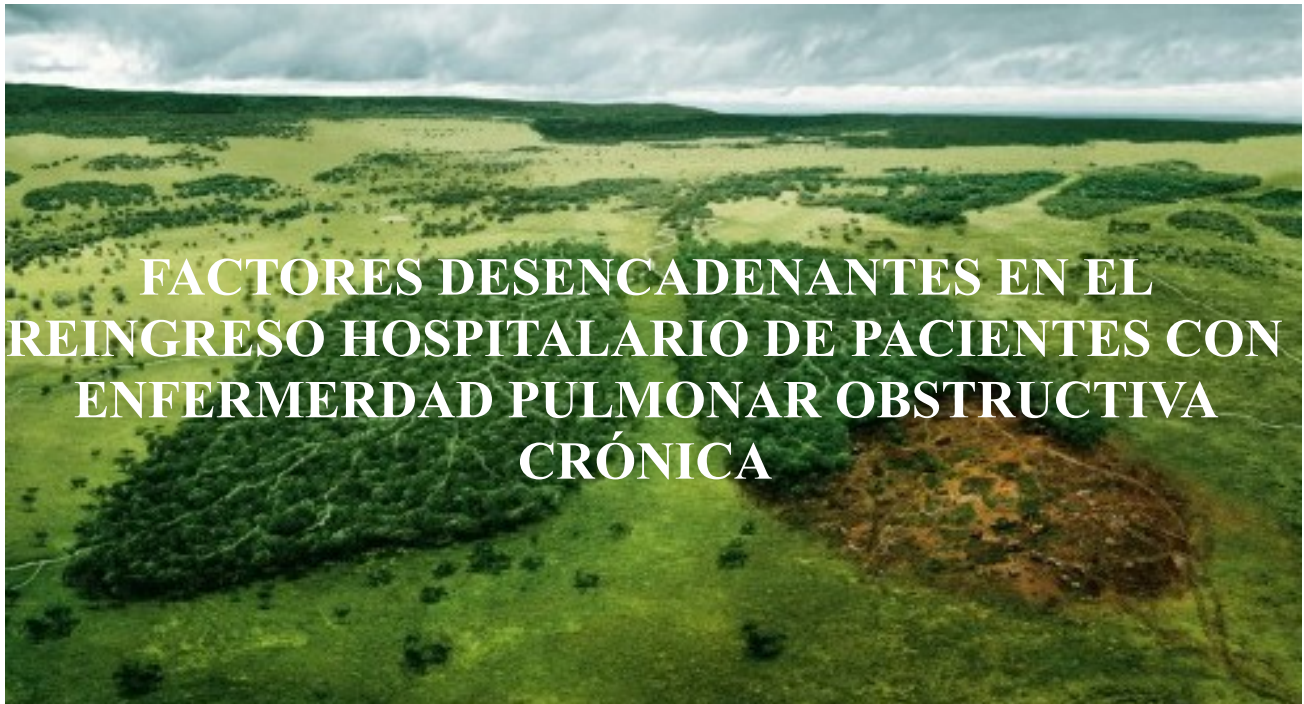




**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**



FACTORES DESENCADENANTES EN EL REINGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON ENFERMERDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

AUTORES:

Br. Ducassou Silva, Victor Alain
Br. González Fernández, María Alejandra
Br. Robaina Islas, Mariana Yanet
Br. Suárez Alves, Vanesa Carina
Br. Villalba Paradedda, María Ines

TUTOR:

Mg. Costabel, Miriam

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

INDICE

Agradecimientos.....	pag. 1
Glosario.....	pag. 2
Resumen.....	pag. 3
Introducción.....	pag. 5
Metodología.....	pag. 8
Resultados.....	pag. 11
Discusión.....	pag. 30
Bibliografía.....	pag. 34

AGRADECIMIENTO

Los Autores creemos oportuno agradecer y mencionar a quienes han hecho posible la realización de ésta investigación científica. En primer lugar a la Facultad de Enfermería Universidad de la Republica, Cátedra de Adulto y Anciano, en especial a nuestra tutora Lic. en Enf. Magister Miriam Costabel. Al Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, división registros médicos, a su Director Alvaro Pérez y funcionarios. Y Al M.S.P., A.S.S.E. departamento de contaduría.

Y a nuestras familias quienes nos han apoyado a lo largo de ésta carrera. Muchas Gracias.

GLOSARIO

MSP: Ministerio de Salud Pública.

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

ISO: Organización Internacional para la Estandarización.

PLATINO: Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar.

HC: Historia Clínica.

HTA: Hipertensión Arterial.

NAC: Neumonía Comunitaria.

TTO: Tratamiento.

FA: Frecuencia absoluta.

FR: Frecuencia Relativa.

RESUMEN

La Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa la cuarta causa de muerte en Latinoamérica. Nuestro país tiene el riesgo más elevado de desarrollarla.

El siguiente proyecto de investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores causantes del reingreso hospitalario de pacientes con EPOC.

Su propósito fue crear un plan de alta evitando futuros reingresos y aumentar la calidad de vida del paciente.

La población estudiada fueron pacientes mayores de 40 años que estuvieron internados en Hospital Manuel Quintela, en el período comprendido entre 2001 al 2008.

Este diseño es cuantitativo, descriptivo, no experimental, y retrospectivo en el cual se utilizó como técnica la revisión de historias clínicas utilizando una búsqueda por conveniencia en el período comprendido entre el 15 de julio de 2009 al 15 de abril de 2010.

Algunas de las conclusiones obtenidas fueron las siguientes: el tabaquismo es el principal factor de riesgo para la enfermedad; no existe en Montevideo un cálculo sobre costos de internación por esta patología pero sin duda este ha de ser elevado. La elaboración de un plan de alta ayudaría a la disminución de los mismos.

Las Fortalezas de esta investigación fueron la revisión de la totalidad de historias clínicas seleccionadas por conveniencia y la creación de un plan de alta en base a las normas ISO. Las debilidades encontradas fueron la falta de información acerca de ciertas variables debido a la falta de registros en algunas historias clínicas y no haber podido realizar ni adquirir una aproximación al cálculo del costo hospitalario de un usuario con EPOC.

PALABRAS CLAVE: EPOC, FACTORES DE RIESGO, PLAN DE ALTA.

INTRODUCCION

Uruguay es el primer país latinoamericano con mayor riesgo de desarrollar una enfermedad respiratoria obstructiva crónica (EPOC), con un 18% según el estudio Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) que se realizó en cinco países de la región entre ellos Uruguay, ciudad de Montevideo.

Según dicho estudio la EPOC representa la cuarta causa de muerte en Latinoamérica y tiene una morbilidad que ocupa el duodécimo lugar en el mundo. Para el año 2020 se pronostica que la enfermedad será la tercera causa de muerte y el quinto motivo de incapacidad a nivel mundial.

Dada la alta prevalencia de factores de riesgo, en especial el tabaquismo, la EPOC puede representar un serio problema para la Salud.

