



Escuela de Enfermería

Ciclo Licenciatura en Enfermería

Sede: Facultad de Ciencias Médicas

TESINA

**TEMA: “FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL REINGRESO DE
PACIENTES CON EPOC”**

AUTORES:

RIZZO MARIA DANIELA

ZAVALA MARIO ABEL

Mendoza, Diciembre del 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Acta de Aprobación

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

Resumen

Tema: “FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES CON EPOC”

Autores: Rizzo María Daniela – Zavala Mario Abel

Lugar: servicio de Clínica Médica Este- Oeste del hospital Luis Lagomaggiore. Capital, Mendoza Argentina. Año 2016.

Introducción: el presente trabajo de investigación pertenece a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, cuyo autores de la comisión de segundo año del ciclo lectivo 2016. Tiene la finalidad de conocer los distintos factores que causan la reinternación en pacientes que padecen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ya que el número que ingresa a la guardia con posterior internación a los servicios de clínica médica este y oeste, debido a su cuadro de exacerbaciones, es abultado. Una vez focalizados los factores que causaron el reingreso se podrá pensar en diferentes tipos de acciones de enfermería para abordar la problemática que presentan estos pacientes con el objeto de mejorar su calidad de vida.

Objetivo general: Determinar los factores que podrían relacionarse con la reinternación de pacientes con EPOC en los servicios de clínica médica este y oeste, Hospital L. Lagomaggiore, en el año 2016

Materiales y Método: investigación de tipo cuantitativa con una fuente de información documental (archivos e historias clínicas) y de caso (cuestionario). Estudio descriptivo, retrospectivo y prospectivo de estudio transversal. Universo de 40 pacientes que presentan EPOC y 30 enfermeros de los servicios de clínica este y oeste.

Conclusiones y recomendaciones: el principal factor de reingreso hospitalario es el humo de cigarrillo de la población total de pacientes estudiadas, de los cuales el 100 % de los pacientes con EPOC padecen comorbilidades asociadas

con mayor predominio la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca y el sexo más predominante sigue siendo el masculino. Se observó que un 87 % de las personas posee un nivel educativo básico llegando como máximo al nivel primario y de la totalidad solo el 13% completo sus estudios secundarios.

Como enfermeros es recomendable que a la hora de ejercer educación para la salud se debe tener en cuenta todos los factores que posee un paciente en estas condiciones.

Agradecimientos (Zavala Mario)

Mis agradecimientos van dedicados a un grupo de personas muy importantes para mí, que creyeron en mi capacidad y mi deseo de superarme día a día, que me brindaron su apoyo, acompañándome en esos momentos de alegría y felicidad al ver que el sueño anhelado por fin estaba muy cerca, pero por sobre todas las cosas agradecer a los que me brindaron su apoyo en tiempos difíciles, cuando la incertidumbre tomaba ventaja nuevamente, alejándome de mi meta lo cual me causaba mucha angustia y desesperación y a través de esas personas pude encontrar tranquilidad y las fuerzas para revertir esa situación y estar donde me encuentro, firme y más seguro que nunca.

Mis agradecimientos son para mi familia en especial, mi madre María Montenegro y mi madrina Marta Montenegro, que me brindaron su apoyo incondicional, para mi pareja y amor de mi vida, Bárbara Martos, quién ha estado a mi lado desde que comencé el secundario y me alentó todos estos años a seguir estudiando y superarme con la aspiración de ser un buen profesional, pero por sobre todas las cosas una buena persona.

Agradezco a la Universidad Nacional de Cuyo por darme la posibilidad de formar parte de ella y abrir sus puertas permitiéndome estudiar mi carrera, así también a los diferentes docentes que me brindaron su conocimiento y apoyo durante estos años , guiándome para el desarrollo de la presente tesis.

Mi más sincero agradecimiento es para mi compañera de tesis Rizzo María, quién emprendió este camino con un propósito en común, el llegar recibarnos y ser buenos profesionales, el camino no lo puedo catalogar como fácil pero lo que puedo afirmar es que disfrute de cada trabajo, investigación o proyecto y en las situaciones complicadas pude contar con la ayuda de mi compañera de cursado y tesis, hoy solo puedo decirle gracias amiga, espero que esta amistad sea duradera y buena como lo ha sido.

Agradecimientos (Rizzo Daniela)

En primer lugar agradecer a DIOS que nos guio en cada momento de esta hermosa experiencia que nos permite formarnos como profesionales y como personas.

Siempre y eternamente agradecidos a nuestras familias que nos acompañan y nos contienen en cada paso que damos.

Al tan humano y hermoso equipo docente que nos dio las herramientas para seguir creciendo en nuestra profesión, siempre acompañándonos en estos dos últimos años que siempre quedaran en esta en nuestra memoria y corazón.

Y por último y no menos importante a mis compañeros que siempre estuvieron cuando los necesite.

Prólogo

A lo largo de la profesión un enfermero debe contener y brindar cuidados a diferentes personas que padecen una diversidad de patologías muy amplias, entre las cuales se encuentra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, patología que es muy habitual en nuestra sociedad y para desconocimientos de muchos es una de las principales causas de muertes a nivel mundial.

Cuando la persona se encuentra enferma corre un alto riesgo de perder su calidad de vida, ya que no solo se encuentra con la enfermedad pulmonar sino que también presenta una gran variedad de comorbilidades, esta situación de salud no solo afecta a la persona que la padece sino también perjudica al plano familiar, ya que se ve perturbada en su funcionamiento habitual teniendo que variar roles, horarios y adecuarlos a los tiempos que el familiar enfermo requiere.

Es vital de importancia el compromiso del profesional con el paciente y su entorno familiar; además de satisfacer las necesidades biológicas Es tarea del enfermero valorar a la persona en todos sus aspectos como; relaciones familiares, lazos afectivos., preocupaciones, miedos, ansiedad, estableciendo vínculo de confianza para lograr el compromiso del paciente con su tratamiento.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO I (MARCO TEÓRICO)	11
• ESTADIOS DE LA EPOC.....	12
• ESPIROMETRIA.....	15
• EXACERBACIONES SEGÚN LA GOLD.....	18
• ARM EN EL PACIENTE CON EPOC.....	24
• FASE FINAL CRÍTICA EN EL PTE CON EPOC.....	26
• CUIDADOS PALIATIVOS (OMS 1953).....	27
• MODELOS DE ENFERMERÍA.....	29
• MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	31
• ROL DE ENFERMERÍA EN EL PTE CON EPOC.....	34
• BIBLIOGRAFIA.....	37
CAPÍTULO II (MARCO METODOLÓGICO)	38
• TIPO Y ÁREAS DE ESTUDIO.....	39
• UNIVERSO Y MUESTRA.....	40
• UNIDAD DE ANÁLISIS.....	40
• VARIABLES DE ESTUDIO.....	40

Índice

CAPÍTULO III (CONCLUSIONES)	52
• CONCLUSIONES FINALES.....	53
• PROPUESTAS DE MEJORA.....	57
ANEXOS	58

Índice de tablas y gráficos

TABLA Y GRÁFICO N° 1:TASA DE PTES QUE PADECEN IC.....	42
TABLA Y GRÁFICO N°2: N° DE PACIENTES QUE PADECEN HTA.....	43
TABLA Y GRÁFICO N°3: TASA DE EDUCACIÓN DE PTES.....	44
TABLA Y GRÁFICO N°4: TASA DE ENFERMOS SEGÚN EL SEXO.....	46
TABLA Y GRÁFICO N°5: PACIENTES CON EPOC MÁS COMORBILIDADES.....	47
TABLA Y GRÁFICO N°6: CAUSAS DE REINGRESOS HOSPITALARIOS.....	48
TABLA Y GRÁFICO N°7: FORMACION PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SALUD.....	49
TABLA Y GRÁFICO N°8: FRECUENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	50
TABLA Y GRÁFICO N°9: CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD.....	51

Introducción

El presente trabajo de investigaciones de carácter retrospectivo y cuantitativo, pretende exponer los factores de riesgo que predisponen a las personas que padecen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a la reinternación hospitalaria; ya que la EPOC es una de las principales causas de muertes a nivel mundial.

Según los cálculos de la OMS¹ correspondientes a 2007, hay en la actualidad 210 millones de enfermos en el mundo con EPOC. Se calcula que para 2020 esta dolencia será la cuarta causa más importante de mortalidad en todo el mundo.

En Estados Unidos, país con mayor cantidad de estudios disponibles, se estima que alrededor de 14 millones de personas la padecen, aumentado un 40% en los últimos años.

Las estadísticas arrojan lo siguiente²:

- Mata cada año en el mundo a unos 2,5 millones de personas, el mismo número de víctimas ocasionadas por el sida
- Cada hora mueren en el mundo 250 personas por EPOC.
- El los últimos 20 años, el número de casos se incrementó en un 100%.
- Es la segunda causa, después de las enfermedades cardíacas, de incapacidad laboral.
- El 39% de la población adulta del país es adicta al cigarrillo.
- Esta enfermedad es producto en casi el 95% de los casos del uso crónico del tabaco.
- Uno de cada cinco varones mayores de 65 años la presentan.
- Se estima que el 40% de quienes fuman durante más de 20 años y más de un paquete por día desarrollan esta enfermedad.

¹ <http://www.who.int/>

² Pagina web: proyecto.de.salud.com.ar

- 3 millones de argentinos padecen la enfermedad . Este número representa alrededor del 8% de la población argentina y su incidencia sigue en aumento.
- A pesar de la gravedad que reviste, el 75% de las personas de nuestro país que sufren esta afección todavía no ha sido diagnosticada.
- El 68% de los niños argentinos son fumadores pasivos.
- 5.000 personas mueren en Argentina anualmente como consecuencia de esta patología.

La idea de realizar una investigación sobre los factores que inciden en el reingreso de pacientes que padecen EPOC; surge a partir de la experiencia práctica profesional de los autores, donde se observó que en los servicios de Clínica Médica Este y Oeste del Hospital Luis Lagomaggiore con domicilio en la calle T Gordillo S/N en la ciudad de Mendoza, Capital, Argentina, hay evidencia de una mayor frecuencia de re internaciones de pacientes con esta patología.

El objetivo que persigue esta investigación es determinar las características de las personas que padecen la EPOC, de esta manera el profesional en enfermería contribuye para la promoción, prevención y recuperación de la salud del individuo, su familia y comunidad a la que pertenece

Por ultimo se tomó una muestra, en la cual se analizaron las distintas variables que presentaba la población seleccionada y mediante métodos estadísticos se estableció la problemática real.

En el servicio de internación anteriormente nombrado se ha podido notar que esta incidencia es mayor en personas de sexo masculino pertenecientes al rango etario comprendido entre 40- 59 años de edad. Otra variable analizada fue la formación académica de cada paciente con EPOC donde se destacó que el bajo nivel académico contribuye a la vulnerabilidad que presentan estos pacientes.

El principal factor de reingreso a la internación hospitalaria es el consumo de tabaco.

Descripción del Problema

El Hospital L. Lagomaggiore localizado en la calle T Gordillo S/N en la ciudad de Mendoza, Capital, Argentina, se encuentra dividido por diferentes sectores , entre ellos funciona el área de Clínica Médica Este y el área de Clínica Médica Oeste, estos dos grandes sectores suman la cantidad de 45 camas para internación, donde se le presta atención y tratamiento a personas con diferentes tipos de patologías, entre las cuales se encuentra la EPOC que es la enfermedad a la que hace mención el siguiente trabajo de investigación.

Se tiene el conocimiento que en los últimos años las personas que padecen EPOC han aumentado considerablemente, se comprueba mediante datos y cifras aportadas desde la OMS

Datos y cifras³

- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) altera la respiración normal y es potencialmente mortal. Es más que la "tos del fumador".
- En 2012 murieron por esta causa más de 3 millones de personas, lo cual representa un 6% de todas las muertes registradas ese año.
- Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.
- La principal causa de la EPOC es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos).
- En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados.
- La EPOC no es curable, pero el tratamiento puede retrasar su progresión.

