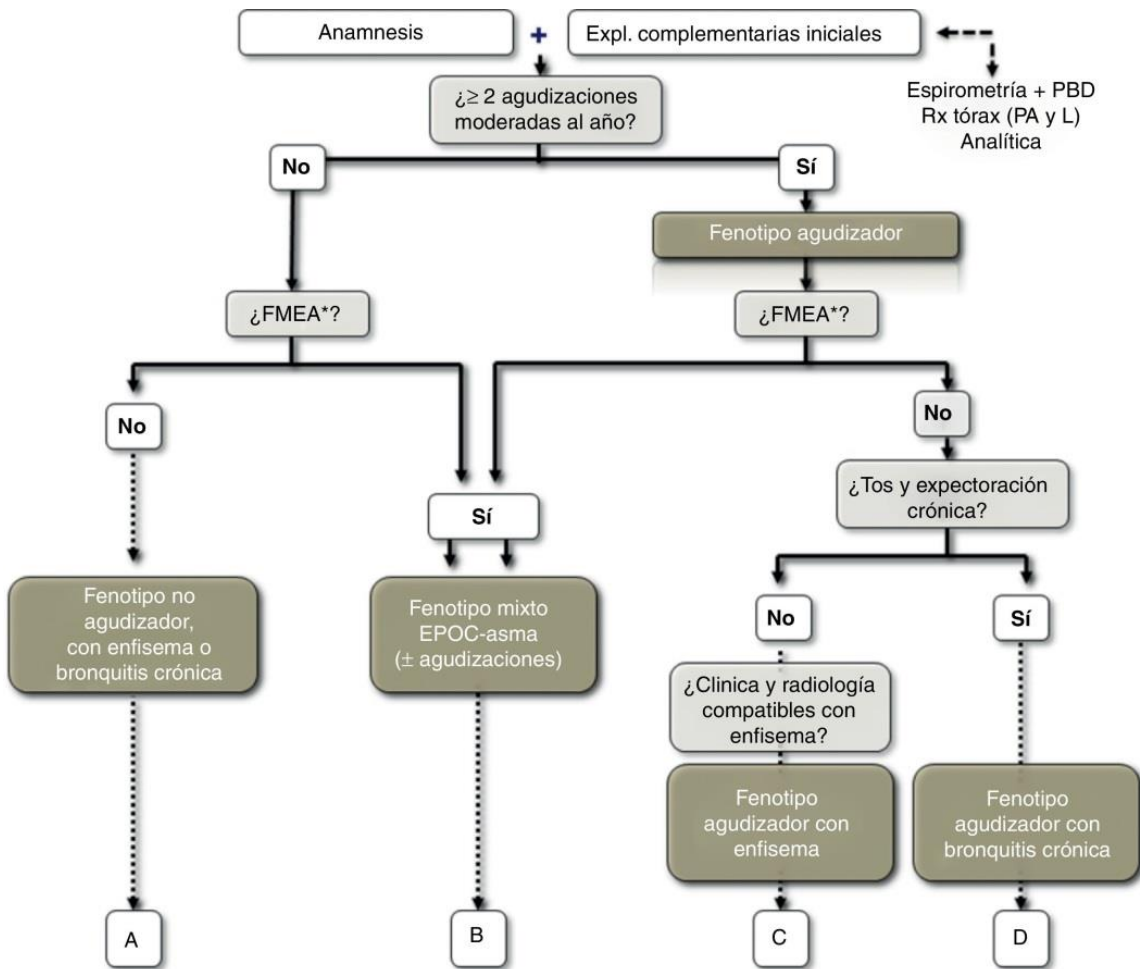


Tabla 6

Tabla 5. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol [Internet]. 2014 [citado 10 Feb 2017]; 50(1):1-16. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_Espanola_EPOC_gesEPOC_Actualizacion_2014.pdf

Tabla 6. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC), tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol [Internet]. 2012 [citado 9 Feb 2017]; 48(7):247-257. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/guia-espanola-epoc-gesepoc-tratamiento/articulo/S0300289612001159/>

Anexo 3

La EPOC presenta en Atención Primaria dos problemas reconocidos: por un lado, la alta prevalencia de la enfermedad y su infradiagnóstico y, por otro conseguir en las espirometrías forzadas un valor aceptable de FVC.

