



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

# PERCEPCIÓN DEL USUARIO CON EPOC OXÍGENO DEPENDIENTE SOBRE SU CONTINUIDAD ASISTENCIAL

**Autores:**

Br. Bengoechea, Vanesa  
Br. Cardozo, Cristina  
Br. Geymonat, Bettina  
Br. Bianca, Mary  
Br. Ivanna, Vivian

**Tutor:**

Prof. Esther Lacava  
Prof. América Monge

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

Montevideo, 2014



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación



## AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece por el apoyo y colaboración brindados a las siguientes personas.

Tutoras responsables, Prof. Adj. Licenciada en Enfermería América Monge, Prof. Agda. (s) Esther Lacava.

Profesora Adj. Rosa Espina.

A la Dirección del Centro de Salud Enrique Claveaux.

Dra. Neumóloga Silvia Cataldi.

Jefa de Crónicos, RAP Central, Dra. Verónica Izaurraldi.

Equipo médico del Servicio de Oxígeno Domiciliario.

A los usuarios que aceptaron formar parte de nuestra investigación.

A nuestros familiares que nos acompañaron durante toda la carrera.

MUCHAS GRACIAS!!

Resumen	25
Introducción	45
Objetivos	49
Metodología	50
Resultados	52



## RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer la percepción del usuario con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oxígeno dependiente, en cuanto a su continuidad de atención de relación entre éste y el equipo del Servicio de Oxígeno Domiciliario perteneciente al sector público de Montevideo, Uruguay.

La investigación se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2014.

La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, la población objeto fueron los usuarios diagnosticados con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que fueran oxígeno dependientes, mayores o iguales a cuarenta años de edad y de ambos sexos. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario, el cual se aplicó a los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaran formar parte de la investigación.

En dicho instrumento se utilizó una variable compleja midiendo de esta forma la continuidad asistencial de relación, como resultado se obtuvo que el cien por ciento de los diecisiete usuarios entrevistados percibieron una continuidad de relación en su asistencia.



## INTRODUCCIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo fue realizado por estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el cuarto ciclo correspondiente al trabajo final de investigación. El mismo fue tutorado por la Prof. Adj. Lic. En Enf. América Monge y Prof. Agda. (s) Lic. En Enf Esther Lacava pertenecientes a la Cátedra de Enfermería Comunitaria.

La temática de investigación propuesta fue, la percepción del usuario con EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial vinculado a la relación con el equipo de salud.

La continuidad asistencial, eleva la calidad de los servicios brindados por los diferentes prestadores de salud, reflejada en una atención integral, coordinada, con supervisión continua, evitando recaídas del usuario y la necesidad de una atención más especializada; de este modo también se optimizan los recursos tanto humanos, materiales como financieros. Ésta se ha transformado en un aspecto de gran importancia debido al aumento de las enfermedades crónicas las cuales requieren un seguimiento continuo; tal como es la EPOC.

Según estudios realizados se obtuvo que la EPOC es una de las mayores causas de morbi-mortalidad con un importante impacto socio-económico, siendo la cuarta causa de mortalidad en el mundo; estimándose que para el 2020 será la tercera, lo que muestra la importancia del tema.





## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción que tiene el usuario con EPOC oxígeno dependiente, sobre su atención en relación a la continuidad asistencial?

## JUSTIFICACIÓN

La EPOC es una de las mayores causas de morbi-mortalidad con un importante impacto socio-económico, siendo la cuarta causa de mortalidad en el mundo; estimándose que para el 2020 será la tercera.<sup>1</sup>

Los estudios epidemiológicos son complejos y costosos por lo cual en América Latina existe escasa evidencia sobre cifras de prevalencia en estudios bien diseñados.<sup>2</sup>

Según estudios realizados en Uruguay por el Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) revela que la EPOC afecta al 20 % de las personas mayores de 40 años. Siendo la misma, una de las prevalencias más altas de América Latina cuyo promedio es del 19,7% de la población.

Según el Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), la prevalencia mundial de EPOC en todas las edades en el año de 2002 fue estimada en 11.6/1000 en hombres y 8.8/1000 en mujeres.<sup>3</sup>

En Uruguay, en el año 2005 los fumadores representaban aproximadamente un tercio de la población total del país, como respuesta a esta problemática el presidente de turno Dr. Tabaré Vázquez<sup>4</sup> durante su mandato, creó una serie de medidas que tienen por objetivo reducir la dependencia y las consecuencias que el tabaquismo tiene sobre la población. Es en este año cuando se decreta la Ley 18.256 llamada control del tabaquismo, donde se prohibió totalmente el consumo de tabaco en lugares públicos cerrados; la cual se aprobó el 1º de marzo de 2008.

---

<sup>1</sup> Herrera Magdalena. Muertos por EPOC aumentaron 153%. El País. (en línea). Montevideo. 28 de Junio, Año 2006. (Fecha de acceso 20 de enero de 2014). URL Disponible en: [http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/09/06/28/sds\\_426019.asp](http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/09/06/28/sds_426019.asp)

<sup>2</sup> Muiño Adriana, López Varela María Victoria, Menezes Ana María. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2013 Nov 09]; 21(1): 37-48. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es).

<sup>3</sup> Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Proyecto latinoamericano de investigación en obstrucción pulmonar. Año 2006

<sup>4</sup> Presidente de la República Oriental del Uruguay 2005 – 2010



**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



Dada la alta prevalencia de factores de riesgo, en especial el tabaquismo, la EPOC puede representar un serio problema de salud pública que todavía no ha sido reconocido como tal por la población general.<sup>5</sup>

La EPOC es una enfermedad crónica, donde se vuelve progresiva la obstrucción del flujo aéreo, pasando a ser por momentos reversible hasta irreversible. Donde el paciente se vuelve oxígeno dependiente, lo cual lo hace aún más complejo y demandante. El tratamiento de la enfermedad se enfoca a frenar la evolución, a aliviar los síntomas y evitar complicaciones, por lo que el paciente requiere el seguimiento continuo.

Por este motivo, es necesario trabajar con un equipo multidisciplinario donde se abarque los aspectos biopsicosociales del usuario; garantizando su continuidad asistencial. La existencia de una continuidad en la atención sanitaria, incluye el aumento de la satisfacción de los usuarios con la atención, la reducción de las tasas de hospitalización, la disminución en el gasto de recursos y un mayor cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Por tanto, luego de informarnos sobre la realidad de esta problemática en nuestro país, creemos necesario conocer la percepción del usuario EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial. Ya que la misma representa un pilar fundamental en el afrontamiento de su patología.

<sup>5</sup> Muño Adriana, López Varela María Victoria, Menezes Ana María. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2013 Nov 09]; 21(1): 37-48. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es).



## MARCO CONCEPTUAL

### Proceso Salud-Enfermedad

"Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación salud – enfermedad en 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".<sup>6</sup>

### Primer nivel de atención:

"El primer nivel de atención se define como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación. Se pueden resolver entre un 80 - 85 % de los problemas de salud".<sup>7</sup>

### Percepción:

"Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos".<sup>8</sup>

"Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite constatar un estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema".<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Universidad de la República Facultad de Enfermería, Montevideo Uruguay, Plan de Estudio 1993.

<sup>7</sup> Araceli García Suso Enfermería comunitaria, bases teóricas 1º edición pág. 179, Madrid, 2001

<sup>8</sup> Real Academia Española (En Línea). (Consultado el 18 de febrero de 2014) URL disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=vywbrBmTfDX2tniUdDK>

<sup>9</sup> PEREIRA, Francisco. PERCEPCIÓN, CONTENIDO INTENCIONAL Y SINGULARIDAD. *Rev. filos.* [online]. 2008, vol.64 [citado 2014-02-18], pp. 143-161. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-43602008000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-43602008000100010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-4360. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602008000100010>.



### Continuidad asistencial:

“Se entiende por continuidad asistencial, la percepción del paciente respecto al nivel de coordinación y unión de las expectativas en la atención recibida a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades y contexto personal. La continuidad tiene diferentes dimensiones y elementos a medir. Para analizar todo su espectro, se utilizan sus tres dimensiones: continuidad de la gestión (es la coordinación de la atención, provisión de diferentes tipos de atención sanitaria de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen); continuidad de información (se atribuye al flujo de información, o sea, la disponibilidad, utilización e interpretación de acontecimientos anteriores de un paciente); y continuidad de relación (permanencia de relación interpersonal, relación en el tiempo de un paciente con un proveedor).

Cada tipo de continuidad puede verse desde la perspectiva del paciente o de la enfermedad.

**Continuidad de gestión:** Es la provisión de diferentes tipos de atención sanitaria durante el tiempo de manera coordinada para que se complementen los unos con los otros y los servicios solicitados no sean extraviados y no se dupliquen.

**Continuidad de información:** se refiere a la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de acontecimientos anteriores para dar una atención apropiada a la circunstancia actual del paciente. La información es el nexo de unión de un proveedor a otro y de un servicio a otro.

**Continuidad de relación:** centrada en la relación en el tiempo de un paciente con uno o más proveedores. Reconoce la importancia del conocimiento del paciente como persona, el conocimiento de los valores del paciente, preferencias y contexto social. Es el nexo de unión entre pasado y presente. Algunos autores refieren este tipo de continuidad como longitudinalidad. Para Starfield<sup>10</sup> la continuidad es el mecanismo para conseguir conocimiento del paciente mientras que la longitudinalidad es el mecanismo para conseguir la comprensión. Requiere un vínculo entre paciente y proveedor, que se caracteriza por la generación de expectativas sobre la confianza y la responsabilidad del médico hacia su paciente, relaciones interpersonales familiares, en las que el médico también conoce los problemas de salud de otros miembros de la familia; de la estabilidad del proveedor y de la consistencia del personal cuando hay expectativas de establecer una relación de larga duración”.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Castro Gusmão Renata. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (en línea). Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública. (fecha de acceso 27 de Enero de 2014) Barcelona, julio de 2008. URL Disponible en: [http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/Renata%20Castro%20Gusmao\\_2008\\_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf](http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/Renata%20Castro%20Gusmao_2008_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf)

<sup>11</sup> Idem.





### EPOC:

"La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es actualmente definida como una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación progresiva al flujo aéreo que no es totalmente reversible, aunque puede tener variaciones en su intensidad. La enfermedad es causada por una inflamación pulmonar secundaria a la inhalación de partículas y gases tóxicos, en especial el humo del cigarrillo. Si bien es una afección primitivamente pulmonar, en estadios avanzados presenta manifestaciones sistémicas. En estas circunstancias el enfermo se debilita, aumenta la morbilidad y pierde calidad de vida. En esta etapa, la EPOC tiene una fuerte repercusión socioeconómica sobre la comunidad.

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

Los estudios epidemiológicos son complejos y costosos por lo cual en América Latina existe escasa evidencia sobre cifras de prevalencia en estudios bien diseñados. Dada la alta prevalencia de factores de riesgo, en especial el tabaquismo, la EPOC puede representar un serio problema de salud pública que todavía no ha sido reconocido como tal por el grupo médico y la población general.

La disnea, tos y expectoración son los síntomas de la EPOC. Cuando la enfermedad progresa, aumenta la intensidad de la disnea, la tos, la expectoración y se hace más frecuente la presencia de sibilancias.

El tratamiento de la EPOC persigue tres objetivos fundamentales: frenar la evolución de la enfermedad, aliviar los síntomas de los pacientes, especialmente la disnea o dificultad respiratoria, y tratar las complicaciones de la enfermedad.

Dejar de fumar, el tratamiento con corticoides inhalados, la oxigenoterapia son medidas que pueden ayudarnos a frenar la evolución de la enfermedad en determinadas circunstancias.

El tratamiento es individualizado de acuerdo a la gravedad y respuesta al mismo.

La gravedad se define de acuerdo a la magnitud de la disnea, número de exacerbaciones, hospitalizaciones, el grado de la obstrucción al flujo aéreo medido por espirometría y la presencia de signos de insuficiencia respiratoria".<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Muiño Adriana, López Varela María Victoria, Menezes Ana María. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2014 Feb 05]; 21(1): 37-48. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es).



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación



"La Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD) trabaja con profesionales de la salud y funcionarios de salud pública para crear conciencia de la EPOC y para mejorar la prevención y el tratamiento de esta enfermedad pulmonar en los pacientes de todo el mundo.

La GOLD define cuatro estadios de la EPOC:

**ESTADIO I - EPOC leve** - En este estadio, se produce una limitación leve del flujo de aire, pero los pacientes no siempre son conscientes de que su función pulmonar es anormal.

