UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA

TEMA

EFECTOS DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPOC DEL HOSPITAL BÀSICO DR. JAIME ROLDOS AGUILERA VENTANAS-LOS RÌOS, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019

AUTORAS
LARA VALERO, KETTY PAMELA
LÓPEZ PINTO, VICTORIA LUNISOL

TUTORA
LIC. YNGRID PAOLA ESPÍN MANCILLA, MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador
2019

ÍNDICE GENERAL

INDICE DE GRAFICOS I
DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO III
DEDICATORIA IV
AGRADECIMIENTO V
TEMA VI
RESUMEN VII
ABSTRACT VIII
INTRODUCCIÓN IX
CAPITULO I. 1
1. PROBLEMA 1
1.1 Marco Contextual 1
1.1.2 Contexto Internacional 1
1.1.3 Contexto Nacional. 2
1.1.4 Contexto Regional. 4
1.1.5 Contexto Local y/o Institucional 5
1.2 Situación problemática 5
1.3 Planteamiento del Problema 6
1.3.1 Problema General 6
1.3.2 Problemas Derivados 7
1.4 Delimitación de la Investigación 7
1.5 Justificación 8
1.6 Objetivos 9
1.6.1 Objetivo General 9
1.6.2 Objetivos Específicos 9
CAPITULO II 10
2. MARCO TEÓRICO 10
2.1 Marco teórico 10
2.1.1 Marco conceptual 10
Ejercicio físico para pacientes con EPOC 32
2.1.2 Antecedentes investigativos 35
2.2 Hipótesis 40
2.2.1 Hipótesis general 40
2.2.2 Hipótesis específicas 40
2.3 Variables 41

2.3.1 Variables Independientes....41
2.3.2 Variables Dependientes....41
2.3.3 Operacionalización de las variables....41
CAPITULO III....43
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN....43
3.1 Método de investigación....43
3.2 Modalidad de investigación....43
3.3 Tipo de Investigación....44
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información....44
3.4.1 Técnicas....44
3.4.2 Instrumentos....45
3.5 Población y Muestra de Investigación....45
3.5.1 Población....45
3.5.2 Muestra y su tamaño....45
3.6 Cronograma del Proyecto....47
3.7. RECURSOS....48
3.7.1. Recursos humanos....48
3.7.2. Recursos económicos....48
CAPITULO IV....50
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION....50
4.1. Resultados obtenidos de la investigación....50
4.2. Análisis e interpretación de datos....50
4.3. Conclusiones....65
4.4. Recomendaciones....66
CAPITULO V....67
5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN....67
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación....67
5.2 Antecedentes....67
5.3 Justificación....69
5.4 Objetivos....70
5.4.1 Objetivos generales....70
5.4.2 Objetivos específicos....70
5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación....71
5.5.1 Estructura general de la propuesta....72
5.5.2 Componentes....74
5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación....75
5.6.1 Alcance de la alternativa....75

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 Edad de atención en mayor grado con EPOC……..……..…50

Grafico 2 Genero que representa en mayor grado con EPOC….……..…..51

Grafico 3 Paciente si tienen conocimiento de la EPOC…..…….52

Grafico 4 Pacientes con EPOC conoces la consecuencia del consumo del tabaco…...…..53

Grafico 5 Pacientes con EPOC a pesar de estar con tratamiento consumen tabaco…...…54

Grafico 6 Pacientes con EPOC NO presentan agudizaciones……..……55

Grafico 7 Pacientes con EPOC no depende de inhaladores……...……..56

Grafico 8 Estado nutricional ……...……57

Grafico 9 Realiza alguna actividad física……..……..58

Grafico 10 Factores ambientales relacionados con la EPOC……..…59

Grafico 11 calidad de vida……..……....60

Grafico 12 constantemente acuden a un centro de salud…….61

Grafico 13 Toman medidas preventivas sobre la EPOC ……..……62

Grafico 14 Se realizan terapia respiratorias……...……..63

Grafico 15 A mejorado la calidad de vida en base al tratamiento ……..……64

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a Dios, por haberme dado la vida y guiado a lo largo de mis estudios , el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Al igual a mi madre **GLADYS MARIA VALERO FRANCO,** ya que no estás aquí sé que desde arriba me cuidas y estas orgullosa de haber logrado mi meta, Mama te amo donde quieras que estés, te dedico esta tesis con todo mi corazón cuanto daría porque estuvieras aquí a mi lado compartiendo junto a mi esta alegría y satisfacción que siento.

Al igual a mi novio mi hija y mi hermana que fueron parte de una u otra manera de este largo recorrido en mi vida porque sin ellos no fuese posible este logro.

Al igual a todos a aquellos que no creyeron en mí, a aquellos que esperaban mi fracaso en cada paso que daba hacia la culminación de mis estudios, a aquellos que nunca esperaban que lograra terminar la carrera, a todos aquellos que apostaban a que me rendiría a medio camino, a todos lo que supusieron que no lo lograría, a todos ellos les dedico esta tesis.

KETTY PAMELA LARA VALERO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad.

A mi Novio con todo mi amor y cariño por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mí, aunque hemos pasados momentos difíciles siempre has estado hay para mi brindándome su apoyo incondicional y por ser ese pilar fundamental para alcanzar unas de mis metas.

A mi hija por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi hermana por su apoyo incondicional, y por estar presente en cada paso que di.

A nuestra Universidad y especialmente a la Facultad De Ciencia De La Salud, que mediantes sus autoridades y docentes nos brindaron una consistente formación Universitaria y lograron que culminemos con éxito una más de nuestras etapas académicas.

KETTY PAMELA LARA VALERO

DEDICATORIA

Lo que he logrado hasta hoy me lo dedico primero a mí misma porque he pasado por mucho estrés noches sin dormir amanecidas desveladas (más que dodo en las guardias de uci) para poder hacer un buen trabajo y obtener buenos resultados en mis trabajos y tareas encomendadas

En segundo lugar, se lo dedico a mis hijos porque en cada paso en cada escalón que avanzaba me infundían aliento para continuar y hacerlo mejor, ellos fueron y seguirán siendo mi gasolina mi motor mi fortaleza de querer avanzar y no rendirme nunca.

VICTORIA LUNISOL LOPEZ PINTO

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Jehová por haberme mantenido con salud y vida, por infundirme fuerzas inteligencia, sabiduría, paciencia, fortaleza entusiasmo y perseverancia, por haberme acompañado día a día en la meta que me propuse realizar desde un principio ya que aún no puedo creer que lo logre, por haberme sacado de tribulación obstáculos y necesidades que se me presentaban a lo largo de mi carrera que me hacían tambalear y casi desistir de continuar.

A mi madre y esposo que de una u otra forma me apoyaron incondicionalmente económica y moralmente por cuidar de mis hijos mientras yo estudiaba

A mis tres hijos Eduardo Ivana y Belén porque fueron la motivación que me inspiro tomar mis estudios universitarios por ellos y para ellos, para darles mejor vida y un futuro mejor que el mío.

VICTORIA LUNISOL LOPEZ PINTO

TEMA

EFECTOS DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPOC DEL HOSPITAL BÀSICO DR. JAIME ROLDOS AGUILERA VENTANAS-LOS RÌOS, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019

RESUMEN

El presente trabajo investigativo denominado “efectos de la terapia respiratoria en la calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del hospital básico. Jaime Roldos Aguilera Ventanas – Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019” tuvo como finalidad Establecer la importancia que tienen los efectos de la terapia respiratoria en la calidad de vida de pacientes con EPOC de la unidad de investigación. Para dicho efecto se emplearon los métodos deductivo-inductivo, así como los métodos analíticos-sintéticos, los cuales permitieron describir la situación real de los pacientes, para dicho efecto se empleó como técnica la encuesta aplicando un cuestionario aplicado a 85 pacientes con EPOC; para poder determinar la relación entre las variables de estudio. Dentro de los principales resultados tenemos que la mayor incidencia de la enfermedad es en los pacientes del sexo masculino y en especial con aquellos que tienen hábitos al tabaco. En este sentido el 75% de los resultados obtenidos manifestaron que ellos no poseen una calidad de vida saludable lo que ha sido un factor preponderante para que su recuperación se vea disminuida. Por otro lado un 25% de ellos no dan continuidad a los programas de rehabilitación respiratoria abandonando así su tratamiento. En virtud de ello y en base a los resultados obtenidos se pudo establecer que es necesario implementar programas de capacitación para la prevención y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Palabras claves: EPOC, educación, hábitos, tratamiento, calidad de vida.

ABSTRACT

The present research work called “effects of respiratory therapy on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease of the basic hospital. Jaime Roldos Aguilera Ventanas - Los Ríos, period May - September 2019”had the importance of establishing the effects of respiratory therapy on the quality of life of patients with COPD in the research unit. For this effect the deductive-inductive methods were used, as well as the analytical-synthetic methods, which allowed to describe the real situation of the patients, for this effect the survey was used as a technique applying a questionnaire applied to 85 patients with COPD; in order to determine the relationship between the study variables. Among the main results we have the highest incidence of the disease in male patients and especially those with symptoms of tobacco. In this sense, 75% of the results that manifested that they did not have a healthy quality of life, which has been a predominant factor for their recovery will be diminished. On the other hand, 25% of them do not give continuity to respiratory rehabilitation programs, thus abandoning their treatment. Based on this, and based on the results obtained, it was established that it is necessary to implement training programs for the prevention and improvement of the quality of life of patients with COPD.

Keywords: COPD, education, habits, treatment, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La EPOC no es una enfermedad, sino un conjunto de enfermedades pulmonares crónicas que reducen el flujo de aire. La EPOC no es una simple tos del fumador, sino una enfermedad pulmonar potencialmente mortal que en muchos casos queda sin diagnosticar. Los síntomas más frecuentes son falta de aire, expectoración excesiva y tos crónica. A medida que la enfermedad empeora, las actividades cotidianas, como subir unos cuantos escalones, pueden verse muy dificultadas. (OMS, 2017)

La EPOC es prevenible, pero incurable. El tratamiento puede ayudar a ralentizar su progresión, pero la enfermedad suele empeorar con el tiempo, y es por ello que generalmente se diagnostica en mayores de 40 años. Bronquitis crónica y enfisema son dos términos que han dejado de utilizarse y quedan englobados en el diagnóstico de EPOC.

Según las estimaciones de la OMS, hay 64 millones de personas con EPOC, y en 2004 fallecieron 3 millones de pacientes por esta causa. Se prevé que las muertes por EPOC aumenten en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa mundial de muerte, a no ser que se reduzcan sus factores de riesgo, y en particular el consumo de tabaco y la contaminación atmosférica. (OMS, 2017)

El presente trabajo se ha diseñado con la finalidad de poder realizar un estudio de cómo la aplicación adecuada de las terapias respiratorias tienen una marcada incidencia en la calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera del cantón Ventanas y que tienen problemas asociados con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en el periodo de mayo a septiembre del 2019.

Para ello se ha realizado el capítulo I el planteamiento del problema y el análisis situacional, lo que permitirá que se planteen los objetivos a abordarse y la justificación del mismo.

En el capítulo II se hace hincapié a los conceptos y teorías que sustentan el trabajo de investigación a partir de esas premisas, poder conocer y entender cómo se relacionan las dos variables de estudios, partiendo del planteamiento de hipótesis que serán verificadas al momento de elaborar el informe final.

En el capítulo III se describen los procedimientos metodológicos que serán necesarios para poder realizar la investigación en su totalidad, se detallan los métodos, técnicas e instrumentos, así como los recursos necesarios que se emplearán.

CAPITULO I.

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.2 Contexto Internacional

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno que causa gran morbilidad y mortalidad a nivel global. Además de la EPOC como causa de muerte, es de prever que las cifras de prevalencia aumentaran tanto en España como a nivel internacional.

Según las estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) 65 millones de personas tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Más de 3 millones de personas murieron de EPOC en 2005, lo que corresponde al 5 % de todas las muertes a nivel mundial. Los datos del Global Burden of Disease Study informan también de una prevalencia de 251 millones de casos de EPOC a nivel mundial en 2016. Se estima que 3,17 millones de muertes fueron causadas por la enfermedad en 2015 a nivel mundial (5 % de todas las muertes a nivel mundial en ese año de acuerdo con los datos de la OMS) (Amirav, 2016).

La mayoría de la información disponible sobre la prevalencia, morbilidad y mortalidad de la EPOC proviene de países de altos ingresos. Incluso en esos países, la recopilación de datos epidemiológicos precisos sobre la EPOC es difícil y costosa. Se sabe que casi el 90 % de las muertes por EPOC ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

Se prevé que las muertes totales a nivel mundial por EPOC aumenten más del 30 % en los próximos 10 años, a menos que se tomen medidas urgentes para reducir

los factores de riesgo subyacentes, especialmente el consumo de tabaco. La OMS pronostica que en el 2030 la EPOC será la tercera causa de muerte en todo el mundo, un 7,8 % de todas las muertes y el 27 % de las muertes relacionadas con el tabaco, solo superada por el cáncer (33 %) y por las enfermedades cardiovasculares (29 %). En este contexto cabe destacar que el riesgo de cáncer de pulmón, que es el más frecuente entre todas las neoplasias, y el de enfermedad cardiovascular, aumenta significativamente en quienes padecen EPOC. Además de estas cifras de mortalidad se prevé que su prevalencia también aumente hasta bien entrado el siglo XXI debido a que hoy en día hay más personas que fuman que en cualquier otro momento de la historia de la humanidad y a que los cambios demográficos asociados al envejecimiento de la población favorecen el incremento de la prevalencia de la EPOC. (OMS, 2017)

En Europa la tasa de mortalidad por EPOC en hombres y mujeres, estandarizada por edad para la población estándar europea, es de aproximadamente 18 por cada 100 000 habitantes por año. La variación de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad es, sin embargo, más de 10 veces entre los 39 países que proporcionaron datos sobre mortalidad a la OMS. Los datos son escasos en los países del este de Europa (figura 1). Existe una tendencia general en los países con mayor prevalencia de tabaquismo a tener una mayor mortalidad por EPOC. (Cajilima, 2017)

Sin embargo, es notable que en un corto período de tiempo ha habido una disminución sustancial en las tasas de mortalidad por muchas causas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, pero para la mortalidad por EPOC, esta tendencia a la disminución comenzó mucho más tarde en algunos países.