La espirometría es una prueba básica e imprescindible en el estudio de la función pulmonar. Se trata de una exploración complementaria para pacientes con sospecha de patología pulmonar con la que se analiza la magnitud absoluta de los volúmenes pulmonares y la rapidez con que el paciente es capaz de movilizarlos.

Clasificación de la gravedad del trastorno obstructivo según SEPAR	
Trastorno obstructivo	FEV₁
Leve (Estadio I)	>65%
Moderada (Estadio II)	50-65%
Grave (Estadio III)	35-50%
Muy grave (Estadio IV)	<35%

Tabla 7

Esquema de valores espirométricos de trastorno obstructivo, restrictivo y mixto			
	Trastorno obstructivo	Trastorno restrictivo	Trastorno mixto
FVC %	Normal	Disminuido	Disminuido
FEV₁ %	Disminuido	Normal o disminuido	Disminuido
FEV₁/FVC	Disminuido	Normal	Disminuido

Tabla 8

La espirometría forzada mide volúmenes pulmonares dinámicos y proporciona información de mayor relevancia clínica que la espirometría simple. Se realiza pidiendo al paciente que expulse todo el aire contenido en los pulmones en el menor tiempo posible. Las complicaciones de la espirometría forzada son raras, entre ellas se encuentra la tos, los broncoespasmos, el aumento de la presión intracraneal, el dolor torácico, incluso el neumotórax o un cuadro de síncope. También es importante

conocer las contraindicaciones relativas (la falta de comprensión o colaboración en el entendimiento de la prueba, el deterioro físico o psíquico significativo, la hemiplejía facial, la traqueostomía o las náuseas provocadas por la boquilla) y sobretodo, las absolutas (el neumotórax o la hemoptisis activa o reciente, el aneurisma torácico/abdominal/cerebral, el ángor inestable o el infarto de miocardio recientes, la cirugía torácica o abdominal y el desprendimiento de retina o la cirugía ocular reciente).

La prueba de broncodilatación (PBD) consiste en la medición de la función pulmonar antes y después de la administración de un broncodilatador de acción rápida. Esta técnica tiene utilidad diagnóstica, pronóstica, terapéutica, a la vez que estudia la reversibilidad bronquial y los beneficios terapéuticos de los fármacos administrados.

Según el modo de administración podemos clasificar los sistemas de inhalación actuales en:

A) Inhaladores en cartuchos presurizados (MDI por metered dose inhaler): al ser activados el medicamento se dispersa en forma de pequeñas partículas para su inhalación.

- Inhalador de cartucho presurizado convencional (*MDI convencional*¹).
- Cartuchos presurizados con emisión de partículas finas (*MDI Modulite*^{®2}).

Para mejorar la absorción del fármaco puede usarse una *cámara de inhalación*³.

B) Sistema de niebla *fina* (*Respimat*^{®4}): se trata de un dispositivo que produce un vapor de larga duración que facilita la administración por parte del paciente.

C) Dispositivos de polvo seco: su inhalación rápida e intensa dispersa el medicamento en forma de pequeñas partículas durante la inspiración.

- Unidosis: *Breezhaler*^{®5}; *Handihaler*^{®6}; *Aerolizer*^{®7}.

- Multidosis: *Accuhaler*^{®8}; *Ellipta*^{®9}; *Easyhaler*^{®10}; *Spiromax*^{®11}; *Nexthaler*^{®12}; *Genuair*^{®13}; *Novolizer*^{®13}; *Turbuhaler*^{®14}; *Twisthaler*^{®15}.

D) Nebulizadores: el medicamento se dispersa en pequeñas gotas líquidas dentro de una nube de gas.

- Neumáticos de gran volumen.
- Neumáticos de pequeño volumen.
- Ultrasónicos.



Tabla 9

Tabla 7 y Tabla 8. Antona MJ, Castañar AM, Cordero P et al. *Espirometría para Atención Primaria*. Madrid: Ergon; 2015.