**ESTADIO II - EPOC moderada** - En este estadio, la limitación del flujo de aire causa síntomas como tos, tos con flema y falta de aire durante el ejercicio físico. Los pacientes que llegan a este estadio suelen acudir al médico.

**ESTADIO III - EPOC grave** - En este estadio, la limitación del flujo de aire es incluso mayor. Los pacientes empeoran: mayor falta de aire, fatiga, limitaciones en actividades diarias y exacerbaciones repetidas que afectan a la calidad de vida.

**ESTADIO IV - EPOC muy grave** - Este estadio se caracteriza por una grave reducción del flujo de aire, tan grave que la limitación también afecta al corazón y los vasos sanguíneos. En ocasiones es necesario administrar cantidades diarias de oxígeno suplementario. Las molestias son tan graves que determinados empeoramientos temporales pueden suponer un riesgo para la vida del paciente".<sup>13</sup>

Este documento es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente, ya que al estar en un estadio tan avanzado de la enfermedad el riesgo de complicaciones y deterioro de las actividades de la vida cotidiana.

Profesora Dra. María Rosa Vicuña, Maestría en Salud Pública, Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Montevideo, Uruguay.

<sup>13</sup> Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD). Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. (en línea). Año 2011. (Fecha de acceso 18 de octubre de 2013). URL Disponible en: <http://www.goldcopd.org>



### Tratamiento farmacológico:

#### Broncodilatadores

"Son los medicamentos más importantes en el manejo de la EPOC. Mejoran la disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida y reducen las exacerbaciones".<sup>14</sup>

### Tratamiento no farmacológico:

#### Rehabilitación Pulmonar

"La rehabilitación pulmonar es una intervención integral multidisciplinaria, basada en evidencia, para pacientes sintomáticos (principalmente disnea) a pesar de un tratamiento médico óptimo.

La rehabilitación pulmonar está diseñada para reducir síntomas, optimizar el estado funcional, mejorar calidad de vida y reducir los costos sanitarios. Los componentes de un programa de rehabilitación son: entrenamiento físico, educación, apoyo psicológico y consejo nutricional. Los programas deben incluir entrenamiento de extremidades inferiores y superiores."<sup>15</sup>

#### Oxigenoterapia

"El tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) aumenta la sobrevida de los pacientes con EPOC grave e insuficiencia respiratoria".<sup>16</sup>

Este tratamiento es fundamental para mejorar la calidad de vida del usuario, ya que al estar en un estadio tan avanzado de su enfermedad el mismo se ve limitado a desarrollar sus actividades de la vida cotidiana.

---

<sup>14</sup> Muiño Adriana, López Varela María Victoria, Menezes Ana María. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2014 Feb 05]; 21(1): 37-48. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es).

<sup>15</sup> Idem

<sup>16</sup> Idem



### Oxigenoterapia domiciliaria

"Oxigenoterapia se define como el tratamiento médico por medio de la inhalación, el cual es indicado en la disnea y la hipoxemia.

Está destinada a usuarios con un cuadro clínico estable, quien padece enfermedades respiratorias crónicas, por ejemplo la EPOC.

La oxigenoterapia domiciliaria es un tratamiento con oxígeno suplementario para pacientes que carecen de buena oxigenación.

Beneficios de la oxigenoterapia domiciliaria:

- Está demostrado que la oxigenoterapia crónica prolonga la sobrevivida del paciente.
- Disminuye la sobrecarga y el trabajo del corazón.
- Reduce el esfuerzo respiratorio.
- Mejora el sueño, estado de ánimo, el nivel de alerta y la memoria.
- Aumenta la energía, visible en las habilidades para realizar las actividades normales.
- Reduce las reinternaciones y visitas de urgencia a servicios de guardia.

Formas de abastecimiento para la oxigenoterapia domiciliaria:

- Concentradores de Oxígeno
- Sistemas de oxígeno líquido medicinal
- Oxígeno medicinal en cilindros

El profesional médico recomendará el sistema más apropiado. La oxigenoterapia continua (Long Term Oxygen Therapy, LTOT) es el tratamiento estándar establecido para pacientes con estados severos de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y/o hipoxemia crónica estable".<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> The linde grup [Internet]. Oxigenoterapia domiciliaria año 2008. Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2013.  
URL disponible en:  
[http://www.linde-healthcare.com.uy/international/web/ig/uy/like/gltuynopro.nsf/docbyalias/nav\\_nopro\\_therapies\\_oxytherapy\\_homeoxytherapy](http://www.linde-healthcare.com.uy/international/web/ig/uy/like/gltuynopro.nsf/docbyalias/nav_nopro_therapies_oxytherapy_homeoxytherapy)

"Existen tres tipos principales de equipos para proporcionar oxígeno:

#### Flujo bajo

El paciente respira una cantidad de aire ambiental junto con el oxígeno. Para que el sistema sea eficaz, el paciente debe ser capaz de mantener un volumen corriente normal, tener un patrón respiratorio normal y ser capaz de cooperar. Los sistemas de flujo bajo son la cánula nasal, mascarilla de oxígeno simple, la mascarilla de respiración con bolsa de reserva.

#### Flujo alto

Los sistemas de flujo alto administran todos los gases a la concentración de oxígeno que se administra (FiO<sub>2</sub>) preseleccionada. Estos sistemas no se ven afectados por los cambios en el patrón ventilatorio. Entre las cuales se encuentra la máscara de Venturi.

#### Flujo mixto

Utilizan técnicas de flujo bajo y alto. Entre estos se encuentran las campanas de oxígeno, los tubos en T y tiendas de oxígeno.

El tipo de sistema de administración seleccionado depende de:

- a) La concentración de oxígeno que requiere el paciente.
- b) La concentración de oxígeno que se logra con el sistema de administración.
- c) La precisión y el control de la concentración de oxígeno.
- d) El factor humedad.
- e) El bienestar y economía del paciente".<sup>18</sup>

#### Tratamiento quirúrgico:

"Trasplante de pulmón:

En pacientes adecuadamente seleccionados con EPOC muy avanzado, el trasplante de pulmón ha demostrado mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional. Esta limitado por la escasez de donadores y por su altísimo costo".<sup>19</sup>

<sup>18</sup> The linde grup [Internet]. Oxigenoterapia domiciliaria año 2008. Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2013. URL disponible en:

[http://www.linde-healthcare.com.uy/international/web/lg/uy/likelglgtuynopro.nsf/docbyalias/nav\\_nopro\\_therapies\\_oxytherpy\\_homeoxytherapy](http://www.linde-healthcare.com.uy/international/web/lg/uy/likelglgtuynopro.nsf/docbyalias/nav_nopro_therapies_oxytherpy_homeoxytherapy)

<sup>19</sup> Chacón-Chaves Ronald A., Sibaja-Campos Mario, Dávila-Haas Juan A., Gutiérrez-Pimentel Rodolfo, Gutiérrez-Sanabria Alexis, Rocha-Contreras Betty et al. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Acta méd. costarric [revista en la Internet]. [citado 2014 Feb 25]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022003000500003&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000500003&lng=es).



### **PROYECTO PLATINO:**

"Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar.

Es una iniciativa de la ALAT (Asociación Latinoamericana del Tórax), es un estudio metacéntrico dirigido a medir la prevalencia de esta enfermedad en cinco ciudades latinoamericanas, sus principales factores de riesgo, describir los síntomas respiratorios, evaluar la sensibilidad y especificidad de los mismos así como correlacionar el diagnóstico médico previo con el diagnóstico funcional de EPOC. La selección de la muestra fue realizada en varias etapas, agrupada por conglomerados, de manera de analizar una población representativa de la ciudad de Montevideo y el área metropolitana con edad mayor o igual a 40 años.

#### **Objetivo general:**

- Medir la prevalencia de la EPOC en cinco centros de América Latina
- Verificar asociaciones entre EPOC y algunos factores de riesgo

#### **Objetivos específicos:**

- Medir y comparar la prevalencia de la EPOC de acuerdo a diferentes definiciones: relación fija, GOLD, ATS, ERS, síntomas, diagnóstico médico.
- Medir la prevalencia de factores de riesgo conocidos, como: factores demográficos, socioeconómicos, tabaquismo, exposición ocupacional, polución intra y extra domiciliaria, antecedentes familiares, hospitalizaciones por enfermedad respiratoria en la infancia.
- Describir la prevalencia de la EPOC conforme los diferentes factores de riesgo.
- Investigar el diagnóstico médico de la EPOC.
- Conocer el manejo de la EPOC<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

### **MARCO REFERENCIAL:**

#### **SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA(SOD) PARA ADULTOS DE LA RED DE ATENCION DEL PRIMER NIVEL ( RAP)**

*"En la RAP la logística del SOD depende del Centro de Salud de referencia del paciente:*

- Si el paciente tiene como referencia el Centro de Salud CERRO o SAYAGO, el transporte, los accesorios y los balones de oxígeno son provistos por el CERRO y se realiza bajo la supervisión técnica de un médico del mismo centro.
- Si el paciente pertenece al Centro de Salud MONTERREY no tendrá acceso a este servicio por encontrarse en el departamento de Canelones.
- Si el paciente referencia a alguno del resto de los Centros (UNION, PIEDRAS BLANCAS, JARDINES DEL HIPODROMO, LA CRUZ DE CARRASCO, DR. MISURRACO, MAROÑAS, CIUDAD VIEJA, DR. CLAVEAUX Y GIORDANO), el SOD se hará desde el nivel central de la RAP.

*Las características del servicio brindado son:*

- SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL OXIGENO: actualmente se cuenta con Cilindros de gas comprimido, existiendo para pacientes de muy alto consumo la posibilidad de usar un concentrador de oxígeno (dependiendo del costo para la Institución, cargo de energía eléctrica para el paciente entre otros).
- SISTEMA DE LIBERACION DE OXIGENO: realizado a través del uso de catéter nasal o de máscaras.<sup>21</sup>

### **PROCEDIMIENTO TECNICO:**

"La oxigenoterapia domiciliaria puede ser indicada (según pautas distribuidas por la RAP a los médicos en enero de 2007), solo por funcionarios de la RAP de las siguientes categorías:

- NEUMÓLOGO
- CARDIÓLOGO
- MEDICO DE CRONICOS (MECRO)
- MEDICOS DE FAMILIA (MEFA)
- MEDICO DE AREA (MEDAR)

---

<sup>21</sup> RAP-ASSE Servicio de Oxigenoterapia domiciliaria. ( guía para pacientes y familiares).Montevideo, Uruguay, 2008



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación



PAUTAS DE LA RAP PARA OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO (ENERO 2007):

- 1- Pacientes con patología respiratoria  $pO_2 < 55$  mmHg.
- 2- Pacientes con patología respiratoria  $pO_2 < 59$  mmHg y  $Pco_2 > 44$  mmHg.
- 3- Pacientes con insuficiencia cardíaca clase funcional III y IV.
- 4- Pacientes terminales con hipoxemia severa objetivada previa (se consideran aquellos pacientes para los cuales no se plantea tratamiento curativo y cuya expectativa de vida se estima menor a los 6 meses).

*"Pasos a seguir:*

En los casos 1 y 2 la indicación debe ser realizada por neumólogo de la RAP. En el caso 3 la indicación debe ser realizada por cardiólogo de la RAP. En el caso 4 la indicación debe ser realizada por médico tratante de la RAP (médico de crónicos, médico de familia o médico de área).

- En el caso de que algún MECRO, MEFA o MEDAR, solicite la interconsulta de un paciente no autoválidos con especialista (Neumólogo, Cardiólogo u otro), se procederá de la forma habitual, coordinando el traslado del paciente.
- La indicación de oxigenoterapia a domicilio previamente diseñado llamado FORMULARIO DE SOLICITUD DEL SOD que los médicos autorizados deben tener y llenar con todos los datos solicitados.
- El servicio de MECRO asignará a un Médico para el SOD (que trabajará en su misma oficina y yendo a los domicilios) y tendrá las siguientes tareas técnico-administrativas:

**1- Valorar la autorización del formulario de solicitud del SOD:**

- Si no lo autoriza deberá comunicarse con el Médico solicitante para fundamentar las razones y notificar al Centro de Salud correspondiente.
- Si lo autoriza, deberá poner en marcha los procedimientos para dar el servicio comunicándose con Secretaria de Administración Central para que provea todos los materiales solicitados.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> RAP-ASSE Servicio de Oxigenoterapia domiciliaria. ( guía para pacientes y familiares).Montevideo, Uruguay, 2008





**2- Concurrir al domicilio del paciente para:**

- "Llegar al domicilio entre los tres días hábiles siguientes de recibido el formulario de solicitud en la RAP.
- Llevar los insumos necesarios.
- Explicar verbal o gráficamente al paciente y otra persona responsable sobre el buen uso de los recursos materiales (funcionamiento y manipulación de los equipos instalados), así como las reglas fundamentales del manejo y cuidado de los balones en el domicilio y verificar la comprensión de sus explicaciones.  
Dejar MATERIAL EDUCATIVO.
- Hacer firmar el FORMULARIO DE CONTRATO a los responsables de los materiales dejados en domicilio, completado con su propia firma y quedándose con una copia del mismo.
- Realizar la HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE según formulario predeterminado.