1.1.3 Contexto Nacional.

En concordancia con la preocupación de la OMS y del Instituto Nacional Americano de corazón, pulmón y sangre, quienes se reúnen constantemente para elaborar el

consenso mundial de manejo y control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en el mundo, los neumólogos ecuatorianos, hemos mantenido varias reuniones tanto en Quito, como en Guayaquil y Cuenca, con el objeto de revisar estos consensos mundiales y elaborar un documento resumido de los mismos, que permita su aplicación en el Ecuador, de acuerdo a nuestra realidad. (Hijazi-Prieto, 2015)

Al momento la EPOC se encuentra entre las cuatro primeras causas de morbilidad en los Estado Unidos, y según la OMS de acuerdo a proyecciones, se ubicará en la 5ta posición en la escala de peso económico de las enfermedades en el mundo. Por este motivo se considera a la EPOC como un grave problema de salud pública, por la cronicidad de los síntomas, la poca respuesta al tratamiento, la incapacidad física del paciente que la sufre y los elevados costos económicos que demanda su atención. Este impacto se ve con mayor preocupación en los países en vías de desarrollo como es el nuestro, por lo que conviene conocer más de esta enfermedad y tomar las medidas más eficaces y oportunas para lograr su control. (Hijazi-Prieto, 2015)

Nuestro objetivo ha sido el alertar a las autoridades de salud del país sobre este grave problema, mejorar el conocimiento científico de esta patología especialmente en lo relacionado a la atención, cuidado y prevención de la misma, y así disminuir su morbilidad y mortalidad. De otro lado con un control adecuado, los costos económicos se reducirán y se minimizará el impacto en el presupuesto de las instituciones de salud, que generalmente es exiguo.

La intervención temprana en el control de esta enfermedad y sobre todo la supresión del hábito tabáquico, constituyen los pilares fundamentales para disminuir los efectos deletéreos de la misma.

Por esta razón, las Sociedades Ecuatorianas de Neumología han unido sus esfuerzos y se ha trabajado en un documento de consenso nacional, que sirva de

guía para el manejo y control de esta enfermedad en nuestro país, se ha tratado de adaptar las normas de acuerdo a nuestra realidad y consideramos que es hora de profundizar en los aspectos espidemiológicos que sirvan de base para establecer un adecuado plan normativo de diagnóstico, tratamiento y prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en las diferentes regiones del Ecuador. (Cajilima, 2017)

Por otro lado, hemos acordado designar al mes de mayo como el "Mes de la Salud Respiratoria del Ecuador" debido a que el 7 de mayo se celebra el día mundial del Asma y el 31 de mayo es el día de no fumar. Se decidió nominar como día de la EPOC en el Ecuador, al 16 de mayo y de esta manera insistir ante las autoridades sobre la importancia de defender la salud respiratoria, aumentar y enriquecer el conocimiento científico de los médicos y del personal sanitario del país y por último crear la conciencia y necesidad entre los habitantes y ciudadanos ecuatorianos de luchar por ambientes y hábitos saludables, ya que respirar es vivir.

1.1.4 Contexto Regional.

Según la base de datos de Egresos Hospitalarios obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2012 en el Ecuador, ocurrieron alrededor de 4023 egresos hospitalarios por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, categorizadas como: bronquitis crónica simple y mucopurulenta, bronquitis crónica no especificada, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. (INEC, 2016)

El promedio de días de estadía fue de 7 días; de los cuales, 91.5% correspondían a pacientes en edades comprendidas entre 45 años en adelante. Del total de egresos hospitalarios, 2276 pacientes fueron del sexo masculino, con un promedio de 7 días de hospitalización, y de entre estos, el 80% fueron mayores de 65 años. Así mismo, del total de egresos hospitalarios, 1747 pacientes fueron del sexo

femenino, con un promedio de 5 días de hospitalización, y de entre estas, el 75% fueron mayores de 65años. (INEC, 2016)

Según la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el total de pacientes atendidos en consulta externa por presentar EPOC en el año 2013, y obtenidos mediante la base de datos Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), fueron 31214 pacientes.

1.1.5 Contexto Local y/o Institucional

Se evidencia que en el Hospital Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas, se presentan un sinnúmero de casos de pacientes que presentan EPOC por lo cual es notorio que sus dificultades el momento de mantener una calidad de vida eficiente de acuerdo al Buen Vivir no son las más apropiadas.

En virtud de ellos en el área de terapia respiratoria muchos de los pacientes desconocen las complicaciones que tiene la EPOC por lo tanto se descuidan de su tratamiento agravando así el cuadro clínico y por ende deteriorando su estilo de vida cotidiano.

1.2 Situación problemática

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal que puede causar disnea (al principio asociada al esfuerzo) y que predispone a padecer exacerbaciones y enfermedades graves. De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos.

Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

Por otro lado es importante señalar que más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos, siendo la principal causa la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos).

Además es menester señalar que Otros factores de riesgo son la exposición al aire contaminado, tanto de interiores como de exteriores, así como al polvo y el humo en el lugar de trabajo. Algunos casos de EPOC son consecuencia del asma crónica y su incidencia aumentar en los años venideros a causa de la mayor prevalencia de tabaquismo y al envejecimiento de la población en muchos países, perjudicando ampliamente la calidad de vida de los pacientes.

Es importante recalcar que a pesar de los esfuerzos realizados muchas de las veces los pacientes dan poca importancia a este tipo de patología disminuyendo así su calidad de vida y agravando la situación volviéndola crónica e incurable, pero el tratamiento puede aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de defunción. En virtud de ello se ha planteado este trabajo de investigación que busca en identificar los efectos que tienen las terapias respiratorias en pacientes crónicos con esta patología.

1.3 Planteamiento del Problema

1.3.1 Problema General

¿Cuáles son los efectos de la terapia respiratoria en la calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019?

1.3.2 Problemas Derivados

- ¿Cuál es el estado actual de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019?

- ¿Qué tipo de tratamiento respiratorio reciben los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019?

- ¿Cómo se correlaciona la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos?

1.4 Delimitación de la Investigación

Líneas de investigación

Universidad Técnica de Babahoyo.

- Determinantes sociales de la salud.
  - Mejoramiento en la calidad de prestación de servicios

Facultad: Ciencias de la Salud.
Carrera: Terapia Respiratoria
Escuela: Salud y Bienestar

Delimitación de la investigación
Temporal: mayo – septiembre 2019.
Espacial: Hospital Jaime Roldos Aguilera
Geográfica: Cantón Ventanas, provincia de Los Ríos
Demográfica: Pacientes con EPOC

1.5 Justificación

El consumo de cigarrillo es el principal causante de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC. Algunas de las enfermedades que se incluyen son el enfisema, la bronquitis crónica y, en algunos casos, el asma. Fumar en la niñez y adolescencia podría retrasar el crecimiento y desarrollo de los pulmones, esto aumenta el riesgo de padecer EPOC en la edad adulta

Antes, la EPOC era más frecuente en el sexo masculino; sin embargo, por el aumento del consumo de tabaco entre mujeres de países de ingresos elevados y su riesgo de exposición a la contaminación del aire de interiores (por ejemplo, utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción) entre las mujeres de los países de bajos ingresos, en la actualidad afecta casi por igual a ambos sexos.

Según datos de la (Ministerio de Salud Pública, 2017) en el año 2012 se presentaron 3 millones de muertes equivalentes al 6% de las muertes totales en el mundo relacionándose 8 de cada 10 con la EPOC.

Por este motivo se considera a la EPOC como un grave problema de salud pública, por la cronicidad de los síntomas, la poca respuesta al tratamiento, la incapacidad física del paciente que la sufre y los elevados costos económicos que demanda su atención. Este impacto se ve con mayor preocupación en los países en vías de desarrollo como es el nuestro, por lo que conviene conocer más de esta enfermedad y tomar las medidas más eficaces y oportunas para lograr su control.

Es por ello que se debe enfatizar en la importancia del rol del profesional de terapista respiratorio el mismo que debe proporcionar información oportuna y una educación de calidad al paciente que se encuentra vulnerable a sufrir este tipo de patología.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Establecer los efectos de la terapia respiratoria en la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

1.6.2 Objetivos Específicos

- Identificar el estado actual de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

- Caracterizar el tipo de tratamiento respiratorio aplicado a los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

- Correlacionar la evolución clínica y calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

2.1.1 Marco conceptual

DEFINICIÓN DE EPOC

La estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC (GOLD)1 la define como: “Un proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo respiratorio que no es completamente reversible. La limitación al flujo respiratorio es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos”. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR2) especifica que la reacción anómala es secundaria a la inhalación de humo de tabaco. El documento de consenso3 elaborado conjuntamente por la Sociedad Torácica Americana (ATS) y la Sociedad Europea Respiratoria (ERS) añade que la enfermedad es prevenible, tratable y se acompaña de consecuencias sistémicas significativas. (Clarck, 2015)

En estas definiciones se excluyen la bronquitis crónica (caracterizada por tos y expectoración al menos durante 3 meses en 2 años consecutivos), el asma y las bronquiectasias. El enfisema es un término anatomopatológico que se caracteriza por la existencia de elongación permanente de los espacios distales a los bronquiolos terminales acompañada de destrucción de sus paredes sin fibrosis evidente.

ETIOLOGÍA

El principal factor de riesgo asociado al des- arrollo de la EPOC es el humo del tabaco, por lo que se debe dudar del diagnóstico si no existe este antecedente de exposición. La inhalación de otras partículas procedentes de la polución ambiental o de ambientes ocupacionales podrían tener cierto papel aditivo. Es posible que existan factores genéticos aún desconocidos que puedan explicar por qué sólo un 25% de los fumadores desarrollan la EPOC, aunque el único conocido es el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, un inhibidor de proteasas séricas cuya falta provoca enfisema pulmonar y es responsable únicamente de un 1% de los enfisemas. (Clarck, 2015)

EPIDEMIOLOGÍA

La EPOC es una de las enfermedades más prevalentes en la población general. En el estudio de prevalencia IBERPOC se demostró que afecta al 9% de la población española comprendida entre 40 y 69 años, siendo mayor la prevalencia en edades avanzadas de la vida. Es más frecuente en varones, por su mayor exposición al tabaco, aunque está aumentando en las mujeres en los últimos años, como consecuencia del aumento en la pro- porción de fumadoras. Genera una alta morbilidad, derivada de las frecuentes consultas que demandan los pacientes, que persisten sintomáticos a pesar del tratamiento. A su vez, las frecuentes exacerbaciones, en torno a tres por año, son motivo de consultas ambulatorias y a los Servicios de Urgencias, lo cual condiciona frecuentes ingresos.

La EPOC se considera la 4ª causa mundial de muerte y se estima que sea la 3ª en el año 2020. Todo esto se traduce en unos altos costos económicos directos e indirectos ocasionados por la enfermedad. (Anderson, 2016)

DIAGNÓSTICO

La sospecha debe establecerse en todo paciente mayor de 35 años, sobre todo expuesto a tabaco, que presente tos, expectoración crónica, bronquitis de repetición, disnea de esfuerzo de larga evolución o sibilancias. Para la confirmación es imprescindible la espirometría, que demostrará obstrucción en las vías aéreas no reversible (FEV1/FVC < 70% tras administración de al menos 2 inhalaciones de un broncodilatador de corta duración). A veces puede ser difícil separar la EPOC del asma, (pacientes fumadores con asma de larga evolución que podrían presentar obstrucción crónica al flujo aéreo). (Anderson, 2016)

Anamnesis y exploración física

En la historia clínica es importante recoger los antecedentes familiares de enfermedades respiratorias, historia de tabaquismo con el número de paquetes/año (número de años que ha fumado multiplicado por el número de paquetes al día, por ejemplo, un paquete al día durante 40 años se expresa como 40 paquetes/año), la actividad laboral, el número de exacerbaciones e ingresos por año con el tratamiento aplicado, otras enfermedades y su tratamiento habitual. (GINA report, 2016)

Se interrogará acerca de los síntomas más frecuentes: características de la tos (habitualmente productiva), tipo de expectoración, tolerancia al ejercicio y grado de disnea. Esta última al principio ocurre al realizar grandes esfuerzos y podrá ir progresando con la enferme- dad hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Para cuantificar el grado de disnea se aconseja utilizar la escala del British Medical Research Council (MRC, Tabla I)que predice calidad de vida y supervivencia. Los aspectos más importantes a tener en cuenta en la exploración son los siguientes:

- el nivel de conciencia (consciente, confuso, somnoliento, estuporoso y comatoso),
- el grado de coloración de la piel, cianótica si existe hipoxemia e hipercapnia,
- la presencia de asterixis, que podrá ser indicativa de hipercapnia,
- el patrón respiratorio, anotando la frecuencia respiratoria,
- la auscultación cardiaca para detectar posibles arritmias, soplos o extratonos,
- la auscultación respiratoria (los hallazgos más frecuentes son la disminución generalizada del murmullo vesicular o la presencia de roncus y sibilancias)
- y la exploración de miembros inferiores (en los pacientes con cor pulmonale podremos objetivar edemas maleolares).