Tabla 9. Viejo A, Bonnardeaux C, Ginel L et al. *Actualización de la terapia inhalada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. *Semergen* [Internet]. 2016 [actualizado Oct 2016; citado 12 Feb 2017]; 42(7):101-107. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1138359315003305>

Epocsite.net [Internet]. Ferrer; 2010 [actualizado 2017; citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://epocsite.net/el-informe-gold-2017-recomienda-el-uso-en-primera-linea-de-broncodilatadores-duales/>

Anexo 4

En entornos ambulatorios, los cuestionarios basados en los síntomas pueden ser útiles para identificar a los pacientes con más probabilidades de tener obstrucción del flujo respiratorio. Junto con la espirometría, estos cuestionarios pueden aumentar la tasa y precisión del diagnóstico de la EPOC.

Cuestionario para la evaluación del riesgo de EPOC en la Atención Primaria		
<i>Características del paciente</i>	<i>Valor</i>	<i>Puntuación</i>
Edad	35-49	0
	50-59	4
	60-69	8
	≥70	10
Consumo de tabaco (paquetes-año)	0-14	0
	15-24	2
	25-49	3
	≥50	7
IMC (kg/m²)	<25,4	5
	25,4-29,7	1
	>29,7	0
Presencia de tos que varía según la estación	Sí	3
	No	0
Producción de esputo en ausencia de resfriado	Sí	3
	No	0
Producción de esputo al despertarse cada mañana	Sí	0
	No	3
Sibilancias	A veces/a menudo	4
	Nunca	0
Historia/presencia de alergia	Sí	0
	No	7
Puntuación: una puntuación total de 17 o superior indica un riesgo elevado de que el sujeto tenga EPOC		

Tabla 10

Van der Molen HT. *Estrategias terapéuticas en el manejo precoz de la EPOC*. 1ª ed. Oxford (UK): Clinical Publishing; 2011.

Anexo 5

Cuestionario: EPOC – Calidad vida del paciente.

Consta de 50 ítems repartidos en tres escalas: Síntomas (frecuencia y gravedad de las manifestaciones de la enfermedad respiratoria), Actividad (limitaciones que la enfermedad produce en el paciente) e Impacto (consecuencias psicológicas y sociales que para el enfermo tiene su enfermedad). Cada una de ellas se puntúa de 0 a 100 y, en general, se acepta que una variación de 4 puntos en alguna de las escalas del SGRQ significa un cambio clínicamente importante para el paciente. Uno de los principales errores que pueden cometerse es el de aplicar este cuestionario sin tener en cuenta la influencia de otras enfermedades que pueden alterar la calidad de vida de los pacientes (no debemos olvidar que con frecuencia presentan enfermedades añadidas, hasta el punto de que es costoso localizar a pacientes con el único diagnóstico de EPOC).

Pregunta	Respuesta	Puntos
Durante los últimos ___ meses ¿ha tenido tos?	No, nada en absoluto	0
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones	28,1
	Unos pocos días al mes	29,3
	Varios días a la semana	63,2
	Casi todos los días de la semana	80,6
Durante los últimos ___ meses ¿ha expectorado? (flema)	No, nada en absoluto	0
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones	30,2
	Unos pocos días al mes	34
	Varios días a la semana	60
	Casi todos los días de la semana	76,8
Durante los últimos ___ meses ¿ha sentido que le faltaba el aire?	No, nada en absoluto	0
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones	35,7
	Unos pocos días al mes	43,7
	Varios días a la semana	71,4
	Casi todos los días de la semana	87,2