**3- Realizar el control evolutivo del paciente en relación al uso del oxígeno dejando registro en la Historia Clínica del SOD.**

**4- Actuar de nexos entre el paciente y su médico tratante ante la posibilidad de cambio de medicación o solicitud de interconsulta.**

**5- Valoración de los materiales utilizados:**

De requerir cambios en los mismos, deberá contactarse con las Comisiones de Material médico-quirúrgico y de Equipamiento médico, para solicitar y justificar su pedido.

**6- Realizar la denuncia policial ante faltantes de materiales en los domicilios de los pacientes y entregar a la Secretaría de Administración el comprobante de la misma.<sup>23</sup>**

---

<sup>23</sup> RAP-ASSE Servicio de Oxigenoterapia domiciliaria. ( guía para pacientes y familiares). Montevideo, Uruguay, 2008



**7- Realizar el trabajo administrativo correspondiente:**

- "Escribir HC del SOD, hacer llenar por el usuario el contrato del SOD y firmarlo (hacerlo en doble vía, entregando la copia al paciente y quedándose con el original), completar las boletas de préstamo de balones de oxígeno y accesorios (hacerlo en doble vía, entregando la copia al paciente y quedándose con el original).
- Una vez que el paciente finaliza el tratamiento, él o el personal de traslado deberá concurrir al domicilio a retirar los materiales en préstamo, colocando en los recibos un SELLO DE DEVOLUCIÓN. Ante cada una de estas situaciones deberá cerrar la HC del paciente.
- Corroborar mensualmente las boletas de préstamo con la planilla de control de balones de oxígeno.
- En caso de que surjan cambios en la indicación de la oxigenoterapia o haya problemas con los balones y los accesorios, el paciente o su persona de contacto deberá, comunicarlo al Centro de Salud quien a su vez se comunicará con la Secretaria de la Administración para poner en marcha los mecanismos con el fin de dar una rápida respuesta a los mismos".<sup>24</sup>

<sup>24</sup> RAP-ASSE Servicio de Oxigenoterapia domiciliaria. ( guía para pacientes y familiares).Montevideo, Uruguay, 2008





#### **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO:**

- "El Formulario de Solicitud del SOD completado por el médico correspondiente (teniendo en cuenta las pautas de la RAP), más la fotocopia de la Cédula de identidad y del Carné de asistencia del paciente, deberán ser llevados por el familiar a la Dirección del Centro de Salud de referencia.
- El Centro de Salud se encargará de enviar dicho documento a la Secretaria de la Dirección Administrativa de la RAP en las próximas 24 horas (vía mensajero o fax), quedándose con una copia del mismo.
- La Secretaria de la Dirección Administrativa entregará el formulario de solicitud del paciente recibido al Médico del SOD, quien evaluará la solicitud.
- Una vez que el Médico del SOD autorice el servicio, la Secretaria de la Dirección Administrativa de la RAP de acuerdo al domicilio del paciente verificará a que Centro de Salud le corresponde el recambio de balones de oxígeno.
- Dicha Secretaria también deberá reclutar los accesorios que el paciente necesitará (las mascarillas, flujímetro, tubuladura, catéter nasal y frasco lavador se le serán proporcionados por Economato de Proveeduría Central y los manómetros por Logística de la RAP). Tanto los balones de oxígeno como los manómetros se encuentran para un mejor control.
- Los balones de oxígeno serán recogidos en los 9 Centro de Salud cuyo SOD depende de la RAP Central de acuerdo al número de pacientes que tienen asignados. Para ello de dispondrá de una camioneta (con peón para carga y descarga) para el DOS.
- El personal de traslado dispondrá de una PLANILLA DE CONTROL DE ENTREGA Y RETIRO DE BALONES DE OXÍGENO, que deberá cotejar ante cualquier entrega y recibimiento de los mismos por cada Centro de Salud y por los pacientes. Los datos deben ser completados en su totalidad. El personal de traslado deberá entregar esta planilla mensualmente a la Secretaria de la Dirección Administrativa, así como las boletas de préstamo.
- Todos los Centros de Salud tendrán una planilla similar para el control del intercambio de balones con el personal de traslado, que también deberán de completar con todos los datos, y que servirá para control interno del Centro.
- El personal de traslado deberá realizar su trabajo con la presencia o no del médico del SOD. Cuando concurra solo (sin el médico del SOD) al domicilio de un paciente, deberá completar los datos de la planilla de control y entregar las BOLETAS DE PRESTAMO CORRESPONDIENTE DE BALONES DE OXÍGENO Y ACCESORIOS.
- En aquellos casos en el que el balón se termine antes de la fecha prevista de recambio o se produzca una falla en algunos accesorios, el paciente o su persona de contacto, deberá informar al Centro de Salud de referencia quien dará cuenta a la Secretaría Administrativa de la RAP para desencadenar el proceso para reponer el equipamiento necesario a la brevedad."



**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



- "En el formulario de contrato de advierte al usuario y/o su familiar de que en caso de fallecimiento del paciente o por cese de la indicación médica del SOD, se deberá avisar al Centro de Salud, quien informará la decisión a la Secretaria de la Dirección Administrativa. Ésta a su vez iniciará el proceso de retiro de material e informará al Médico del SOD para dar cierre a la HC del paciente.
- La papelería para MECRO será provista de la siguiente manera: el formulario de solicitud, la HC del SOD, la hoja de contrato, la planilla de control y el material educativo serán entregados por la Sra. Gianella Geribone, y los recibos de préstamo de balones y manómetros por Logística.
- El formulario de solicitud del SOD deberá ser pedida por los Centros de Salud a la Sra. Geribone como cualquier otra papelería y distribuida a sus MEFA, MEDAR y Neumólogo o Cardiólogo si los tuvieran.
- Tanto el Médico del SOD como el personal de transporte tendrán un sello que diga "Devolución" o algo similar, para imprimir en la violetas de préstamo (la copia del paciente y el original del servicio), una vez devuelto el material".<sup>25</sup>

#### Médico del SOD, que revisa el enfermo.

Una vez que el paciente recibe el alfilero se le muestra una de las tarjetas respaldadas, se debe cuidar durante los primeros 7 días de traslado.

La segunda primera visita donde se toma la historia clínica se realiza al momento de instalación previa, lectura de historia, así como el primer examen de control.

Logo de la primer visita se realiza un control clínico cada dos meses aproximadamente donde se realiza valoración de signos, auscultación para garantizar calidad de vida del paciente y coordinación para funcional respiratorio (respirador Pasteur).

#### Trabajo de Familia

Esto se realiza según el área geográfica en el que el usuario se encuentra, y a una vez al mes y se hace un control parcial observando los siguientes parámetros más potentes. Es donde se debe cuidar (recetas) en base a las patologías asociadas (ejemplo Diabetes, etc.) puede tener recetas de medicamentos indicados por el Neumólogo (de análisis). El trabajo de familia se comienza con el neumólogo mediante evaluaciones escritas.

#### Neumólogo

Logo de visita del neumólogo donde se muestra al paciente, todos los controles realizados por el SOD se le muestran respaldados previos, está en contacto con el servicio de oxígeno domiciliario.

<sup>25</sup> RAP-ASSE Servicio de Oxigenoterapia domiciliaria. ( guía para pacientes y familiares).Montevideo, Uruguay, 2008



**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



En entrevista realizada al personal médico que forma parte del equipo que brinda el Servicio de Oxigenoterapia a Domicilio, el mismo expresa que:

**"Técnicos en oxigenoterapia:**

La empresa que distribuye el oxígeno a los usuarios EPOC, es Praxair, es distribuido por dos funcionarios uniformados e identificados, además de entregar el oxígeno en el domicilio se encargan de asesorar al usuario en el funcionamiento del mismo, como colocar la concentración que le indica el Neumólogo y observan en que área debe ir el balón.

La empresa dispone de una Licenciada en Enfermería, quien realiza una visita domiciliaria una vez al mes, donde le realiza una valoración y deja un registro en una planilla, la cual es vista por el médico de familia.

El oxígeno se distribuye a demanda del paciente.

La empresa eleva al servicio un informe (boletas), con los balones que se utilizan en el mes. El mismo es quien realiza el pago de los mismos".

**"Médico del SOD, que controla el oxígeno:**

Una vez que el paciente recibe el oxígeno en su domicilio, uno de los médicos responsables, lo debe visitar dentro de los primeros 7 días de recibido.

Es en esta primera visita donde se crea la historia clínica, se conoce el número de internaciones previas, factores de riesgo, así como el medio social en el cual viven.

Luego de la primer visita se realiza un control clínico cada dos meses aproximadamente donde se realiza: saturación de oxígeno, coordinación para gasometría arterial (hospital Maciel) y coordinación para funcional respiratorio (hospital Pasteur)".

**"Médico de Familia:**

Este se asigna según el área geográfica en el que el usuario se encuentre. V a una vez al mes y le hace un control general, observando las diferentes patologías del paciente. Es quien le deja pautas (recetas) en base a las patologías asociadas, (ejemplo diabetes, etc.). Puede repetir recetas de medicación indicadas por el Neumólogo (No indicar). El médico de familia se comunica con el neumólogo mediante evoluciones escritas".

**"Neumólogo:**

Lo ve cada tres o seis meses, dependiendo de cómo se encuentre el paciente, todos los estudios realizados por el SOD, los ve el mismo especialista siempre, este está en contacto con el Médico que brinda el servicio de oxígeno domiciliaria".



## ÁREA TEMÁTICA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Continuidad Asistencial del usuario con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) oxígeno dependiente.

### PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la percepción que tiene el usuario con EPOC oxígeno dependiente, sobre su atención en relación a la continuidad asistencial?

### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

#### Objetivo General:

- Conocer la percepción del usuario con EPOC oxígeno dependiente sobre su continuidad asistencial.

#### Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los usuarios con EPOC oxígeno dependientes asistidos por el equipo del Servicio de oxigenoterapia domiciliar del sector público.
- Identificar si el usuario percibe una continuidad asistencial en su atención vinculado a la relación paciente -proveedor.



## METODOLÓGIA

### Tipo y diseño general del estudio

El tipo de estudio que se utilizó para la investigación fue descriptivo.

**Universo:** Usuarios EPOC oxígeno dependiente mayores o igual a 40 años; de ambos sexos, asistidos por el equipo del SOD perteneciente al sector público Montevideo Uruguay.

**Muestra:** Usuarios EPOC oxígeno dependiente, a los cuales se realizó un cuestionario en su domicilio en el periodo comprendido entre el 2 y 9 de abril del 2014.

**Unidad de análisis y observación:** Usuarios EPOC oxígeno dependientes pertenecientes al sector público Montevideo Uruguay.

**Criterios de inclusión:** usuarios que acepten participar del trabajo de investigación, y que cumplan los requisitos del universo.

### Recolección de datos:

Se realizó una prueba piloto a usuarios que concurren a consulta con Neumólogo, el día 20 de marzo de 2014, para evaluar la eficacia de nuestro instrumento de recolección de datos.

Para comenzar a aplicar el instrumento de recolección de datos se le explicó la finalidad de la investigación y se le solicitó su autorización de forma escrita mediante un consentimiento informado.<sup>26</sup>

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista, cuya modalidad es semi-estructurada. La fuente de información fue primaria ya que la misma se obtuvo a través del contacto directo con los usuarios.<sup>27</sup>

Dicha entrevista consta de dos partes, la primera donde se caracterizara a la población universo y la segunda enfocada a conocer la percepción sobre su continuidad asistencial en su atención vinculada a la relación paciente proveedor por medio de una variable compleja, donde se utiliza una adaptación de la escala de Likert ya que la misma va a medir solamente tres categorías (siempre, a veces, nunca), la puntuación máxima va a ser 42 y la mínima 14, donde "siempre" va a valer 3 puntos, "a veces" 2 puntos y "nunca" 1 punto cada ítem. Al final el cuestionario se hará una sumatoria de los datos obtenidos de cada cuestionario, si el resultado es la mitad más uno (22) es adecuado, y si es menor o igual a (21) la continuidad asistencial es inadecuada.