³ <http://www.who.int/m>

Un estudio realizado en la ciudad de Mendoza y Córdoba por la EPOC.AR (Estudio Argentino sobre Enfermedad Obstructiva Crónica) reveló que un 89% de la población que padecen EPOC no han sido diagnosticados; Porque el paciente empieza a perder capacidad respiratoria lentamente y lo atribuye a la edad, el sobrepeso o el sedentarismo. El 11% que sabe que tiene la enfermedad está en los estadios más graves, es decir grado 3 ó 4, cuando ya depende de oxígeno y las posibilidades terapéuticas se reducen considerablemente

Si bien una gran parte de las personas con EPOC se encuentran en su domicilio bajo tratamiento médico, muchas otras son hospitalizadas por presentar crisis, debido a dicha patología y lo que más llama la atención, es que al consultar sus historias clínicas muchos de los pacientes ya habían sido hospitalizados en ocasiones anteriores por presentar el mismo cuadro.

Se puede observar que la patología en un principio era más reincidente en hombre que en mujeres, sin embargo esto quedó atrás porque en las re internaciones se puede constatar que el número de mujeres ha ido en aumento con el correr del tiempo.

Este trabajo tiene por objeto poner en conocimiento los principales factores causales que motivaron las distintas re internaciones de los pacientes que padecen EPOC.

Los periodos de internación de los pacientes van a repercutir tanto en su ámbito familiar directo, personas cercanas, equipo de salud y a la provincia en sí, debido a los gastos que los tratamientos demandan.

En lo que a la familia refiere, esta sufre una carga de estrés muy grande cuidando la persona hospitalizada, un ejemplo clave es el de un padre de familia que es hospitalizado en reiteradas ocasiones, el cual debe ser cuidado por su esposa o hijos si estos fueran mayores de edad, familiares o allegados, lo que causa un desequilibrio tanto en el círculo familiar como de quienes lo rodean, debiendo

planear la forma en la que se van a organizar para el cuidado del familiar enfermo y que esto afecte lo menos posible el entorno de las personas que prestan el cuidado.

Con respecto al equipo de salud, este puede sentir frustración en algún punto por el hecho de que muchos de los factores causales de la re internación dependen de las malas decisiones propias de los pacientes.

En lo que tiene que ver con la cuestión económica se puede mencionar que el costo de la internación varía de acuerdo al tipo de EPOC del que se trate (leve, moderado, severo) y al tiempo de internación de estos pacientes ya que los tiempos oscilan desde un día los casos de crisis simples hasta 2 meses los más complejos, en los cuales la persona tiene grandes probabilidades de morir a causa de la patología.

Formulación del Problema.

¿Qué factores inciden en la re internación de pacientes con EPOC en los servicios de clínica médica este y oeste del Hospital Lagomaggiore durante el segundo cuatrimestre del año 2016?

Justificación

El objetivo concreto que persigue esta investigación es conocer las diferentes causas que provocan la re internación del paciente con EPOC.

Conociendo los factores causales de las re internaciones, podemos contribuir a la mejora de la Atención Primaria, una forma de ayudar sería el proporcionar todo tipo de información ya que conociendo las diferentes variables como sexo, grupo etario, nivel de educación y las principales exposiciones que afecta a la población orientamos a los profesionales de la salud en atención primaria en la toma de decisiones a la hora de abordar un grupo de individuos que padecen la mencionada patología.

De esta manera se podría afrontar los diferentes casos y disminuir el número de re hospitalizaciones e indirectamente esto influiría en el gasto económico del estado ya que cada persona hospitalizada genera un gasto considerable en su tratamiento, esto incluye estadía hospitalaria(nutrición adecuada al tipo de paciente, ropa de cama, limpieza, etc), medicación de acuerdo a la complejidad en la que se encuentra la persona o comorbilidades asociadas, recurso humano especializado necesario para su atención(kinesiólogo, nutricionista, medico, enfermero, fonoaudiólogo, etc)

Se puede pensar que si la atención primaria resultase efectiva se ahorraría una gran cantidad de dinero que podría destinarse a otros fines dentro de la salud, para mejorar la calidad de atención de la población; como la capacitación del recurso humano, adquisición de tecnología, introducir mejoras dentro de las instalaciones, etc.

Con todo lo antes mencionado podemos sensibilizar a los individuos tanto sanos como enfermos. Las personas enfermas pueden tomar consciencia acerca de su estado de salud y de esta manera tomar medidas y adoptar un compromiso estableciendo hábitos más saludables que eviten el progreso de esta enfermedad

crónica; todo esto en complemento con la ayuda de los agentes sanitarios o profesionales de la salud podrían mejorar la calidad vida de la persona.

En cuanto a la población sana, junto con la atención primaria en salud se puede poner en advertencia la severidad de este tipo de enfermedad, evitando nuevos casos de personas que padezcan esta patología.

Objetivo general

Determinar los factores que podrían relacionarse con la re internación de pacientes con EPOC en los servicios de clínica médica este y oeste, Hospital L. Lagomaggiore, en el año 2016

Objetivos específicos

- Enumerar los posibles factores causales de re internación.
- Caracterizar a los pacientes.
- Identificar las acciones educativas que realiza el personal de enfermería en la prevención del reingreso de pacientes.
- Caracterizar al personal de enfermería

CAPÍTULO 1

Marco teórico

La Enfermedad Obstructiva Crónica y sus estadios

La EPOC, es una enfermedad totalmente prevenible y tratable, como la sigla lo indica enfermedad obstructiva crónica, la misma se caracteriza por una disminución progresiva en el flujo de aire que si bien puede ser tratada no puede ser curada. El principal factor causal de esta enfermedad es el humo del tabaco, como también la exposición a gases nocivos y contaminantes, hay un cierto grado de exposición genética a padecerlo pero es muy poco frecuente. Lo que estos factores van a causar en los pulmones es una reacción inflamatoria que va a conllevar a un cuadro de disnea, tos crónica con o sin expectoración.

Las personas que padecen la enfermedad obstructiva crónica suelen sufrir cuadros de exacerbaciones, que son manifestaciones agudas de inestabilidad de la misma, que conlleva a la complicación del cuadro. Además de las exacerbaciones en la mayoría de las personas que presentan la patología se pueden identificar comorbilidades asociadas que complican aún más el cuadro.

Según la GOLD⁴, se pueden identificar cuatro estadios de la enfermedad, los cuales van a depender del grado de disnea que presenta la persona.

En el estadio uno o EPOC leve se tiene una disminución apenas perceptible del flujo aéreo por lo que los pacientes lo pasan por alto.

En el estadio dos ya la limitación del flujo aéreo es mayor, a tal punto que comienzan a aparecer síntomas asociados como tos, esputo, disnea ante el ejercicio físico, esta etapa ya es más evidente para el paciente por lo que en este estadio la mayoría de las personas acuden a un profesional para el control de los síntomas.

En el estadio tres la persona se encuentra con una limitación aun mayor del flujo aéreo con una disnea de mayor consideración, fatiga, limitaciones para realizar las actividades diarias y exacerbaciones que van a afectar la calidad de vida de la persona.

En el estadio cuatro la persona padece una disminución grave en el flujo aéreo, la misma es tan nociva que va a repercutir de forma negativa afectando al corazón y vasos sanguíneos. En este estadio corre gran peligro la vida misma del paciente,

⁴ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

y en ocasiones estos deben pasar el resto de su vida con un suplemento diario de oxígeno para compensar la falta del mismo.

El principal factor de riesgo es el tabaco, que representa el mayor riesgo para desarrollar la enfermedad, otros factores de riesgo la exposición laboral a polvos orgánicos e inorgánicos y gases químicos, la contaminación del aire interior proveniente de cocinar y calentarse mediante la combustión de biomasa en viviendas mal ventiladas, los altos niveles de contaminación del aire exterior y factores genético

El consumo de tabaco es el factor más predominante para el desarrollo de la enfermedad, un estudio⁵ realizado revela que el mayor porcentaje de personas enfermas son fumadores o exfumadores en un 80 a 90 por ciento de los casos, es por esto que uno de los objetivos de esta investigación es hacer hincapié sobre este mal hábito y dar a conocer lo nocivo que puede ser para la salud general del organismo de la persona, ya que la mayoría de los fumadores toman conciencia de lo perjudicial que es cuando comienzan a manifestarse los primeros síntomas y aun así no cesan esta conducta autodestructiva.

Existe entre la población una pequeña parte de personas que padecen la enfermedad sin ser fumadores, los comúnmente llamados fumadores pasivos, los cuales son víctimas de la inconciencia de quienes practican estos malos hábitos

Consultando distinto tipo de bibliografía, llegamos a la conclusión de que la información que se brinda en las mismas está enfocada a una población en general y no focalizada a un tipo específico de población, adaptando la información a un lenguaje fácil de comprender e interpretar acorde al nivel educacional de los receptores.

Otra forma de en la que se puede adquirir la enfermedad es la exposición a gases contaminantes, vapores, gases orgánicos e inorgánicos, productos químicos, humo causado por la quema de materiales, factores que se pueden encontrar en el ámbito laboral de las personas. Por esta razón y por muchas otras más es importante concientizar tanto a la población como a los empleadores sobre los beneficios que tiene la utilización efectiva de los materiales de bioseguridad en el trabajo, ya que mejoraría las condiciones laborales, disminuiría las licencias por enfermedades y lo más importante se cuidaría la salud del recurso humano.

⁵ <https://www.nhlbi.nih.gov>

Existen factores genéticos como el enfisema hereditario, producto de la deficiencia de alfa-1-antitripsina, es el principal ejemplo del factor genético que predispone a una disminución de la función pulmonar. Se estima que esta es la causa del 1% de los casos de EPOC y del 2-4% de los enfisemas, esta causa es poco común, pero no por ello no debe tenerse en cuenta.

Otros factores como la edad es un factor a tener en cuenta ya que la mayor parte de los pacientes enfermos superan las cuatro décadas de vida y eso puede deberse a que hace cuarenta años o más, no se tenía el suficiente conocimiento sobre la patología y no existían tantos medios avocados a la prevención de enfermedades tan mortales como esta que cada año se cobra la vida de miles de personas.

Con respecto al género tiene mayor predominio en los varones que en las mujeres situación que ha ido cambiando con el correr del tiempo ,ya que en la actualidad el número de mujeres que fuman o se ven expuestas a los principales factores de riesgo es más elevada.

El factor socio económico y cultural, es un punto clave a tener en cuenta, ya que gran parte de los enfermos no tiene el suficiente conocimiento sobre lo grave que son las consecuencias del hábito de fumar debido a que su nivel educacional es bajo y en muchos de los casos estas personas no han terminado el ciclo escolar los que los hace vulnerables a contraer enfermedades, a la falta de interpretación de las explicaciones efectuadas por los profesionales, etc.

Se puede decir que en las clases sociales más desfavorecidas existe un mayor número de factores que se asocian al desarrollo de la enfermedad: mayor consumo de alcohol y tabaco, peores condiciones de las viviendas, infecciones frecuentes en la infancia y menos recursos sanitarios.

Por lo general el paciente con enfermedad obstructiva crónica es o ha sido fumador durante muchos años , pero los daños que produce el hábito tabáquico se manifiestan después de los cuarenta años de vida, donde los síntomas comienzan a manifestarse insidiosamente, comenzando con episodios de disnea, tos productiva o no. Lo que hay que tener en cuenta es que la persona al comienzo de la patología no alcanza a distinguir la misma, apenas percibe los episodios de tos y falta de aire, adaptando sus actividades diarias para compensar la sintomatología que desencadena el esfuerzo y a medida que la enfermedad progresa aumentan estos síntomas llegando a lo que se llama una disnea grado uno donde la persona comienza a sentir falta de aire al realizar actividades simples que demanden esfuerzo hasta llegar a una disnea grado cuatro u

ortopnea donde su funcionabilidad se ve totalmente afectada, ya que se le dificulta la realización de las actividades cotidianas como vestirse, caminar, hablar, etc, llegando en casos extremos a depender del suministro de oxígeno de forma permanente.

La tos crónica se caracteriza por su aparición repentina y por lo general de origen matutino y por ser productiva. Durante el examen físico no suelen obtenerse datos relevantes en la etapa leve y moderada. No pasa lo mismo en la etapa grave de la enfermedad, ya que al realizar la auscultación pulmonar se puede percibir una espiración más larga de lo normal, la disminución del murmullo vesicular y la existencia de roncus y sibilancias ente otros signos como la insuflación del tórax, perdida notable de peso y masa muscular, edemas periféricos y signos de sobrecarga del ventrículo derecho.