Algunas de las conclusiones de este estudio en Montevideo fueron las siguientes:

El tabaquismo es el mayor factor de riesgo para desarrollar EPOC

La franja de edad en que la EPOC se observa con más frecuencia es en adultos, mayores de cuarenta años pero prevalece aun más en mayores de sesenta años.

Esta enfermedad se da en ambos sexos pero hay mayor prevalencia en hombres.

También él Dr. Kunik y colaboradores realizaron una investigación en Michael E. DeBakey Veterans Affaire Medical Center en EEUU donde observaron que la depresión afecta en un porcentaje elevado a los pacientes con EPOC.

El tema de la tesis que a continuación se desarrollara fue elegido debido a que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica representa un factor de riesgo para la Salud que es prevenible y tratable; de no ser prevenido y/o detectado de manera precoz puede llevar a un aumento en la morbi-mortalidad.

Dicha investigación ratificará los conocimientos ya existentes y será puerta de partida para nuevos estudios, brindará herramientas para realizar un plan de alta, de manera que permita aumentar la calidad de vida del paciente, prevenir factores de riesgo causantes de la exacerbación de esta enfermedad.

La ausencia de síntomas graves en la fase precoz de la enfermedad hace que la EPOC se desarrolle lentamente, principalmente en adultos de 40 años de edad o más.

Es por esto que se eligió trabajar con una población mayor a los 40 años de edad, debido a que es en esta etapa en la cual comienzan a manifestarse un mayor número de casos de EPOC.

El objetivo general de este trabajo de investigación es identificar factores de riesgo influyentes en el reingreso hospitalario de pacientes con EPOC.

Para cumplir con este propósito nos planteamos los siguientes objetivos específicos: formular instrumento para la recolección de datos, caracterizar la población de estudio, realizar un relevamiento estadístico sobre los datos obtenidos, y formular un plan de alta de enfermería para el manejo de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

METODOLOGIA

El diseño del presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo y se utilizó las medidas de tendencia central para procesar la información, estableciendo patrones de comportamiento.

Descriptivo: ya que se describieron los datos y características de la población y fenómeno en estudio. No experimental: se observaron fenómenos tal como se presentan en su contexto natural.

Retrospectivo: se tomaron datos en un periodo de tiempo comprendido entre 2001-2008, nuestra variable dependiente (reingreso por EPOC) ya estaba manifestada al comienzo del estudio y se procuro inferir con alguna causa presunta.

Método y técnica

El método utilizado fue la confección de una matriz básica de datos que incluye todas las variables para el desarrollo de la información. La misma se realizó en una planilla digital de Excel 2007 Microsoft.

La técnica implementada fue la extracción de datos de historias clínicas a través de un formulario.

Universo, muestra y sujeto de estudio:

Se tomo como universo todas las historias clínicas de pacientes con EPOC del Hospital de Clínicas.

El muestreo fue por conveniencia tomando un total de 100 HC en el periodo de tiempo antes mencionado. Si bien el elemento muestral es la historia clínica, la unidad de observación es el dato, el sujeto es quien genero el dato en el pasado y contribuye a generar el constructo.

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 40 años, de ambos sexos, con diagnostico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que hayan reingresado al Hospital Manuel Quíntela, ciudad de Montevideo en el periodo de tiempo comprendido del 2001 al 2008.

Formulario:

Se elaboro un formulario que operacionalizaba las variables.

El primer segmento constituía la caracterización de la población a estudiar.

Las preguntas que incluían eran abiertas y cerradas.

Tipo de variable:

En esta investigación se encontraron variables de tipo cuantitativa, continua ellas son: edad, edad de comienzo de la enfermedad, cantidad de cigarrillos/día, número de reingresos y días de internación.

Variables de tipo cualitativa, categórica nominal como lo son: procedencia, ocupación, núcleo familiar, tabaquismo, tratamiento y patologías asociadas. Variable cualitativa categórica ordinal: alcoholismo. Y por último el sexo la cual es cualitativa, categórica, dicotómica.

Tabulación

Se utilizaron medidas de tendencia central de la cual se hizo inferencia.

Control ético: Previamente se realizó una solicitud formal al Director del Departamento de Registros médicos del Hospital Manuel Quintela. Posteriormente se brindará una devolución de los datos obtenidos al Departamento de enfermería en forma escrita.

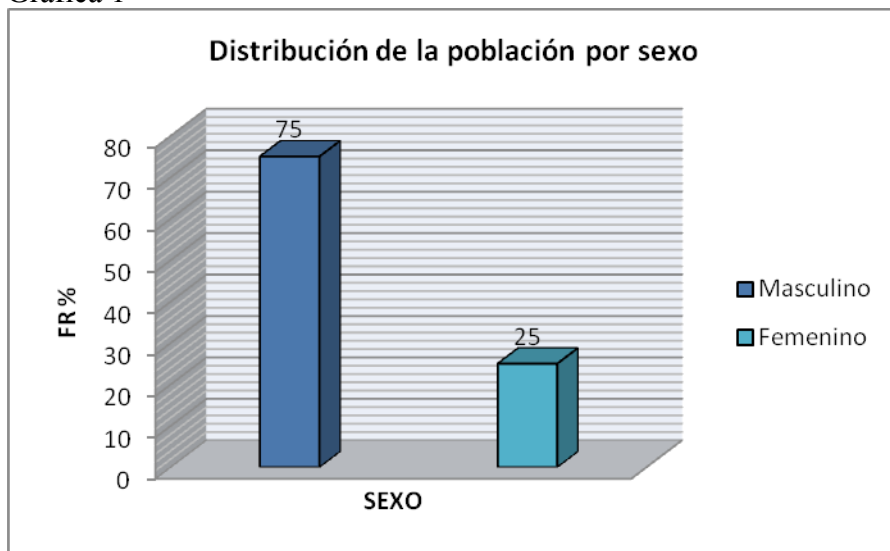
RESULTADOS

Luego de la recolección de datos se realizó un relevamiento estadístico el cual pasaremos a describir a continuación.

Tabla 1

Sexo	FA	FR%
Masculino	75	75
Femenino	25	25
Total	100	100

Gráfica 1

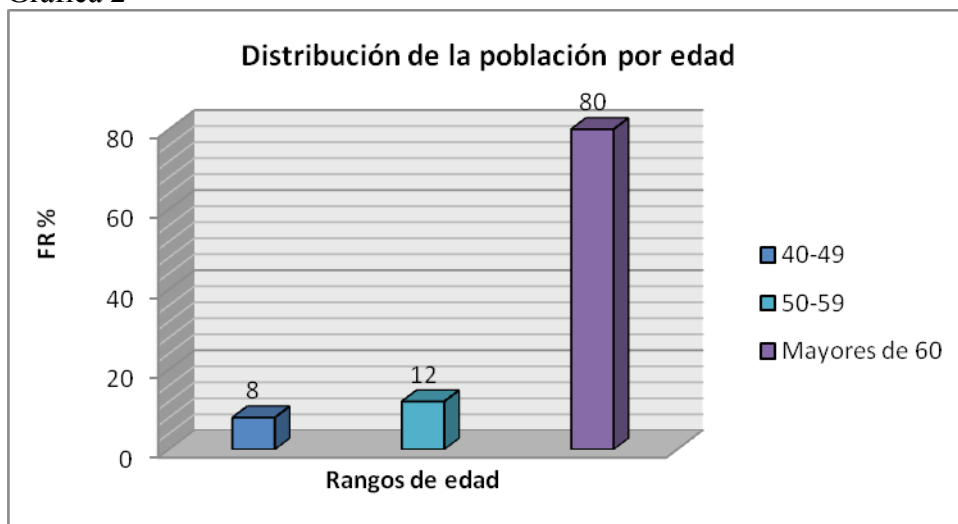


Fuente: Historia Clínica

En la primera tabla se puede observar que la EPOC se manifiesta en su mayoría en pacientes de sexo masculino con un 75%, correspondiéndole un 25% al sexo femenino. Tabla 2