Tabla I. Escala de disnea del British Medical Research Council (MRC)
Grado 0 Ausencia de disnea salvo con ejercicio intenso Grado 1 Disnea al andar de prisa o subir una cuesta poco pronunciada Grado 2 Incapacidad de mantener el paso con personas de su edad, caminando en llano, o tener que parar a descansar al andar en llano Grado 3 Tener que parar a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos Grado 4 La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse

Fuente: Cajilima, 2014 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Pruebas complementarias obligatorias

- Radiografía de tórax: Debe realizarse al menos al inicio del estudio. Pueden observarse signos de hiperinsuflación pulmonar o aumento de la trama bronquial y nos servirá para descartar otros procesos. No está establecido con qué frecuencia debe realizarse en las revisiones, aunque hay acuerdo en solicitarla en las exacerbaciones para descartar complicaciones. (Hospital Español, 2017)

- Espirometría: Es la prueba de referencia para el diagnóstico, establecer la gravedad y para el seguimiento. Aunque en la prueba broncodilatadora puede existir alguna mejoría de los valores del FEV1, un aumento importante haría pensar en el diagnóstico de asma. (Hospital Español, 2017)

Pruebas complementarias opcionales

a) Otras pruebas de función pulmonar

Los volúmenes pulmonares son útiles si se plantea la cirugía torácica (trasplante pulmonar o cirugía de reducción de volumen). Puede existir un aumento de la capacidad pulmonar total (TLC), volumen residual (VR), capacidad residual funcional (FRC) y del cociente RV/TLC. Un buen índice del grado de hiperinsuflación es la medida de la capacidad inspiratoria. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

La difusión por transferencia de monóxido de carbono (DLCO) es útil si se va a realizar cirugía de reducción de volumen, y es característico que se encuentre disminuida en los pacientes con enfisema. La medición de las presiones musculares puede ser útil para valorar la des- nutrición y la miopatía esteroidea. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

b) Gasometría arterial y pulsioximetría

Indicada en pacientes con FEV1 < 50% o con disnea desproporcionada al grado de obstrucción, para establecer la indicación de oxigenoterapia. En la práctica es muy útil disponer de pulsioximetría. Valores superiores al 92% equivalen a cifras de pO2 arterial superiores a 60 mmHg. Por tanto la gasometría arterial podría estar indicada si el valor de la saturación de oxígeno por pulsioximetría se encuentra entre 88 y 92%. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

c) TAC de tórax

Indicada en casos de dudas diagnósticas, confirmación de bronquiectasias o valoración previa a la cirugía torácica. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

d) Pruebas de ejercicio

Son muy útiles en pacientes con disnea des- proporcionada al grado de obstrucción espirométrica, para valorar la eficacia de nuevos tratamientos y en los programas de rehabilitación respiratoria. El test de marcha de 6 minutos es predictor de mortalidad y se recomienda por su estandarización y facilidad. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

e) Cuestionarios de calidad de vida

Aunque son muy utilizados en ensayos clínicos, requieren un tiempo no despreciable para su realización, por lo que no se utilizan de forma rutinaria. Sin embargo son muy útiles para valorar los cambios al tratamiento y los resultados de

programas de rehabilitación. Los más utilizados son el Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRDQ) de Guyatt y el cuestionario del Hospital St. George de Londres (SGRQ). (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

f) Determinación de alfa-1-antitripsina

En España se estima que pueden existir hasta 12000 pacientes con déficit grave homocigótico PiZZ (niveles en sangre < 50 mg/ dl). Aunque la ATS y la ERS3 recomiendan determinarla en pacientes menores de 50 años o con antecedentes familiares de EPOC, la Organización Mundial de la Salud recomienda realizar una determinación sérica al menos una vez en la vida a todos los pacientes. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

g) Ecocardiografía

Debe realizarse para valorar la hipertensión pulmonar, si bien el patrón oro sigue siendo el cateterismo. Éste último está indicado solamente en la valoración previa al trasplante pulmonar. (Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD, 2015)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Beta-agonistas y anticolinérgicos de corta duración

Son los fármacos de elección para pacientes con síntomas intermitentes y deben ser utilizados a demanda. Los más utilizados son salbutamol, ter- butalina y bromuro de ipratropio. Las dosis se encuentran recogidas en la tabla V. Han demostrado beneficio funcional, en los síntomas y en la tole- rancia al ejercicio. Los beta-agonistas de corta duración podrían los de elección por su inicio de acción más rápido que ipratropio, sin embargo producen palpitaciones y temblor con mayor frecuencia. El ipratropio debe utilizarse con cautela en pacientes con

hipertrofia prostática benigna o glaucoma. Si no existe mejoría de los síntomas la guía NICE4 aconseja realizar ensayo de prueba con salbutamol e ipratropio. No existen estudios que comparen la asociación ipratropio/salbutamol en un mismo inhalador frente a la administración de ambos inhala- dores por separado. (Warner, 2016)

TERAPIA RESPIRATORIA

La terapia respiratoria (T.R.) es una profesión perteneciente a las ciencias de la salud, en la que profesionales capacitados trabajan con pacientes que sufren de problemas y/o afecciones cardiopulmonares o respiratorios agudos o crónicos. En algunos países se los conoce como médicos respiratorios o kinesiólogos. (Warner, 2016)

Los terapeutas respiratorios también son denominados terapeutas respiratorios, terapeutas cardiopulmonares o profesionales de cuidados respiratorios y cerebrales. Pediátricos o Adultos. Los terapeutas respiratorios trabajan de forma independiente ya sea en consulta privada así como dentro del departamento de terapia respiratoria de un centro asistencial y como parte de un equipo multidisciplinario para diagnosticar, planificar un manejo incluyendo farmacológicos, tratamiento integrativos y evaluaciones cardiopulmonares de un paciente con una patología o afección. (Warner, 2016)

Como profesional en la medicina, el terapeuta respiratorio es una herramienta de interconsulta para el manejo de pacientes sintomáticos respiratorios y enfoque de su manejo. Altamente capacitado en el campo de la salud médica, y sus requerimientos profesionales son tan variados e importantes que son requeridos en casi todas las áreas de los centros hospitalarios: Pediatría, Neumología, Oncología, Terapia Intensiva, Emergencias, Cuarto de Parada Pediátrica, Neonatología, Unidad de Cuidados Neonatales, Cardiología, Gastroenterología,

Áreas de Hemodiálisis, Unidad de Cuidados Neurológicos, Unidad de Cuidados Coronarios, Hospitalización, etc. El Terapista Respiratorio tiene un campo profesional de alta responsabilidad, al tratar de manera directa la vía aérea, pues en el momento de la entubación y a la hora de manejar el ventilador mecánico, la vida del paciente depende prioritariamente del terapeuta respiratorio. (Warner, 2016)

Dentro de las Especialidades de Tecnología Médica, la Terapia Respiratoria es una de las especialidades más solicitadas precisamente por su amplia complejidad y manejo indispensable en la vida del paciente de manera directa. (Sohanpal R et al, 2015)

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA (procedimientos)

Drenaje postural:

Es la técnica que mejor se tolera y la preferida para la eliminación de las secreciones. El objetivo de esta técnica es conseguir que las secreciones drenen por acción de la gravedad hacia bronquios mayores, traquea, hasta conseguir expulsarlas con la tos. (Sohanpal R et al, 2015)

Para realizar este drenaje postural, es preciso colocar al paciente en la situación más adecuada, según la zona del pulmón que deseemos drenar.

Cada posición debe mantenerse durante 3-5 minutos. Antes de comenzar la técnica, es necesario que el paciente sepa toser y respirar de forma profunda y eficaz. No debe realizarse cuando el paciente está recién comido. (Sohanpal R et al, 2015)

Percusión y vibración:

Se usan asociadas a la técnica de drenaje postural. La percusión consiste en dar palmadas, de una manera rítmica, con las manos huecas. El objetivo que persigue es desalojar mecánicamente las secreciones espesas adheridas a las paredes bronquiales. (Grossman, 2015)

La vibración consiste en la compresión intermitente de la pared torácica durante la espiración, intentando aumentar la velocidad del aire espirado para, de esta manera, desprender las secreciones. (Grossman, 2015)

Educación de la tos:

Esta técnica consiste en enseñar a toser, después de una inspiración profunda, durante la espiración, procurando hacerla en dos o tres tiempos para un mejor arrastre de las secreciones. (Grossman, 2015)

Está indicada en el pre y postoperatorios de pacientes con excesivas secreciones, así como en las situaciones de producción excesiva de esputo. (Grossman, 2015)

Ejercicios respiratorios:

Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la oxigenación y aumentar la función respiratoria. Se realizarán una vez al día. (Garcia-Aymerich J et al, 2017)

Nebulizaciones

La nebulización es un procedimiento médico, consistente en la administración de un fármaco o elemento terapéutico mediante vaporización a través de la vía respiratoria. (Garcia-Aymerich J et al, 2017)

La sustancia a ser administrada se combina con un medio líquido, frecuentemente solución salina, para luego con la ayuda de un gas, generalmente oxígeno, crear un vapor que pueda ser inhalado por el paciente. (Garcia-Aymerich J et al, 2017)

Las indicaciones para una nebulización son escasas pero importantes, entre ellas podemos citar:

- Administración de fármacos que están únicamente disponibles en forma líquida.
- Necesidad de administrar un medicamento a altas dosis por vía broncopulmonar.
- Enfermos que no son capaces de usar correctamente los sistemas convencionales de inhalación (por incapacidad física o psíquica o por la gravedad del proceso) y que no han podido ser aleccionados en talleres de educación y entrenamiento organizados para enseñar correctamente las técnicas inhalatorias.
- La nebulización es un procedimiento principalmente utilizado para enfermedades respiratorias.

Tipos de nebulizadores

Nebulizador de gran volumen

Produce una corriente de aire que aspira y fragmenta una columna de agua. Se utiliza para saturar de agua el aire inspirado durante la oxigenoterapia. También puede emplearse para administrar medicamentos. Este nebulizador se emplea en terapias a largo plazo, en pacientes recién extubados, en fase de destete y en los pacientes con oxigenoterapia mediante mascarilla tipo Venturi. (Anderson, 2016)

Nebulizador de pequeño volumen

El aire entra a gran presión por un orificio pequeño, provocando una fragmentación del líquido depositado en el contenedor, produciendo unas pequeñas gotas que son conducidos al exterior del nebulizador por el flujo de aire. (Anderson, 2016)

No todos los nebulizadores jet son apropiados para el tratamiento antiasmático en los niños, el flujo inspiratorio del paciente debe exceder al flujo del nebulizador, lo que se traduce en una dilución del aerosol inspirado. Con estos dispositivos se ha comprobado, por medio de radioensayos, que la dosis de depósito pulmonar es 60% de la dosis emitida por el halolite (dispositivo neumático moderno que usa mecanismos de contracorriente) y solo 37% se deposita en orofaringe y estómago; 3% se pierde en el ambiente. (Anderson, 2016)

Nebulizador ultrasónico

Usa una pieza eléctrica de cristal que vibra a altas frecuencias (1– 3 Mhz) fraccionando el líquido de la cámara contenedora en una nube de pequeñas partículas. Este tipo de nebulizadores son silenciosos y normalmente producen partículas con un diámetro de masa aerodinámica más grande que los nebulizadores jet, permite la nebulización de grandes volúmenes en un tiempo corto. Una desventaja es que producen partículas de gran tamaño que tienen un

perfil de depósito subóptimo y no pueden nebulizar suspensiones de esteroides, además son relativamente caros, (Anderson, 2016)

Inhaladores

Un inhalador dosificador es un dispositivo pequeño de mano que contiene un medicamento. Ayuda a administrar cierta cantidad de medicamento a los pulmones a través de la boca. Se usa comúnmente para tratar las dificultades respiratorias relacionadas con el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otros problemas respiratorios. (Anderson, 2016)

- Retire la tapa y sostenga el inhalador en posición vertical.
- Si su médico lo recomienda, use una cámara espaciadora (una cámara de plástico hueca) para filtrar el medicamento entre el inhalador y su boca. La cámara protege su garganta de la irritación causada por el medicamento. Nota: Revise su plan de seguro ya que algunos pueden no cubrir las cámaras espaciadoras.
- Párese o siéntese derecho.
- Agite el inhalador.
- Incline su cabeza ligeramente hacia atrás y exhale por completo.
- Coloque el inhalador en su boca.
- Presione el inhalador hacia abajo rápidamente para liberar el medicamento a medida que comienza a respirar lentamente.
- Inhale lentamente durante 3 a 5 segundos.

- Contenga la respiración durante 10 segundos para permitir que el medicamento penetre profundamente en los pulmones.

- Exhale lentamente.

- Repita las inhalaciones como lo indique su médico. Espere 1 minuto antes de tomar la segunda bocanada.

Algunos inhaladores (esteroides) también recomiendan enjuagarse la boca con agua y hacer gárgaras con agua (escupir el agua) después de su uso. Estas instrucciones son solo para un inhalador dosificador. Los inhaladores de polvo seco se usan de manera diferente. Para usar un inhalador de polvo seco, cierre bien la boca alrededor de la boquilla y respire rápidamente. Hable con su médico si tiene alguna pregunta sobre cómo usar su inhalador.

Recomendaciones para el uso de inhaladores

- Es importante hacer un seguimiento de la cantidad de medicamento que ha usado para poder reemplazar su inhalador antes de quedarse sin medicamento. Muchos inhaladores incluyen un «contador» en la parte posterior, que hace un seguimiento de la cantidad de medicamento que queda en el dispositivo. Si su inhalador no lo tiene, puede usar el siguiente método para saber cuándo necesitará una recarga: (Bisgaard H, Munck SL, Nicisen JP, Petersen W, Ohisson SV, 2016)

- Con un nuevo inhalador, el aerosol generalmente tendrá la cantidad de bocanadas disponibles impresas en la etiqueta. Divida la cantidad de bocanadas en el recipiente por la cantidad de bocanadas que tome cada día. El número que obtenga será la cantidad de días que debería durar el aerosol.