El diagnóstico clínico de sospecha de EPOC se considera en todos los pacientes que presentan tos crónica, disnea, y han estado expuestos a factores de riesgos como los antes mencionados pero principalmente al humo del tabaco, pero teniendo en cuenta que en el estadio leve o moderado el examen físico no es tan preciso y puede confundirse con otras patologías respiratorias, se debe confirmar con una espirometría forzada con prueba broncodilatadora que además de establecer el diagnostico indica la gravedad del cuadro.

El examen que se realiza para determinar la EPOC, se llama espirometría, éste procedimiento es indoloro, bajo costo y es un método no invasivo para el paciente, sin medios de radiación o punciones para determinar el funcionamiento pulmonar.

Esta prueba permite conocer el estado de los pulmones de una persona midiendo el aire que se puede inspirar y espirar.

Existen dos tipos de Espirometría:

- 1- Espirometría simple:** consiste en que la persona respire lentamente primero con normalidad; luego tendrá que realizar una inspiración y soltar todo el aire que pueda. Así se mide el volumen de aire que entra y sale de los pulmones.
- 2- Espirometría forzada:** consiste en que la persona realiza una inspiración profunda y una espiración brusca hasta que no pueda expulsar más. Este estudio es el más utilizado para las personas que padecen una broncopatía.

Los resultados se expresan a través de curvas que se leen clínicamente; los resultados negativos pueden significar la presencia de una enfermedad pulmonar o torácica.

Algunas enfermedades como el enfisema pulmonar, bronquitis crónica, pueden hacer que los pulmones contengan demasiado aire y tarden más tiempo en vaciarse, estas son las que denominamos trastornos pulmonares obstructivos.

En cuanto a los riesgos, existe leve riesgo en personas con ciertos tipos de patologías pulmonares. El examen no se debe practicar a pacientes que presenten algún tipo de cardiopatía o que allí tenido una atelectasia pulmonar reciente.

El examen radiológico es importante para el control del EPOC. Su función principal es descartar otras afecciones pulmonares o cardíacas que puedan confundir el cuadro inicial. En cuanto al EPOC, las radiografías torácicas pueden ser normales hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad, algunas de las consecuencias de la patología son tardías, por ejemplo alteración del diafragma o costillas más horizontales.

En la analítica de rutina como puede ser un hemograma este no se ve afectado normalmente, el objetivo es detectar la presencia de alguna alteración y determinar la presencia de alguna infección que pueda complicar la patología inicial.

Si se sospecha que la causa del EPOC es genética se medirán los valores de alfa 1- anti tripsina.

La saturación de oxígeno de la hemoglobina de la sangre arterial. No sustituye a la gasometría. Es útil ante la sospecha de hipoxemia, ya sea en los pacientes muy graves o en el manejo de las exacerbaciones,

Otro método diagnóstico es la Prueba de la marcha de los 6 minutos la misma consiste en, que el paciente recorra la mayor distancia posible en 6 minutos, en terreno llano, siguiendo un protocolo estandarizado. El paciente deberá ir en compañía del examinador, quien previamente le habrá informado de las características de la prueba. Ésta sirve para evaluar el grado de tolerancia al ejercicio a esfuerzos submáximos y ha demostrado ser un buen predictor de la supervivencia y de la tasa de reingresos hospitalarios por exacerbación.

Pequeñas diferencias percibidas por el paciente pueden ayudar a los clínicos a interpretar la eficacia de tratamientos sintomáticos para la EPOC. En un estudio publicado⁶ la caída del SpO₂ 4% del nivel basal o una SpO₂ de 86% debe ser tomada como desaturación durante la prueba, siendo éste un indicador de gravedad de la enfermedad pulmonar. El grado de disnea percibida, y la frecuencia cardíaca basal y máxima alcanzada son datos de importancia secundaria a evaluar en el contexto clínico.

Para la realización de un diagnóstico diferencial se procederá con cualquier patología que curse con tos, expectoración y/o disnea, principalmente asma, bronquiectasias e insuficiencia cardíaca.

El asma puede aparecer a cualquier edad. Suele presentar antecedentes familiares y/o personales de atopia y no está asociado al tabaquismo. Son características la limitación al flujo aéreo reversible y la variabilidad en los síntomas.

En el estudio de la función pulmonar se detecta una limitación ventilatoria restrictiva en lugar de obstructiva. Sin embargo, los síntomas de ambas enfermedades se solapan con frecuencia e incluso algunos estudios sugieren que los pacientes con EPOC tienen una elevada prevalencia de insuficiencia cardíaca asociada. El diagnóstico se realiza por la presencia de signos y síntomas típicos con la confirmación por ecocardiografía.

Otras enfermedades con las que se ha de realizar el diagnóstico diferencial son la tuberculosis, la obstrucción de la vía aérea superior, la fibrosis quística, la neumoconiosis y la bronquiolitis obliterante.

⁶ a Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires

Situaciones en que los médicos de atención primaria deberían consultar a los especialistas de referencia.

- Dudas en el diagnóstico
- Si no se dispone de espirómetro, hay que remitir siempre al paciente al especialista para confirmar el diagnóstico
- Pacientes con frecuentes exacerbaciones
- Tras un ingreso hospitalario a causa de la EPOC (en caso de que no haya sido visitado por un neumólogo)
- Valoración de posibles tratamientos quirúrgicos (bullectomía, reducción de volumen, trasplante) de ventilación mecánica no invasiva
- Disnea en pacientes con enfermedades grado moderado
- Rápido deterioro clínico o de la función pulmonar.

Durante el transcurso de la enfermedad la mayoría de los pacientes en algún momento sufren una **Exacerbación**; es decir una agudización de sus síntomas, estos episodios surgen cada vez de manera más frecuente y más intensas. Estas exacerbaciones causan una mala calidad de vida de las personas que padecen EPOC y Muchas veces suelen ser una causa de muerte.

Definición

Según la GOLD define una exacerbación como:

“un evento en el curso natural de la enfermedad caracterizado por un aumento en la disnea, tos y/o esputo basal del paciente que va más allá de las variaciones diarias, que es agudo en su inicio y precisa un cambio en la medicación regular.”

En muchas ocasiones estas exacerbaciones son de forma leve y la persona no necesita acudir a la consulta médica, pero aquellas que se presentan de forma más grave requieren la intervención de un equipo interdisciplinario y muchas veces la hospitalización prolongada de los pacientes.

La mayoría de las exacerbaciones, más del 60%, se producen por alguna infección dentro del árbol bronquial. El problema radica en que la inflamación aguda se suma a la inflamación crónica propia de la EPOC, dando como resultado un estrechamiento del lumen a lo que se suma aumento de la mucosidad.

Otras causas pueden ser factores ambientales, malas técnicas en el uso habitual de inhaladores o el incumplimiento del tratamiento de base o algunas comorbilidades asociadas.

La valoración de un paciente que puede estar cursando un episodio de exacerbación debe centrarse en observar la gravedad del episodio y delimitar otras causas de deterioro en los síntomas.

Es importante conocer si el paciente continúa con hábito tabáquico, grado de EPOC, exacerbaciones anteriores, si cumple con el tratamiento médico, el estado del carnet de vacunación, y estado de general que presenta.

Si el episodio no requiere internación hospitalaria debe tenerse en cuenta el uso de oxímetro y algún examen complementario como por ejemplo un electrocardiograma para descartar alguna complicación.

El objetivo de los cuidados de enfermería no es tratar la enfermedad, sino a la persona. Nuestros cuidados deben estar enfocados en la prevención de la morbilidad y sus consecuencias y ofrecerles a los individuos mejor información para mantener y reforzar su capacidad de decisión y de autocuidados.

Dorotea Orem define autocuidado como: “una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en determinadas situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores internos y externos, que puedan comprometer su vida y desarrollo posterior...”

Los cuidados de enfermería se pueden organizar en dos partes: 1- conseguir una buena atención de la enfermedad crónica y por otro lado 2- apoyar y acompañar a los pacientes activos y conscientes de su responsabilidad en el autocuidado y de esta manera ven al profesional de salud como fuente de información y apoyo emocional.

El papel de enfermería es clave ya que es un punto de referencia para el paciente y su familia y así asegurar el correcto tratamiento, seguimiento y de esta manera prevenir las exacerbaciones.

La enfermera en atención primaria cumple un rol importantes en el paciente con EPOC ya que es la encargada de educar al sujeto en los cuidados relacionados con su enfermedad así mismo también la importancia de estos; porque allí es donde llegan las primeras consultas y es tarea de enfermería captar aquellos pacientes que se encuentran en riesgo de padecer la enfermedad o que ya la padecen.

En primer lugar se lleva a cabo la prevención; con la detección de fumadores, valorando el grado de dependencia y su predisposición para abandonarlo. Es aquí donde actuamos como educadores y consejeros; ofreciendo ayuda y de manera estratégica ofrecer la prueba de Espirometría para la detección precoz del EPOC.

El paciente que presenta la enfermedad obstructiva crónica muy a menudo padece otra serie de enfermedades o comorbilidades asociadas a la EPOC. Estas comorbilidades complejizan aún más el cuadro de la persona aumentando la tasa de mortalidad de la enfermedad.

A diario en el hospital Lagomaggiore ingresan personas con la enfermedad que requieren solo un control ambulatorio, para estabilizar la crisis o exacerbación que presenta en el momento. Tratamiento que suele durar un par de horas, donde se nebuliza al paciente que puede presentar una serie de broncoespasmos, se puede controlar la falta de oxígeno mediante una máscara que va a cubrir esta demanda

hasta que cese la crisis del paciente. Controlada la situación el personal profesional en todos los casos, le brinda información al paciente y lo orienta a respecto de las posibles complicaciones, acción que realiza por lo general en muy corto tiempo debido a la cantidad de demanda de atención que presenta la guardia del hospital. Estos cortos periodos impiden determinar la comprensión del paciente o brindar una información totalmente completa y adaptada al tipo de persona que está solicitando el servicio, que desde nuestro criterio profesional podría ser uno de los pilares a tener en cuenta para disminuir el número de reingresos hospitalarios.

Otros casos de personas que acuden al hospital para su tratamiento ante las exacerbaciones recurrentes que manifiesta la EPOC, no cuentan con la misma cuota de suerte que los anteriores mencionados, ya que estos en ocasiones son traídos por una tercera persona (vecino, amigo o familiar) y en casos más graves por el servicio coordinado de emergencia o ambulancia de distintas empresas (Ser prisa, ECOS, Código Rojo, A tiempo). El tratamiento de estas personas varia acorde al estadio de la enfermedad, casi en su totalidad requieren internación hospitalaria.

Desde que el paciente ingresa realizan las acciones necesarias para completar su cuadro, luego el médico realiza una anamnesis con el objeto de identificar antecedentes familiares, hábitos, estilo de vida y otra serie de preguntas con el objeto de poder establecer un diagnóstico de la patología del paciente.

El hospital cuenta con servicio de radiología, tomografía, laboratorio las 24 horas, para la realización de estudios que orienten al profesional sobre el estado del medio interno de la persona, con el fin de abordar distintos tipos de conductas ya sea la internación, intervención u observación.

En el caso de internación del paciente no hay que olvidarse que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una enfermedad sistémica y esto significa que además de las alteraciones pulmonares causadas por la obstrucción hay

presencia de otras alteraciones que el enfermo en la mayoría de los casos ignora. Estas alteraciones o comorbilidades aumentan en gran cantidad la tasa de mortalidad en los pacientes con EPOC.

Entre las comorbilidades asociadas a la enfermedad obstructiva crónica se encuentran: Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebrovascular, Cardiopatía Isquémica, Anemia, Miopatía, Índice de Masa Corporal (IMC) disminuido, Síndrome de Apnea Hipoapnea del Sueño (SAHS). Arritmias Hipertensión Pulmonar, Cáncer de pulmón, Osteoporosis, Glaucoma/Cataratas Trastornos psicológicos (ansiedad y depresión), Deterioro cognitivo, Hipertensión arterial, Diabetes mellitus Síndrome metabólico.

Estas son algunas de las comorbilidades que con más frecuencia aparecen asociadas con la EPOC.