Durante los últimos ___ meses ¿ha tenido silbidos en el pecho?	No, nada en absoluto	0
	Sólo cuando tuve infección en los pulmones	36,4
	Unos pocos días al mes	45,6
	Varios días a la semana	71
	Casi todos los días de la semana	86,2
Durante los últimos ___ meses ¿cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios?	Ningún ataque	0
	1 ataque	44,2
	2 ataques	60,3
	3 ataques	73,5
	Más de 3 ataques	86,7
¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (Si no tuvo ataque serio pase a la siguiente pregunta)	No	0
	Menos de 1 día	41,9
	1 o 2 días	58,8
	De 3 a 6 días	73,5
	Una semana o más	89,7
Durante los últimos ___ meses, ¿cuántos días buenos (con problemas respiratorios) pasaba en una semana habitual?	Todos los días	0
	Casi todos los días	15,4
	3 o 4 días	61,5
	1 o 2 días	76,6
	Ninguno	93,3
Si tiene silbidos en el pecho ¿son peores por la mañana?	No	0
	Sí	93,3
¿Cómo diría que está de los pulmones (bronquios)?	No me causa ningún problema	0
	Me causa algún problema	34,6
	Me causa bastantes problemas	82,5
	Es el problema más importante que tengo	83,2
Si ha tenido algún trabajo remunerado, escoja una de las frases	Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron) en mi trabajo	0
	Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo	77,6
	Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar	88,9
Marque aquella respuesta, en relación a las actividades que realiza, que le suelen	Me falta el aire estando sentado o incluso acostado	No = 0 Sí = 90,6
	Me falta el aire cuando me baño o me visto	No = 0 Sí = 82,8
	Me falta el aire al caminar por casa	No = 0 Sí = 80,2

producir sensación de falta de aire, que más se acerque a cómo usted se siente últimamente	Me falta el aire al caminar fuera de casa (en plano)	No = 0 Sí = 81,4
	Me falta el aire al subir un tramo de escaleras	No = 0 Sí = 76,1
	Me falta el aire al subir una cuesta	No = 0 Sí = 75,1
	Me falta el aire al hacer deporte o al jugar	No = 0 Sí = 72,1
Marque aquellas respuestas que más se aproximen a su estado actual con respecto a la tos y la falta de aire	Tengo tos cuando toso	No = 0 Sí = 81,1
	Me canso cuando toso	No = 0 Sí = 79,1
	Me falta el aire cuando hablo	No = 0 Sí = 84,5
	Me falta el aire cuando me agacho	No = 0 Sí = 76,8
	La tos o la respiración me molestan cuando duermo	No = 0 Sí = 87,9
	Enseguida me agoto o me canso	No = 0 Sí = 84
En relación a otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden provocar...	La tos o la respiración me dan vergüenza en público	No = 0 Sí = 74,1
	Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia	No = 0 Sí = 79,1
	Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	No = 0 Sí = 87,7
	Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	No = 0 Sí = 90,1
	Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar	No = 0 Sí = 82,3
	Mis problemas respiratorios me han convertido en una persona débil o inválida	No = 0 Sí = 89,9
	Hacer ejercicio es peligroso para mí	No = 0 Sí = 75,7
	Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo	No = 0 Sí = 84,5
	Creo que la medicación me sirve poco	No = 0 Sí = 88,2

Acerca de su medicación... (si no toma ninguna pase a la siguiente pregunta)	Me da vergüenza tomar la medicación en público	No = 0 Sí = 53,9	
	La medicación me produce efectos desagradables	No = 0 Sí = 81,1	
	La medicación me altera mucho la vida	No = 0 Sí = 70,3	
Esta situación puede afectar a la realización de sus actividades habituales, marque las que crea que son causa de sus problemas respiratorios	Tardo mucho para bañarme o vestirme	No = 0 Sí = 74,2	
	Me resulta imposible ducharme o bañarme o tardo mucho rato	No = 0 Sí = 81	
	Camino más despacio que los demás, o tengo que parar a descansar	No = 0 Sí = 71,7	
	Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas de casa, o tengo que parar a descansar	No = 0 Sí = 70,6	
	Para subir un tramo de escaleras tengo que ir despacio o parar	No = 0 Sí = 71,6	
	Si tengo que correr o caminar rápido, tengo que parar o ir más despacio	No = 0 Sí = 72,3	
	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por las escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar a los bolos	No = 0 Sí = 74,5	
	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 km/h, trotar, nadar, jugar al tenis, o arreglar el jardín	No = 0 Sí = 71,4	
	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competición	No = 0 Sí = 63,5	
	¿Cómo le afectan sus problemas respiratorios	Puedo hacer deporte o jugar	No = 0 Sí = 64,8
		Puedo salir a distraerme o divertirme	No = 0 Sí = 79,8
Puedo salir de casa para ir de		No = 0	