---

<sup>26</sup> Ver anexo N°2

<sup>27</sup> Ver anexo N°1





**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



Luego de realizada la prueba piloto y evaluada su eficacia, se comenzó con la recolección de datos. La misma se realizó en el domicilio de los usuarios a los cuales accedimos mediante el transporte del equipo del SOD, en el periodo comprendido entre el 2 y el 9 de abril, en los horarios de 9:00 a 12:00horas y de 14:00 a 18:00horas. Obteniendo una muestra de 17 usuarios.

Los datos obtenidos de la entrevista fueron tabulados y graficados para su discusión.

**Recursos necesarios:**

Recursos humanos: cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería cursando la instancia de elaboración del Trabajo Final de Investigación; encargados de la recolección de información, tabulación, procesamiento de datos y realización de discusión final.

## VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Tipo de variable	Categorías operacionales
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Cualitativa nominal	Femenino, masculino
<b>Edad</b>	Periodo en años o meses, comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa continua	De 40 a 45, de 46 a 60 y $\geq$ a 61 años.
<b>Nivel de instrucción</b>	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país.	Cualitativa nominal	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Terciaria Otros
<b>Momento en que fue diagnosticado oxígeno dependiente</b>	Periodo transcurrido desde que es oxígeno dependiente hasta la actualidad.	Cuantitativa continua	> de 6 meses, entre 6 meses y 1 año, > a 1 año.
<b>Horas diarias que el usuario utiliza el oxígeno</b>	Periodo de tiempo en horas que el usuario utiliza oxígeno	Cuantitativa continua	De 12 a 16, de 17 a 20 y $\geq$ 21 horas.



## CONTINUIDAD DE RELACIÓN

Variable compleja para la cual se utilizara la adaptación de la escala de Likert para su medición.

ASPECTOS A CONSIDERAR	SIEMPRE 3 PTS	A VECES 2 PTS	NUNCA 1 PTO
Considera que el equipo de salud trata de solucionar sus necesidades			
Considera usted que los profesionales que le brindan asistencia, tienen conocimiento sobre su patología, antecedentes de la misma y exámenes previos.			
El trato que percibe del personal en la atención es amable y respetuoso.			
El equipo de salud le genera un vínculo de confianza.			
Se siente cómodo/a expresándole a su médico de referencia sus problemas de salud.			
Considera usted que la comunicación con el equipo de asistencia es la adecuada.			
Cada vez que requiere que se le explique el manejo y la instalación de la oxigenoterapia, ¿lo hacen?			
Una vez que pide el oxígeno llega en tiempo y forma			
Considera suficiente la periodicidad con que el personal de Enfermería de la empresa de oxígeno concurre a su domicilio.			
Considera que el médico del SOD dedica tiempo a evacuar sus dudas.			
Cree suficiente la periodicidad con que el médico del SOD asiste a su domicilio.			
Cree suficiente la periodicidad con que el médico de crónico, de familia o de área lo valora.			
El médico de crónico, de familia o de área que acude a su domicilio integra a su familia en los cuidados que usted debe tener.			
El médico de crónico, de familia o de área que concurre a su domicilio conoce los problemas de salud de algún otro miembro de su familia.			

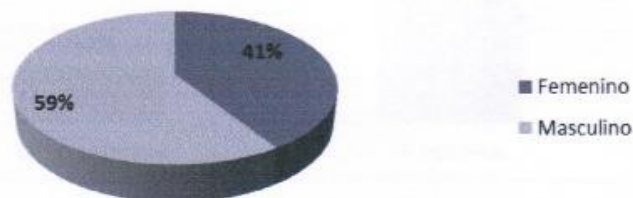
## RESULTADOS

**Tabla N°1:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según sexo. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Sexo	FA	FR%
Femenino	7	41
Masculino	10	59
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

**Gráfico N° 1:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según sexo. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

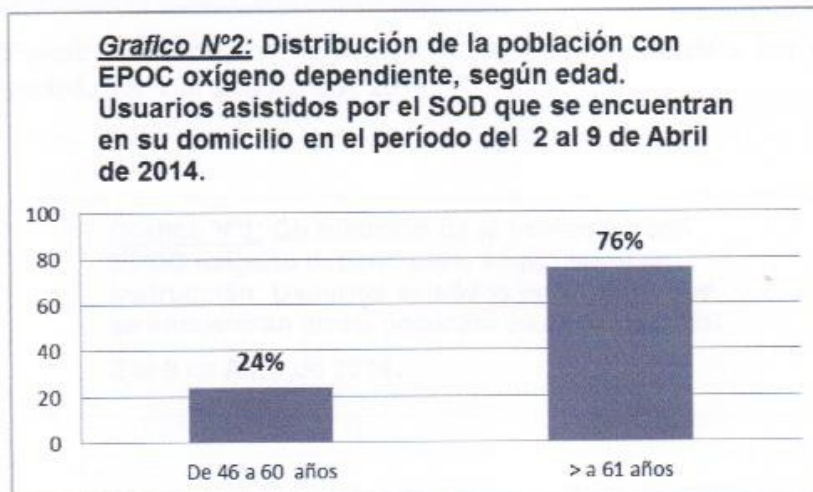


Fuente: Extraído de Tabla N°1.

**Tabla N°2:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según edad. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el periodo del 2 al 9 de Abril de 2014.

Edad	FA	FR%
De 40 a 45 años	0	0
De 46 a 60 años	4	24
> a 61 años	13	76
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el periodo del 2 al 9 de Abril de 2014.



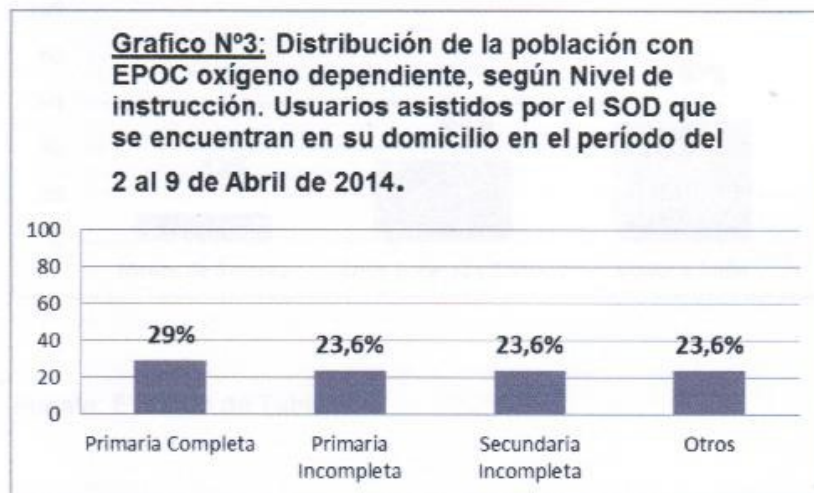
Fuente: Extraído de Tabla N°2.



Tabla N°3: Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Nivel de instrucción. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Primaria Completa	5	29
Primaria Incompleta	4	23,6
Secundaria Completa	0	0
Secundaria Incompleta	4	23,6
Terciaria	0	0
Otros	4	23,6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>99,8</b>

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

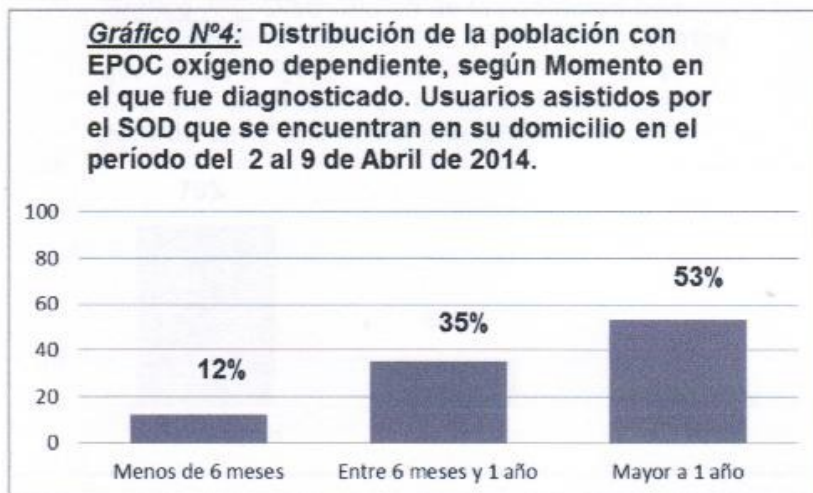


Fuente: Extraído de Tabla N°3.

**Tabla N°4:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Momento en el que fue diagnosticado. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Momento en que fue diagnosticado	FA	FR%
Menos de 6 meses	2	12
Entre 6 meses y 1 año	6	35
Mayor a 1 año	9	53
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

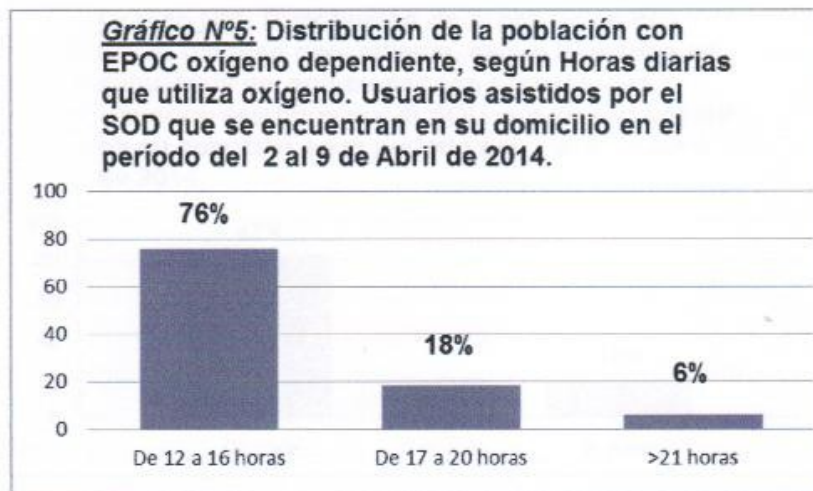


Fuente: Extraído de Tabla N°4.

**Tabla N°5:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Horas diarias que utiliza oxígeno. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Horas diarias que utiliza oxígeno	FA	FR%
De 12 a 16 horas	13	76
De 17 a 20 horas	3	18
>21 horas	1	6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



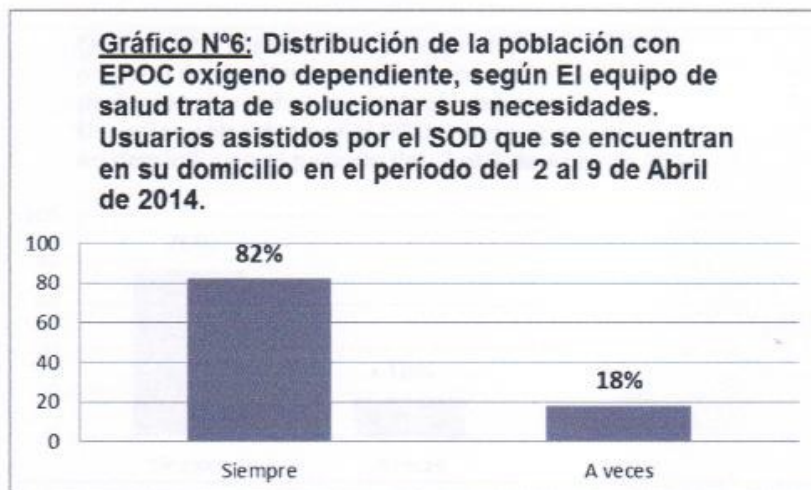
Fuente: Extraído de Tabla N°5.