Cardiopatía isquémica esta enfermedad junto a la EPOC tienen en común como factor causal el humo del tabaco, esta isquemia cardíaca al correr de los años con el hábito tabáquico del paciente comienza a agudizarse y a presentar síntomas evidentes como la disnea de esfuerzo por presentar un cuadro anginoso el cual puede ser estable (que cede con el reposo) o puede ser una angina inestable la cual sucede cuando los vasos cardíacos presentan una estenosis muy pronunciada con falta de abastecimiento al músculo cardíaco, pudiendo causar hasta un infarto agudo de miocardio con el posterior deceso de la persona si la persona no es tratada a tiempo.

Es difícil establecer un diagnóstico entre insuficiencia cardíaca y EPOC ya que los síntomas son muy similares. La (IC) es la comorbilidad más frecuente que presentan las personas con enfermedad obstructiva crónica, los pacientes que ingresan con estos síntomas son tratados hasta compensar la crisis y posteriormente se pide una interconsulta con un cardiólogo ya que el hospital cuenta con un servicio de cardiología para este tipo de situaciones. En el caso que

se certifique la patología cardíaca, el paciente es derivado al servicio de unidad coronaria quienes cuentan con el equipo necesario para este tipo de tratamiento.

Diversos estudios realizados han demostrado que una cuarta parte de los pacientes hospitalizados debido a exacerbaciones producto de causas indeterminadas corren el riesgo de presentar un tromboembolismo pulmonar, por esta razón cuando un paciente con EPOC requiere hospitalización de urgencia con los síntomas antes mencionado (taquipnea, taquicardia, dolor torácico, pleurítico y subesternal, hemoptisis cianosis, fiebre, hipotensión) se debe pensar en la presencia de un TEP con el objeto de iniciar un tratamiento con anticoagulantes como la heparina, enoxaparina, warfarina, etc.

Se ha demostrado que un setenta por ciento de los casos de tromboembolia pulmonar padecen TVP trombosis venosa profunda y de estos casos el noventa por ciento tienen EPOC. Como experiencia personal podemos recalcar que casi la totalidad de los casos de EPOC no tienen la mínima sospecha si padecen TVP o los riesgos que esto implica o que esta patología pudiera ser causada por el hábito de fumar.

Hay que hacer hincapié en la educación de estos pacientes, no basta con atender la urgencia a través de las diferentes especialidades que cuenta el hospital como neumonología o fleboología.

Si bien parece una propuesta ambiciosa, el hospital debería analizar la posibilidad de designar personal que se dedique solo a la capacitación tanto de estos pacientes como otras patologías totalmente prevenible y de las que la mayoría de las personas no tienen el conocimiento necesario de las complicaciones a futuro. Esta persona debe estar avocada a transmitir este tipo de conocimiento y contar con la capacidad de adaptar la información al tipo de educación con la que cuente la persona. Esta es una humilde proposición de quienes ejercen una función de atención de pacientes dentro del hospital a través del rol de enfermería y han podido notar que los tiempos de educar tanto a la familia como al paciente mismo

se ven disminuidos debido a la falta de recurso humano y la conveniencia de esperar el momento adecuado para hacerlo.

Diversos estudios han mostrado la relación existente entre el deterioro de la función pulmonar y el aumento del riesgo de accidente cerebrovascular (ACV). Aunque se han asociado algunos factores de riesgo que podrían explicar esta relación (tabaquismo, edad, HTA, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, hipoxemia), los análisis realizados neutralizando dichos factores mantienen la relación mencionada entre la función pulmonar y el aumento del riesgo de ACV.

Vale aclarar que el hospital cuenta con un servicio de neurología y se encuentra el tomógrafo disponible para este tipo de situación las veinticuatro horas del día.

Asistencia respiratoria (ARM) en el paciente con EPOC

Un importante número de casos de enfermedad obstructiva crónica que se presentan en el hospital Lagomaggiore se encuentran transitando un estadio avanzado de la enfermedad, por lo que los cuidados y tratamiento que se les otorga tanto en el servicio de clínica médica este y oeste no alcanza a cubrir las necesidades que este tipo de paciente requiere. Estos pacientes son trasladados a servicios donde cuentan con una mayor complejidad.

Al ingresar a terapia intensiva se realizan una serie de estudios para valorar el estado de conciencia de la persona mediante la escala comportamental del Glasgow, se realizan muestras de gases arteriales analítica de laboratorio, y en base a estos resultados se decide la conducta a seguir.

En el caso que el estado del paciente sea muy crítico y no reversible por los medios más utilizados como el suministro de oxígeno por cánula nasal o una máscara Venturi, nebulizaciones o puff, se recurre a uno de los tratamientos más utilizados dentro del servicio de terapia intensiva dirigido hacia los pacientes con enfermedad obstructiva crónica que experimentaron exacerbaciones agudas, este

es la asistencia respiratoria mecánica o (ARM). Dentro de la ARM se encuentra la ventilación no invasiva o (VNI) que consta de una máscara que se adapta al contorno de la cara del paciente y además es fijada por un dispositivo de sujeción con el fin de impedir la fuga de oxígeno. Mediante la VNI el paciente compensa la falta de oxígeno, aproximadamente el cincuenta por ciento de los pacientes responden al tratamiento y compensan el cuadro de hipercapnia, acidosis y mejoran su mecánica respiratoria en el lapso de cuatro horas aproximadamente.

Los casos que no responden a este tipo de tratamiento requieren la intubación endotraqueal que es la forma invasiva de la ARM, donde se coloca un tubo dentro de la tráquea y luego se insufla un balón interno para impedir la fuga de aire, para ello es necesario sedoanalgesiar al paciente, ya que a diferencia de la VNI en la cual el paciente es solo ayudado por el respirador, en este caso tanto la espiración como la inspiración es controlada por el respirador.

Estos casos de ventilación invasiva son muy complejos y demandan mucha atención tanto del personal de enfermería, kinesiólogos, médicos, nutricionistas, radiólogos y otras especialidades.

En el mejor de los casos el estado de descompensación del paciente es revertido y se puede despartar del respirador y traslado a un servicio de menor complejidad, donde además de contar con el apoyo de los profesionales pueda establecer un vínculo con sus familiares ya que el servicio de terapia intensiva es un servicio cerrado.

Establecimiento de la fase final-fase crítica.

Es muy difícil determinar el comienzo de la fase final de la enfermedad pero poder determinarla tiene suma importancia tanto para que el médico encuentre el momento más indicado para dialogar con el enfermo y su familia sobre el estado de salud del paciente y el grado de morbilidad que presenta, para que este pueda establecer su plan de vida acorde a la etapa en la que se encuentra la enfermedad.

Tanto el círculo familiar como los profesionales de la salud tratantes deben consensuar un plan de cuidados dirigidos al paciente enfermo con el objeto de acompañarlo durante el transcurso de la etapa final de su enfermedad para poder brindarle la mejor calidad de vida en la medida que la situación lo permita.

Acompañar a un paciente con EPOC durante la fase final de la enfermedad genera un desgaste tanto físico como mental. Llega un momento en el que el paciente depende totalmente de su cuidador tanto para realizarle las nebulizaciones como para trasladarlo, realizarle el aseo personal, darle de comer, vestirlo y demás actividades de la vida diaria. Este tipo de asistencia requiere la permanencia de una persona constantemente con el enfermo, lo que afectaría de forma directa el proyecto de vida de su cuidador ya que debería adaptar su modo de vida a las necesidades de su familiar enfermo, quién indirectamente se volvería una carga importante para la familia.

Diversos estudios realizados ponen en evidencia el grado de dificultad que tiene el poder establecer cuando se da el comienzo del estadio terminal de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, ya que durante diversa cantidad encuestas realizadas en múltiples centros de atención a pacientes con EPOC los médicos refieren que al menos el cincuenta por ciento de los casos de fallecimiento de estos pacientes no tenían indicios de estar en la fase final. A diferencia de lo que sucede con el cáncer, donde la fase final es más recortada en el tiempo y sigue

unos patrones fáciles de distinguir, en la EPOC no resulta sencillo identificar este período crítico de la enfermedad.

Dicho de otra manera el EPOC al ser una enfermedad crónica y de larga evolución con un deterioro sistémico, en el cual se van a presentar diversas cantidades de exacerbaciones que requerirán o no la internación hospitalaria y habrá períodos en el que el paciente se encuentra asintomático, es muy difícil poder determinar cuándo comienza el estadio final de la enfermedad para dar comienzo a los cuidados paliativos.

Los síntomas asociados a la fase final de la enfermedad se asemejan a los que el paciente experimenta durante el comienzo de la misma, pero en el estadio terminal se destacan la disnea, la astenia, la depresión, el dolor confusión, estreñimiento, insomnio y anorexia.

Tanto para establecer la situación clínica del paciente como para valorar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en beneficio del paciente con una fase avanzada, es preciso la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos pueden definirse como «el enfoque que mejora la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales

Según la OMS1953, los cuidados paliativos deben:

- Proporcionar el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- No acelerar ni retrasar el proceso de la muerte.

- Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tener en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecer apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.
- Ser empleados desde las fases tempranas de la enfermedad, junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida.

Modelos de enfermería

A lo largo de toda la formación profesional que tiene un enfermero; se han incluido diferentes tipos de modelos de cuidados que ha adoptado la enfermería a lo largo del tiempo, entre estos modelos se encuentran:

- Modelo Naturalista
- Modelo de Suplencia y Ayuda
- Modelo de Interrelación.

El modelo NATURALISTA cuenta como mayor referente a FLORES NITHINGALE, quien tiene la creencia de que el ambiente que rodea al individuo va a influir directa o indirectamente sobre salud del mismo. Por lo que entre las acciones del modelo establecen la creación de ambiente saludable, buenas condiciones higiénicas, iluminación, ventilación, etc.

El modelo de SUPLENCIA Y AYUDA tiene como referentes a VIRGINIA HENDERSON quien consideraba a la persona un ser biopsicosocial con necesidades que cubrir y establece como función de enfermería ayudar a la persona sana o enferma a cubrir sus necesidades; y que éste recupere su independencia lo antes posible, lo cual podría realizar si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento.

Otra referente es DOROTHEA OREM, quien estableció la teoría del AUTOCUIDADO la cual considera al individuo un ser biológico, psicológico que interactúa con el medio en el que se encuentra y capaz de crear actividades que pueden mejorar su entorno y el de los demás, considera al autocuidado una necesidad humana.

El modelo de INTERRELACIÓN, este se basa en fomentar la adaptación del individuo en un entorno que cambia constantemente, fomentando las relaciones

interpersonales (enfermero-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Los modelos más representativos son los de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha E. Rogers, Myra Levine y Marjory Gordonn

Modelo establecido por la enfermera HILDEGARD PEPLAU, ella considera al ser humano como un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades.

El enfermero, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Modelo de CALLISTA ROY este considera al ser humano como un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.

Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.

Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

Las acciones de enfermería dentro de este modelo son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud

como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería.

Modelo de MARTHA ROGERS, ella considera que el ser humano es un todo unificado en constante relación con su entorno, con el que intercambia materia y energía; y que se diferencia del resto de los seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollarse como persona.

La salud es el mantenimiento armónico constante del ser humano con su entorno. Si la armonía se rompe desaparecen la salud y el bienestar y la función de enfermería consiste en que el individuo alcance su máximo potencial de salud.

El modelo mayormente utilizado es el de suplencia y ayuda, el cual tiene como objetivo lograr la independencia lo antes posible del individuo;

Con el modelo que se pretende trabajar es con el de la autora Virginia Henderson quien establece un sistema de cuidados basados en catorce necesidades básicas.

Las necesidades fundamentales elaboradas por Virginia Henderson son las que se enumeran a continuación:

(1) Respirar normalmente

Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.

(2) Beber y comer adecuadamente

Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.

(3) Eliminar adecuadamente desechos y secreciones humanas

Capacidad de la persona para en forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente, saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.

(4) Moverse y mantener una buena postura

Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, y asimismo, de arreglar su domicilio aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se adecue a sus necesidades y a su confort. Igualmente, conocer los límites del propio cuerpo.

(5) Dormir y descansar

Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta, y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

(6) Vestirse y desvestirse

Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.

(7) Mantener la temperatura corporal en límites normales

Eventualmente actuando sobre el medio ambiente y/o sobre la propia vestimenta

Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y a apreciar los propios límites en este sentido. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga, y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente.

(8) Mantener la higiene personal y protección de la piel

Capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como a servirse de productos y de utensilios para mejor mantener

piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

(9) Detectar y evitar peligros del entorno, y evitar perjudicar a otros

Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.