Edad	FA	FR%
40-49	8	8
50-59	12	12
Mayores de 60	80	80
Total	100	100

Gráfica 2



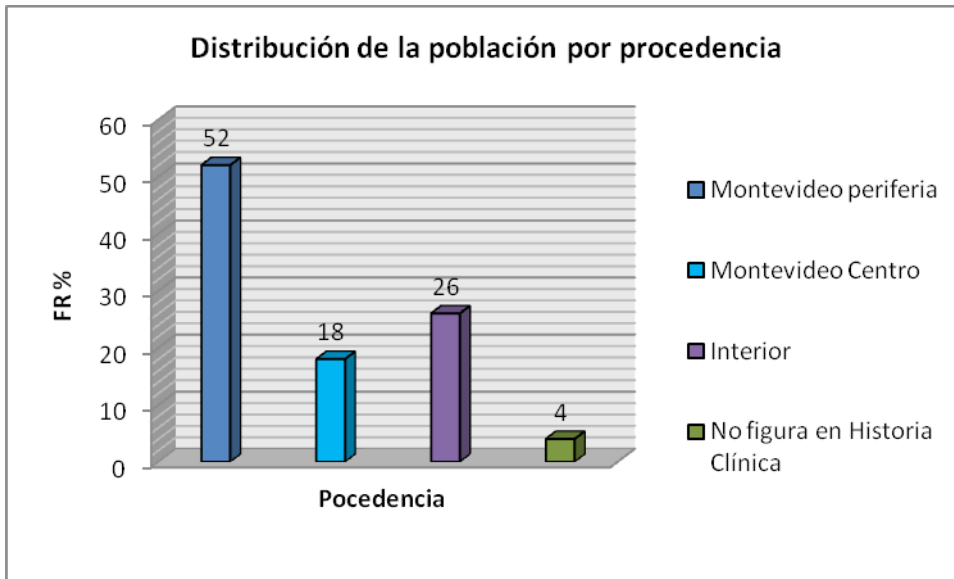
Fuente: Historia Clínica

En la segunda tabla se puede observar que la franja de edad en la cual dicha enfermedad se manifiesta con más frecuencia es en pacientes mayores de 60 años con un 80%. Siguiendo la secuencia se encuentran personas ubicadas entre los 50 a 59 años con un 12%, y un 8% corresponde la menor prevalencia encontrada en rangos de edad entre los 40 y 49 años.

Tabla 3

Procedencia	FA	FR%
Montevideo periferia	52	52
Montevideo Centro	18	18
Interior	26	26
No figura en Historia Clínica	4	4
Total	100	100

Gráfica 3



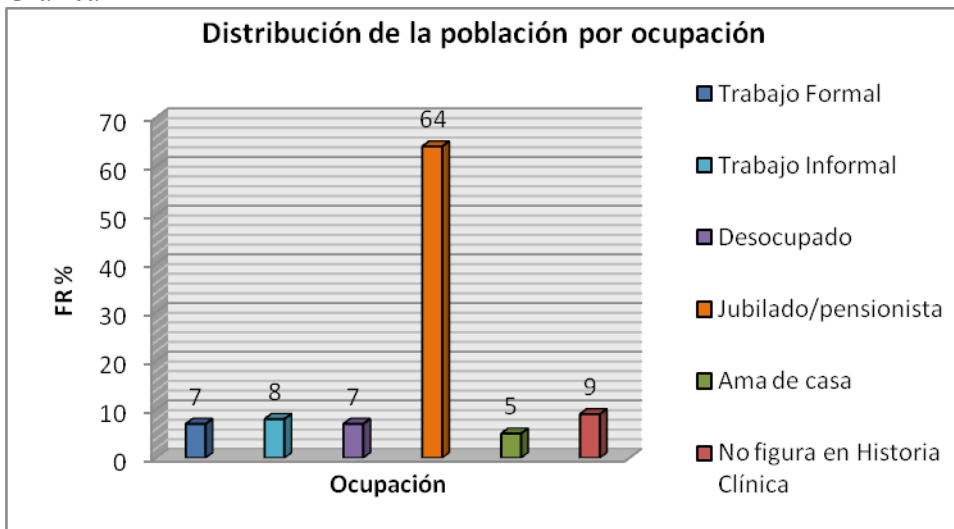
Fuente: Historia Clínica

En la tabla 3 en cuanto a la procedencia, un 52 % proviene de barrios ubicados en la periferia de Montevideo y un 26% son del interior del país, aquí se denotan las mayores prevalencias de esta variable. Y en un menor porcentaje se encuentran pacientes provenientes de la zona céntrica de Montevideo (18%).

Tabla 4

Ocupación	FA	FR%
Trabajo Formal	7	7
Trabajo Informal	8	8
Desocupado	7	7
Jubilado/pensionista	64	64
Ama de casa	5	5
No figura en Historia Clínica	9	9
Total	100	100

Gráfica 4

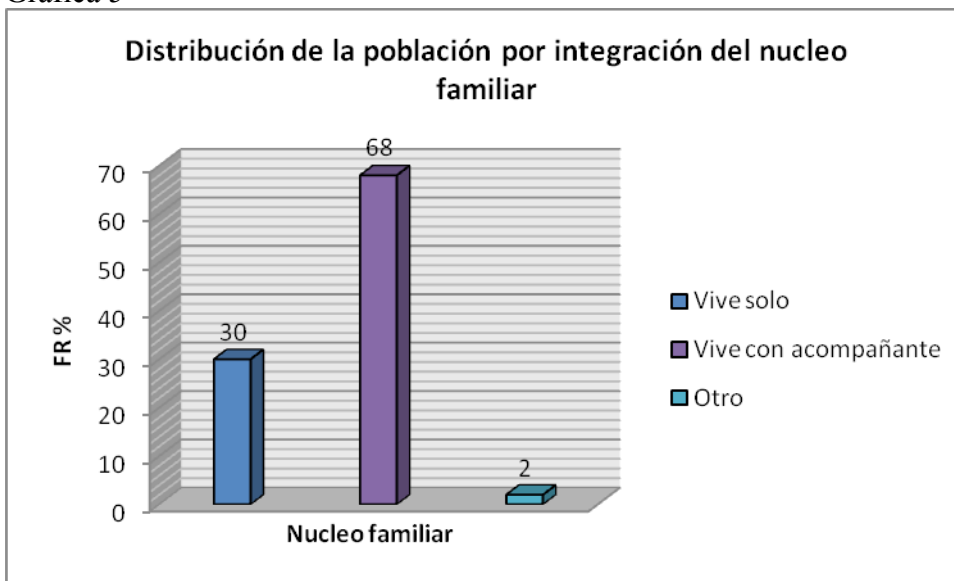


La tabla 4 manifiesta que el 64% de la muestra tienen ingresos económicos por medio de una jubilación o pensión esto coincide con los datos obtenidos en la tabla 2 donde la gran parte de la población era mayor de 60 años. Un 15 % son activos ya sea por trabajos de índole formal o informal. Y un 12% no presentan ingresos económicos correspondiendo este porcentaje a desocupados y amas de casa.