**Tabla N°6:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El equipo de salud trata de solucionar sus necesidades. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El equipo de salud trata de solucionar sus necesidades	FA	FR%
Siempre	14	82
A veces	3	18
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



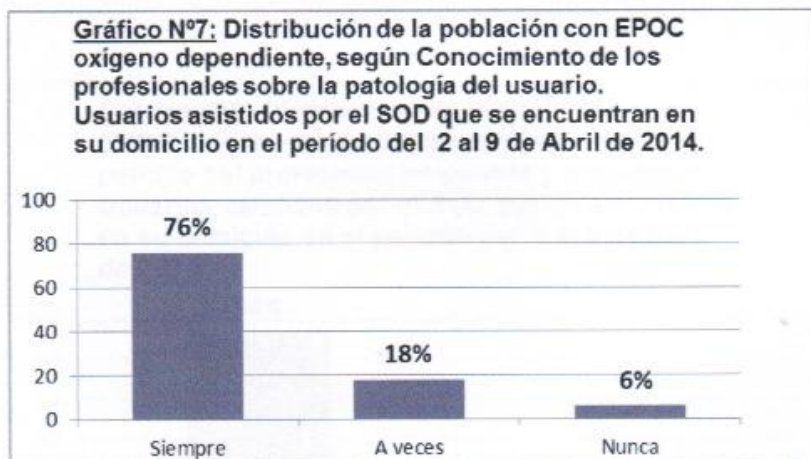
Fuente: Extraído de Tabla N°6



**Tabla N°7:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Conocimiento de los profesionales sobre la patología del usuario. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el periodo del 2 al 9 de Abril de 2014.

Conocimiento de los profesionales sobre la patología del usuario	FA	FR%
Siempre	13	76
A veces	3	18
Nunca	1	6
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el periodo del 2 al 9 de Abril de 2014.

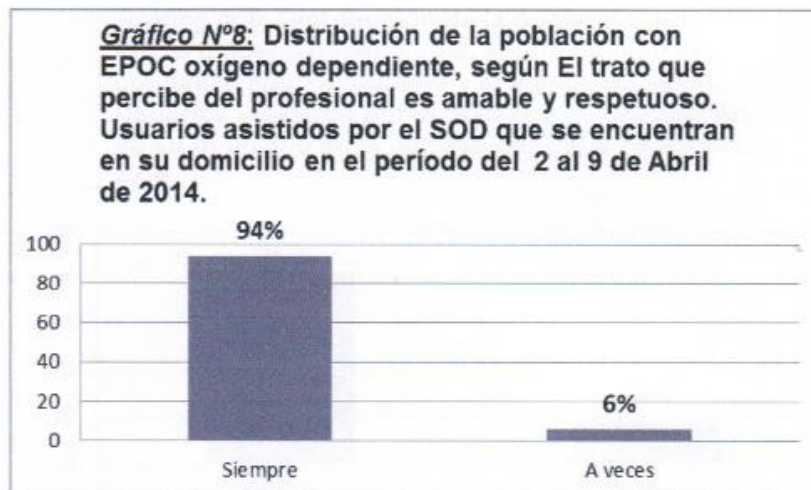


Fuente: Extraído de Tabla N°7.

**Tabla N°8:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El trato que percibe del profesional es amable y respetuoso. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El trato que percibe del profesional es amable y respetuoso	FA	FR%
Siempre	16	94
A veces	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

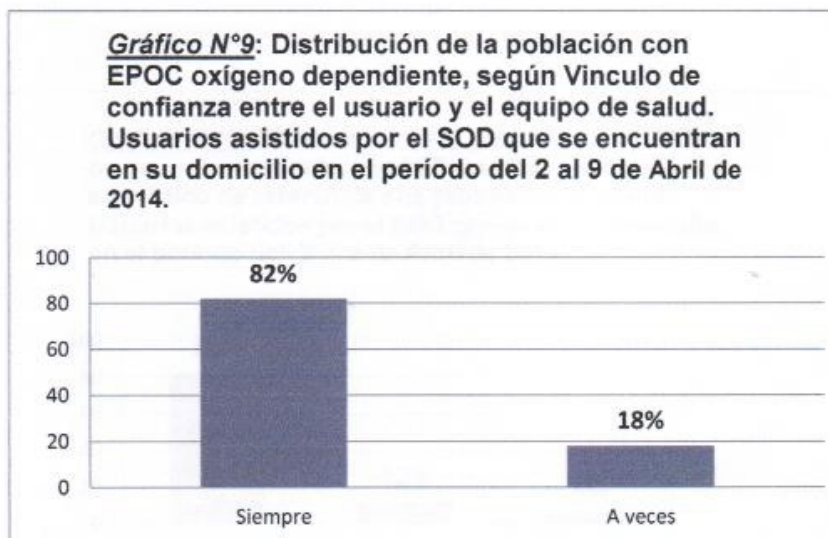


Fuente: Extraído de Tabla N°8.

**Tabla N°9:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Vinculo de confianza entre el usuario y el equipo de salud. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Vínculo de confianza entre el usuario y el equipo de salud.	FA	FR%
Siempre	14	82
A veces	3	18
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



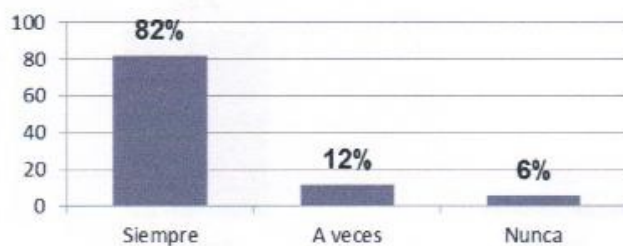
Fuente: Extraído de Tabla N°9.

**Tabla N°10:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Comodidad al expresar a su médico de referencia sus problemas de salud. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Comodidad al expresar a su médico de referencia sus problemas de salud.	FA	FR%
Siempre	14	82
A veces	2	12
Nunca	1	6
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

**Gráfico N°10:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Comodidad al expresar a su médico de referencia sus problemas de salud. Usuarios asistidos por el SOD que se en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



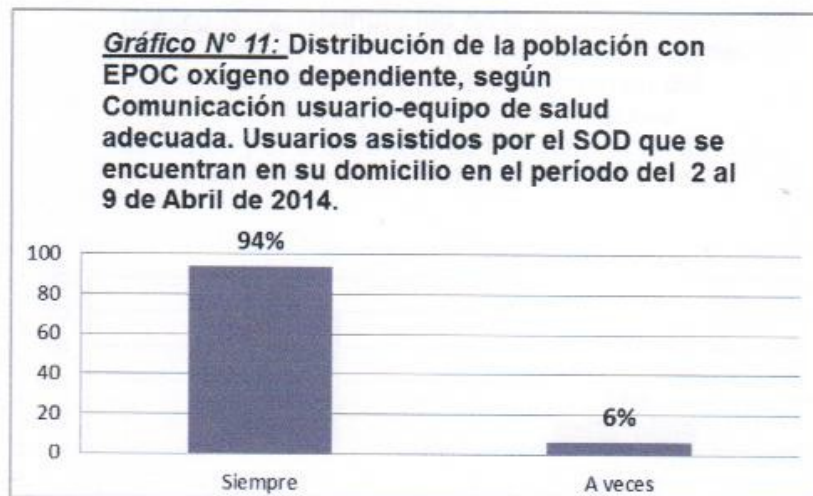
Fuente: Extraído de Tabla N°10.



Tabla N°11: Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Comunicación usuario-equipo de salud adecuada. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el periodo del 2 al 9 de Abril de 2014.

Comunicación usuario-equipo de salud adecuada.	FA	FR%
Siempre	16	94
A veces	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el periodo del 2 al 9 de Abril de 2014.



Fuente: Extraído de Tabla N°11.

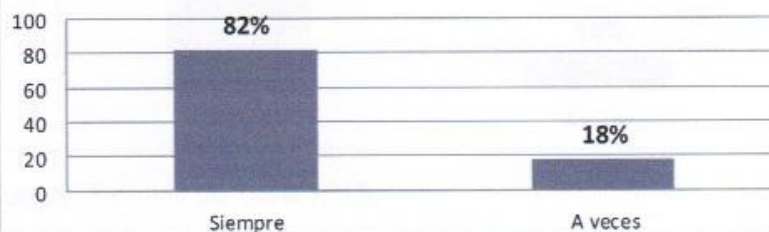


Tabla N°12: Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El equipo de oxigenoterapia le explica sobre el manejo del oxígeno cada vez que lo requiere. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El equipo de oxigenoterapia le explica sobre el manejo del oxígeno cada vez que lo requiere.	FA	FR%
Siempre	14	82
A veces	3	18
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

**Gráfico N°12:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El equipo de oxigenoterapia le explica sobre el manejo del oxígeno cada vez que lo requiere. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

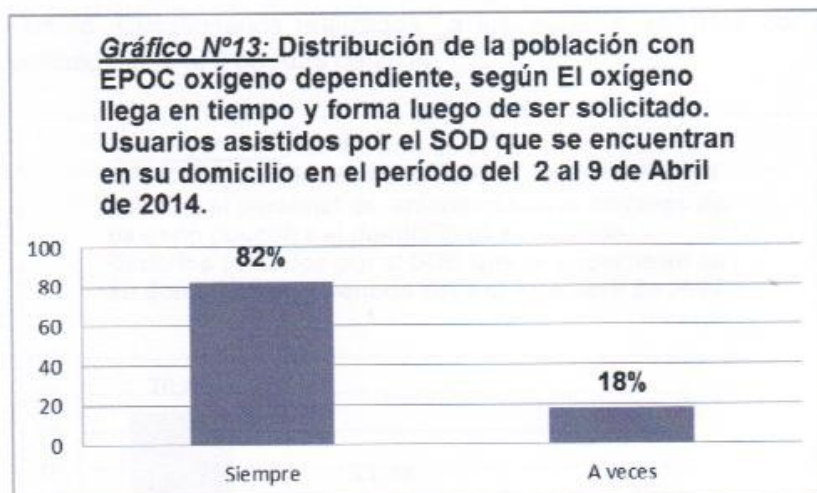


Fuente: Extraído de Tabla N°12.

**Tabla N°13:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El oxígeno llega en tiempo y forma luego de ser solicitado. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El oxígeno llega en tiempo y forma luego de ser solicitado.	FA	FR%
Siempre	14	82
A veces	3	18
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



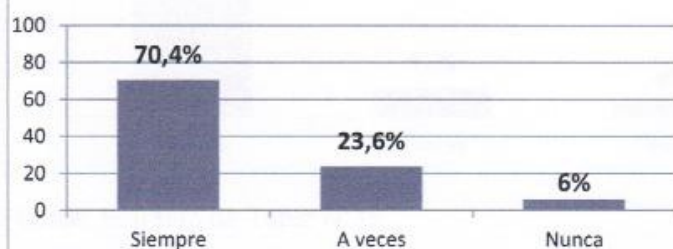
Fuente: Extraído de Tabla N°13.

**Tabla N°14:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según La periodicidad con que el personal de enfermería de la empresa de oxígeno concurre al domicilio es suficiente. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

La periodicidad con que el personal de enfermería de la empresa de oxígeno concurre al domicilio es suficiente.	FA	FR%
Siempre	12	70,4
A veces	4	23,6
Nunca	1	6
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

**Gráfico N° 14:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según La periodicidad con que el personal de enfermería de la empresa de oxígeno concurre al domicilio es suficiente. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



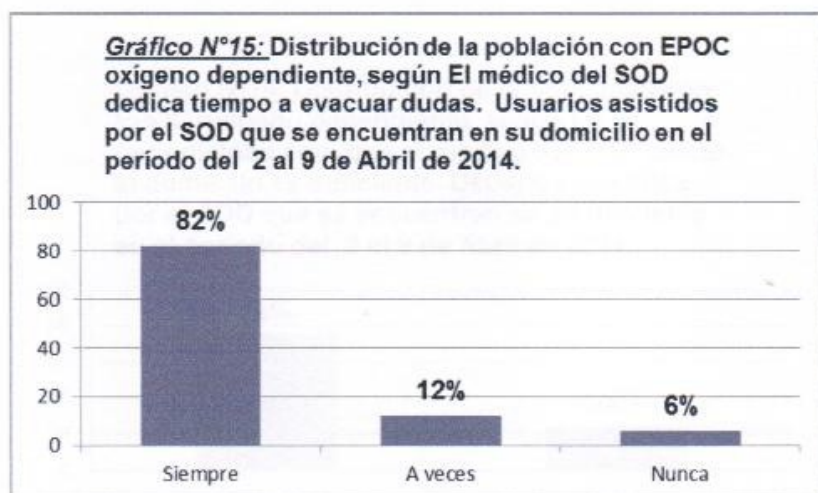
Fuente: Extraído de Tabla N°14.