(10) Comunicarse con los semejantes, pudiendo expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.

(11) Reaccionar según las propias creencias y valores

Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar y elucubrar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.

(12) trabajar y sentirse realizado

Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, así reforzando su autoestima y su sentimiento de alegría y autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y darse a ello con interés, dedicación, y empeño.

(13) Recrearse y entretenerse

Capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemáticas personales (por ejemplo un juego, un audiovisual, etc.), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

(14) Aprender en sus variadas formas

Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener resiliencia como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.

Rol de enfermería en el paciente con EPOC

Frente a un paciente con EPOC un enfermero profesional debe acudir a sus bases de formación; lo que involucra acudir a su pensamiento crítico, donde se priorizaran las necesidades fisiológicas y otras que no requieren un abordaje inmediato refiriéndose a otras necesidades básicas de la persona como las necesidades espirituales, de educación, seguridad, comunicacionales, etc. Para ello se puede acudir a cualquiera de los modelos antes mencionados buscando el que el mejor se adapte al estado de salud de la persona.

Basándonos en la patología mencionada acudiremos al modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson, considerando que este además de ser el modelo más aplicado por la profesión, a nuestro criterio es el que tiene una visión más holística del paciente.

Necesidades Alteradas:

Oxigenación: es la necesidad que más se puede observar alterada, ya que la patología afecta los pulmones principal órgano que cumple esta función.

En los pacientes se puede percibir cuadros de taquipnea, disnea, hipernea, bradipnea, ortopnea, broncorrea, casos más graves cursan con episodios de cianosis, mala mecánica respiratoria.

Nutrición e hidratación: por lo general la mayoría de las personas con EPOC tiene desorden nutricional, debido al hábito tabáquico, en cuanto a la hidratación no ha registros que esta necesidad se pueda alterar por la patología.

Eliminación: esta necesidad no se ve alterada directamente con la patología.

Moverse y mantener una postura adecuada: la necesidad de movilidad se puede ver reducida dependiendo del grado de EPOC que presente la persona en mayor o menor medida.

En cuanto a la postura ciertos casos de personas con mucha falta de oxígeno deben mantener y acostumbrarse a ciertas posturas para favorecer la oxigenación, ejemplo posición semifowler.

Descanso y sueño: aquí podemos valorar una alteración debido a que el paciente con EPOC suele presentar episodios de disnea, apnea del sueño, y en caso más avanzados suelen requerir la ayuda de ventilación mecánica (bipap) para cubrir suministro de aire durante la noche y lograr el descanso.

Vestirse y desvestirse: en cuanto el esfuerzo físico que requiere esta actividad dependiendo del grado de EPOC que presente la persona, se puede ver alterada esta necesidad, no así la parte cognitiva en el cual la persona mantiene la capacidad de elegir sus prendas y gustos.

Termorregulación: por lo general esta necesidad no se ve alterada, en casos en el que la persona desarrolle un cuadro de neumonía y presente alguna alteración en los mecanismos reguladores de la temperatura provocando un episodio febril podríamos estar en presencia de una alteración.

Mantener la higiene y cuidados de la piel: en los casos de EPOC que cursan un estadio avanzado podría dificultar el aseo personal.

Detectar y evitar peligros del entorno y evitar perjudicar a otros: un paciente fumador puede perjudicar a su entorno; al no detectar que al realizar este hábito

enfrente o presencia de sus semejantes los convierte en fumadores pasivos, lo cual los afecta de igual manera.

Comunicarse con los semejantes, pudiendo expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: las personas con esta enfermedad no se ven afectadas en su comunicación, ya sea para entender, comprender, transmitir emociones o formar parte de un grupo.

Reaccionar según las propias creencias y valores: esta necesidad no se ve afectada ya que la persona es capaz de vivir bajo sus propias creencias y valores adquiridos durante su vida.

Trabajar y sentirse realizado: aquí las personas con EPOC avanzado se ven limitadas a la hora de realizar tareas que requieran esfuerzo.

Recrearse y entretenerse: esta necesidad no se ve afectada; ya que las personas con esta enfermedad tienen la capacidad de encontrar ciertos entretenimientos, o acciones que generen una distracción.

Aprender en sus variadas formas: aquí las personas pueden demostrar tener ese poder de resiliencia y adaptarse a las nuevas situaciones que les toque vivir.

La profesión enfermera es la primera en el reconocimiento y detección de alteraciones o factores de riesgo que pueden interferir con el mantenimiento de los patrones normales de salud. A partir de esto, se pueden planificar y ejecutar aquellas acciones destinadas a lograr el estado de independencia de las personas.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson fueron pensadas para cubrir todos los aspectos de las personas, pero no debemos olvidar que el individuo es un ser que vive en un ambiente dinámico y cambiante en cual se desarrolla y es nuestro rol detectar las falencia de ciertas adaptaciones para posteriores intervenciones.

Bibliografía

- <http://www.aamr.org.ar/epocar/>
- <http://www.goldcorp.or>
- American Thoracic Society
DMedicina.com
- REVISTA CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA. 2012; VOL 27(1): 23-33
“Atención Integral al Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica” Guía de Práctica Clínica 2010.
Medicina Balear 2014; 29 (1); 43-48
- Revista médica de Chile v.134.n.10 .Santiago. octu.2006
- Lic. Enf. Wildor Herrera Guevara, “Guía de intervención de Enfermería en pacientes con Enfermedad Obstructiva Crónica”.
- Ferreras, Rozman. MEDICINA INTERNA, Volumen II. Edición XVII

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/epocv3?perfil=org

CAPÍTULO 2

Marco Metodológico

En el siguiente trabajo pone en conocimiento los principales factores que ocasionan las reinternaciones hospitalarias en los pacientes que padecen la enfermedad obstructiva crónica (EPOC). Para la recolección de datos se evaluaron 40 historias clínicas de personas que tienen diagnosticada la enfermedad y han reingresado a la internación hospitalaria durante el segundo cuatrimestre del año 2016 en el hospital Luis Lagomaggiore localizado en la provincia de Mendoza.

Tipo de estudio

El tipo de estudio realizado en la presente investigación es de tipo retrospectivo y cuantitativo con el objeto de cuantificar los factores de reingreso de pacientes con EPOC en el servicio de clínica medicas este y oeste del hospital Luis Lagomaggiore, según el periodo y secuencia es de corte transversal.

Cabe mencionar que la investigación es de carácter anónimo, por lo cual no se mencionaran las identidades de los pacientes que la conforman.

Poniendo en conocimiento los factores causales que motivaron las diferentes concurrencias se podrían ejercer acciones específicas sobre ellos ya sea de forma directa o por vía informativa, otro fin que persigue esta investigación es la discriminación de las características de los pacientes y la función del rol educativo del personal de enfermería dentro de la institución para ellos contamos con un estudio prospectivo de corte trasversal a través de una cuestionario.

Áreas de estudio

Esta investigación se llevo a cabo en el servicio de clínica médica este y oeste del Hospital Lagomaggiore.

Universo y Muestra

El universo fue conformado por todas aquellas historias clínicas que tuvieron la característica al menos una re internación en el área de clínica médica este y oeste en el segundo cuatrimestre del año 2016

La muestra se formo con 40 historias clínicas, siendo esta la muestra no aleatoria e intencional donde la única condición es que el paciente posea EPOC y los datos serán expresados de forma numérica dentro de una tabla de Excel que permitirá mejorar el procesamiento y facilitar el estudio de las diferentes variables recolectadas.

Además se tomó una muestra de 30 enfermeros del Hospital L. Lagomaggiore del servicio clínica este y oeste no aleatoria e intencional que representa el 90 % de la dotación total del personal enfermero; con el objetivo de caracterizar a todo el personal por medio de una encuesta donde podremos valorar las siguientes variables; edad, sexo, años de antigüedad, formación profesional, si cumple el rol educador y la calidad de la educación que realiza.

Unidad de análisis

Las historias clínicas de pacientes que presentaron reinternaciones por EPOC en el segundo cuatrimestre del año 2016, junto al equipo de enfermería que asistió a los mismos pacientes.

Variabes en estudio

Entre las variables que conformaran la muestra se discriminará el sexo con mayor predominio de asistencias al hospital, rango de edad entre los pacientes que presentaron las crisis, las diferentes horas de concurrencia al hospital en busca de atención, comorbilidades asociadas a la enfermedad, nivel de educación de la población seleccionada, última exposición antes del reingreso, número de

cigarrillos que fuma el paciente al momento de la re internación, si las personas son fumadores activos.

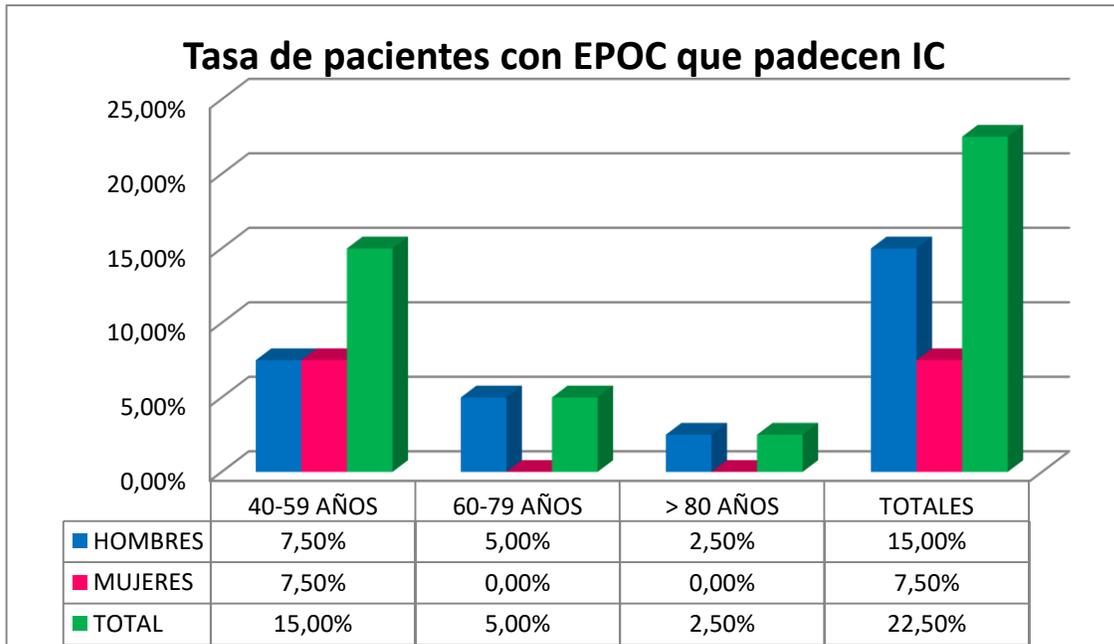
RESULTADOS

Tabla 1: Tasa de paciente que padecen Insuficiencia cardiaca

Pacientes con EPOC que padecen IC								
HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
GRUPO ETARIO	NºTOTAL DE PTES	NºPTES CON IC	%/TOTAL	NºTOTAL DE PTES	NºDE PTES CON IC	%/TOTAL	CANT TOTAL PTES	% TOTAL PTES
40-59 AÑOS	19	3	7,50%	8	3	7,50%	27	15,00%
60-79 AÑOS	7	2	5,00%	4	0	0,00%	11	5,00%
> 80 AÑOS	2	1	2,50%	0	0	0,00%	2	2,50%
TOTALES	28	6	15,00%	12	3	7,50%	40	22,50%

Fuente: Historias clinicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Gráfico 1: Tasa de paciente que padecen Insuficiencia cardíaca