Tabla 5

Núcleo familiar	FA	FR%
Vive solo	51	51
Vive con acompañante	47	47
No figura en Historia Clínica	2	2
Total	100	100

Gráfica 5



Fuente: Historia Clínica

En cuanto al núcleo familiar se observa en la tabla 5 que un 68% viven acompañados siendo una condición favorable al momento del alta ya que contar con una persona que colabore en los cuidados del paciente es fundamental, y de mayor importancia si se encuentra en una etapa de mayor exacerbación de la enfermedad. Y un 30% viven solos.

Tabla 6

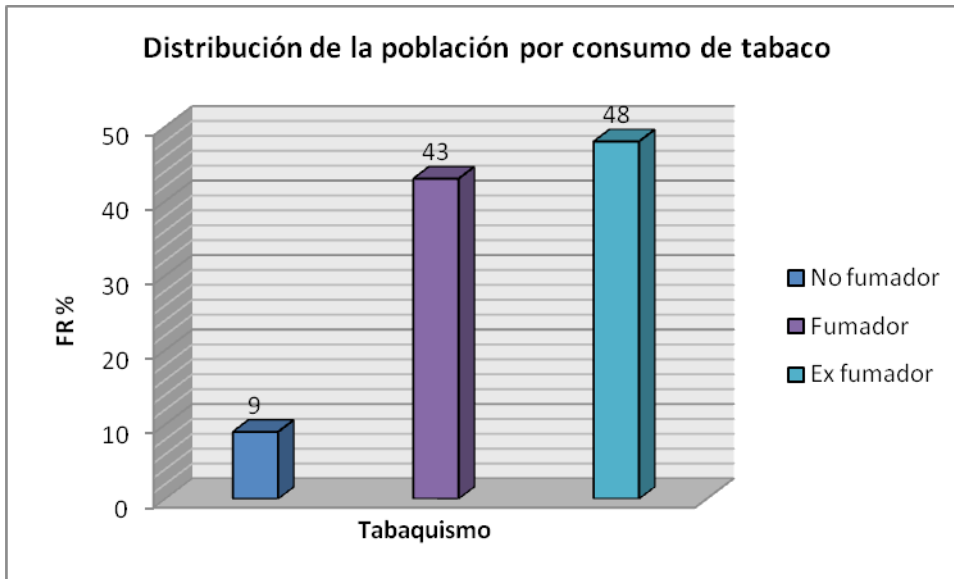
Edad de comienzo de la enfermedad	FA	FR%
< 40	6	6
40-49	4	4
50-59	7	7
60-69	10	10
70-79	14	14
80-89	5	5
No especifica en Historia Clínica	54	54
Total	100	100

Unos de los datos más importantes ya que en base a esto se obtendrá la población a la cual se debe dirigir el plan de alta, es la edad de comienzo EPOC. Sin embargo al recolectar los datos pudimos ver que el 54% de las historias clínicas no contaban con este registro. De los escasos datos obtenidos podemos observar que la mayor prevalencia de aparición de la enfermedad se encuentra en personas ubicadas en un rango de edad entre los 70 a 79 años. Esto podría corresponder a una detección tardía de la enfermedad.

Tabla 7

Tabaquismo	FA	FR%
No fumador	9	9
Fumador	43	43
Ex fumador	48	48
Total	100	100

Gráfica 7



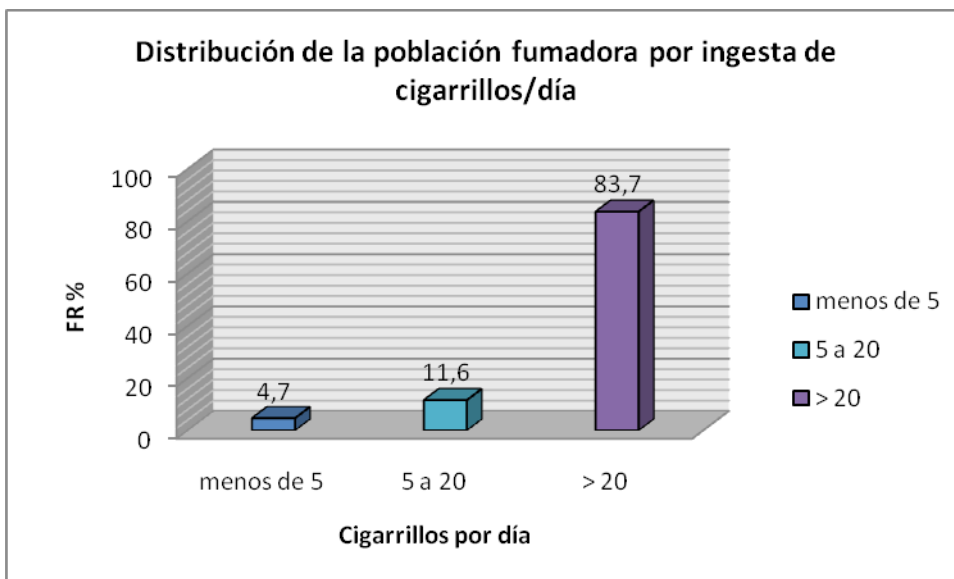
Fuente: Historia Clínica

Respecto al consumo de tabaco podemos ver que el 43% de la muestra son fumadores, y el 48% abandonaron dicho hábito, por tanto un 91% de esta población inhala sustancias tóxicas en un periodo determinado de su ciclo vital. Solo un 9% nunca practicaron este hábito.