**Tabla N°15:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El médico del SOD dedica tiempo a evacuar dudas. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El médico del SOD dedica tiempo a evacuar dudas.	FA	FR%
Siempre	14	82
A veces	2	12
Nunca	1	6
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

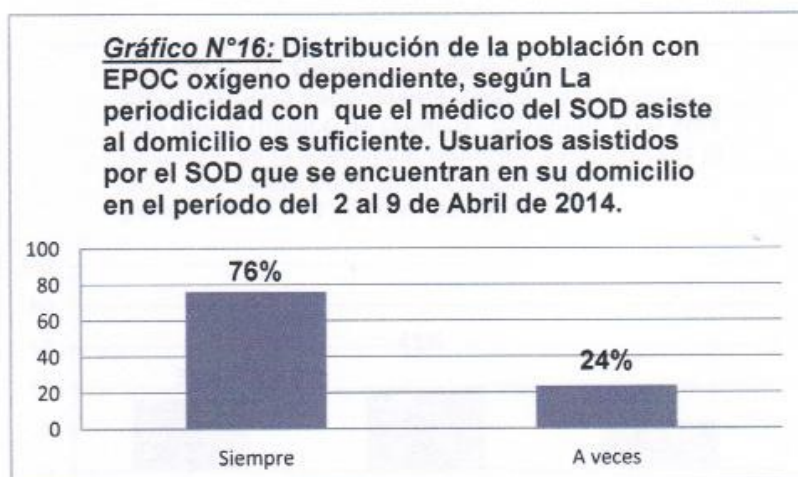


Fuente: Extraído de Tabla N°15.

**Tabla N°16:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según La periodicidad con que el médico del SOD asiste al domicilio es suficiente. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

La periodicidad con que el médico del SOD asiste al domicilio es suficiente.	FA	FR%
Siempre	13	76
A veces	4	24
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



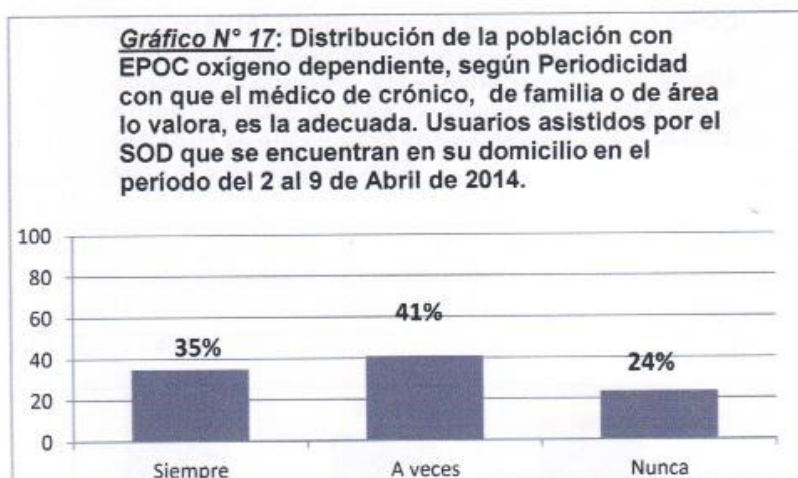
Fuente: Extraído de Tabla N°16.



**Tabla N°17:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Periodicidad con que el médico de crónico, de familia o de área lo valora, es la adecuada. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

Periodicidad con que el médico de crónico, de familia o de área lo valora, es la adecuada.	FA	FR%
Siempre	6	35
A veces	7	41
Nunca	4	24
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

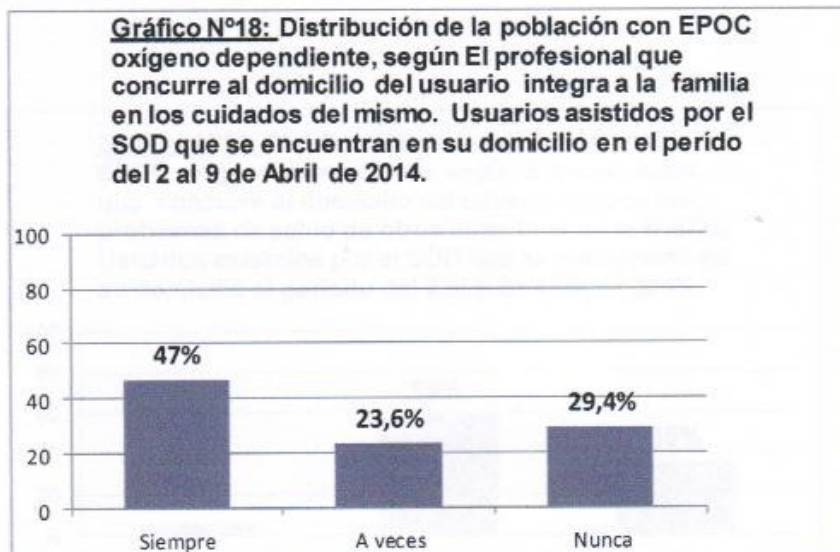


Fuente: Extraído de Tabla N°17.

**Tabla N°18:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El profesional que concurre al domicilio del usuario integra a la familia en los cuidados del mismo. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El profesional que concurre al domicilio del usuario integra a la familia en los cuidados del mismo.	FA	FR%
Siempre	8	47
A veces	4	23,6
Nunca	5	29,4
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

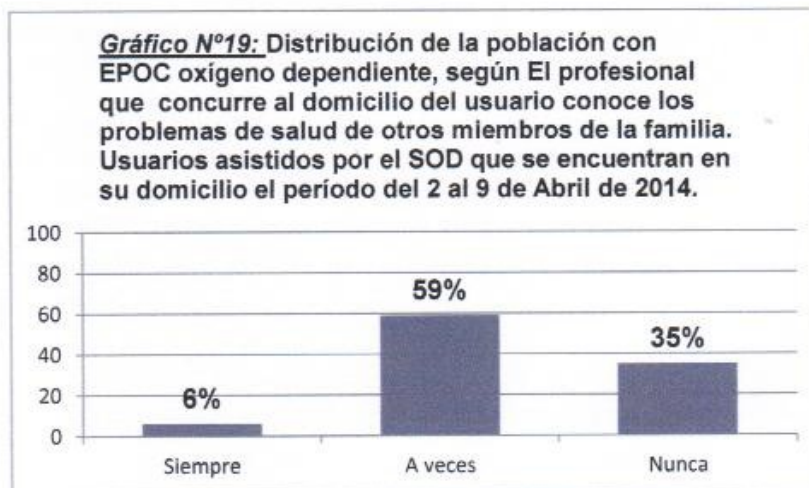


Fuente: Extraído de Tabla N°18.

**Tabla N°19:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según El profesional que concurre al domicilio del usuario conoce los problemas de salud de otros miembros de la familia. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

El profesional que concurre al domicilio del usuario conoce los problemas de salud de otros miembros de la familia.	FA	FR%
Siempre	1	6
A veces	10	59
Nunca	6	35
Total	17	100

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.



Fuente: Extraído de Tabla N°19.





**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



**Tabla N°20:** Distribución de la población con EPOC oxígeno dependiente, según Continuidad asistencial de relación según escala de Likert. Usuarios asistidos por el SOD que se encuentran en su domicilio en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.

<b>Continuidad asistencial de relación según Escala Likert</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Se percibe (22-42 pts)</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>No se percibe (0-21 pts)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionarios realizados a los usuarios asistidos por el equipo del SOD en el período del 2 al 9 de Abril de 2014.







## DISCUSIÓN

La recolección de datos se realizó entre los días 2 y 9 de abril del presente año obteniendo una muestra de 17 usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión.

Al caracterizar la población de estudio, el sexo predominante fue el masculino representando el 59% (10 hombres) el 41% femenino (7 mujeres); esta relación coincide con las estadísticas realizadas por la GOLD a nivel mundial, en las cuales se afirma que prevalece la enfermedad en el sexo masculino.

En lo que respecta a la edad, el 76% (13 usuarios) son iguales o mayores de 61 años y el restante 24% (4 usuarios) tienen entre 46 y 60 años.

En cuanto al Nivel de instrucción el 29% (5 usuarios) completaron la primaria, mientras que el 23,6% (4 usuarios) tiene primaria incompleta, coincidiendo en el porcentaje con los que tienen secundaria incompleta y otros, donde se incluyen los estudios que no están descriptos anteriormente, es importante destacar que no existen dentro de la muestra usuarios que hayan completado secundaria ni alcanzado nivel terciario.

Haciendo referencia al momento en que fue diagnosticado como oxígeno dependiente, el 53% (9 usuarios) hace más de un año que se le incluyó oxígeno como tratamiento, el 35% (6 usuarios) lo utiliza desde 6 meses a 1 año y el restante 12 % (2 usuarios) hace menos de 6 meses que requieren este tratamiento.

En relación a las horas diarias que el usuario utiliza oxígeno, se obtuvo que el 76% (13 usuarios) lo requieren entre 12 y 16 horas, un 18% (3 usuarios) lo hace entre 17 y 20 horas y un 6% (1 usuario) lo utiliza por más de 21 horas diarias. Estos resultados suponen que los usuarios no estarían totalmente limitados a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana, ya que es la minoría de la población la que utiliza el oxígeno por más de 21 horas diarias.

Para medir nuestro objetivo se elaboró una variable compleja, donde se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos existentes en la relación usuario-proveedor.

El primer aspecto a considerar fue, si el usuario percibe que el equipo de salud trata de solucionar sus necesidades, de lo cual se obtuvo que el 82% (14 usuarios) considera que "siempre" y el 18 % (3 usuarios) restante manifiesta "a veces". Con estos resultados se puede suponer que el equipo de salud conoce y trata de solucionar las necesidades, lo que genera en el usuario expectativas para afianzar su confianza hacia el proveedor.



**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



El siguiente aspecto que se tomó en cuenta fue, si los profesionales que le brindan asistencia tienen conocimiento de su patología, antecedentes de la misma y exámenes previos. Como resultado se desprende que el 76% (13 usuarios) considera que "siempre", el 18% (3 usuarios) refiere "a veces" y el 6% (1 usuario) "nunca". Este es un aspecto fundamental en la continuidad asistencial, ya que el proveedor posee la información del paciente lo que favorece en el manejo del mismo.

Teniendo en cuenta que una buena relación proveedor-usuario es la base que asegura la continuidad asistencial, todas las acciones encaminadas a favorecer esta relación serán positivas.

Es así que tomamos como referencia los siguientes aspectos; el trato que percibe del personal es amable y respetuoso, para el 94% (16 usuarios) lo es "siempre" y el 6% (1 usuario) restantes lo percibe "a veces".

El usuario es quien toma una decisión sobre su propia salud, también toma la decisión sobre lo que su médico le indica, lo que se ve expresado en el vínculo de confianza que le genere su equipo, al medir ese aspecto se obtuvo que el 82% (14 usuarios) percibe un vínculo "siempre" y el 18% (3 usuarios) "a veces". Relacionando los resultados obtenidos en la caracterización se podría suponer que cuanto mayor es el tiempo en que el usuario fue diagnosticado EPOC oxígeno dependiente, mayor es el vínculo de confianza que se crea con el equipo que lo asiste.

Siguiendo en la línea del vínculo de confianza, este nos permite medir la comodidad que siente el usuario al expresar a su médico sus problemas de salud, en este aspecto se obtuvo que el 82% (14 usuarios) "siempre" se siente cómodo, 12 % (2 usuarios) "a veces" y el 6% (1 usuario) "nunca".

La comunicación con el equipo de asistencia favorece a la continuidad asistencial; al momento de indagar si el usuario considera que ésta es adecuada, se obtuvo que el 94% (16 usuarios) considera que "siempre" y un 6% (1 usuario) "a veces".

En cuanto a si el medico del SOD dedica tiempo a evacuar sus dudas, se destaca que el 82% (14 usuarios) considera que "siempre", el 12% (2 usuarios) "a veces" y 6% (1 usuario) "nunca". Esto es importante destacar ya que, como fue mencionado anteriormente el nivel de instrucción de la población es medio-bajo, lo cual requiere una mayor dedicación por parte del profesional para que el usuario comprenda la información y favorezca la comunicación.

Además del SOD, concurre al domicilio una empresa especializada en la distribución del oxígeno, siendo este uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la patología se creyó importante indagar sobre la relación existente entre el usuario y los proveedores del mismo. Al ser éste un usuario crónico, que utiliza el oxígeno entre 12 y 24 horas, hay un elevado consumo del mismo, lo que lleva a aumentar la periodicidad del contacto con los proveedores del servicio.



Al indagar sobre si una vez que se pide el oxígeno llega en tiempo y forma se obtuvo que el 82% (14 usuarios) considera que "siempre" y un 18% (3 usuarios) "a veces". Al momento de medir si cada vez que el usuario requiere que se le explique el manejo y la instalación de la oxigenoterapia ¿lo hacen?; el 82% (14 usuarios) afirma que "siempre" y el 18% (3 usuarios) "a veces".