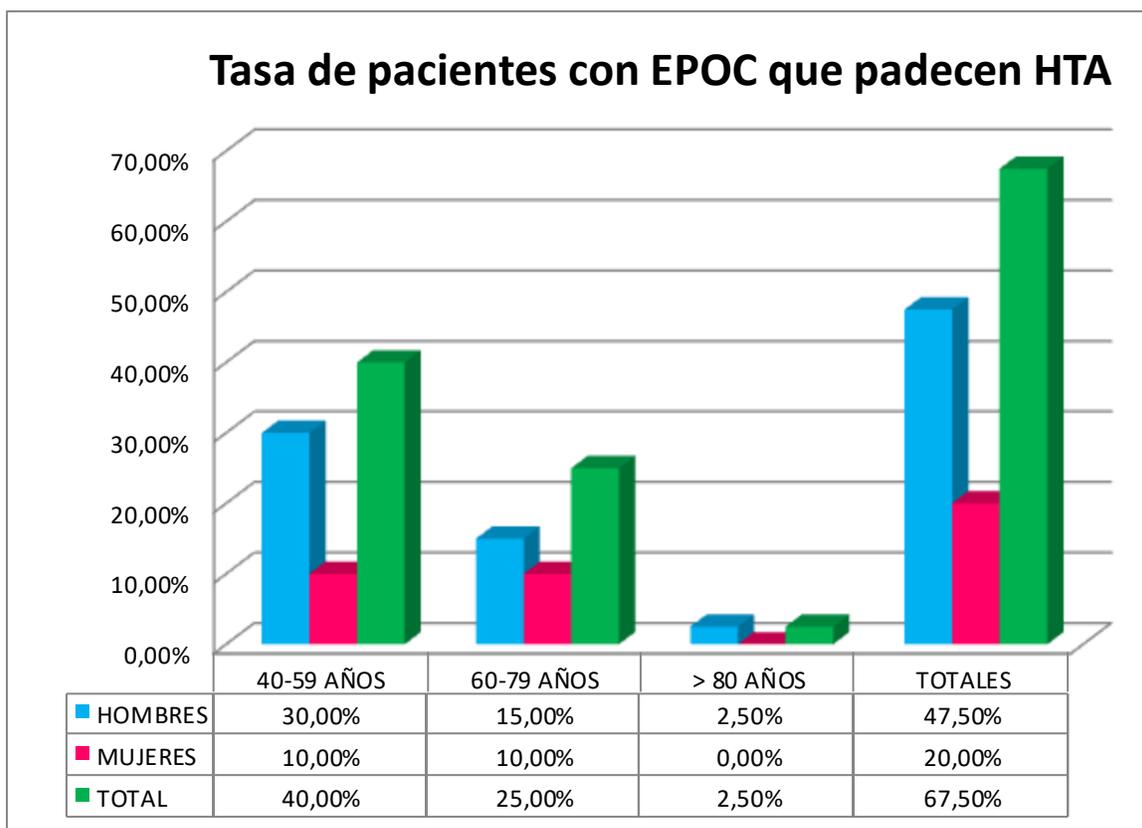
De la población total el 22.5 % padecen insuficiencia cardíaca, de los cuales el 15 % son hombres con mayor prevalencia entre los 40 – 59 años y 7,5 % son mujeres con mayor prevalencia entre los 40 – 59 años.

TABLA 2: Número de pacientes que padecen hipertensión arterial

	Pacientes con EPOC que padecen HTA							
	HOMBRES			MUJERES			TOTAL	
GRUPO ETARIO	N°TOTAL DE PTES	N°PTES CON DBT	% TOTAL	CANT PTES	N°DE PTES CON DBT	%TOTAL	CANT TOTAL PTES	%TOTAL PTES
40-59 AÑOS	19	12	30,00%	8	4	10,00%	27	40,00%
60-79 AÑOS	7	6	15,00%	4	4	10,00%	11	25,00%
> 80 AÑOS	2	1	2,50%	0	0	0,00%	2	2,50%
TOTALES	28	19	47,50%	12	8	20,00%	40	67,50%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Grafico 2: Número de pacientes que padecen hipertensión arterial



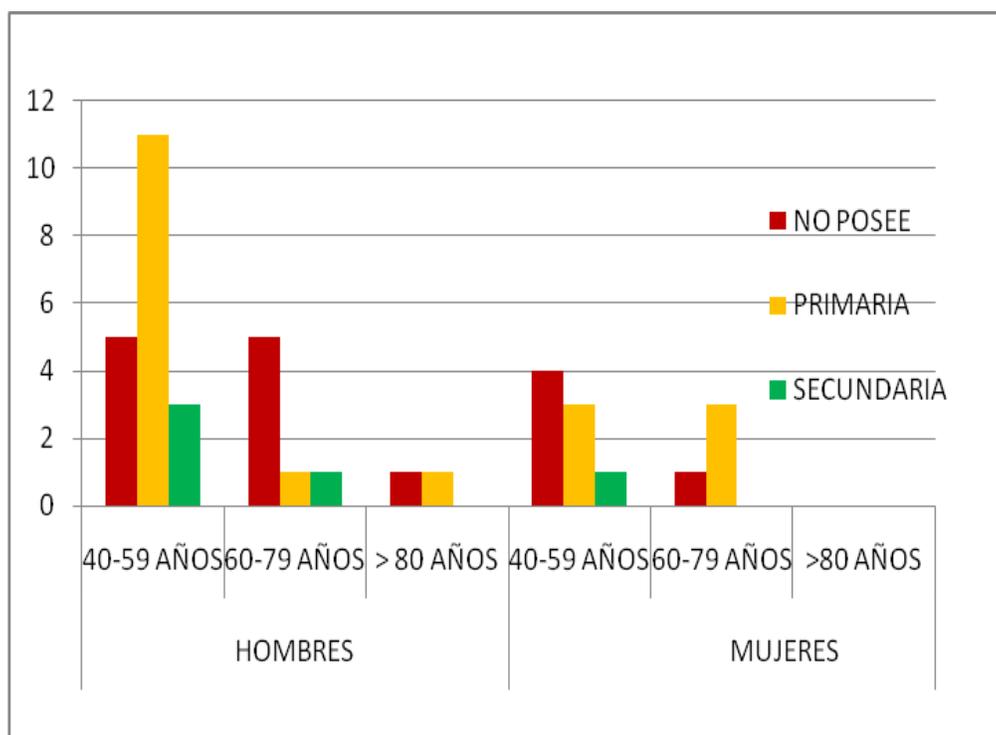
Podemos decir que el 67.5% de la muestra padece hipertensión arterial, de los cuales un 47.5 % son hombres y 20 % son mujeres.

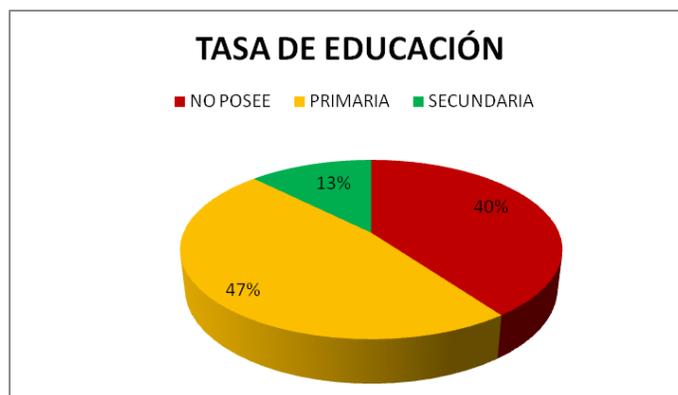
Tabla 3: Tasa de educación de los pacientes.

GRUPO ETARIO	HOMBRES			MUJERES			TOTALES	
	40-59 AÑOS	60-79 AÑOS	>80 AÑOS	40-59 AÑOS	60-79 AÑOS	>80 AÑOS	CANT PTES	TASA %
EDUCACIÓN								
NO POSEE	5	5	1	4	1	0	16	40
PRIMARIA	11	1	1	3	3	0	19	47,5
SECUNDARIA	3	1	0	1	0	0	5	12,5
TOTALES	19	7	2	8	4	0	40	100

Fuente: Historias clínicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Gráfico 3: Tasa de educación de los pacientes





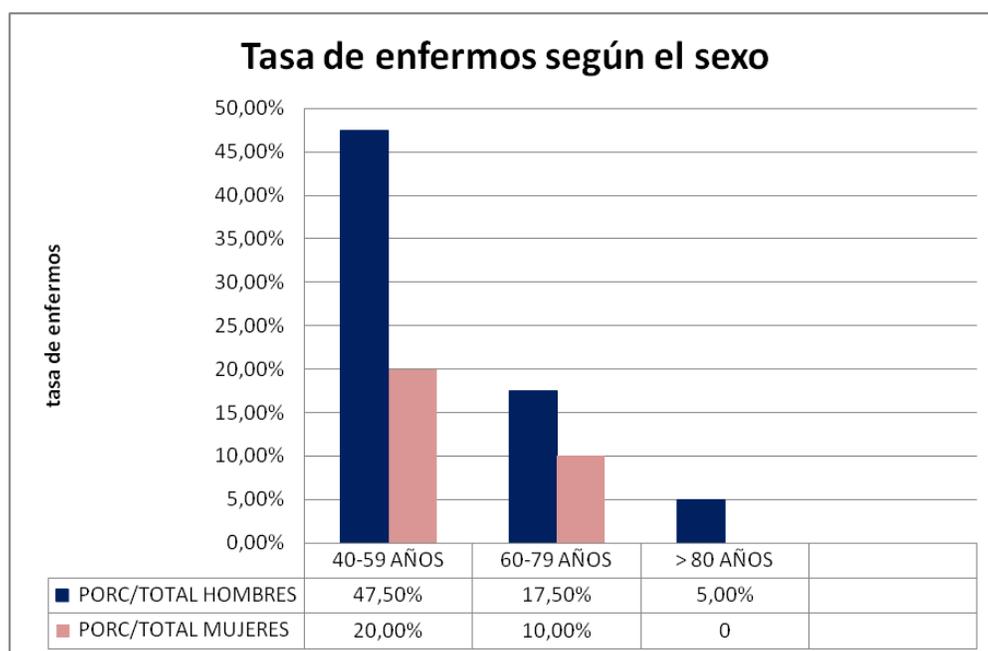
Se puede decir que el 47% de las personas tomadas como muestra para el estudio solo poseen primaria completa y el 40% no posee educación, causa que los hace vulnerables, ya que al no contar con una buena formación educativa no hay certezas de que este grupo pueda interpretar los distintos tipos de educación sobre la enfermedad dirigida a la población en general.

Tabla 4: Tasa de enfermos según el sexo.

GRUPO ETARIO	TASA DE ENFERMEOS SEGÚN EL SEXO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	CANT PTES	% TOTAL HOMBRES	CANT PTES	%/TOTAL MUJERES	CANT TOTAL PTES	% TOTAL PTES
40-59 AÑOS	19	47,50%	8	20,00%	27	67,50%
60-79 AÑOS	7	17,50%	4	10,00%	11	27,50%
> 80 AÑOS	2	5,00%	0	0	2	5,00%
TOTALES	28	70,00%	12	30,00%	40	100,00%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Gráfico 4: Tasa de enfermos según el sexo



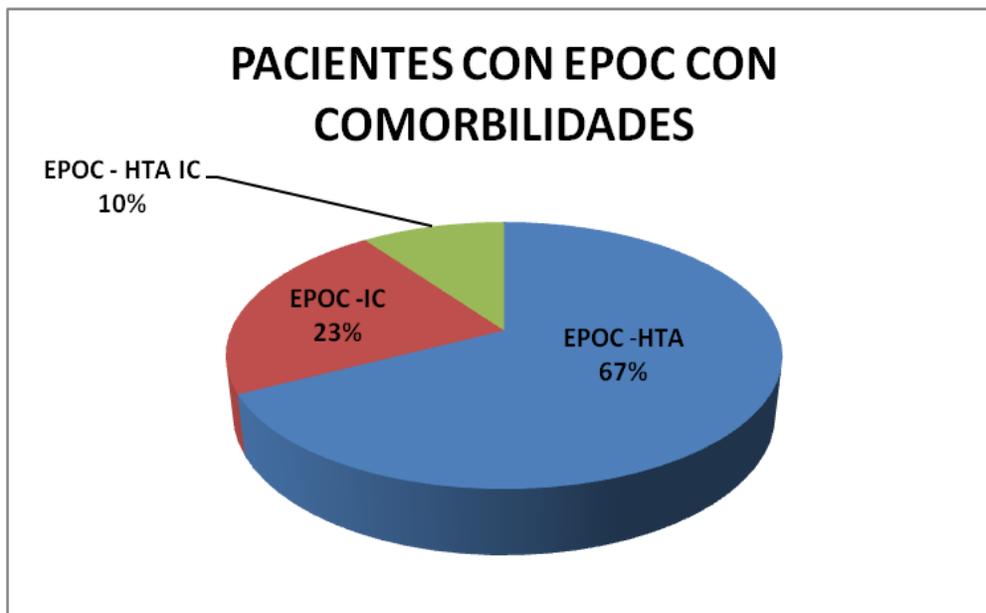
Se puede observar que el mayor porcentaje de personas que padecen la patología es del sexo masculino; y dentro del grupo etario más afectado oscila entre los 40-59 años.