Tabla 8

Fumador cigarrillos/día	FA	FR%
menos de 5	2	4.7
5 a 20	5	11.6
> 20	36	83.7
Total	43	100

Gráfica 8



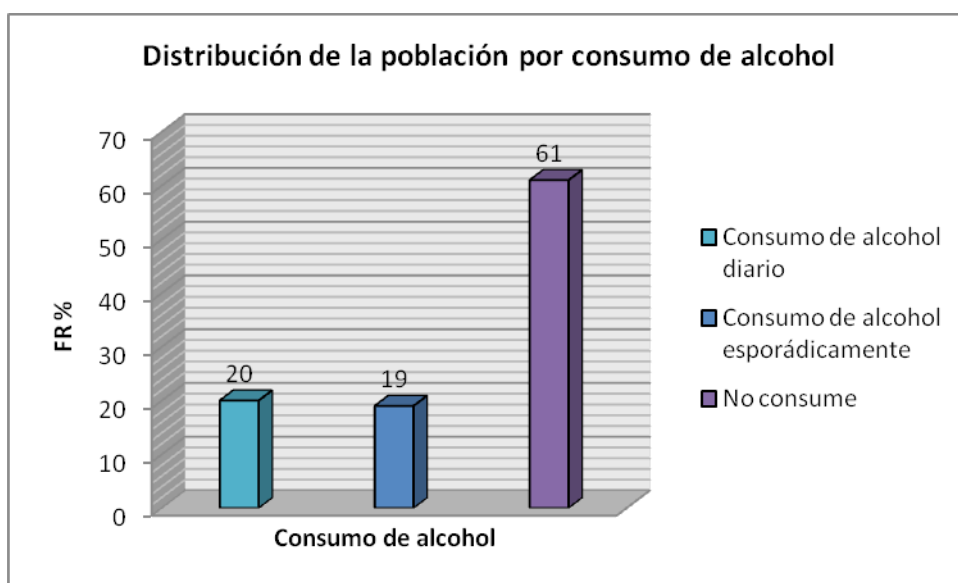
Fuente: Historia Clínica

De la población de fumadores 83.7% fuma más de 20 cigarrillos diarios, 11.6% fuman de 5 a 20 cigarrillos/día y solo un 4.7% de la muestra fuman menos de 5 cigarrillos por día.

Tabla 9

Alcoholismo	FA	FR%
Consumo de alcohol diario	20	20
Consumo de alcohol esporádicamente	19	19
No consume	61	61
total	100	100

Gráfica 9



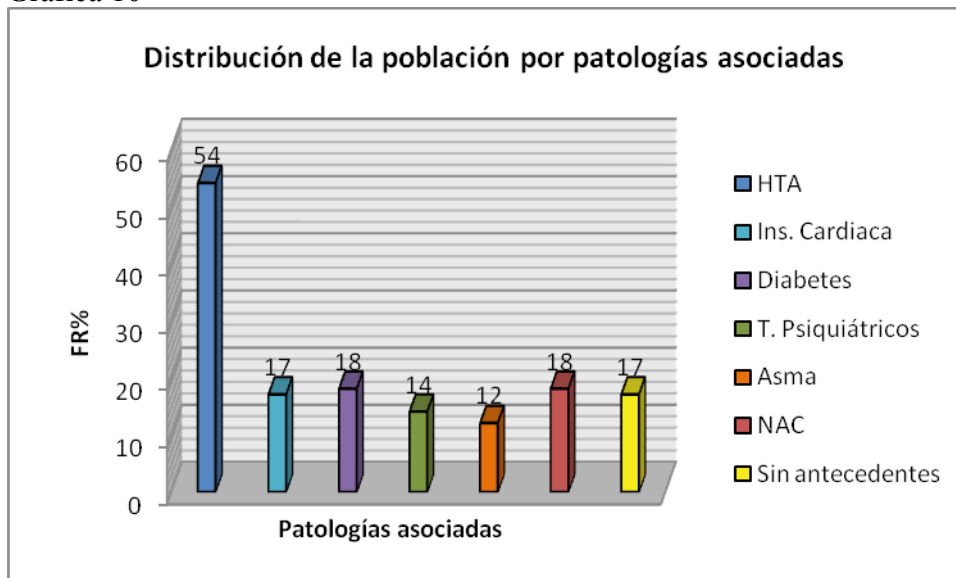
Fuente: Historia Clínica

Continuando con los hábitos no saludables podemos ver que el 20% consumen alcohol diariamente, y un 80% lo hacen esporádicamente o no lo consumen.

Tabla 10

Patologías	FA	FR%
HTA	54	54
Ins. Cardiaca	17	17
Diabetes	18	18
T. Psiquiátricos	14	14
Asma	12	12
NAC	18	18
Sin antecedentes	17	17
Total de usuarios	100	100

Gráfica 10



Fuente: Historia Clínica

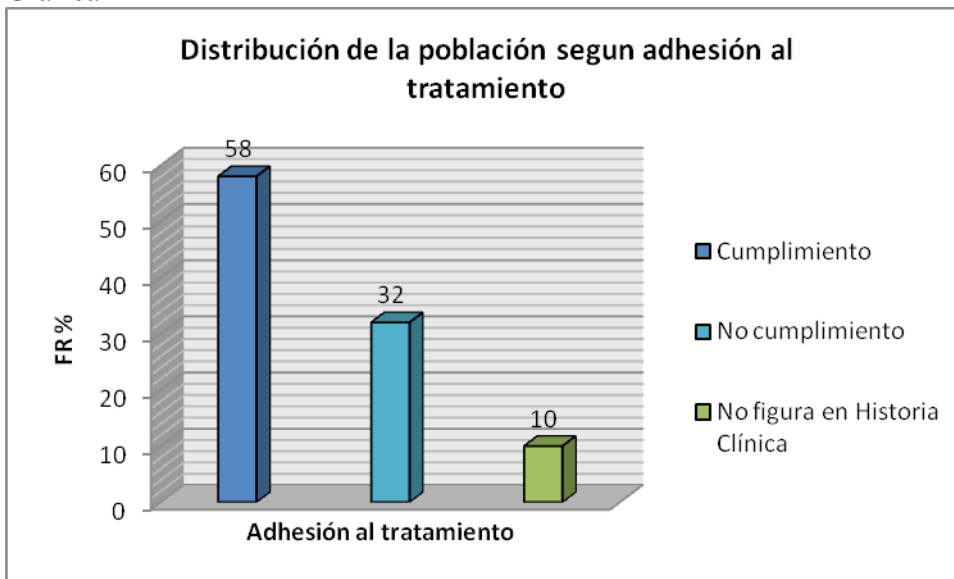
En la tabla 10 podemos ver que el 83% de la muestra presentaba patologías asociadas. El porcentaje más elevado corresponde a usuarios con hipertensión arterial con un 54%, luego le continúa en forma decreciente la diabetes y la Neumonía aguda comunitaria ambas con el mismo porcentaje de 18%, Insuficiencia cardiaca con un 17%, trastornos psiquiátricos con un 14% y 12% asmáticos.