Por ejemplo, si da 4 bocanadas por día de un aerosol de 200 unidades, deberá tener un aerosol nuevo cada 50 días. (Bisgaard H, Munck SL, Nicisen JP, Petersen W, Ohisson SV, 2016)

- Usando un calendario, cuente hacia adelante esa cantidad de días para ver cuándo se acabará su medicamento. Elija un día 2 días antes de esta fecha para volver a surtir su receta, para no quedarse sin medicamento. (Bisgaard H, Munck SL, Nicisen JP, Petersen W, Ohisson SV, 2016)

- Con un marcador permanente, escriba la fecha de llenado en el aerosol y en su calendario. (Bisgaard H, Munck SL, Nicisen JP, Petersen W, Ohisson SV, 2016)
- Si usa su inhalador para el medicamento de rescate (cuando tiene más dificultad para respirar), pregúntele a su médico si puede hacerle una receta para 2 inhaladores. Los inhaladores de rescate no se usan con regularidad, por lo que será difícil planificar una fecha de renovación. Surta su receta cuando el primer inhalador esté vacío. De esta manera, siempre tendrá suficiente medicamento de rescate a mano. (Bisgaard H, Munck SL, Nicisen JP, Petersen W, Ohisson SV, 2016)

Puede esperarse que haya nuevas formulaciones de medicamento para incrementar el tiempo de permanencia de los medicamentos inhalados en la mucosa de la vía respiratoria. Los liposomas pueden proveer un medio para llevar el blanco específico del medicamento a los macrófagos y los surfactantes pueden ser usados para incrementar la penetración de medicamentos en la mucosa. Los nebulizadores manuales compactos pueden hacer que mejore el nebulizador en aerosol hasta llegar a ser un medio conveniente y portátil que junto con la eficacia mejorada del nebulizador resultará ser un medio atractivo para el futuro. También se podría esperar una tecnología ultrasónica mejorada para el nebulizador. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2015)

Los IPS asistidos con energía han sido diseñados para controlar las fuerzas más allá del esfuerzo inspiratorio del paciente para dispersar el polvo, tales como el aire comprimido, un motor eléctrico, martillo, resorte, estos medios eliminan la dependencia en el esfuerzo respiratorio de los IPS disponibles actualmente. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2015)

Los espaciadores no electrostáticos deberán estar disponibles para varios IDMp, lo cual mejorará significativamente la dosis pulmonar y la predicibilidad del tratamiento. Un espaciador que provea un aerosol desde un IPS activado mecánicamente tendría las mismas ventajas que un espaciador con un IDMp, ya que no dependería del esfuerzo y la cooperación activa, con una baja fracción de partículas gruesas y con el aerosol disponible en forma de nube inmóvil. Estas ventajas estarían combinadas con la eliminación de propulsores, lubricantes y solventes. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2015)

CALIDAD DE VIDA

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) defi nió la salud como el «completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad». (OMS, 2017)

Este concepto fue actualizado por última vez en el año 2009. Gill y Feinstein sugieren que al hablar de calidad de vida se tiene que dar importancia a las cosas relativas a las que las personas dan cierto valor en su vida, y debe venir siempre del mismo individuo. (OMS, 2017)

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones

son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser defi nidas como «percepciones de la salud». (OMS, 2017)

Cada dimensión de la calidad de vida se puede dividir, a su vez, en dos: análisis objetivo de un estado de salud y las percepciones subjetivas de la misma. Se puede afirmar, por ende, que dos personas con el mismo estado de salud pueden tener calidad de vida muy diferente. (OMS, 2017)

Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del «sentirse bien».6 La literatura frecuentemente define que ésta se encuentra conformada por estos dos componentes: uno, la habilidad de realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y el otro, la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento. (OMS, 2017)

La OMS, en Ginebra, en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para calidad de vida: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones». Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. (OMS, 2017)

Por lo tanto lo que llamamos calidad de vida reúne elementos objetivos y subjetivos del bienestar social que están fundados en la experiencia ya sea individual y comunitario dentro de la vida social. (OMS, 2017)

Si tomamos en cuenta el concepto de calidad de vida según la OMS, nos dice que es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto

de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes. (Connett GJ,Warde C,Wooler E, Lenney W, 2015)

Con este argumento podemos citar que es un campo muy abierto donde comprende factores de salud de tipo emocional, física, ser independiente, contar con relaciones que contribuyan a un mejor desarrollo y que exista relación con el entorno en que vivimos. (Connett GJ,Warde C,Wooler E, Lenney W, 2015)

Ahora bien, cuando nos preguntamos en forma individual que es calidad de vida podemos expresar diversa terminología como bienestar, alcanzar logros personales y familiares, contar buen estado de salud, tener una alimentación sana, en fin todo esto se ve relacionado a entornos sociales y culturales. (Connett GJ,Warde C,Wooler E, Lenney W, 2015)

La calidad de vida individual puede entenderse como una relación global, dentro de la cual establece aspectos positivos pero también pueden existir eventos en forma adversa en el curso de la vida individual, lo que demuestra la interrelación individual y colectiva en el ejercicio de los valores sociales. (Connett GJ,Warde C,Wooler E, Lenney W, 2015)

Esto nos demuestra que el concepto de calidad de vida está en constante movimiento, ya que se ve involucrada con aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos lo que genera en el individuo “valores positivos y negativos.”

Así podemos decir que el concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos a comprender como son:

- Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.

- Material: contar con una vivienda digna y propia, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.

- Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.

- Emocional: campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.

- Social: donde al ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo del mismo.

Es importante considerar que estos campos mencionados pueden tener una diversa influencia en factores sociales, médicos y políticos y también en los ámbitos individuales y de comunidades. Como podemos comprender, la calidad de vida no es un proceso simple, pues requiere de un análisis minucioso (Connett GJ,Warde C,Wooler E, Lenney W, 2015)

La calidad de vida es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social. (OMS., 2017)

Con el avance de la tecnología, la medicina ha conseguido aumentar la “esperanza de vida” que como bien sabemos anteriormente los individuos alcanzaban aproximadamente una vida de 50 años, ahora con todo esto en manos de la

medicina, la expectativa alcanza un promedio de 72 a 75 años, todo esto es de acuerdo a datos estadísticos. (OMS., 2017)

La calidad de vida orienta a un estilo de vida, donde permitan tener facilidades a una vida saludable que favorezca la existencia plena de todos. Dichos estilos de vida dependerán de un cuidado consciente de los recursos naturales que permitan que los seres que habitamos en este planeta, contemos con lo necesario para la existencia agradable y fortalezcamos en todos los valores sociales. (OMS., 2017)

Todo este análisis nos lleva a una interrogante, ¿Cuánto ha decidido el ser humano a cambiar su forma de vivir?, nos atrevemos a expresar que es un mínimo porcentaje de la población, que adopta diferentes estilos de vida desde las primeras edades, donde interviene el primer núcleo que es la familia y en esta es donde se puede decir que se establecen hábitos que permiten una formación y un sistema de alimentación, educación y de apoyo a la autoestima, que le permita al mismo tomar una decisión en cuanto a calidad de vida.

Sabemos que para una buena calidad de vida tanto material como espiritual, interviene el factor económico, ya que de acuerdo a los ingresos personales se puede reflejar un bienestar social, la cuestión que aquí aparece es que no todos tenemos acceso a tener bienes de diversa índole, pues la mayoría de la población no tiene lo básico en su hogar, y que de acuerdo a datos estadísticos, los individuos sobreviven con alrededor de diez a quince dólares diarios, lo cual nos demuestra que no todos tenemos lo elemental para considerar que tenemos una calidad de vida, que comprende aspectos de salud, educación. (OMS., 2017)

Y, finalmente es prudente decir, que la calidad de vida conlleva a mejorar el nivel de vida y a cambiar los estilos de vida en forma individual y, de la población para lograr un bienestar social general.

Influencia del ejercicio físico en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La inhalación del humo del cigarro es un factor agravante de la hipoxia, por ser el monóxido de carbono alrededor de 240 veces más afín a la hemoglobina que el oxígeno.

Los resultados presentados referidos a la influencia del ejercicio en el peso corporal en estos pacientes coinciden con resultados de otros autores que plantean que programas de ejercicios aeróbicos de hasta seis meses no tienen una influencia importante en la masa corporal en los individuos con normo peso.

El análisis global de nuestros resultados sugiere que la FEV1 no es muy susceptible de modificarse de manera importante a causa del programa, lo cual está en correspondencia con lo informado por otros autores, con independencia de la mejoría en los síntomas respiratorios y en la calidad de vida.

Se conoce por diversos informes que el ejercicio aeróbico reporta importantes beneficios a los pacientes con EPOC. En primer lugar, el ejercicio permanente se fortalece los músculos respiratorios, reduce las secreciones bronquiales y favorece el intercambio de oxígeno en virtud de una mejor hemodinámica, además de los beneficios indirectos relacionados con una mejor función de la musculatura esquelética, mejorando la tolerancia al ejercicio en los pacientes y reduciendo la debilidad provocada por la inactividad prolongada.

En relación con la mejoría en la actividad física experimentada y manifestada por los pacientes en el presente estudio.

En lo concerniente a la mejoría psicoemocional y psicosocial, se ha informado que el ejercicio continuo eleva los niveles de beta-endorfina, lo que tiene como consecuencia un estado de bienestar que explica la "adicción al ejercicio", y se ha relacionado con mejor autoestima, mejor confianza, estabilidad emocional, independencia y auto control. Igualmente se ha informado que el ejercicio incrementa la noradrenalina y serotonina, con mejoría en los estados depresivos y favoreciendo un sueño relajante.

En general, los resultados aquí descritos, tomados de conjunto, permiten concluir lo siguiente:

- El hábito de fumar, aunque no fuera objetivo del presente estudio, se confirmó como la causa fundamental de la EPOC.

- La realización del programa de rehabilitación mejora la calidad de vida de los pacientes con EPOC, con cambios positivos en la percepción subjetiva de su estado de salud con relación a la disnea y otras variables.

- La aplicación de este programa hace a los pacientes más independientes, al poder realizar las actividades de la vida diaria, al mismo tiempo que influye de forma positiva en las alteraciones de sus estados emocionales, así como en su reincorporación progresiva a la sociedad y, por ende, en el encausamiento de a una mejor calidad de vida. (Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2014;6(2):126-137

Ejercicio físico para pacientes con EPOC

La incidencia de la EPOC sobre el sistema musculoesquelético hace que el paciente disminuya sus actividades cotidianas. Por ello, uno de los pilares del tratamiento debe ser la realización de ejercicios diarios dirigidos a recuperar y mantener el nivel de actividad física.
Los beneficios que aporta el ejercicio físico son, por una parte, el retraso en la pérdida de la función pulmonar, el fortalecimiento de la musculatura y un mejor acondicionamiento muscular, así como beneficios psicológicos por la liberación de endorfinas.(Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2014;6(2):126-137)

Ejercicio y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc)

El ejercicio físico constituye una parte muy importante del tratamiento de los pacientes con EPOC. En enfermos respiratorios se ha demostrado que la actividad física se asocia con una más lenta disminución de la función pulmonar además de un aumento de la supervivencia. Por lo tanto, cualquier estrategia que suponga un aumento de la capacidad de ejercicio de los pacientes, evitar el sedentarismo, favoreciendo la actividad y el ejercicio físico cotidiano, o simplemente andar a diario, es beneficioso para este tipo de pacientes, disminuye la mortalidad y por tanto debe recomendarse de forma general. La disnea (sensación de falta de aire) constituye el síntoma que produce una mayor afectación a los pacientes y determina una limitación progresiva que interfiere con las actividades de la vida cotidiana, tanto laborales, como sociales y de autocuidados del paciente. El entrenamiento al ejercicio debería ofertarse a la mayor parte de los pacientes que tras un tratamiento farmacológico óptimo sigan limitados por síntomas. Se obtiene beneficios en todos los estadios de la enfermedad, y la edad avanzada no es tan poco un inconveniente, dado que la tolerancia y los resultados suelen ser buenos aún por encima de los 75 años. Los programas de entrenamiento han demostrado mejorar la sensación de falta de aire, la calidad de vida y la resistencia al esfuerzo, todos ellos factores que se relacionan con una menor mortalidad.

También disminuye el número agudizaciones, que son periodos de empeoramiento de los síntomas, así como de ingresos hospitalarios por la enfermedad. La mejor manera para realizar un entrenamiento al ejercicio es dentro de un programa de rehabilitación respiratoria, donde se puede realizar un tratamiento individualizado, dirigido específicamente a cada paciente. También un sencillo programa domiciliario puede obtener buenos resultados y es de gran importancia para mantener las mejorías, haciendo que los pacientes se acostumbren a integrar el ejercicio en su vida cotidiana. Se recomienda elegir un ejercicio que le guste al paciente. Lo más sencillo es empezar con actividades tan cotidianas como andar, subir escaleras o montar en bicicleta. Se recomienda realizarlo en grupo ya que fortalece psicológicamente, se sienten menos aislados socialmente y mejora el bienestar. Se debe de empezar poco a poco y se puede aumentar progresivamente la intensidad cada semana de manera gradual, para ir adaptándose a esfuerzos de intensidad progresiva y siempre teniendo en cuenta las limitaciones que impone la enfermedad. Los pacientes pueden auto diseñar paseos en la cercanía de sus domicilios adaptados a su nivel de dificultad. (Asociación De Neumología Y Cirugía Torácica Del Sur 2017)

Importancia de la higiene en pacientes con EPOC

Consejos saludables

- VESTIRSE: Lleve ropa adecuada, evite abrigarse demasiado. Recomendamos ropa cómoda y de fácil colocación. No utilice cinturones o fajas que la aprieten.

A la hora de vestirse, empiece por las piezas inferiores e intente no agacharse. Recomendamos utilizar zapatos sin cordones, con velcro. Puede ser útil usar un calzador de mango largo.

- DESCANSAR: Sea constante y respete el su horario de irse a la cama y levantarse. Espere un rato para ir a dormir si ha comido y no duerma siestas de más de 1 hora.

- LIMPIEZA PERSONAL: Si ducharse le produce ahogamiento puede utilizar un taburete. Hágalo despacio y utilice toallas pequeñas para secarse.

- Extreme las MEDIDAS DE HIGIENE: Use pañuelos desechables y bolsas como contenedor; lávese las manos después de protegerse la boca para estornudar.

- LIMPIEZA PERSONAL: Si ducharse le produce ahogamiento puede utilizar un taburete. Hágalo despacio y utilice toallas pequeñas para secarse.
- Extreme las MEDIDAS DE HIGIENE: Use pañuelos desechables y bolsas como contenedor; lávese las manos después de protegerse la boca para estornudar.

Para eliminar las secreciones (mucosidad), se aconseja realizar ejercicios respiratorios (respiración diafragmática). Hágalos, especialmente durante los períodos de sobreinfección o cuando observe que ha aumentado la cantidad de secreciones para evitar que se re infecten.

El horario y la frecuencia son importantes. Es mejor realizarlos por la mañana, al levantarse, para drenar las secreciones acumuladas por la noche, antes de las comidas y nunca durante la digestión. También antes del descanso nocturno, le ayudará a dormir mejor. Deberá coordinarse con la administración de la medicación.

También puede serle útil, para que las secreciones sean más fluidas y facilitar así su eliminación con la tos, procurar un ambiente húmedo y aumentar la toma de líquidos, si no tiene contraindicaciones médicas al respecto. Si estornuda o tose, tápese la boca con el antebrazo.

Es importante mantener una bona higiene bucal. Realice enjuagues y gárgaras después utilizar inhaladores en cuya composición se incluya corticoides ya que favorecen la aparición de hongos la boca.

DIETA: Mantener un peso adecuado es imprescindible para el control de su enfermedad.

Por eso, ha de seguir una dieta equilibrada, repartida en 4 o 5 comidas al día y beber la cantidad de agua suficiente.

2.1.2 Antecedentes investigativos

Según Duran-Montes (2015), en su artículo científico denominado “Calidad de vida en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: experiencia de un hospital del occidente, México”, manifiesta que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un padecimiento común, costoso y prevenible, y la medición de la calidad de vida en los pacientes que la padecen amplía el panorama de los resultados de su atención.