Tabla 5: Pacientes con EPOC más comorbilidades

COMORBILIDADES DE LA EPOC		
COMORBILIDADES	N° DE PTES	TASA DE PTES
EPOC-HTA	27	67%
EPOC- IC	9	23%
EPOC-HTA-IC	4	10%
TOTALES	40	100%

Fuente: Historias clinicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Gráfico 5: Pacientes con EPOC más comorbilidades



Dentro de la muestra seleccionada se observa que un 67% de los pacientes con EPOC además se ven afectados solo con Hipertensión arterial; un 23% solo con Insuficiencia cardiaca; y el 10% presenta las tres patologías siendo este último el grupo de mayor riesgo.

Tabla 6: Causas de reingreso hospitalario

REINGRESO HOSPITALARIO		
CAUSAS	N° DE PTES	TASA DE PTES
TABACO	30	75%
OTRAS	10	25%

Fuente: Historias clinicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Gráfico 6: Causas de reingreso hospitalario



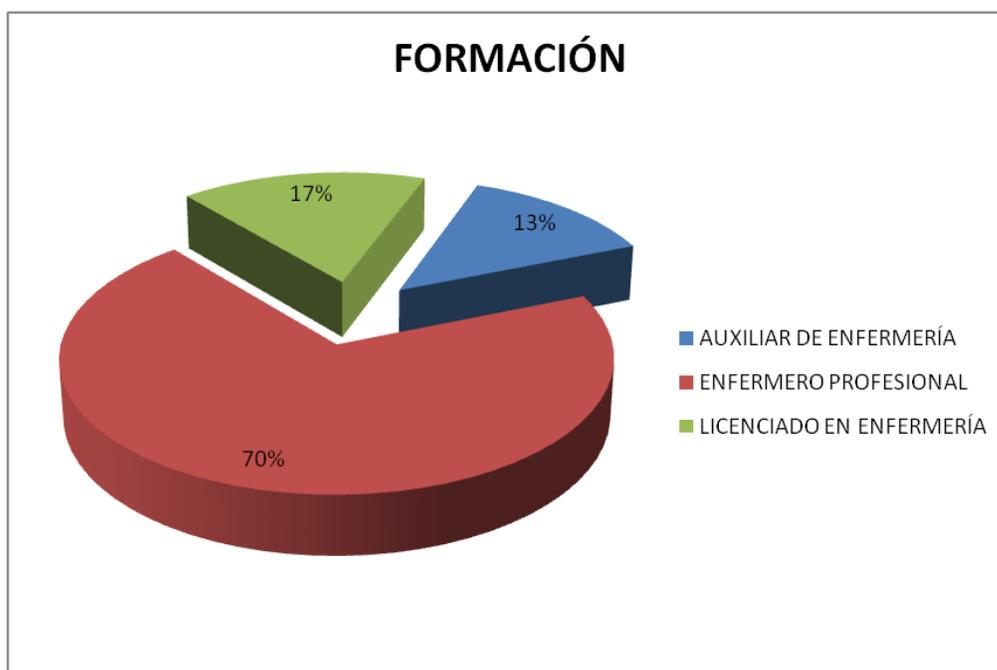
Al final de la investigación se pudo constatar que la principal causa de reingreso de los pacientes que ya poseen EPOC es; el tabaco ocupando un 75% de los casos y solo un 25% de los pacientes reingresan por otras causas como: exposición al frío intenso, polvos ambientales, exposición a sustancias tóxicas como el tiner, éter o amoníaco.

Tabla 7: Formación profesional del personal de salud

FORMACIÓN PROFESIONAN DEL PERSONAL DE SALUD		
FORMACIÓN	CANT PERSONAS	TASA DE PERSONAS
AUX DE ENFERMERÍA	4	13,33
ENF PROFESIONAL	21	70,00
LIC. EN ENFERMERÍA	5	16,67
TOTALES	30	100,00

Fuente: Historias clínicas del Hospital Luis Lagomaggiore

Grafico 7: Formación profesional del personal de salud



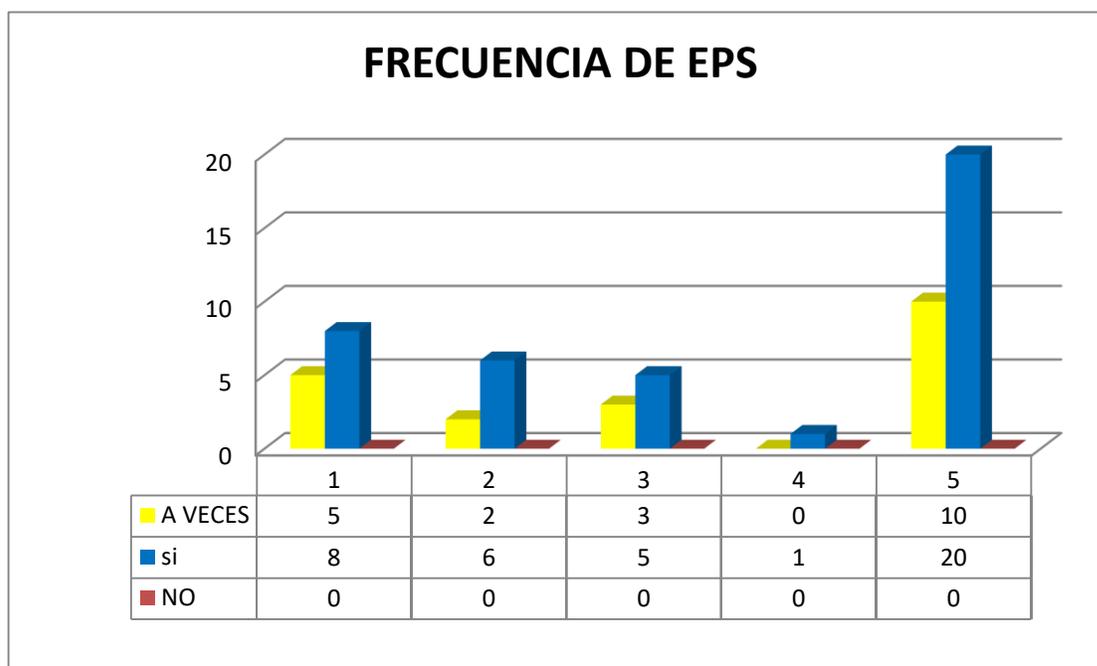
Dentro de la muestra seleccionada de enfermeros se puede ver reflejado que 13% son auxiliares de enfermería, el 70% presenta una formación de pre- grado (enfermeros profesionales) y solo el 17% tiene estudio de grado (licenciado en enfermería).

Tablas 8: Frecuencia de educación para la salud brindada por el equipo de enfermería.

FRECUENCIA DE EPS							
GRUPO ETARIO	A VECES	TASA "A VECES"	SI	TASA "SI"	NO	TOTAL	TOTAL %
20-29	5	16,67%	8	26,67%	0	13	43,33%
30-39	2	6,67%	6	20,00%	0	8	26,67%
40-49	3	10,00%	5	16,67%	0	8	26,67%
50-59	0	0,00%	1	3,33%	0	1	3,33%
TOTAL	10	33,33%	20	66,67%	0	30	100,00%

Fuente: Cuestionario realizado a enfermeros del Hospital Lagomaggiore

Gráfico 8: Frecuencia de EPS



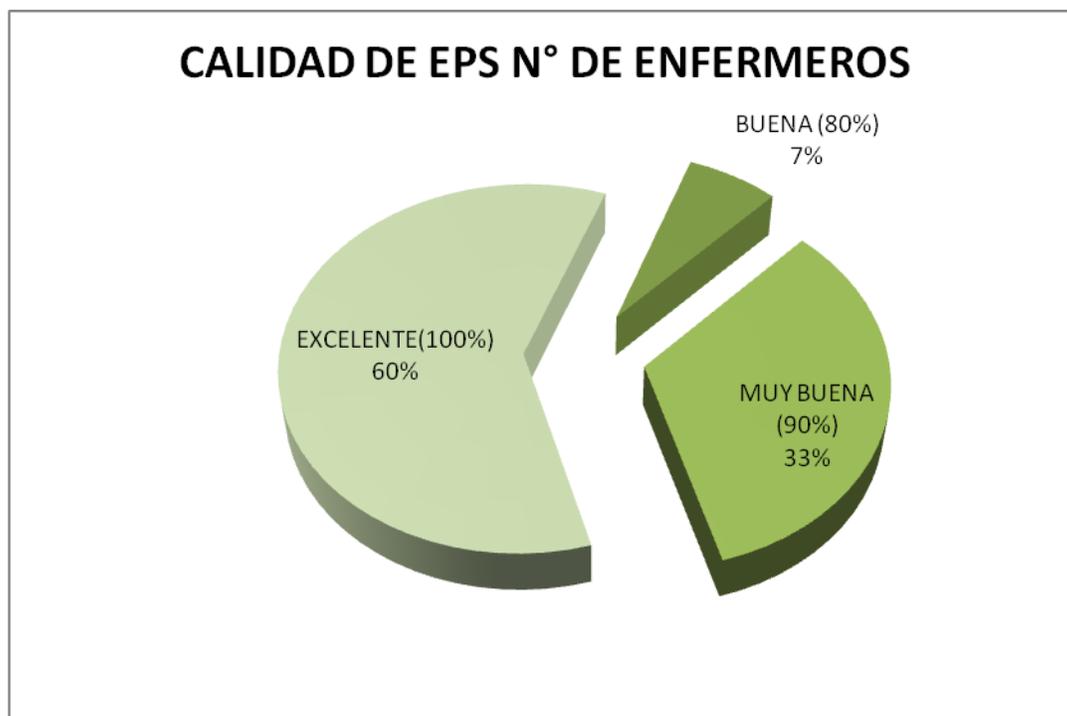
Aquí podemos decir que la mayoría del personal de enfermería realiza acciones de educación para la salud con el paciente.

Tabla 9: Conocimiento del equipo de salud

CONOCIMIENTOS DEL EQUIPO DE SALUD		
NOTA	N° DE ENFERMEROS	TASA
BUENA (80%)	2	7%
MUY BUENA (90%)	10	33%
EXCELENTE (100%)	18	6%

Fuente: Cuestionario realizado a enfermeros del Hospital Lagomaggiore

Gráfico 9: Conocimiento del equipo de salud



Luego de una valoración realizada mediante una encuesta se puede observar que el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería de los mencionados servicios es el adecuado para educar a la población vulnerable que acude al nosocomio.

CAPÍTULO 3

Conclusiones

Con la investigación obtenida los autores lograron realizar los análisis pertinentes de las variables planteadas y obtener datos en relación a la situación con respecto a la causa de reinternación de pacientes con EPOC. Se realiza el análisis de tablas y gráficos en base a las 40 historias clínicas de pacientes que fueron rehospitalizados en el área de clínica medica sector este y oeste del Hospital L. Lagomaggiore, durante el segundo cuatrimestre del año 2016.

De la totalidad de pacientes estudiado el 100% padecen comorbilidades asociadas, como insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, además del EPOC siendo estos factores los que predisponen al paciente a reiteradas internaciones; debido a la agudización de los síntomas; vale agregar que casi el 50 % de la muestra utilizada no ha concluido con el nivel de educación primaria; lo que los hace más vulnerables ya que no toda la información que le suministre el equipo de salud podrá ser interpretada correctamente; por lo que es importante que el educador adapte la información al nivel de conocimiento del grupo receptor.

En cuanto a las reinternaciones investigadas se denota firmemente una franja etaria entre 40 a 59 años de edad con mayor porcentaje de paciente asistidos en el periodo de exacerbación del EPOC en el hospital.

Dentro de la población el género que se ve más afectado sigue siendo el masculino, presentando un porcentaje superior al 65% con respecto a las mujeres, aunque este último genero ha ido en crecimiento debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados y al mayor riesgo de exposición a la contaminación del aire de interiores (por ejemplo, la derivada de la utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción) entre las mujeres de los países de bajos ingresos, en la actualidad afecta casi por igual a ambos sexos, según cifras que arroja la Organización Mundial de la Salud.