Esta empresa tiene una Licenciada en enfermería que concurre al domicilio del usuario mensualmente, lo que contribuye a la continuidad asistencial, debido a que la Licenciada es uno de los profesionales que tiene como parte de sus roles, la educación, prevención y promoción en salud del usuario; al preguntarle a éste si cree que es suficiente la periodicidad con la que concurre, se obtuvo que el 70% (12 usuarios) "siempre", el 24% (4 usuarios) "a veces" y un 6% (1 usuario) "nunca".

Continuando con la concurrencia de los equipos al domicilio, se le preguntó al usuario si creía suficiente la periodicidad con que el médico del SOD concurre, como respuesta se vio que el 76% (13 usuarios) cree que "siempre" es suficiente, mientras el 24% (4 usuarios) considera que "a veces". Con estos datos se ve expresada la continuidad asistencial, ya que existe un control periódico que lleva a tener un adecuado seguimiento del usuario.

En cuanto a la concurrencia del médico de crónico, de familia o de área, los datos toman valores más divididos, pero demuestran que también existe en este caso la continuidad en la asistencia; a causa de que al interrogar al usuario si cree suficiente la periodicidad con que este médico lo valora, se obtuvo como resultado que el 41% (7 usuarios) considera que "a veces" es suficiente, el 35% (6 usuarios) cree que "siempre" y el 24% (4 usuarios) "nunca". La familia influye de manera significativa en el afrontamiento de la patología, como se mencionó anteriormente en el marco teórico, este tipo de usuario tiene limitaciones propias de la patología para realizar actividades de la vida cotidiana, por lo cual se creyó importante indagar sobre si el médico integra a la familia en los cuidados; obteniendo como resultado que el 47% (8 usuarios) considero que "siempre" integra a la familia, 29% (5 usuarios) "nunca" los integra, y el restante 24% (4 usuarios) que "a veces" los integran.

Según la definición de continuidad de relación mencionada en el marco teórico se afirma que, el médico, en este caso el médico de crónico, de familia o de área, que sigue al usuario "también conoce los problemas de salud de otros miembros de la familia", por lo cual se le preguntó al usuario si esta situación forma parte de su realidad, obteniendo como respuesta que 59% (10 usuarios) refiere que "a veces" los conoce, 35% (6 usuarios) "nunca" conoce la situación de los integrantes de su familia y 6% (1 usuario) "siempre" los conoce; analizando particularmente estos datos encontramos que para la mayoría de los usuarios el médico que lo asiste "a veces" conoce si en el núcleo familiar existen otras patologías. Este aspecto a considerar de la variable compleja fue el único que no alcanzo el mayor porcentaje en la categoría "siempre"; esto nos demuestra que el usuario percibe que la continuidad asistencial de relación no está totalmente contemplada en este aspecto; se podría suponer que el cambio de los valores se da porque éste prioriza al equipo que trata su EPOC.





**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



Todos los aspectos mencionados anteriormente forman parte de una variable compleja, que como se señaló al inicio de este análisis tiene como objetivo medir la percepción del usuario sobre la continuidad asistencial en su atención vinculada a la relación paciente- proveedor, como resultado se obtuvo que el usuario EPOC oxígeno dependiente percibe una adecuada continuidad asistencial en su atención.

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



## CONCLUSIÓN

El grupo investigador concluye que se cumplieron con los objetivos planteados al inicio de este trabajo.

Según los resultados de la investigación, afirmamos que según la percepción de los entrevistados, existe una continuidad en la atención de la población estudiada, ya que el equipo conoce a los usuarios que asiste, la patología y los eventos de la misma; existiendo a su vez una intercomunicación entre el equipo de salud que le brinda la asistencia.

Haciendo énfasis en la continuidad de relación, el 100% de los usuarios la perciben, lo que incluye que el trato que le brinda el personal es amable y respetuoso; el equipo le genera un vínculo de confianza, lo que a su vez favorece a que el usuario se sienta cómodo al expresar sus problemas y necesidades. La comunicación es un aspecto fundamental en la continuidad de relación usuario-prestador, y se da de forma eficaz.

Para finalizar podemos destacar que, el servicio que brinda atención a estos usuarios cumple con las acciones para que esa continuidad asistencial de relación alcance un nivel óptimo, y así mejore su atención cada día, fundamentalmente en beneficio de los usuarios así como de los prestadores.



## BIBLIOGRAFIA

Elia Beatriz Pinela, Eva Luz de Alvarado, Francisca H. de Canales "Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud" OPS; 1994.

RAMOS CALERO, E., "Enfermería Comunitaria: Bases teóricas", Madrid: Editorial DAE; 2001.

RAP-ASSE Servicio de Oxigenoterapia domiciliaria. (Guía para pacientes y familiares). Montevideo, Uruguay, 2008.

Suzanne C Smeltzer, Brenda G Bare, "Brunner y Sudarth: Tratado de enfermería médico quirúrgica" Novena edición, México 2002.

### Documentos electrónicos consultados:

Alatorax.org.[Internet]. América latina. Fecha de acceso noviembre de 2013. URL Disponible en [http://www.alatorax.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=38&Itemid=97&lang=es](http://www.alatorax.org/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=97&lang=es)

Castro Gusmão Renata. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (en línea). Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública. (Fecha de acceso 27 de Enero de 2014) Barcelona, julio de 2008. URL Disponible en: [http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents/sepps/Renata%20Castro%20Gusmao\\_2008\\_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf](http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents/sepps/Renata%20Castro%20Gusmao_2008_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf)

Herrera Magdalena. Muertos por EPOC aumentaron 153%. El País. (en línea). Montevideo. 28 de Junio, Año 2006. (Fecha de acceso 20 de enero de 2014). URL Disponible en: [http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/09/06/28/sds\\_426019.asp](http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/09/06/28/sds_426019.asp)

Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD). Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. (en línea). Año 2011. (Fecha de acceso 18 de octubre de 2013). URL Disponible en: <http://www.goldcopd.org>

Ley 18256 [En línea]. Uruguay. Senado y Cámara de Representantes; 2008. [12 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18256&Anchor=>



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación



Muiño Adriana, López Varela María Victoria, Menezes Ana María. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2014 Feb 05] ; 21(1): 37-48. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006&lng=es).

Paho. Organización Panamericana de Salud [Internet]. 2011. Fecha de acceso 6 de julio de 2013. URL disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4305%3Aredes-integradas-de-servicios-de-salud&catid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305%3Aredes-integradas-de-servicios-de-salud&catid=)

The linde grup [Internet]. Oxigenoterapia domiciliaria año 2008. Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2013. URL disponible en: [http://www.linde-healthcare.com.uy/international/web/lg/uy/likeIglgtuynopro.nsf/docbyalias/nav\\_nopro\\_therapies\\_oxytherapy\\_homeoxytherapy](http://www.linde-healthcare.com.uy/international/web/lg/uy/likeIglgtuynopro.nsf/docbyalias/nav_nopro_therapies_oxytherapy_homeoxytherapy)

ANEXOS





ANEXO Nº 1

CUESTIONARIO

Indique con una X la opción correcta.

- 1) Sexo:
- \* Femenino
  - \* Masculino
- 2) Edad:
- \* De 40 a 45 años
  - \* De 46 a 51 años
  - \* Mayor a 51 años

# ANEXOS

- 3) Nivel de escolaridad:
- \* Primaria incompleta
  - \* Secundaria completa
  - \* Secundaria incompleta
  - \* Tercera
  - \* Otra
- 4) Momento en que fue diagnosticado o se exigió dependencia:
- \* Menos de 6 meses
  - \* Entre 6 meses y 1 año
  - \* Mayor a 1 año



**ANEXO N°1**

**CUESTIONARIO:**

Indique con una cruz la opción correcta.

1) Sexo

- Femenino
- Masculino

2) Edad

- De 40 a 45 años.
- De 46 a 60 años.
- $\geq$  a 61 años.

3) Nivel de instrucción

- Primaria completa.
- Primaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Terciaria.
- Otros

4) Momento en que fue diagnosticado oxígeno dependiente

- Menos de 6 meses.
- Entre 6 meses y 1 año.
- Mayor a 1 año.



**Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación**



**5) Horas diarias que el usuario utiliza el oxígeno** E RELACION

- De 12 a 16 horas.
- De 17 a 20 horas.
- $\geq$  21 horas.

	SIEMPRE 3 PTS	A VECES 2 PTS	NINGUN 1 PTO
Considera usted que los profesionales que le brindar asistencia, tienen conocimiento sobre su patología, antecedentes de la misma y intervenciones previas.			
¿Cree que percibe del personal en la atención apoyo y respaldo?			
¿El servicio de salud le genera en virtud de costuras...			
¿Se siente cómodo expresándole a su médico de referencia sus problemas de salud?			
Considera usted que la comunicación con el equipo de asistencia es la adecuada.			
¿Cada vez que requiere que se le explique el manejo y la instalación de la oxigenoterapia, ¿lo hacen?			
¿Una vez que pide el oxígeno llega en tiempo y forma?			
Considera suficiente la periodicidad con que el personal de Enfermería de la empresa de oxígeno concurre a su domicilio.			
Considera que el médico del SOD recorre siempre a visitar sus domicilios.			
¿Cree suficiente la periodicidad con que el médico del SOD visita a su domicilio?			
¿Cree suficiente la periodicidad con que el médico de crónico, de familia o de área lo visita?			
El médico de crónico, de familia o de área concurre a su domicilio integra a su familia en los cuidados que usted debe tener.			
El médico de crónico, de familia o de área que concurre a su domicilio conoce los problemas de salud de algún otro miembro de su familia.			

Gracias por colaborar con nuestra investigación.



CONTINUIDAD DE RELACIÓN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SIEMPRE 3 PTS	A VECES 2 PTS	NUNCA 1 PTO
Considera que el equipo de salud trata de solucionar sus necesidades			
Considera usted que los profesionales que le brindan asistencia, tienen conocimiento sobre su patología, antecedentes de la misma y exámenes previos.			
El trato que percibe del personal en la atención es amable y respetuoso.			
El equipo de salud le genera un vínculo de confianza.			
Se siente cómodo/a expresándole a su médico de referencia sus problemas de salud			
Considera usted que la comunicación con el equipo de asistencia es la adecuada.			
Cada vez que requiere que se le explique el manejo y la instalación de la oxigenoterapia, ¿lo hacen?			
Una vez que pide el oxígeno llega en tiempo y forma			
Considera suficiente la periodicidad con que el personal de Enfermería de la empresa de oxígeno concurre a su domicilio.			
Considera que el médico del SOD dedica tiempo a evacuar sus dudas.			
Cree suficiente la periodicidad con que el médico del SOD asiste a su domicilio.			
Cree suficiente la periodicidad con que el médico de crónico, de familia o de área lo valora.			
El médico de crónico, de familia o de área que acude a su domicilio integra a su familia en los cuidados que usted debe tener.			
El médico de crónico, de familia o de área que concurre a su domicilio conoce los problemas de salud de algún otro miembro de su familia.			

Gracias por colaborar con nuestra investigación.





Universidad de la República  
 Facultad de Enfermería  
 Dpto. Enfermería Comunitaria  
 Trabajo Final de Investigación



**ANEXO N°2**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN A LA RAP**

**Consentimiento informado**

RAP Central

Fecha:    /    /

Sr/Sra: ..... C.I: ..... Dejo constancia de haber sido notificado/a por los estudiantes de Licenciatura de Enfermería, Facultad de Enfermería de la Universidad de La Republica; sobre el trabajo de investigación que los mismos están llevando a cabo acerca de la percepción de la continuidad asistencial del usuario con EPOC oxígeno dependiente.

Para tal fin autorizo autorizo libre y voluntariamente a hacer uso de la información brindada manteniéndose el anonimato de mi identidad.

Firma.....

Aclaración.....

Saludos atentamente

Sandoval, Vanessa C.I: 4.221.611-4

Canup, Daniela C.I: 4.775.855-5

Gaymond, Betina C.I: 4.804.316-6

Mary, Bianca C.I: 4.024.255-8

Vivar, María C.I: 4.408.217-6

Prof. Adj. Anuncia Murga

Dpto. Enfermería Comunitaria

JARAF, CIRA S 2610, Tel: (5982) 467.00.44 / 467.00.50 Fax (5982) 467.00.43

Avda. Italia 509 Hospital de Clínicas piso 3, Tel: (5982) 467.00.72 / Fax: (5982) 467.00.87

www.fce.uba.edu.uy E-mail: ralf@fce.uba.edu.uy

MONTEVIDEO - URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación



**ANEXO N°3**

CARTA DE AUTORIZACION A LA RAP

Montevideo, Febrero de 2014

RAP Central

Jefa de Crónicos

Dra. Verónica Izaurraldi

Presente

Quienes suscriben, estudiantes de la UDELAR, Facultad de Enfermería, carrera Licenciatura en Enfermería, plan 93, nos dirigimos a usted con el fin de solicitar una entrevista, donde se nos brinde información sobre el funcionamiento del servicio, así como la obtención de datos de los pacientes Epoc oxígeno dependientes.