El objetivo de su estudio fue comparar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de acuerdo con el grado de severidad de la EPOC. Para ello diseñó un estudio descriptivo. Pacientes con diagnóstico de EPOC clasifi cado por grado de severidad y relacionado con la CVRS evaluada mediante un cuestionario específi co. En el análisis estadístico se utilizó chi cuadrada y ANOVA en rangos de acuerdo con el tipo de variables. Se consideró como signifi cativo un valor $p \leq 0.05$.

Sus principales resultados fueron que se luego del estudio de 62 pacientes; 61 % fueron mujeres. El cuestionario de CVRS mostró que Actividad fue la dimensión más afectada (65 ± 24 puntos, $p < 0.05$). En la dimensión Impacto, los grupos con

severidad III y IV mostraron mayor afectación que los grupos I y II ($p < 0.05$). Hubo una correlación directa entre un mayor FEV1 y una mejor CVRS ($r2$ - 0.544 $p < 0.0001$).

Entre sus conclusiones de destacan que la CVRS se encuentra signifi cativamente afectada en pacientes con mayores grados de severidad de la EPOC. Los parámetros predictores de una peor CVRS son % FEV1 y el FVC.

Otro estudio es el de Muñoz-Cobos, Acero-Guash, Cuenca-del-Moral, et al. (2016) en su artículo científico Cómo vivir con EPOC: percepción de los pacientes el cual pretende conocer la representación mental sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que tienen los pacientes que la presentan, siguiendo el Modelo de Autorregulación de Sentido Común de Leventhal.

Para ello llevamos a cabo un estudio exploratorio descriptivo mediante metodología cualitativa. Incluimos pacientes diagnosticados de EPOC atendidos en 3 centros de salud urbanos y 1 rural. Utilizamos la entrevista grupal video-grabada y analizamos el contenido utilizando el programa Atlas.Ti. 5.2.

Manifiestan que realizaron 22 entrevistas grupales (2009-2011) incluyendo 58 pacientes y 3 sesiones de validación del informe por los participantes. Los resultados muestran que no existe un modelo mental compartido de la EPOC: la enfermedad tiene poco reconocimiento como tal; se diagnostica en descompensaciones y se confunde con otras enfermedades; la causa se atribuye no solo al tabaco sino a "algo más" (humos, resfriados, trabajos duros); se inmumizan los síntomas, incluyendo también los no respiratorios (dolor, cansancio) y se confunden con los de otras enfermedades.

Existen creencias erróneas sobre los "resfriados", efecto del "fumar poco" y efecto "nocivo" de los inhaladores. Aparecen sentimientos de desesperanza, resignación y miedo. Concluimos que los pacientes con EPOC manifiestan confusión en muchos aspectos de la enfermedad mostrando dificultades para identificar un modelo mental sobre ella.

Otro trabajo significativo es el de Bravo (2015) en su artículo titulado “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN”.

Manifiesta que El presente artículo es el resultado de un proyecto de investigación, cuyo objetivo fue describir las variaciones de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico médico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica del Hospital.

Universitario San José, en el primer periodo del año 2013. Se utilizó un Enfoque cuantitativo, tipo descriptivo observacional, de diseño no experimental, de corte longitudinal. La población que participó en el proceso de investigación estuvo conformada por 20 pacientes diagnosticados con EPOC, elegidos mediante un muestreo por conveniencia y no probabilístico.

Se aplicó el Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica (CRQ) en una valoración inicial y después de 14 días. Se evidenció disminución significativa de los puntajes en las 4 dimensiones constitutivas del CRQ (disnea, fatiga, factor emocional, control de la enfermedad) en comparación con el máximo puntaje posible, siendo las dimensiones más afectada, que son las de disnea y fatiga. Luego de las diferentes intervenciones hubo incremento importante de los puntajes, compatible con mejoría clínica en la mayoría de los pacientes, independientemente de su grado de EPOC inicial, obteniéndose los mayores cambios en las

dimensiones fatiga y disnea. Se puede concluir que la EPOC afectó de manera importante la calidad de vida en los participantes del estudio y el CRQ podría ser un instrumento adecuado en nuestro medio para documentar el efecto de los diferentes tratamientos aplicados para incrementar la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado el trabajo de titulación de Bottai C. Carrera D & Inzunza N (2015), titulado IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA LEVE Y MODERADA POSTERIOR A REHABILITACION RESPIRATORIA DOMICILIARIA". Manifiestan que Tanto en Chile como en el mundo la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica conlleva un problema de Salud Pública, afectando la calidad de vida de sus pacientes. El hábito tabáquico es el principal causante de esta enfermedad, alcanzando un 40%, afectando principalmente a la población adulto mayor.

Se evaluó una muestra de 26 pacientes portadores de EPOC, pertenecientes al CRS de Maipú; a los que se les aplico el cuestionario (CRQ) validado en nuestro país; el que mide 4 áreas; disnea, fatiga, función emocional, y control de la enfermedad; junto con ello se les enseño una serie de ejercicios contemplados dentro de un protocolo de rehabilitación domiciliaria, el que deberían llevar a cabo durante 6 semanas.

Posteriormente se reevaluó el cuestionario CRQ dando como resultado y ratificando que la práctica de un protocolo de ejercicios de rehabilitación domiciliaria mejora significativamente la calidad de vida de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Por último Sousa (2016) en su tesis doctoral titulada La Calidad de Vida en Pacientes con EPOC y su participación en Programas de Rehabilitación Respiratoria, enfatiza que su tesis doctoral ha sido realizada en el ámbito de las

enfermedades respiratorias destacando la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y su tratamiento a través de programas de Rehabilitación Respiratoria (RR). La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por la limitación persistente de las vías aéreas.

Es progresiva, los pequeños niveles de esfuerzos causan incomodidad y, en consecuencia, los pacientes evitan hacer actividades, lo que propicia el descondicionamiento físico. La capacidad física, las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida (CV) del individuo se encuentran afectadas en mayor o menor grado. Todavía no existe un protocolo estándar para los programas de RR respecto al tiempo y duración aunque los mismos deben incluir entrenamiento físico y un componente educativo con el objetivo de optimizar la capacidad física y social y la autonomía del individuo.

La presente tesis está formada por cuatro manuscritos. El primero aborda aspectos de la CV de pacientes asmáticos y pacientes con EPOC evaluados mediante un cuestionario específico de CV, el Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ). El segundo manuscrito constituye una revisión sistemática de la literatura de estudios cualitativos con pacientes con EPOC y su participación en programas de RR.

En el tercer manuscrito se presenta un estudio de un programa de Rehabilitación Respiratoria Domiciliaria (RRD) en pacientes con EPOC grave y muy grave de la provincia de Salamanca y sus beneficios en la CV, la disnea en las AVD y la tolerancia al esfuerzo. El cuarto y último manuscrito incluye un estudio cualitativo de la percepción de estos pacientes sobre la enfermedad así como 20 la evaluación de la eficacia del programa desde su perspectiva.

El primer manuscrito permitió conocer la CV de pacientes asmáticos y EPOC de la población salmantina, siendo estos últimos los que presentaron mayor afectación.

El segundo manuscrito mostró a través de metodologías cualitativas la percepción de los pacientes con EPOC sobre la RR respecto a sus beneficios y aspectos negativos. El tercer manuscrito retrató hallazgos estadísticos de los beneficios de un programa de RRD en la CV, las AVD y la tolerancia al esfuerzo de pacientes con EPOC grave y muy grave y, finalmente, el último manuscrito presentó la percepción subjetiva de estos pacientes sobre dicho programa y la enfermedad.

Según nuestro conocimiento, los resultados del segundo y cuarto manuscritos son inéditos en el ámbito académico. En resumen, el uso de las metodologías cuantitativa y cualitativa en los estudios realizados ha permitido conocer distintos aspectos de la CV de pacientes con enfermedades respiratorias, los beneficios de su participación en la RR y su experiencia personal con la enfermedad y participación en un programa de RRD.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

Estableciendo los efectos de la terapia respiratoria se evidencia la mejora en la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

2.2.2 Hipótesis específicas

- Actualmente los episodios de agudización de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera son a repetición.

- Caracterizando el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera mejora su evolución clínica

- La calidad de vida de los pacientes con EPOC está directamente relacionada con su evolución clínica.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Terapia respiratoria

2.3.2 Variables Dependientes

Calidad de vida

2.3.3 Variable Interviniente

EPOC

2.3.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Índice
V. Independiente **Terapia respiratoria**	La Terapia Respiratoria es un conjunto de técnicas y procedimientos para el manejo de enfermedades respiratorias	Fisioterapia Aerosolterapia	Drenaje postural Expansión pulmonar Tos asistida Percusión/vibración Nebulizaciones	

		Rehabilitación cardiopulmonar	Inhaladores de dosis medida Ejercicios respiratorios	Porcentaje
V. Dependiente **Calidad de vida**	La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentado por los individuos y representa la suma de sensaciones personales del sentirse bien	condiciones de vida	Medio ambiente Higiene Nutrición Ocupación Actividades físicas.	Porcentaje
V. Interviniente EPOC	Proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo respiratorio que no es completamente reversible	Etiología Factores de riesgos Síntomas	Tabaquismo Contaminación Exposición ocupacional Factores genéticos Nivel socio económico Disnea Tos crónica Expectoración	Porcentaje

		Diagnóstico	Prueba de función pulmonar	

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Método inductivo.- Con la aplicación de este método se estudiarán las variables de estudio partiendo de casos particulares a casos generales.
Permitiendo así una visión global de la problemática para el planteamiento de soluciones.

Método analítico. - La aplicación de este método favorecerá el análisis de la información obtenida tanto en forma cualitativa como cuantitativa. Permitirán además analizar el comportamiento de las variables de estudio y la correlación existente entre la realidad y los datos obtenidos, a fin de determinar el origen del problema y proponer soluciones que ayuden a mitigar el impacto de la problemática.

Método hermenéutico. - Con el empleo de este método se logrará la interpretación de las variables de estudios, así como los resultados obtenidos del estudio de campo.

3.2 Modalidad de investigación

Modalidad mixta. - La investigación que se desarrollará tendrá un corte transversal, y mixta ya que permitirá el análisis de datos cualitativos y cuantitativos que se obtendrán del estudio de campo en función de las dos variables de estudio a fin de determinar la relación que tiene que existe entre la terapia respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

3.3 Tipo de Investigación

De campo. - La investigación será de campo ya que se hace necesario ir a la fuente del problema para determinar cuáles es la relación entre la terapia respiratoria y la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

Bibliográfica. - Porque será necesario indagar sobre el sustento teórico que fundamenta **la** relación entre terapia respiratoria y la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019.

Descriptiva. - Será de tipo descriptiva porque permitirá conocer la realidad de la interacción de las variables y cómo interactúan en el entorno inmediato.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

Encuesta. - Se aplicará un cuestionario de preguntas validadas a los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

3.4.2 Instrumentos

Cuestionario. - Será un instrumento con preguntas en la escala de Likert que permitirán recopilar la información necesaria sobre los indicadores de las variables de estudio: terapia respiratoria y calidad de vida de pacientes con EPOC

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población estará conformada por los 85 pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019

3.5.2 Muestra y su tamaño

Para determinar la muestra se consideraron a una parte de la investigación la cual nos va proporcionar el estudio y la hace más valiosa a la investigación. Está conformada por 85 pacientes que presentan EPOC.

3.5.3 Tipo de muestra

Se empleará el tipo de muestreo no probabilístico comúnmente se lleva a cabo mediante métodos de observación, y se utiliza ampliamente en la investigación cualitativa.

Muestra total
85 pacientes

3.6 Cronograma del Proyecto

N°	Sem	Mayo				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección del tema	■																											
2	Aprobación del tema		■																										
3	Recopilación de la información			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
4	Desarrollo del capítulo I						■	■	■	■	■	■																	
5	Desarrollo del capítulo II							■	■	■	■	■	■	■															
6	Desarrollo del capítulo III								■	■	■	■	■	■	■	■													
7	Elaboración de encuestas														■	■													
8	Sustentación del avance del proyecto (segunda etapa) frente al tutor																■												
9	Aplicación de encuestas																	■											
10	Tamización de la información																	■	■	■	■								
11	Desarrollo del capítulo IV																			■	■	■							
12	Elaboración de conclusiones																						■						
13	Elaboración de propuesta teórica																						■	■	■	■			
14	Presentación del informe final escrito frente al tribunal designado																										■		
15	Sustentación oral del informe final frente al tribunal																											■	

3.7. RECURSOS

3.7.1. Recursos humanos

- Investigadoras
- Asesora o tutora
- Personal del Distrito de Salud de Ventanas
- Directivo del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera
- Terapista Respiratorio
- Pacientes con EPOC del hospital Jaime Roldos Aguilera Ventanas

3.7.2. Recursos económicos

Cantidad	Materiales	Valor Unitario	Valor Total
3	Resmas de papel	$ 4,00	$ 12,00
4	Tinta de impresora	$ 11,00	$ 44,00
4	Anillados	$ 1,25	$ 7,50
45	Horas de Internet	$ 0,75	$ 33,75
	Viáticos y movilización		$ 150,00
		Total	$ 247,25

3.8 Plan De Tabulación Y Análisis

3.8.1 Bases De Datos

El presente trabajo de investigación esta elaborado en base a las encuestas que se les realizo a los pacientes con EPOC realizados en el campo de investigación Hospital básico Jaime Enrique Aguilera de Ventanas en el periodo mayo septiembre 2019

Se comenzará a tabular la presente información en formato Excel, y se implementara cuadros y gráficas para cada una de las variables en el margen de investigación, finalmente se anexara representaciones graficas acorde con el tema tomando en cuenta los objetivos generales y específicos, que se desarrollara en este trabajo de titulación.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

El presente trabajo de investigación esta enlazado en indagar los efectos que tiene la terapia respiratoria en la calidad de vida de los pacientes con EPOC

Se proyecta la investigación en los escenarios en el Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas,

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

En base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas en el campo de estudio, se plantea los siguientes gráficos y cuadros estadísticos de acuerdo a los objetivos y las variables en estudio.