Se determino mediante la investigación que una persona no tiene un solo factor de reingreso; sino que presenta una sumatoria de causas que lo predispone a la reinternación hospitalaria, entre estos factores se pueden mencionar; el consumo de tabaco siendo la principal causa de esta enfermedad, como avala la Organización Mundial de la Salud, también otros factores exposición al frio intenso, polvos ambientales, exposición a sustancias tóxicas como el tiner, éter o amoníaco.

Otro factor no menos importante es el escaso nivel educativo que presento la muestra estudiada, por lo que a nuestro criterio la falta de conocimiento hace a la persona vulnerable ya que; si no cuenta con la posibilidad de saber leer o escribir, no podrá interpretar la información brindada al público ni tampoco acudir centros de información por cuenta propia, presentando mayor riesgo de padecer patologías a causa del desconocimiento de la misma,

Como respuesta a la pregunta problema de dicha investigación podemos decir que la población con más riesgo de reingresar por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica son los pacientes de sexo masculino, mayores de 40 años, fumadores intensos en alguna etapa de su ciclo vital, y que presentan patologías asociadas.

Comparando lo que nos arrojo nuestra investigación y un estudio publicado por la Revista Médica de Chile dice⁷: “es gran importancia del tabaco en el desarrollo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Sus riesgos y fracciones atribuibles son altas y significativas, indistintamente de la definición de exposición adoptada...” (3)... “cuando se hizo más estricta la definición de tabaquismo, la mayor asociación se observó en los hombres. Es difícil encontrar una explicación

⁷ revista médica de chile v.134.n.10 Santiago. octu.2006

biológicamente plausible para este fenómeno, el cual podría ser explicado por la gran cantidad de cigarrillos que ellos consumen, mayor que el de las mujeres".(3)

Dentro de la investigación también se propuso clasificar al personal de enfermería, para tener conocimiento del nivel de formación y de instrucción con el cuenta cada uno de los profesionales al cuidado del paciente y además si este conocimiento es aplicado con fines educativo hacia los pacientes, para ellos se realizo un cuestionario donde se observo el nivel de educación, edad, sexo y a responder diez consignas.

Dicho esto se concluyo que el 70% de los profesionales encuestados tiene matrícula habilitante con el título de Enfermero Profesional, el 17% tienen título de grado como Licenciado en Enfermería, y el 13 % son auxiliares de enfermería; también se pudo constatar que el 100% del personal realiza acciones de educación en salud, y basados en el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento educativo y la información que dispone el personal; se demostró que esta última era de excelencia.

Las acciones de enfermería y la correcta valoración del paciente son de vital importancia dentro del sistema de salud, ya que es un enfermero quien se encuentra a cargo de satisfacer las necesidades del paciente, de contener a la persona que se encuentra hospitalizada y la familia que lo acompaña, y de esta forma elaborar un plan de cuidados acorde a las necesidades del paciente.

El personal que se encuentra a cargo de los servicios de clínica este y oeste del Hospital Luis Lagomaggiore respondieron el cuestionario en forma acertada demostrando poseer conocimientos acerca de la patología y de esta manera abordar al paciente holísticamente, con buena información y predisposición que podría utilizarse al beneficio del paciente.

La OMS tiene como objetivos

- Aumentar la sensibilización acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas;
- Crear ambientes más saludables, sobre todo para las poblaciones pobres y desfavorecidas;
- Reducir los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, tales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física;
- Prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables relacionadas con las principales enfermedades no transmisibles.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es una respuesta a la mundialización de la epidemia de tabaquismo y tiene por objetivo proteger a miles de millones de personas de la exposición nociva al humo del tabaco. Es el primer tratado sanitario mundial que ha negociado la Organización Mundial de la Salud y ha sido ratificado ya por más de 180 países.

La OMS también encabeza la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (GARD), una alianza voluntaria de organizaciones, instituciones y organismos nacionales e internacionales que trabajan para alcanzar el objetivo común de reducir la carga mundial de enfermedades respiratorias crónicas y lograr un mundo en el que todos podamos respirar libremente.

Como parte del equipo de salud los enfermeros deben involucrarse activamente con la prevención de enfermedades, y la promoción de la salud, ya que enfermería representa la mayoría del personal dentro de cualquier institución, por eso mismo asumen el compromiso para el bienestar de los individuos , familias y comunidades.

Propuesta

- Sugerir a la institución de manera formal la implementación de un programa de capacitación dirigido hacia la familia y el paciente que se retira con el alta médica del nosocomio. en este programa se brindará información acerca de la gravedad de la patología y los principales factores que predisponen adquirir la EPOC. Dar signos de alarma, y enseñar procedimientos a seguir en caso de presentar exacerbaciones.
- El taller se desarrollará de manera didáctica, de fácil comprensión y adaptada a la realidad del nivel de educación del público.
- Además el taller tendrá como fin identificar las familias más vulnerables con alto criterio de riesgo de reinternación para realizar su seguimiento y prevenir su reingreso hospitalario.
- La instalación de un consultorio de consejería donde un enfermero pueda atender a los pacientes que presenten inquietudes sobre su enfermedad, tratamiento (técnicas de respiración, técnicas posturales, aerosol terapia, dudas sobre indicaciones médicas) y su vez el enfermero de consejería a disposición de los pacientes internados y del enfermero de piso que pueda detectar alguna familia o paciente que requiera consejería.

ANEXOS

NUMERO	SEXO	EDAD	H INGRESO	ULT EXPOS	OBRASOCIAL	COMORBILI	HTA	DBT	IC	OBS	ACV	OTRAS	N° CIGARRO	EDUCACIÓN	FECHADEINT	FU ACTUAL
1	M	48	1:00 HS	TINER	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	30 X/DÍA	PRIMARIA	16-Jun	ACTIVO
2	F	56	3:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	20 X/DÍA	NO POSEE	12-Jun	ACTIVO
3	M	68	23:15 HS	TABACO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	40 X/DÍA	NO POSEE	15-Jul	NO FUMA
4	F	46	21:00 HS	TABACO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	30 X/DÍA	PRIMARIA	18-Jun	ACTIVO
5	F	59	3:00 HS	TABACO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20 X/DÍA	PRIMARIA	17-Jul	ACTIVO
6	M	49	14:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	01-Jun	ACTIVO
7	M	54	21:30 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	30 X/DÍA	PRIMARIA	08-Jun	NO FUMA
8	M	68	18:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	40 X/DÍA	SECUNDARIO	04-Jul	NO FUMA
9	M	55	21:00 HS	FRIO+TABAC	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	60 X/DÍA	PRIMARIA	09-Jul	NO FUMA
10	M	68	3:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	30 X/DÍA	NO POSEE	03-Jun	NO FUMA
11	M	59	21:20 HS	TABACO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	20 X/DÍA	SECUNDARIO	01-Jul	ACTIVO
12	M	82	00:00 HS	TIERRA	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	20 X/DÍA	PRIMARIA	02-Jun	NO FUMA
13	M	55	22:00 HS	TABACO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	40 X/DÍA	PRIMARIA	22-Jul	NO FUMA
14	M	44	3:10 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20 X/DÍA	PRIMARIA	07-Jul	ACTIVO
15	M	68	18:10 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	30 X/DÍA	NO POSEE	04-Jul	ACTIVO
16	M	54	17:40 HS	FRIO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	30 X/DÍA	NO POSEE	08-Jun	NO FUMA
17	M	48	19:50 HS	TABACO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	70 X/DÍA	PRIMARIA	30-Jun	ACTIVO
18	M	55	22:30 HS	TABACO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	50 X/DÍA	PRIMARIA	21-Jul	ACTIVO
19	M	47	23:50 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	16-Jul	ACTIVO
20	F	61	21:30 HS	PINTURA	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	27-Jun	NO FUMA
21	F	54	14:40 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	30 X/DÍA	NO POSEE	22-Jul	ACTIVO
22	M	54	1:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	30 X/DÍA	NO POSEE	30-Jun	ACTIVO
23	M	48	19:00 HS	TAB/ FRIO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	70 X/DÍA	NO POSEE	08-Jun	ACTIVO
24	M	55	14:30 HS	TABACO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	50 X/DÍA	PRIMARIA	21-Jul	NO FUMA
25	M	47	14:00 HS	TAB/CAL	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	16-Jul	ACTIVO
26	F	61	11:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	27-Jun	ACTIVO
27	F	54	7:00 HS	TABACO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	30 X/DÍA	NO POSEE	22-Jul	NO FUMA
28	M	65	17:30 HS	TIERRA	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	40 X/DÍA	NO POSEE	15-Jun	NO FUMA
29	M	73	3:10 HS	TABACO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	50 X/DÍA	NO POSEE	11-Jul	NO FUMA
30	F	52	18:00 HS	AMONIACO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20 X/DÍA	SECUNDARIO	21-Jun	ACTIVO
31	F	56	23:10 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	10 X/DÍA	NO POSEE	22-Jun	ACTIVO
32	M	70	1:00 HS	FRIO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	18-Jun	NO FUMA
33	M	58	23:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	50 X/DÍA	SECUNDARIO	25-Jul	ACTIVO
34	F	60	22:20 HS	TABACO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	20 X/DÍA	NO POSEE	08-Jul	ACTIVO
35	F	48	20:10 HS	LAVANDINA	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	30 X/DÍA	PRIMARIA	26-Jul	ACTIVO
36	M	54	3:00 HS	TABACO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	40 X/DÍA	NO POSEE	06-Jun	ACTIVO
37	M	82	1:00 HS	FRIO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	60 X/DIA	NO POSEE	08-Jul	NO FUMA
38	F	64	23:30 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	40 X/DÍA	PRIMARIA	22-Jul	ACTIVO
39	M	55	1:20 HS	TABACO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	30 X/DÍA	NO POSEE	25-Jul	NO FUMA
40	M	46	23:30 HS	TABACO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	40 X/DÍA	SECUNDARIO	21-Jun	ACTIVO

CARACTERIZACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA					
EDAD	SEXO	TÍTULO	AÑOS DE ANTIGÜEDAD	EPS	Nota
31	M	AE	15	A VECES	9
32	F	AE	10	SI	9
42	F	AE	16	SI	9
46	M	AE	10	A VECES	9
20	F	EP	1	A VECES	9
22	F	EP	1	A VECES	10
25	F	EP	12	SI	10
25	F	EP	5	SI	10
26	F	EP	4	SI	10
27	F	EP	4	SI	9
27	F	EP	2	SI	8
28	M	EP	3	SI	10
29	M	EP	1	A VECES	10
29	F	EP	4	A VECES	90
29	F	EP	4	SI	10
30	M	EP	3	SI	10
30	M	EP	4	SI	90
30	F	EP	4	SI	10
33	F	EP	2	SI	10
35	F	EP	7	A VECES	10
42	F	EP	1	SI	10
43	F	EP	20	A VECES	10
43	M	EP	21	SI	10
45	F	EP	1	SI	10
46	F	EP	2	A VECES	10
27	M	LE	8	A VECES	9
28	F	LE	5	SI	8
38	F	LE	15	SI	10
45	F	LE	5	SI	9
56	M	LE	25	SI	10



Cuestionario

El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación realizado por estudiantes de 2do año del Ciclo de Licenciatura en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, cabe aclarar que el mismo es de carácter confidencial. Agradecemos su colaboración.

Completar Edad: Sexo: Título: Antigüedad:

Responder con una X: ¿Realiza USTED acciones educativas durante el momento del alta de un paciente? Si : No : Algunas veces:

Tilde con una X las recomendaciones que usted le daría en el momento del ALTA a un paciente con EPOC .

- Aconsejar al paciente que disminuya la cantidad de cigarrillos diarios.
- Ingerir altos niveles de hidratos de carbono.
- Permanecer en ambientes cerrados.
- Reducir la ingesta de vegetales.
- Aconsejar al paciente que deje de fumar
- Cumplir con las citas médicas.
- Cambiar tratamientos prescritos por medicina alternativa.
- No abandonar el tratamiento.
- Adoptar estilos de vida saludable.
- Adoptar posición semisentada en el descanso.
- No realizo recomendaciones por falta de tiempo.

Gracias por su colaboración.