Un 17% presentaban como único antecedente EPOC es decir ninguna patología asociada

Tabla 11

Tratamiento	FA	FR%
Cumplimiento	58	58
No cumplimiento	32	32
No figura en Historia Clínica	10	10
Total	100	100

Grafica 11



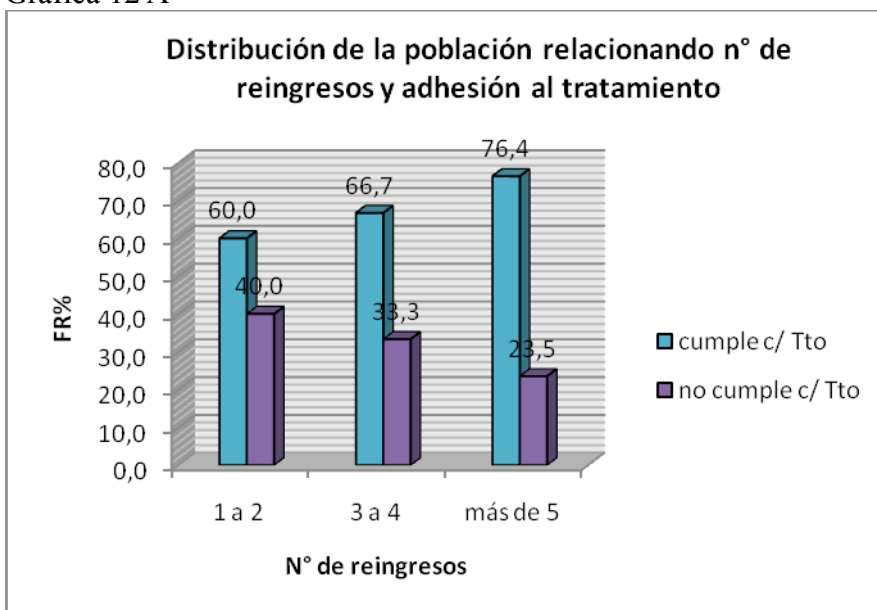
Fuente: Historia Clínica

En la tabla 11 podemos ver la población que cumple con el tratamiento de la EPOC en su domicilio, siendo esta un 58%. Si bien el porcentaje de la muestra que no cumple con el mismo es menor, 32% sigue siendo un dato elevado. Cabe destacar que un 10% de la población no presentaba dato clínico.

Tabla 12

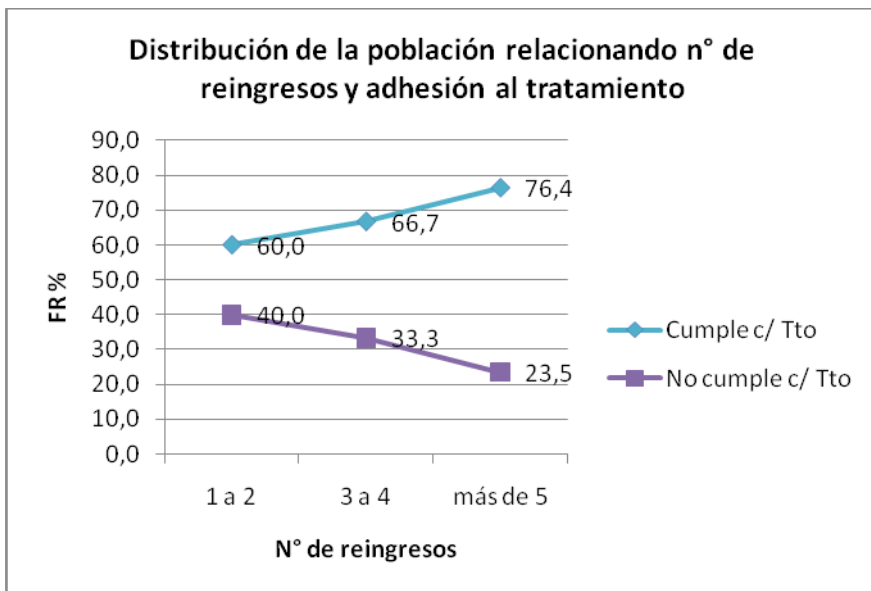
Reingresos	Cumple c/Tto	FR%	No cumple c/Tto	FR%	FA total	FR% total
1 a 2	33	60,0	22	40,0	55	100
3 a 4	12	66,7	6	33,3	18	100
más de 5	13	76,4	4	23,5	17	100

Grafica 12 A



Fuente: Historia Clínica

Grafica 12 B



Fuente: Historia Clínica

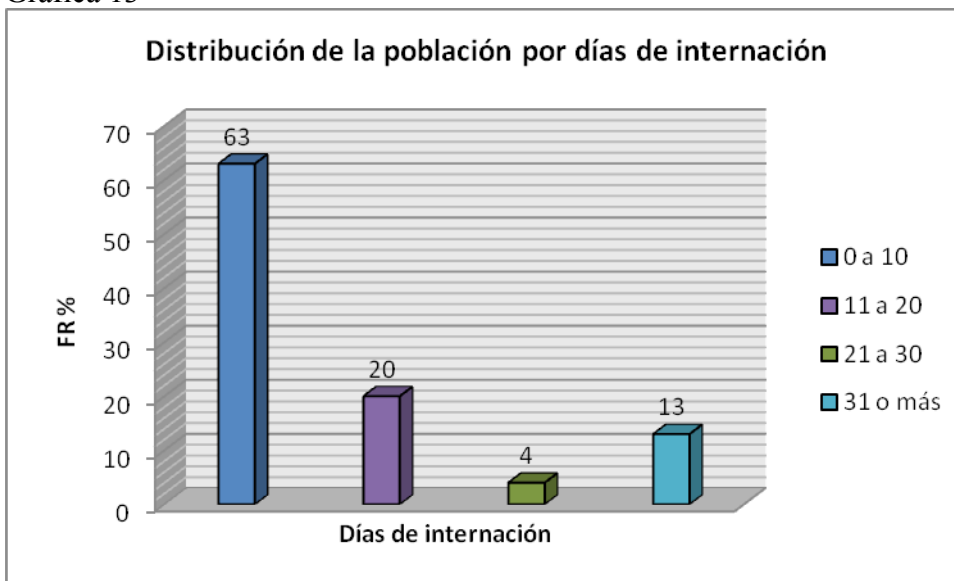
A continuación en la tabla 12 se contrastó el número de reingresos con el cumplimiento del tratamiento farmacológico tomando solamente los 90 individuos con dato clínico.

En todos los intervalos de reingreso se puede observar que la población que cumple con el tratamiento es mayor a la que no lo hace: de 1 a 2 reingresos con un 60%, de 3 a 4 con un 66.7% y de más de 5 con un 76.7%. Aquí se observa que la adhesión al tratamiento aumenta en base al número de reingresos. De manera contraria se puede observar que a medida que aumentaba el número de reingresos menor eran los porcentajes de no cumplimiento del tratamiento. De 1 a 2 reingresos con un 40%, de 3 a 4 con un 33.3% y de más de 5 con un 23.5%.

Tabla 13

Días de internación	FA	FR%
0 a 10	63	63
11 a 20	20	20
21 a 30	4	4
31 o más	13	13
Total	100	100

Grafica 13



Fuente: Historia Clínica

Respecto a los días de internación en la tabla 13 se observa que más de la mitad de los pacientes (63%) tenían una estadía hospitalaria menor o igual a 10 días. Continuando en forma creciente de 11 a 20 días un 20%, de 21 a 30 un 4% y más de 31 días un 13%.