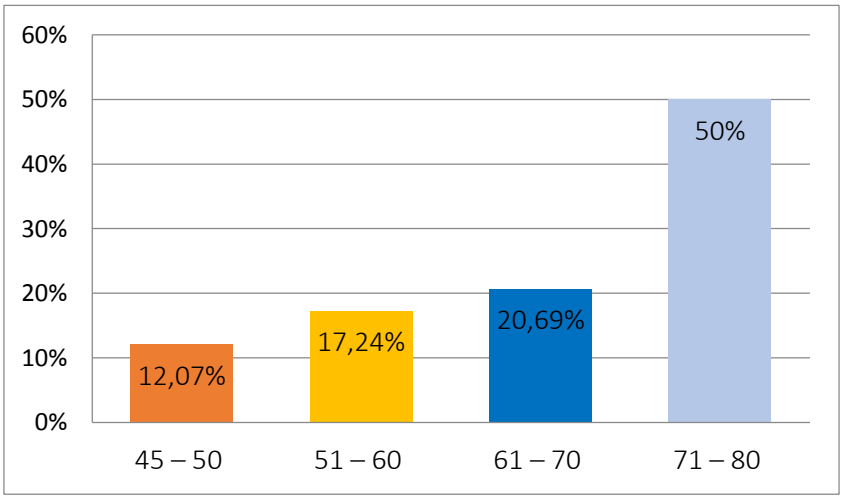
4.2. Análisis e interpretación de datos

1. ¿Cuál es tu edad?

Detalle	Frecuencia	%
45 – 50	7	12,07%
51 – 60	10	17,24%
61 – 70	12	20,69%
71 – 80	29	50%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados arrojaron que un 50%de los pacientes correspondieron entre los 71 y 80 años; el 20,69 % manifestaron que tenía entre 61 y 70 años; el 17,24% indico que tenia de 51-60 años; mientras que el 12,07% restante tubo de 45 -50 años.

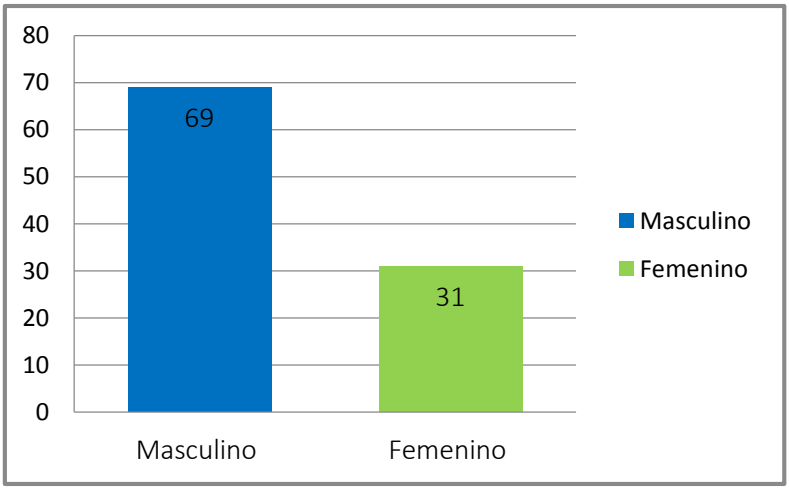
Interpretación: se evidencia que un 50% de los pacientes con EPOC son de edad avanzada ya que están entre los 71 y 80 años de edad

2. Señale su sexo

Detalle	Frecuencia	%
Masculino	40	69
Femenino	18	31
Total	58	100

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados arrojaron que el 69 % de los pacientes son de sexo masculino mientras el 31% restante son de sexo femenino.}

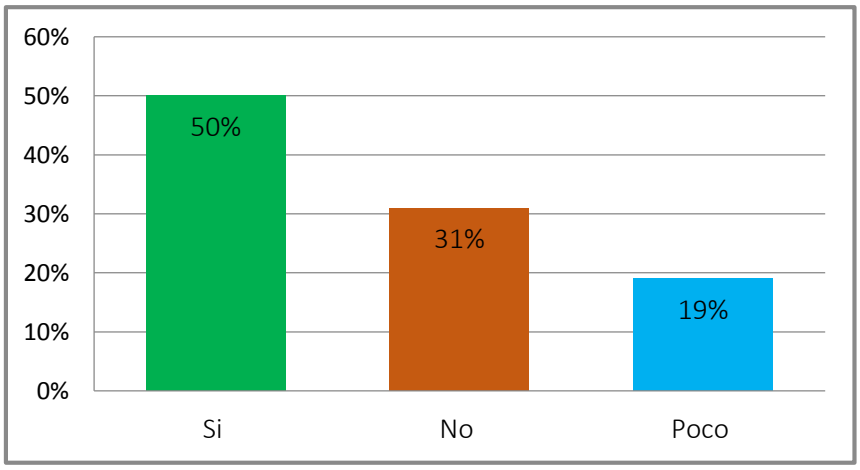
Interpretación: se evidencia que la incidencia de la EPOC se refleja más que hombres que en mujeres.

3. Conoce usted que es la EPOC, sus efectos y consecuencias

Detalle	Frecuencia	%
Si	29	50%
No	18	31%
Poco	11	19%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados arrojaron que el 50 % de los pacientes CONOCEN los efectos consecuencia de la EPOC; mientras el 31% no conoce y 19 % conoce muy poco.

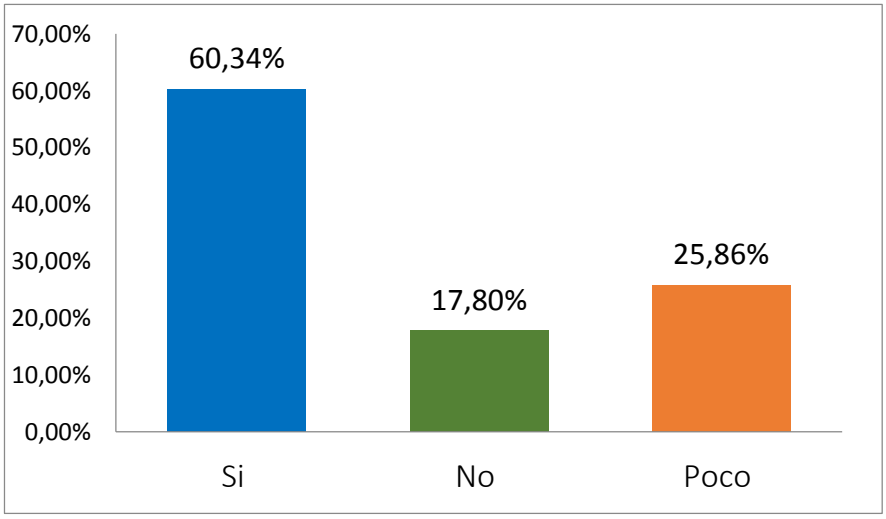
Interpretación: se evidencia que la mayoría de los pacientes si tienen conocimiento de la EPOC

4. ¿ES consiente usted de los efectos que puede causar consumir o inhalar involuntariamente el humo de tabaco?

Detalle	Frecuencia	%
Si		
No		
Poco		
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 60,34% de los pacientes son conscientes de los efectos que causa el humo del tabaco mientras que el 17,80% no conoce nada y el 25,86% conoce poco.

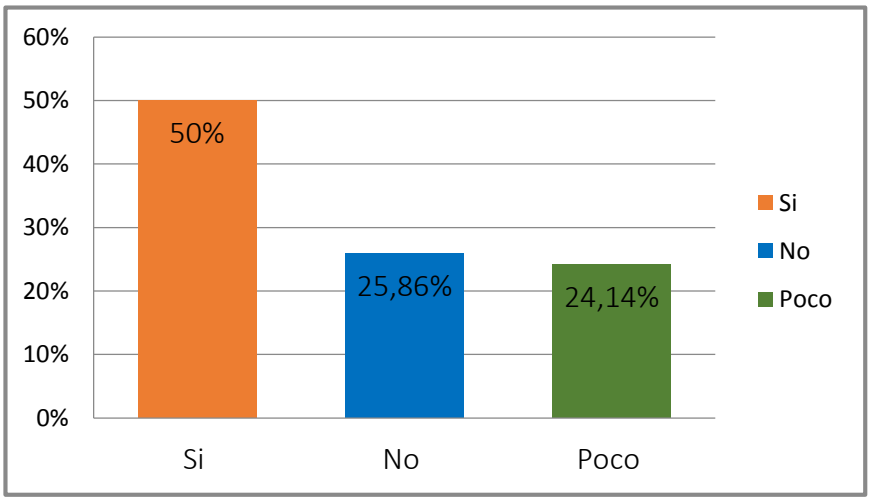
Interpretación: se evidencia que un 60,34% de los pacientes si conocen los efectos y consecuencias de consumir tabaco**.**

5. ¿Sigue consumiendo tabaco aun estado con terapia respiratoria?

Detalle	Frecuencia	%
Si	29	50%
No	15	25,86%
Poco	14	24,14%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 50% de los pacientes siguen consumiendo tabaco estando con terapia respiratoria mientras que el 25,86% no consume y el 24,14 % restante consume poco.

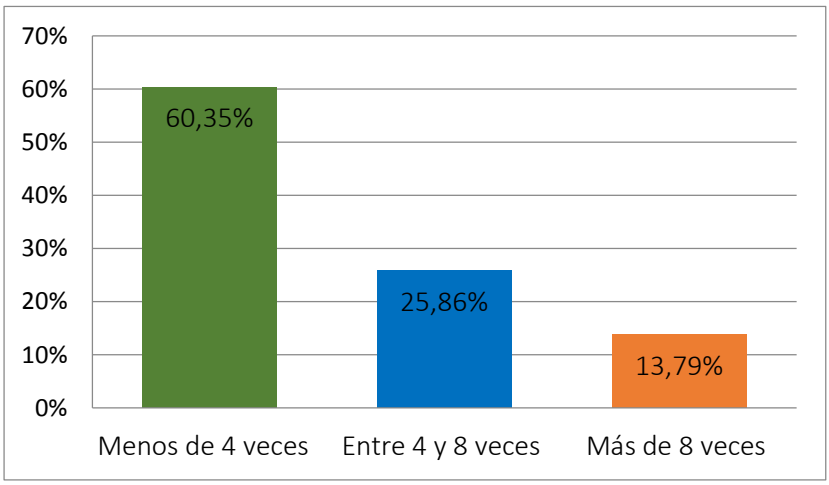
Interpretación: se evidencia que un 50%de los pacientes siguen consumiendo tabaco a pesar de estar con terapias respiratorias.

6. **¿Cuántos episodios de agudización de la enfermedad se presentan en el mes?**

Detalle	Frecuencia	%
Menos de 4 veces	35	60,35%
Entre 4 y 8 veces	15	25,86%
Más de 8 veces	8	13,79%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 60,35% de los pacientes presentan los episodios de reagudización menos de 4 veces al mes mientras que el 25,86% entre 4 y 8 veces y el 13,79% más de 8 veces al mes.

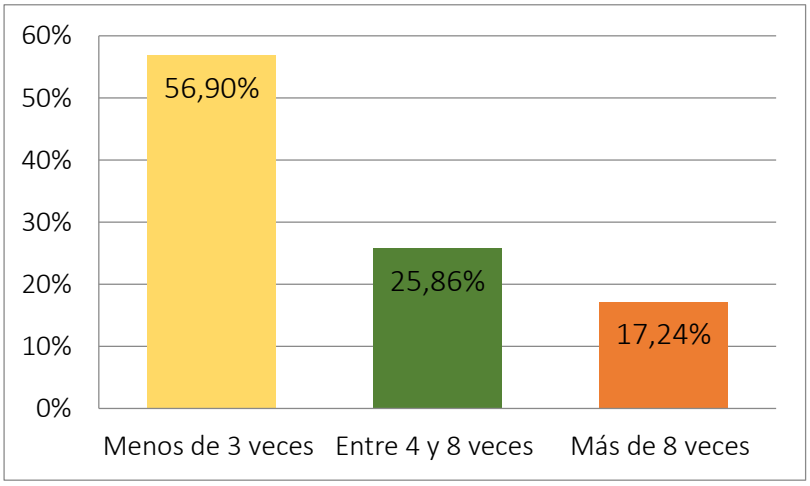
Interpretación: se evidencia que un 60,35% de los pacientes no presentas episodios de agudización al mes.

7. ¿Con que frecuencia depende de los inhaladores de dosis medida al día?

Detalle	Frecuencia	%
Menos de 3 veces	33	56,90%
Entre 4 y 8 veces	15	25,86%
Más de 8 veces	10	17,24%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 56,90% de los pacientes no depende más de 3 veces al día de los inhaladores de dosis medida; mientras que el 25,86% entre 4 y 8 veces; y el 17,24% restante más d 8 veces al día.

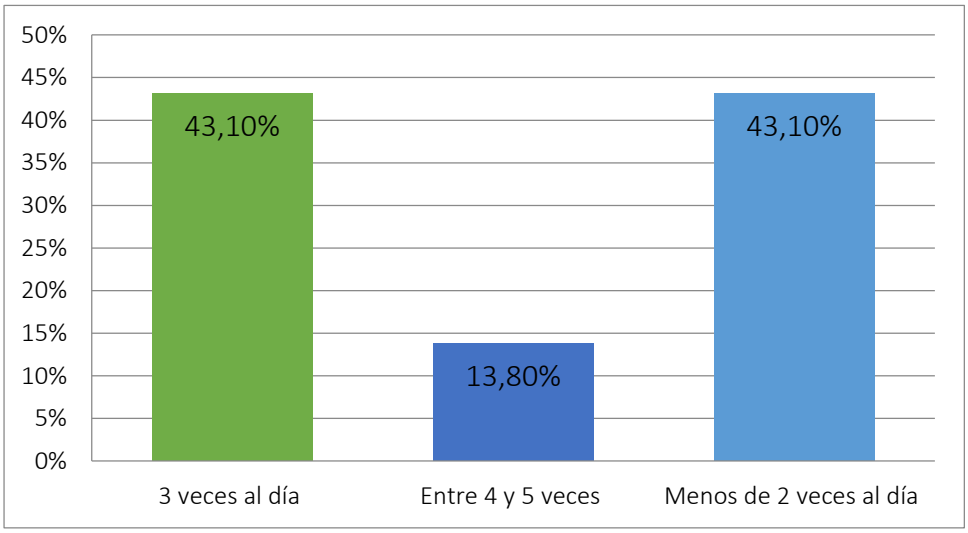
Interpretación: se evidencia que es una mínima parte correspondiente al 17,24 % del paciente que depende de los inhaladores de dosis medida**.**

8. ¿Con que frecuencia se alimenta diariamente?

Detalle	Frecuencia	%
3 veces al día	25	43,10%
Entre 4 y 5 veces	8	13,80%
Menos de 2 veces al día	25	43,10%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 43,10% de los pacientes se alimentas 3 veces al día; mientras que el 13,80% lo hace entre 4 y 5 veces y el 43,10% menos de 2 veces al día.