normalmente, en su vida diaria?	compras	Sí = 81
	Puedo hacer el trabajo de la casa	No = 0 Sí = 79,1
	Puedo alejarme mucho de la cama o de la silla	No = 0 Sí = 94
Marque la única frase que usted crea que describe mejor cómo le están afectando sus problemas respiratorios	No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer	
	Me impiden hacer 1 o 2 cosas de las que quisiera hacer	
	Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer	
	Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer	

Total	Síntomas	Actividad	Impacto
-------	----------	-----------	---------

Tabla 11

Aibar MA, Laborda K, Conget F. Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *An Med Interna [Internet]*. 2007 [citado 14 Feb 2017]; 24(10):473-477. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n10/original2.pdf>

Padilla A, Oliveira G, Dorado A et al. Validez y fiabilidad del Cuestionario Respiratorio de St. George en población adulta con fibrosis quística. *Arch Bronconeumol [Internet]*. 2007 [citado 15 Feb 2017]; 43(4):205-211. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0300289607710566>

González R. EPOC leve y calidad de vida. *Arch Bronconeumol [Internet]*. 2015 [citado 15 Feb 2017]; 2(6):228-231. Disponible en: <http://www.separcontenidos.es/revista/index.php/revista/article/view/83>

Tabla 11. Ferrer M, Alonso J, Prieto L et al. Validity and reliability of the Spanish version of the St. George's Respiratory Questionnaire. *Eur Respir [internet]*. 1996 [citado 14 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionneumologica.org/asma/asma/sangeorge2.htm>

Anexo 6

El objetivo de la Escala de Glasgow es proporcionar los conocimientos necesarios para valorar el nivel de conciencia del paciente. La valoración de esta escala se compone de tres apartados que califican de manera individual tres aspectos de la conciencia: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora; a menor alteración, mayor puntuación. Su propósito es alertar al personal médico y de enfermería ante alguna alteración neurológica del paciente.

Respuesta ocular		
Espontánea	4	
A estímulos verbales	3	
Al dolor	2	
Ausencia de respuesta	1	
Respuesta verbal		
Orientado	5	Puntuación: 15 Normal < 9 Gravedad 3 Coma profundo
Desorientado/confuso	4	
Incoherente	3	
Sonidos incomprensibles	2	
Ausencia de respuesta	1	
Respuesta motora		
Obedece ordenes	6	
Localiza el dolor	5	
Retirada al dolor	4	
Flexión anormal	3	
Extensión anormal	2	
Ausencia de respuesta	1	

Muñana J.E, Ramírez A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enf Universitaria [Internet]. 2014 [citado 2 Mar 2017]; 11(1):24-35.* Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1665706314726612>

Anexo 7

El Índice Paquetes-Año (IPA) nos puede ayudar a establecer el grado de tabaquismo y su relación con la EPOC, se calcula teniendo en cuenta la cantidad de tabaco consumido (número de cigarrillos al día) y tiempo transcurrido como fumador. Se considera que un resultado superior a 15 IPA aumenta el riesgo de desarrollar EPOC por 7 veces.

ÍNDICE TABÁQUICO $\frac{\text{n}^\circ \text{ cigarrillos/día} \times \text{n}^\circ \text{ años de fumador}}{20}$
--

Índice tabáquico	Riesgo de EPOC
< 10	Nulo
10-20	Moderado
21-41	Intenso
> 41	Alto

Samfe.mx, Sistema de Atención Médica Familiar Especializada "Cuídate diferente" [Internet]. León: SAMFE; 2015 [citado 2 Mar 2017]. Disponible en: <http://samfe.mx/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc/>