DISCUSION

Los resultados presentados tienen una elevada similitud con los obtenidos en el proyecto PLATINO, estudio realizado en 5 países de Latino América, entre los cuales se encontraba Uruguay, ciudad de Montevideo.

El análisis preliminar de los factores de riesgo mostró una mayor prevalencia de EPOC en hombres (75%), en edades mayores a 60 años (80%), y fumadores en alguna etapa de su ciclo vital (81%).

Uno de los datos más significativos es la edad de comienzo de la enfermedad. Según el estudio PLATINO comienza a los 40 años (edad productiva de un individuo); sin embargo esta información no pudo ser contrastada en el estudio ya que un 54% de las historias clínicas carecían de este dato.

En un 64% los ingresos económicos son a través de una jubilación o pensión, aquí se denota la población añosa a la que ataca esta enfermedad, dato anteriormente mencionado.

En cuanto a la procedencia los porcentajes más elevados se reflejaron en usuarios ubicados en zonas periféricas de la capital (52%) y del interior del país (26%), estos datos podrían ser punto de partida para una investigación más amplia ya que para saber si los mismos influyen en la situación del usuario habría que relacionarlos con otros temas como lo son el nivel socioeducativo, socioeconómico, sociocultural entre otros.

Volviendo al tabaquismo como factor de riesgo principal de la enfermedad pudimos observar que de un 91% de pacientes que inhalaban sustancias tóxicas, un 83.7% fumaban más de 20 cigarrillos por día. Hoy en día según cifras nacionales la venta de cigarrillos ha disminuido desde que el gobierno implementó una campaña antitabaco más estricta.

Respecto a las patologías asociadas podemos decir que solo un 17% de los reingresos no las padecía quedando en evidencia un elevado porcentaje de población de riesgo. Entre ellas la más reconocida fue la hipertensión arterial (54%). Por otra parte no se pudo hallar similitud con el estudio realizado en EE.UU sobre la depresión ya que solo un 14% de la muestra sufría trastornos psiquiátricos.

A cerca del tratamiento pudimos obtener resultados positivos ya que de un 90% de los usuarios de

los cuales se pudo obtener datos, el 58% de estos cumplían con el tratamiento. Otro hallazgo en base a este tema es que la población va tomando conciencia de la enfermedad cuanto más elevado es el número de internaciones, esto lo lleva a realizar un cumplimiento estricto de su tratamiento ya que muchas veces se les es imposible realizar actividades cotidianas de la vida diaria.

Por último podemos decir que en nuestro país no se encuentran hallados los costos que produce un paciente internado por afectaciones respiratorias, este también, podría ser punto de partida de una futura investigación. Luego de acudir al Ministerio de Salud pública, ASSE y Hospital Manuel Quíntela lugar de realización del estudio no se obtuvo esta respuesta.

Se realizó un plan de alta diseñado en base a las necesidades intereses y problemas de estos usuarios incluyendo aspectos desde lo biológico hasta lo social; comenzando su implementación desde el período de internación del paciente hasta su alta y posterior seguimiento en el primer nivel de atención, podría disminuir el número de reingresos ya que ayudaría a elevar la calidad de vida de cada usuario.

Como respuesta a la pregunta problema de dicha investigación podemos concluir que la población con más riesgo de reingresar por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los pacientes de sexo masculino, mayores de 60 años, fumadores intensos en alguna etapa de su ciclo vital, y que presentan patologías asociadas.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

BIBLIOGRAFIA

- Alonso L, Llorente B, Echegaray M, Urbietta A, González C. Reingreso Hospitalario en Medicina Interna. Pamplona: Hospital de Navarra; 1998.
- Asociación Latinoamericana del Tórax. Proyecto latinoamericano de investigación en obstrucción pulmonar. Brasil: [s. n]; 2006.
- Costabel M. Temas de enfermería médico-quirúrgica. Montevideo: Oficina del Libro; 1997.
- González C, Servera E, Ferris G, Blasco M, Marín J. Factores predictivos de reingreso hospitalario en la agudización de la epoc moderada-grave. Valencia: Archivo Bronconeumología; 2004.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4a ed. México: McGraw Hill; 2008.
- Saenz C, Sivori M, Blaho E, Sanfeliz E. Costos en enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Buenos Aires: Revista Argentina de Medicina Respiratoria; 2001.
- Saenz X, Céspedes L. Plan de alta para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Colombia: Revista Aquichan; 2006.

ANEXO 1



INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES CON REINGRESO HOSPITALARIO POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL MANUEL QUINTELA ENTRE LOS AÑOS 2001 AL 2007.

Objetivo: recabar información de historias clínicas con el fin de identificar factores de riesgo que afecten en el reingreso hospitalario de dichos pacientes.
Solo serán utilizados con fines estadísticos.

Estado actual

- Fallecido
- Vivo

Edad

- 40-49 _____
- 50-59 _____
- 60 o Mas _____

Sexo

- Femenino _____
- Masculino _____

Procedencia

- Montevideo zona urbana: Periferia _____ Centro _____
- Montevideo zona rural _____
- Interior _____

Ocupación

- Trabajo formal: Cuál _____
- Trabajo informal Cual _____
- Desocupado ____
- Jubilado/Pensionista ____
- Ama de casa ____

Núcleo familiar

- Vive solo ___
- Vive con acompañante ___

Edad de comienzo de la enfermedad

- Menor de 40
- 40 – 49 ___
- 50 – 69 ___
- 70 – 79 ___
- 80 – 89 ___
- No especifica en Historia Clínica ___

Antecedentes personales

Nº de internaciones anteriores _____

Patologías

Psiquiátricos Si ___ No ___

Medicación habitual

Psicofármacos: Si ___ No ___

Antihipertensivos: Si ___ No ___

Antiglicemiantes: Si ___ No ___

Bronco dilatadores: Si ___ No ___

Corticoides: Si ___ No ___

Hábitos

Tabaquismo

Fuma: Si ___ No ___ Ex. Fumador ___

Fumador de:

5 o menos día ___

5 a 20 Día: ___

Ingesta de alcohol

Diariamente ___ Esporádico ___ Nunca ___

Tratamiento

Cumple: _____
No Cumple: _____

Días de internación:

0 – 10: _____

11 – 20: _____

21 – 30: _____

Más de 30: _____

Tratamiento medicamentoso al ingreso

ANEXO 2

Marco teórico

Salud

“fenómeno psico-biológico-social, dinámico, relativo, muy variable. En la especie humana corresponde a un estado ecológico, fisiológico social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social”.¹

Proceso Salud-Enfermedad

“proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en la que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del hombre que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.²

Enfermería

“disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales.

Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.”³

¹ Hernán San Martín, V. Salud Comunitaria. ED. Díaz de Santos. SA. Madrid 1984

² Plan de estudios 1993, INDE, aprobado por el consejo directivo central el 8 de agosto de 1993.

³ Plan de estudios 1993, INDE, aprobado por el consejo directivo central el 8 de agosto de 1993.