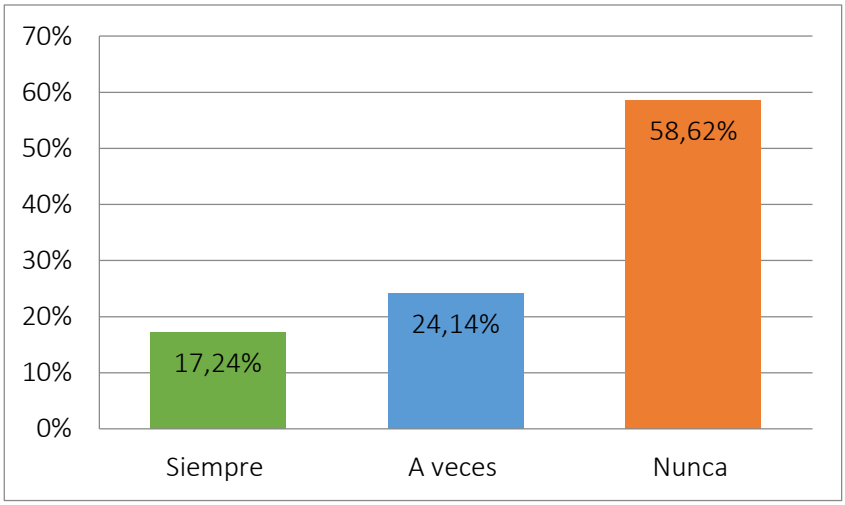
Interpretación: se evidencia que el 43,10% de los pacientes no tiene una buena alimentación.

9. Con que frecuencia realiza actividades físicas diarias

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	10	17,24
A veces	14	24,14
Nunca	34	58,62
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 17,24% de los pacientes realizan actividad física siempre; mientras el 24,14% lo hace a veces y el 58,62 % restante no lo hace nunca.

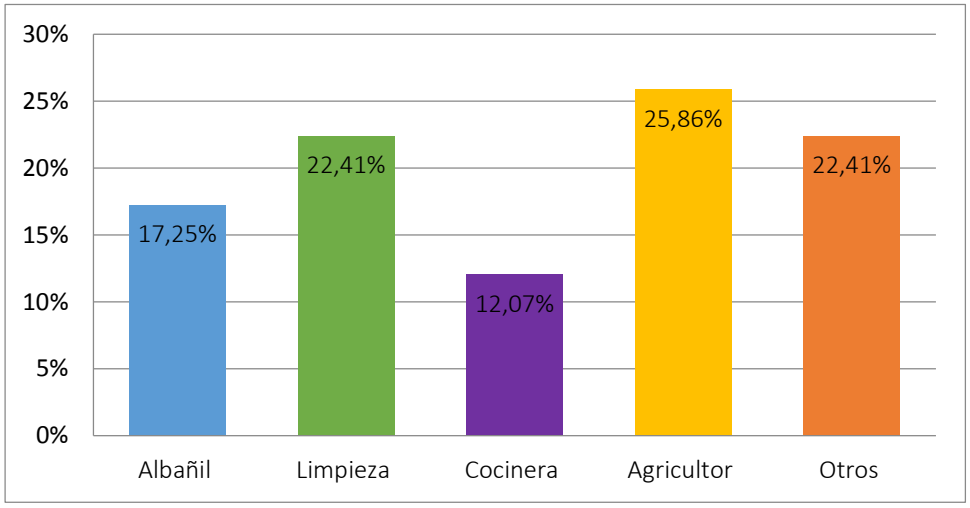
Interpretación: se evidencia que el 58,62% de los pacientes con EPOC nunca realizan actividad física.

10. ¿Cuál es su ocupación, o a que se dedica?

Detalle	Frecuencia	%
Albañil	10	17,25
Limpieza	13	22,41
Cocinera	7	12,07
Agricultor	15	25,86
Otros	13	22,41
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 17,25% de los pacientes se dedican a la albañilería; el 22,41% a la limpieza; el 12,07% es cocineras; el 25,86%son agricultor; y el 22,41% a otros oficios.

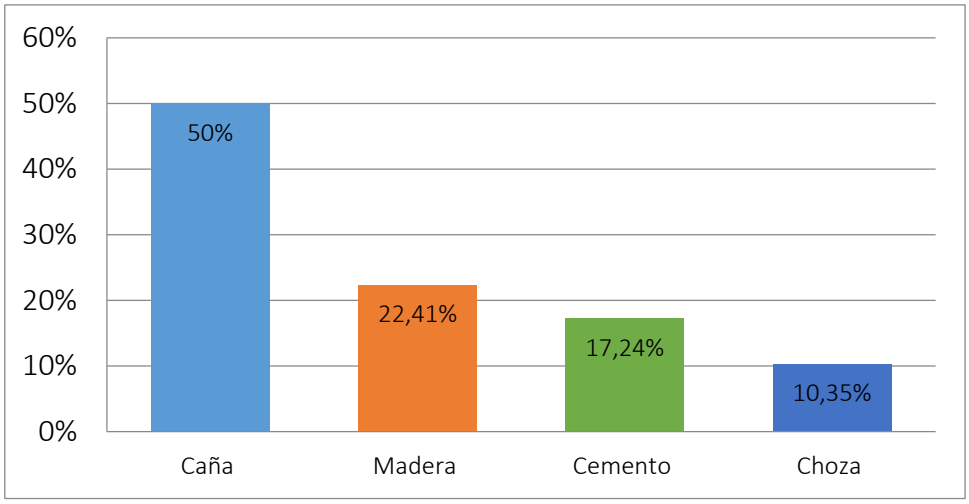
Interpretación: se evidencia que el 25,86 % de los pacientes con EPOC son agricultor y están expuestos a químicos y fertilizantes seguido del 22,41% que se dedican a limpieza.

11. ¿En qué tipo de vivienda reside?

Detalle	Frecuencia	%
Caña	29	50%
Madera	13	22,41%
Cemento	10	17,24%
Choza	6	10,35%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 50% de los pacientes viven en casas de caña; el 22,41% en casa de madera;17,24%en casa de cemento y el 10,35% en cosas.

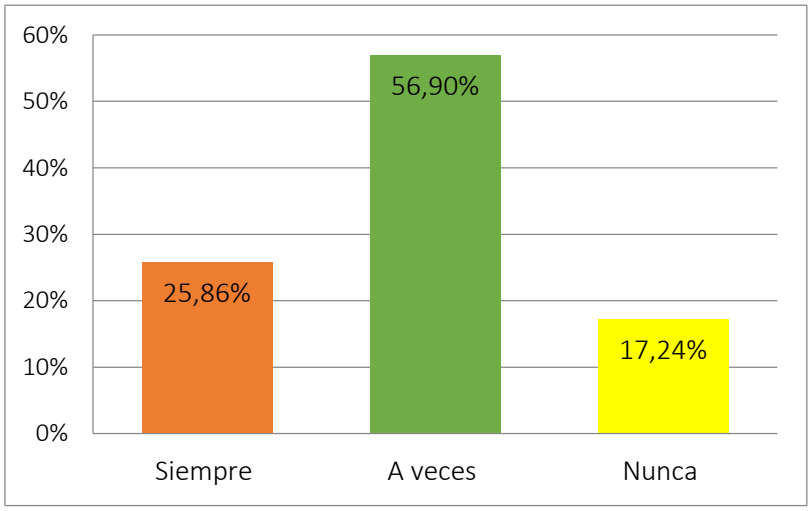
Interpretación: se evidencia que el 50% de los pacientes viven en casas de caña por ende no tienen un buen entorno que cumpla con sus necesidades básicas.

12. ¿Asiste a charlas y/o capacitaciones sobre cómo prevenir y controlar la EPOC?

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	15	25,86%
A veces	33	56,90%
Nunca	10	17,24%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 25,86% de los pacientes acuden siempre a las charlas de capacitación sobre cómo prevenir la EPOC; EL 56,90% lo hace a veces y el 17,24% restante no lo hace nunca.

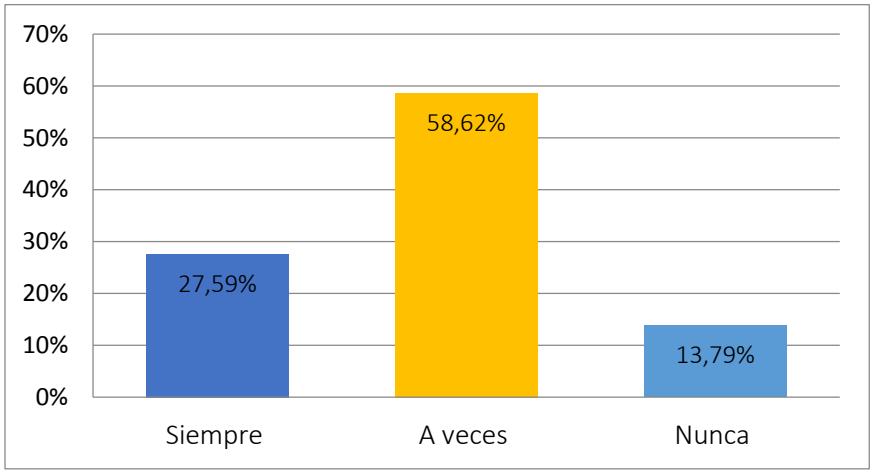
Interpretación: se evidencia que el 56,90% de los pacientes van a veces lo que implica un descuido tanto en la salud como en el interés de poder mejorar su calidad de vida.

13. ¿Aplica medidas de prevención ambiental y social que eviten desarrollar EPOC?

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	16	27,59%
A veces	34	58,62%
Nunca	8	13,79%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 27,59% de los pacientes aplican medidas preventivas que eviten desarrollar la EPOC mientras el 58,62% lo hace a veces; y el 13 ,79% nunca.

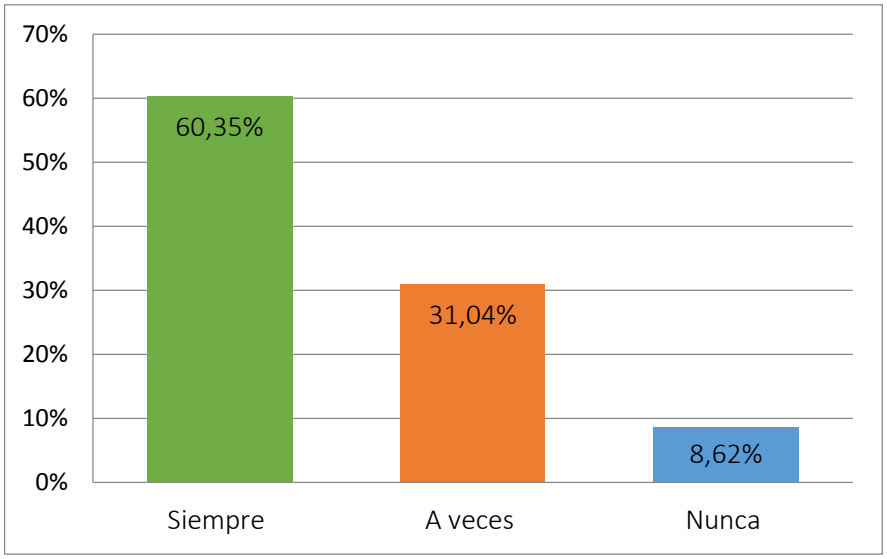
Interpretación: se evidencia que el 58,62% de los pacientes no toman medidas de prevención.

14. ¿Con que frecuencia acude a realizar terapias respiratorias?

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	35	60,35%
A veces	18	31,04%
Nunca	5	8,62%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas.



Análisis: los resultados nos arrojan que el 60,35% de los pacientes acuden a realizarse terapias respiratorias siempre; y que el 31,04% va a veces; y el 8,62% nunca.

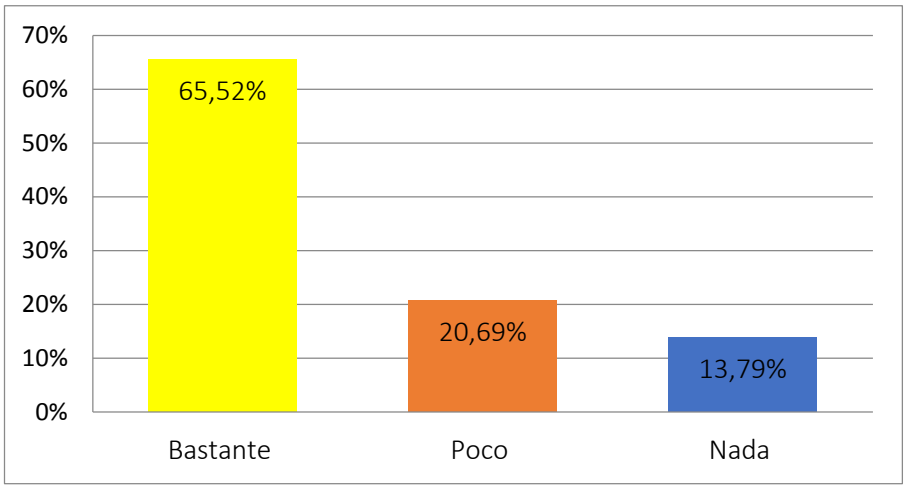
Interpretación: se evidencia que el 60,35% de los pacientes va constante mente a realizarse la terapia respiratoria.

15. ¿Luego de realizarse el tratamiento de las terapias respiratorias en que dimensión mejoraron sus habilidades físicas para realizar labores diarias?

Detalle	Frecuencia	%
Bastante	38	65,52%
Poco	12	20,69%
Nada	8	13,79%
Total	**58**	**100%**

Elaborado Por: Victoria y Ketty

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con EPOC del hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas



Análisis: los resultados nos arrojan que el 65,52% de los pacientes luego de realizarse el tratamiento de las terapias respiratorias mejoraron sus habilidades físicas para realizar labores diarias; el 20,69% mejora un poco y el 13,79% no mejora nada.

Interpretación: se evidencia que el 65,52% de los pacientes mejora bastante su actividad física luego de las terapias respiratorias.

4.3. Conclusiones

El objetivo de la tesis era establecer los efectos de la terapia respiratoria en los pacientes con EPOC del hospital básico Dr. Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas. Dicho objetivo quería lograr en primera instancia mejorar la calidad de vida de los pacientes antes mencionados, para así beneficiarlos y que tengan una calidad de vida digna donde puedan tener la habilidad de realizar actividades físicas diarias cotidiana, y se desenvuelvan tanto en su entorno ambiental, físico, psicológico y social y que estos se vean reflejados en su día a día.