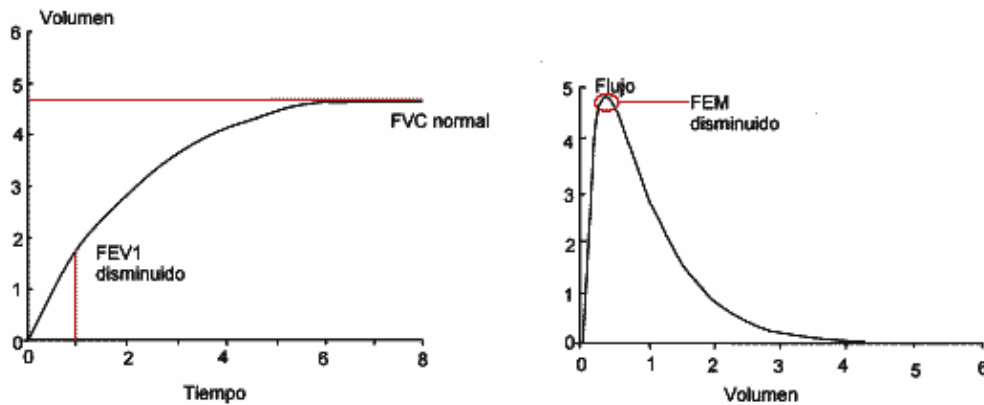
Anexo 8

Para la interpretación de los valores FEV₁ en la espirometría de un paciente con EPOC se tendría en cuenta la siguiente tabla:

Trastorno Obstructivo (FEV ₁)	
Grado	% de los teóricos
Leve	80 %
Moderado	50 – 80 %
Severo	30 – 50 %
Muy severo	< 30 %

En la espirometría característica del patrón obstructivo se observa una disminución de flujo aéreo por aumento de las resistencias de las vías aéreas, es decir, hay un aumento del atrapamiento del aire por el mayor volumen residual que queda en los pulmones. También es propio de ésta patología la marcada concavidad de la curva del gráfico de la espirometría.

- FVC normal
- FEV1 disminuido
- FEV1/FCV disminuido



Ventura G. Repasando...Manejo del espirómetro. PubMed [Internet]; 2010 [citado 4 Feb 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/MIRTOMELLOS02/repasandomanejo-del-espirometro>

Antona MJ, Castañar AM, Cordero P et al. Espirometría para Atención Primaria. Madrid: Ergon; 2015.

Anexo 9

Cálculo del índice BODE y del nivel de disnea:

FEV₁ (% de la predicha)	53	BODE	Gravedad	Mortalidad año
Distancia 6MWT (m)	364			
Escala de disnea	7			
IMC (kg/m²)	26,12			
		0-2	Leve	20%
		3-4	Moderada	30%
		5-6	Grave	40%
		7-10	Terminal	80%

Valor del Índice BODE	4
Porcentaje Mortalidad estimada por todas las causas	5.36
Porcentaje Mortalidad estimada por causa respiratoria	6.48

Escala modificada del Medical Research Council (MMRC)

- 0** Disnea sólo ante actividad física muy intensa
- 1** Disnea al andar muy rápido o al subir una cuesta poco pronunciada
- 2** Incapacidad de andar al mismo paso que otras personas de la misma edad
- 3** Disnea que obliga a parar antes de los 100m, a pesar de caminar a su paso y en terreno llano
- 4** Disnea al realizar mínimos esfuerzo de la actividad diaria como vestirse o que impiden al paciente salir de su domicilio

Casanoca C, García-Talavera I, de Torres JP et al. La disnea en la EPOC. Arch Bronconeum [Internet]. 2005 [citado 4 Mar 2017]; 41(3):24-32. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0300289605707420>

Samiuc.es, Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. Andalucía: SAMIUC; 2013 [citado 4 Mar 2017]. Índice BODE [aprox 1p]. Disponible en: <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-en-respiratorio/indice-bode-bode-index.html>

Henares A. EPOC, nuevos conceptos GESEPOC. PubMed [Internet]; 2011 [citado 4 Mar 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Azusalud/epoc-nuevos-concetos-gesepoc-10969676>

Anexo 10



Si esta hipótesis se confirma: las ACSC pueden servir como instrumento útil para valorar, de forma indirecta, la efectividad o los resultados de la APS