Prevenir en salud

“Todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo las invalideces consecutivas a la enfermedad”.⁴

Factor de riesgo

“Atributo, característica o exposición de un individuo, que incrementa su probabilidad de desarrollar un daño o enfermedad”.⁵

Habito

“costumbre, practica o forma de conducta en particular”⁶

Fumar

“Fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno”.⁷

Depresión

“Psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad”.⁸

Plan de alta

“El plan de alta busca asegurar unos cuidados acordes con las necesidades y los requerimientos de la persona una vez que egresa de la institución de salud, y debe constituirse en una guía básica en especial para la atención de aquellos con patologías crónicas”.⁹

⁴ OMS, OPS, 1995.

⁵ Wikipedia, la enciclopedia libre. Portal web: www.wikipedia.com

⁶ Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la salud, Edición: 4 – 2004.

⁷ OMS

⁸ OMS

⁹ Luz m. Cespedes Salgado, “Sentido que tiene para el anciano el autocuidado, frente a la enfermedad obstructiva crónica. Propuesta participativa de autocuidado”. Portal web.

Teoría del Autocuidado Dorotea Orem

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida Salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. ¹⁰

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Es una de las enfermedades más comunes de los pulmones que causa dificultad para respirar. Hay dos formas principales de EPOC:

- Bronquitis crónica, definida por una tos prolongada con moco
- Enfisema, definida por la destrucción de los pulmones con el tiempo

¹⁰ Ann Marriner Tomey, Raile Alligood, Martha. Editorial : Esevier "Modelos y Teorías de Enfermería".

Causas:

La mayoría de las personas con EPOC tienen una combinación de ambas afecciones. La causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el tabaquismo. Cuanto más fume la persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar EPOC, aunque algunas personas fuman por años y nunca padecen esta enfermedad.

En raras ocasiones, los no fumadores que carecen de una proteína llamada alfa-1 antitripsina pueden desarrollar enfisema.

Otros factores de riesgo para EPOC son:

- Exposición a ciertos gases o emanaciones en el sitio de trabajo
- Exposición a cantidades considerables de contaminación o humo indirecto de cigarrillo
- Uso frecuente de gas para cocinar sin la ventilación apropiada

Síntomas:

- Tos con moco
- Dificultad respiratoria (**disnea**) que empeora con actividad leve
- Fatiga
- Infecciones respiratorias frecuentes
- Sibilancias

Dado que los síntomas de EPOC se desarrollan lentamente, es posible que algunas personas no tengan conciencia de que están enfermas.

Pruebas y exámenes:

El mejor examen para la EPOC es una prueba simple de la función pulmonar llamada espirometría que consiste en soplar con tanta fuerza como uno pueda dentro de una máquina pequeña que evalúa la capacidad pulmonar. El examen puede interpretarse inmediatamente y no implica ejercicio, muestras de sangre ni exposición a la radiación.

Usar un estetoscopio para auscultar los pulmones también puede servir, aunque algunas veces los pulmones suenan normalmente incluso cuando la EPOC está presente.

Las imágenes de los pulmones (como radiografías y tomografías computarizadas) pueden ser útiles, pero algunas veces parecen normales incluso cuando una persona tiene EPOC.

Algunas veces, es necesario hacer un examen de sangre (llamado “gasometría arterial”) para medir las cantidades de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre.

Tratamiento:

No hay ninguna cura para la EPOC. Sin embargo, hay muchas cosas que se pueden hacer para aliviar los síntomas e impedir que la enfermedad empeore.

Las personas con EPOC tienen que dejar de fumar. Ésta es la mejor manera de reducir el daño pulmonar.

Los medicamentos usados para tratar la EPOC abarcan:

- Inhaladores (broncodilatadores) para abrir las vías respiratorias, como el ipratropium (Atrovent), tiotropium (Spiriva), salmeterol (Serevent) o formoterol (Foradil)
- Esteroides inhalados para reducir la inflamación pulmonar

En casos severos o durante reagudizaciones, es posible que sea necesario recibir esteroides por vía oral o a través de una vena (por vía intravenosa).

Se prescriben antibióticos durante la reagudización de los síntomas, debido a que las infecciones pueden hacer que la EPOC empeore.

La oxigenoterapia en el hogar se puede necesitar si una persona tiene un nivel bajo de oxígeno en la

sangre. La rehabilitación pulmonar no cura la neumopatía, pero puede enseñarle a usted a respirar de una manera diferente de forma tal que pueda permanecer activo. Los programas de ejercicios tales como la rehabilitación pulmonar también son importantes para ayudar a mantener la fuerza muscular en las piernas, de manera que haya menos demanda sobre los pulmones al caminar. Estos programas también le enseñan a la gente a usar sus medicamentos de la manera más eficaz.

Las cosas que se pueden hacer para estar bien en el hogar abarcan:

- Evitar el aire muy frío
- Asegurarse de que nadie fume en la casa
- Reducir la contaminación atmosférica eliminando el humo de la chimenea y otros irritantes

Consuma una dieta saludable con pescado, carne de aves o carne magra de res, al igual que frutas y verduras. Si le resulta difícil evitar bajar de peso, hable con el médico o un nutricionista respecto a consumir alimentos con más calorías.

Los tratamientos quirúrgicos pueden abarcar:

- Cirugía para extirpar partes del pulmón afectado, para algunos pacientes con enfisema
- Trasplante de pulmón para casos graves ¹¹

Proyecto PLATINO: PLATINO es un estudio de base poblacional para medir la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en São Paulo (Brasil), Ciudad de México (México), Montevideo (Uruguay), Santiago de Chile (Chile) y Caracas (Venezuela). El objetivo ha sido describir el tratamiento preventivo y farmacológico en individuos con EPOC y los factores asociados al mismo. Pacientes y métodos: Los sujetos elegibles completaron un cuestionario y

¹¹ Medline plus, portal web.

realizaron una espirometría posbroncodilatador. Resultados: De un total de 5.529 individuos con datos autorreferidos sobre tratamiento, se identificó como afectados de EPOC (relación volumen espiratorio forzado en el primer segundo/capacidad vital forzada $< 0,7$ posbroncodilatador) a 758, de los que 86 tenían diagnóstico médico previo. Considerando la totalidad de los pacientes con EPOC, sólo la mitad de los fumadores o exfumadores había recibido consejo antitabáquico y el 24,7% recibió algún tipo de medicación respiratoria. El uso de esteroides inhalados alcanzó un 13,5% de los individuos más graves. En el grupo de EPOC con diagnóstico médico previo, el 69% de los fumadores o exfumadores había recibido consejo médico para dejar de fumar y el 75,6% medicación respiratoria en el último año, un 43% de ellos por vía inhalada y un 36% broncodilatadores. La cobertura de vacunación antigripal y el uso de mucolíticos e inhaladores fueron variables en los distintos centros. Todas las prescripciones terapéuticas se asociaron a espirometría previa. Conclusiones: La espirometría surge no sólo como una herramienta diagnóstica, sino como factor asociado al tratamiento, en un contexto dispar de utilización de los recursos disponibles en estas 5 ciudades de Latinoamérica.