Dicha información será utilizada para la elaboración de la investigación de nuestro TFI (Trabajo Final de Investigación), a cargo de las tutoras, Prof. Agda (s) Lacava Esther y Prof. Adj. Monge América.

Desde ya muchas gracias.

Saludan atentamente:

Bengochea, Vanesa CI:

Cardozo, Cristina CI:

Geymonat, Bettina CI.

Mary, Bianca CI:

Vivian, Ivanna CI:

Prof. Adj. América Monge

Depto. Enfermería Comunitaria

---

JAIME CIBILS 2810, Tel. (5982) 487.00.44/ 487.00.50 Fax (5982) 487.00.43

**Anexo: Avda. ITALIA S/N° Hospital de Clínicas piso 3. Tel.(5982) 487.08.72 / Fax (5982) 487.69.67**

[www.fenf.edu.uy](http://www.fenf.edu.uy) E-mail: [ceti@inde.edu.uy](mailto:ceti@inde.edu.uy)

MONTEVIDEO - URUGUAY

#### **ANEXO N° 4**

**Entrevista realizada a la Doctora del Servicio de Oxigenoterapia en Domicilio de la RAP:**

**1. Cuál es su Rol dentro de la RAP?**

"Soy una de los cuatro médicos del SOD"

**2. ¿Qué es el SOD?**

"Servicio de oxigenoterapia en domicilio".

**3. ¿Qué finalidad tiene este servicio?**

"La finalidad del mismo es visitar al paciente, dentro de los primeros 7 días de recibido el oxígeno, allí se crea historia clínica, se conoce el número de internaciones previas, los factores de riesgo, el medio social en el cual viven. Luego de la primer visita se realiza un control clínico cada dos meses aproximadamente donde se realiza: saturación de oxígeno, coordinación para gasometría arterial (hospital Maciel), coordinación para funcional respiratorio (hospital Pasteur), en la visita se verifica como el usuario está usando el oxígeno, se evacuan dudas, ven el estado del equipo, (manómetro, cánulas), educación de cómo debe desinfectar el equipo. Se verifican las medidas de seguridad del balón (debe estar atado con cadena, se controla que no hayan estufas, que la casa sea ventilada). También se corrobora que no haya quejas hacia la empresa de oxígeno".

**4. ¿Cómo se distribuye el oxígeno a los usuarios?**

"La empresa que lo distribuye se llama Praxair, lo reparten en un camión, por dos funcionarios uniformados e identificados, que además se encargan de asesorar al usuario, en el funcionamiento del mismo, como colocar la concentración que le indica el Neumólogo y observan en que área que debe ir el balón.

El oxígeno se distribuye a demanda del paciente, Cuando este llama, la empresa se lo hace llegar.

La empresa dispone de una Licenciada en Enfermería, quien realiza una visita domiciliaria, una vez al mes, donde le realiza una valoración y deja un registro en una planilla, la cual es vista por el médico de familia. La empresa manda a la RAP un informe (boletas), con los balones que se utilizan en el mes. La RAP es quien realiza el pago de los mismos. Si el SOD observa alguna irregularidad en la cantidad de balones, concurre antes de los dos meses a visitar al paciente; debido a que lo común es que el usuario utilice entre 12 y 14 balones al mes".



**5. ¿Cuenta la RAP con mochilas?**

“La Rap dispone de cinco mochilas con oxígeno líquido, que se entregan a aquellos pacientes que trabajan, pre jubilatorios, vendedores ambulantes de bajos recursos y a los que están en las listas de trasplante. También cuentan con concentradores que estos producen oxígeno mediante la corriente eléctrica, es muy caro su uso ya que el consumo de electricidad se eleva”.

**6. ¿Además de su visita, algún otro especialista le realiza un seguimiento?**

“Sí, lo ve un médico de familia, que se asigna según el área geográfica en el que el usuario se encuentre. V a una vez al mes y le hace un control general, observando las diferentes patologías del paciente. Es quien le deja pautas (recetas) en base a las patologías asociadas, (ejemplo diabetes, hipertensión arterial, etc.). Puede repetir recetas de medicación indicadas por el Neumólogo (No indicar). El médico de familia se comunica con el neumólogo mediante evoluciones escritas.

Y también es controlado por el Neumólogo, que lo ve cada tres o seis meses dependiendo de cómo se encuentre el paciente, todos los estudios realizados por el SOD, los ve el mismo, este está siempre en contacto con el medico que brinda el servicio de oxígeno domiciliario”.



## **ANEXO N° 5**

### **Entrevista realizada a Neumóloga del centro de salud Claveux (ex filtro):**

**1- ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la policlínica?**

"Desde 2002".

**2- ¿Qué tipos de usuarios prevalecen en la consulta?**

"Pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) fumadores, en relación a los pacientes vistos diariamente y la patología por la cual consultan, el 80, 90% son pacientes fumadores EPOC. (DE 5 pacientes vistos en la consulta 5 son EPOC no oxígeno dependiente)".

**3- ¿Usted es la única especialista a nivel de la RAP?**

"No, en la policlínica Unión, está la Dra. Cuadro".

**4- ¿Hay un seguimiento de sus pacientes que concurren a la consulta?**

"Sí, claro".

**5- ¿Existen guías o protocolos para el seguimiento de estos pacientes?**

"Las guías que hay, son las guías Latino Americanas, no guías de la institución. Nos guiamos por las guías de la Asociación Latinoamericana de tórax y las SEPAR, que es la Española y la ATS que es la torácica. Se hace anualmente una conferencia, donde en conjunto con todas las sociedades, donde participan los que quieren, yo participo, se actualiza y se hace una puesta al día de las pautas, y es con esto que trabajamos. Adaptamos la pauta dentro de lo que Salud Pública nos ofrece, a la medicación, o a lo que son las técnicas de rehabilitación o de paraclínica, de estudios que se piden, adaptados a la realidad nuestra".

**6- ¿Considera que el paciente Epoc, es más demandante que otro paciente crónico?**

"Sí, es más demandante, porque está el paciente que utiliza el balón de oxígeno y no tiene interés en moverse de su casa, y después está aquel que sí le interesa salir de su casa, y para eso necesita un dispositivo especial, la mochila de traslado, que es una mochila que ni a nivel privado se obtiene. Aquí es donde el paciente demanda por su imposibilidad, o gente que vive sola, que tiene que hacer los mandados y no puede moverse, en eso el paciente demanda, además el paciente no se conforma con ser crónico, si a veces no se adapta a tomar la medicación en forma permanente, menos al uso de oxígeno y sin ver solución a su situación.

Son pocos los pacientes a los cuales se les da oxígeno en un episodio agudo y revierte la situación de agudo y vuelve a su estado anterior sin oxígeno".

**7- ¿Qué estudios se realizan para agregar oxígeno al tratamiento?**

"Le hacemos el diagnóstico de insuficiencia respiratoria para usar oxígeno, mediante la saturación de oxígeno en consultorio, se hace un screening a los pacientes que tienen entre 90-95% en reposo se hace gasometría arterial y a los que tienen menos de 90 también.

No tiene indicación de oxígeno un paciente que desatura en esfuerzo, no está pautado, aunque queda a criterio.

Cuando uno habla de oxígeno dependiente, cuando el paciente requiere de 12, 14 a 16 horas de uso diario, no quita que hayan pacientes que hagan un mal uso, utilicen el oxígeno porque tengan una sensación de falta de aire, ya que esto no está pautado".

**8- ¿Cada cuánto se controlan estos pacientes?**

"Gasometría arterial, generalmente cada 3 meses. Los controles son anuales o cada dos años de la enfermedad, se hace la espirometría, en una etapa de agudización de la enfermedad se hacen los estudios pertinentes, radiografía de tórax o tomografía ya que puede tener una complicación.

Lo importante es hacer un diagnóstico bien hecho y controlarlo".

**9- ¿Cuándo el paciente pasa a ser oxígeno dependiente, usted continúa con sus controles u otro profesional se encarga de eso?**

"No, el paciente tiene un médico de crónico que va a su casa, es un médico de familia, hay un médico de la Rap de oxigenoterapia quien le hace un seguimiento y me eleva los informes, por lo que yo sigo informada de lo que le sucede al paciente".

**10- ¿Cómo médico, cree que los cambios en el sistema de salud han favorecido a este tipo de pacientes?**

"No, en lo que ha mejorado es que se lleva un mejor control de la oxigenoterapia, ya que el oxígeno es caro y su uso tiene riesgos. Es muy importante el control del paciente en su domicilio, ya que este en policlínica puede describir una realidad que no es".

**11- ¿Cuáles son los pasos a seguir cuando el médico determina que el paciente con EPOC requiere oxígeno en su domicilio?**

"Se realiza un formulario especial que va a dirección, y ésta lo envía directamente a oxígeno, para que en el mismo día o al otro día tenga oxígeno en su casa, después que el oxígeno fue instalado, el paciente se realiza un control para saber cómo fue su experiencia en el mismo".



Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Dpto. Enfermería Comunitaria  
Trabajo Final de Investigación



**12-¿La empresa que distribuye el oxígeno, le explica al paciente el uso del mismo?**

"Sí, la empresa también le hace un control al paciente y lo educan sobre su manejo, la cantidad de litros que debe utilizar, al nivel máximo que se puede utilizar, que hacer si fuga, los riesgos que se corren al fumar usando el mismo, entre otros.

El paciente está bien informado tanto por la empresa como por los médicos, ya que no es lo mismo explicarle el manejo del mismo en el consultorio, que en el domicilio".

**13-¿Qué pasa si el paciente se queda sin oxígeno?**

"Esto no ocurre, debido a que el paciente llama a la empresa y esta inmediatamente lo distribuye".

**14-¿Considera que el sistema de registro (HC) es adecuado para conocer al paciente así como los sucesos importantes de la patología?**

"Sí, gracias a la comunicación que tenemos con el médico de familia, logramos obtener un seguimiento adecuado de la patología y el tratamiento de cada paciente".

**15-¿Considera que por parte de estos pacientes Epoc oxígeno dependientes, no toman conciencia y no llevan a cabo el tratamiento de manera adecuada?**

"Sí, no tienen conciencia, hay pacientes que les falta el aire y se colocan el oxígeno, usándolo incorrectamente. Así como también los que no toman conciencia y realizan el tratamiento pero continúan con el hábito de fumar".

**16-¿Considera usted que el Epoc es mayormente causado por el tabaco?**

"Hay un bajo nivel de alfa uno antitripsina que es una enzima, que cuando hay un bajo déficit, se produce una obstrucción de aparato respiratorio.  
Otra causa, son aquellos pacientes que han sido fumadores pasivos, pero la mayor causa del es el tabaco".

**17-¿Considera que la ley 18256 llamada control de tabaquismo, ha ayudado a disminuir el número de pacientes con esta enfermedad?**

"Sí, según los numero estadísticos ha ido disminuyendo, lo que sucede es que hay mucha gente joven que fuma, considero que hay que atacar a la gente menor a 30 años. Los números dicen que sí, mi impresión es que no".

Dr. Gabriela Solera  
C.I. 4.984.314-8

Dr. Estery Barrios  
C.I. 4.987.250-4

Dr. Verónica Palma  
C.I. 4.453.213-5



**ANEXO N° 6**

**CARTA DE SOLICITUD AL TRIBUNAL**

Montevideo, X de mayo de 2014

Departamento de Educación  
Prof. Mgtr. en Educación Fany Rocha

Por intermedio de la presente, nos dirigimos a Uds. para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación.

El mismo fue desarrollado en la Cátedra de Enfermería Comunitaria, siendo el tutor el Prof. Ágda. (s). Esther Lacava y Prof. Adj. América Monge.

El título del estudio es Percepción del usuario con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Oxígeno Dependiente sobre su Continuidad Asistencial.

Somos estudiantes cursantes de Gen 2009.

Sin otro particular le saludan cordialmente.

\_\_\_\_\_  
Br. Bengoechea Vanesa  
CI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Br. Cardozo Cristina  
CI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Br. Geymonat Bettina  
CI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Br. Mary Bianca  
CI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Br. Vivían Ivanna  
CI: \_\_\_\_\_