Mediante el tiempo que realizamos nuestro trabajo de investigación pudimos darnos cuenta que el 25 % de las personas no son consiente de los efectos que puede causar consumir cigarrillo durante un tiempo determinado y el 75 % esta consiente, pero aun así no modifican su estilo de vida ni se reúsan a dejar de consumir tabaco siendo así que aun con la patología ya diagnosticada y con tratamiento para la misma siguen consumiendo tabaco siendo este el motivo por el cual los episodios de agudización son a arre petición.

Evidenciamos también que la mayoría de los pacientes son de escasos recursos económicos por lo que la calidad de vida no es muy favorable hay una deficiencia de alimentación y un ambiente donde la higiene no es adecuada ya que viven en condiciones de escasa pobreza y como consecuencia su salud se ve deteriorada.

También pudimos observar que del 100% de pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de Ventanas acuden a realizarse el tratamiento de terapias respiratorias solo el 80% de los mismos, quedando así evidente que el 20 % de los mismos tienen un descuido en su tratamiento y control de la enfermedad haciendo que esto empeore o deteriore la calidad de vida de estos últimos, mientras que el 80% mejoro su evolución clínica ,con esto llegamos a la conclusión que la calidad de vida de los pacientes con EPOC está directamente relacionada con su evolución clínica.

4.4. Recomendaciones

Un aspecto importante para que se logre obtener los resultados favorables de la terapia respiratoria en la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo –septiembre 2019 es informar la importancia que tiene el tratamiento en dichos pacientes para que así no lo interrumpan y se lo realicen con regularidad , constancia y bajo estricta prescripción médica ya que es la única manera en la que los síntomas reducirían y tendrían una mejor calidad de vida y al mismo tiempo se mantendría controlada la enfermedad .

Otra recomendación seria incluir charlas cada periodo para que los pacientes en general que acuden al Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas tengan un conocimiento exacto de las consecuencias y efectos de consumir tabaco y estar expuestos al humo del mismo , y a contaminantes químicos para así concientizarlos y que tomen medidas de prevención para resguardar su salud. Y en el caso de los pacientes diagnosticados tomen con responsabilidad el tratamiento y control de la enfermedad para que tengas una mejor calidad de vida.

También una sugerencia muy importante es coordinar con las autoridades Ministerio del Ambiente y MSP para dirigirse hacia las bananeras cercanas a la ciudad y prohibir las fumigaciones aéreas ya que al estar expuestos a la inhalación de estos, afecta en gran manera a la población que está cercana a las bananeras que debido a los fungicidas y contaminantes fuertes son unos de los factores a desarrollar la EPOC.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

PROMOCIÓN DE LOS CUIDADOS RESPIRATORIOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS DEL HOSPITAL JAIME ROLDOS AGUILERA

5.2 Antecedentes

El consumo de cigarrillo es el principal causante de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC Algunas de las enfermedades que se incluyen son el enfisema, la bronquitis crónica y, en algunos casos, el asma. Fumar en la niñez y adolescencia podría retrasar el crecimiento y desarrollo de los pulmones, esto aumenta el riesgo de padecer EPOC en la edad adulta.

Antes, la EPOC era más frecuente en el sexo masculino; sin embargo, por el aumento del consumo de tabaco entre mujeres de países de ingresos elevados y su riesgo de exposición a la contaminación del aire de interiores (por ejemplo, utilización de combustibles sólidos en la cocina y la calefacción) entre las mujeres de los países de bajos ingresos, en la actualidad afecta casi por igual a ambos sexos.

La EPOC es la tercera causa de muerte en Estados Unidos y será la quinta causa mayor de muerte en 2020 a nivel global, coincidieron los participantes en el seminario internacional.

Por lo general, la EPOC se diagnostica en personas de 40 o más años, pero en los últimos años ha dejado de verse como enfermedad exclusiva de los adultos mayores, alertó la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. "Se debe tener en cuenta que el diagnóstico tardío es responsable de que los pacientes muchas veces hayan perdido hasta más del 50% la función pulmonar", publicó European Respiratory Society Journals.

Más de 12 millones de personas (7% de la población adulta) de Estados Unidos están diagnosticadas con EPOC, y otras 12 millones probablemente padecen la enfermedad pero no tienen diagnóstico, estimaron durante el simposio. En Europa se estima que entre 4 y 10% de los adultos están afectados de EPOC, según un informe de la European Respiratory Society.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronosticó que las muertes totales por EPOC aumentarán más de 30% durante los próximos 10 años, "a menos que se tomen medidas urgentes para reducir los factores de riesgo".

Alvar Agusti, Director del Instituto del Tórax de Barcelona, explicó durante el seminario que en 2011 "salió la última versión de las denominadas Guías Gold elaboradas por el comité de la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD por sus siglas en inglés)". Estas guías implicaron "un cambio importante en el tratamiento de la enfermedad ya que hasta ese momento los pacientes se evaluaban y trataban sólo basándose en la espirometría", señaló el profesional. El especialista catalán en neumonología explicó que "las nuevas guías no sólo tienen en cuenta la espirometría sino que contemplan los síntomas y los episodios de agudización, ya que existen pacientes con pocos episodios de

agudización y otros con muchos". El experto español señaló además que "no se debe perder de vista que la EPOC es una enfermedad básicamente inflamatoria, por lo que si bien actualmente no se utilizan marcadores para dirigir la terapia, sí se utilizan con éxito medicamentos antiinflamatorios".

5.3 Justificación

La siguiente propuesta tiene como finalidad diseñar un plan de promoción para la prevención y mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con EPOC conociendo que la misma no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más familiares 'bronquitis crónicas' y 'el enfisema' son utilizado no más largo, pero ahora se incluyen en la diagnosis de la EPOC.

En este sentido es importante destacar que como profesionales sanitarios, creemos que nuestra función como educadores no sólo se debe limitar a la consulta, a la seguridad y superioridad que nos da estar entre cuatro paredes, sino que debemos ir mucho más allá, tenemos que salir a la calle y enfrentarnos a la realidad del adolescente, a su contexto sociocultural, acercarnos a ellos tratándolos como iguales y comprendiéndolos, empatizando, para poder así ofrecerles unos conocimientos personalizados, realistas y que aborden realmente los aspectos que les preocupan y motivan (Araujo, 2013)

El objetivo de estas medidas es conseguir una actitud más participativa y positiva por parte del paciente y su entorno frente a la enfermedad. Que el paciente adquiera conocimientos sobre la EPOC, nuevos hábitos de vida más saludables y que el paciente desarrolle habilidades para integrar un plan de autocuidados que le permita gestionar mejor su propio proceso

Por lo cual se ha estructurado esta propuesta pertinente ya que los temas relacionados, a la patología para que en el contexto personal y familiar puedan establecer los mecanismos para mejorar su calidad de vida.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivos generales

- Concienciar a los usuarios del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera de Ventanas sobre la importancia que tiene el cuidado de la salud cuando se padece EPOC a fin de mejorar la calidad de vida

5.4.2 Objetivos específicos

- Brindar información oportuna y de calidad a los usuarios y familia de pacientes con EPOC desde un enfoque prevención y planteamiento de medidas remediales.

- Contribuir a la disminución del índice de EPOC en pacientes con estado inicial y avanzado mediante ´la propuesta de realización de ejercicios musculares y de respiración.

- Impulsar la promoción constante del cuidado de la salud mediante la práctica constante de las recomendaciones previstas

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

La propuesta de aplicación será aplicada en el Distrito 12D04 de salud y de manera especial en el Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera para brindar una cobertura a todos los usuarios que tienen problemas de EPOC

Es importante destacar que se ha estructurado en tres etapas:

- La primera etapa es el diseño de la propuesta y la selección de los contenidos que se aplicarán en cada uno de los talleres formativos, considerando los aspectos generales de la EPOC

- La segunda corresponde a la aplicación de la misma, para lo cual se solicitarán los respectivos permisos ante las autoridades educativas distritales e institucionales, para de esta manera poder realizar el trabajo dentro del centro educativo.

- En la última etapa que corresponde a la evaluación de la aplicación de la propuesta, se podrá definir el alcance que tuvo la misma para poder medir el impacto de la misma y como la calidad de vida de los usuarios ha mejorado.

Las actividades que se desarrollarán serán las siguientes:

- Promoción de la prevención de la EPOC

- Talles con temas educativos a familiares y pacientes que padecen EPOC

- Ferias y/o casas abiertas con temas relacionadas a esta patología.

5.5.1 Estructura general de la propuesta

Contenidos de los temas para jornadas de capacitación

Primera sesión

EPOC

- Definición
- Características
- Causas de la EPOC
- Signos
- Síntomas
- Patología
- Epidemiología
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamiento
- Agudizaciones
- Prevención

Segunda sesión

Educación para la salud individual

- Aceptación de la enfermedad
- Manejo de las medidas de tratamiento
- Plan de autocuidado
- Estructura
    - Planificación
    - Ejecución
    - Evaluación
- Ejercicios respiratorios
- Ejercicios musculares

Tercera sesión

Educación para la salud grupal

- La familia del paciente con EPOC
- Recomendaciones para prevenir
- El ambiente familia del paciente con EPOC
- El apoyo emocional al paciente con EPOC

5.5.2 Componentes

Tabla 21

Componentes operativos de la propuesta teórica

Contextos	Actores	Formas de evaluar	Responsables
El programa de promoción para la prevención de la EPOC y ayudarle a vivir con mejor calidad de vida se llevará a cabo en centros de salud del distrito 12D04	Universidad Técnica de Babahoyo Autoridades de salud del Distrito 12D04 Quinsaloma – Ventanas Pacientes con EPOC Familias Profesionales de terapia respiratoria	Se utilizarán los informes presentados por el personal de salud que abordará las diferentes actividades Se considerará la efectividad de la propuesta en medida de la disminución de los índices de EPOC y mejoramiento de la calidad de vida	Personal de salud

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

Esta alternativa tiene un alcance local, ya que permitirá en primera instancia poder determinar la efectividad de la misma, de ser efectiva y de contribuir a la disminución de la incidencia de EPOC y el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes, se socializará con el MSP para que sea implementada en otras instituciones educativas del país.

Se busca por lo tanto que los pacientes con esta patología se auto eduquen para disminuir la incidencia así como la prevención en aquellos que aún no la padecen son factores esenciales para mejorar la calidad de vida de toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amirav I, Newhouse MT. Metered dose inhaler accessory devices in acute asthma: Efficacy and comparison with nebulizers.Arch Pediatr Adolesc Med. 2016; 151:876– 82.

Anderson P. History and evolution of aerosolized therapeutics. Delivery options and devices for aerosolized therapeutics. Chest. 2016; 120:87– 93.

Bisgaard H, Munck SL, Nicisen JP, Petersen W, Ohisson SV. Inhaled budesonide for treatment of recurrent wheezing in carry childhood. Lancet. 2016; 336:649– 51.

Cajilima, L. (4 de mayo de 2017). CONCEPTO Y DEFINICIONES. Obtenido de ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC): http://www.medicosecuador.com/epoc/enfermedad_pulmonara.html#CONCEPTO%20Y%20DEFINICIONES:

Chua HL, Collis CC, Newbury AM, Chan K, Bower GD, Sly PD, et al.The influence of age on aerosol deposition in children with cystic fibrosis. Eur Respir J. 2015; 7:2185– 91.

Clarck AR. Medical aerosol inhalers. Past, present and future. Aerosol Sci Technol. 2015; 22:374– 91.

Connett GJ,Warde C,Wooler E, Lenney W. Use of budesonide in severe asthmatics aged 1 – 3 years.Arch Dis Child. 2015; 69:351 – 5.

Garcia-Aymerich J et al. Regular physical activity modifies smoking-related lung function decline and reduces risk of chronic obstructive pulmonary disease: a population-based cohort study Am J Respir Crit Care Med. 2007 Mar 1;175(5):458-63

GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention (update 2016) http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD (Update 2015) http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_Report_2015.pdf

Grossman J.The evolution of inhaler technology. J Asthma. 2015; 31:55– 64.

Guía Española para el Manejo del Asma – GEMA 4.0 (2015) ISBN: 978-84-7989-840-3. http://www.semg.es/documentos-semg/guias/1164-gema-4-0-2015.html

Hijazi-Prieto, I. (5 de noviembre de 2015). Definición. Obtenido de Fisioterapia respiratoria: https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-respiratoria-0

Hospital Español. (13 de septiembre de 2017). TERAPIA RESPIRATORIA. Obtenido de Servicios : https://www.hespanol.com/index.php/servicios/terapia-respiratoria

National Heart, Lung and Blood Institute . (24 de junio de 2015). Factores de riesgp. Obtenido de EPOC: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/epoc

Noble V, Rugos R, Everard ML, Nfilner AD. Budesonide for chronic wheezing under 18 months of age. Arch Dis Child. 2015; 67: 285– 8.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Constitution of the World Health Organization. Obtenido de The first ten years of The World Health Organization: http://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/A38153_ANNEXES.PDF

Pedersen S. Inhalers and nebulizers: which to choose and why? Respir Med J. 2016; 90:69– 77.

Sohanpal R et al. Understanding patient participation behaviour in studies of COPD support programmes such as pulmonary rehabilitation and self-management: a qualitative synthesis with application of theory. NPJ Prim Care Respir Med. 2015 Sep 17;25:15054

Vaswani S, Certicos P. Metered dose inhaler: past, present and future.Ann Allergy Asthma Immunol. 2017; 80: 11– 21.

Warner J.Asthma: a follow up statement from an international pediatric asthma consensus group. Arch Dis Child. 2016; 67:240– 8.

World Health Organization Program for the Control of Acute Respiratory Infections. Bronchodilators and other medications for the treatment of wheeze– associated illnesses in young children. Geneva:WHO/ARI/93.29; 2016. p. 14– 7.

file:///C:/Users/Lunis/Downloads/vida%20fisica%20pacientes%20epoc.pdf

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/angel_l_lk/capitulo6.pdf

(Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2014;6(2):126-137)

https://www.menarini.es/images/respiratorio/ejercicio-fisico-para-pacientes-epoc.pdf

https://www.neumosur.net/files/area_pacientes/EJERCICIO-EPOC-F-Ortega.pdf

https://www.hgc.es/es/pacientes-visitantes/consejos-salud/respiratorio/epoc

ANEXOS

MATRIZ DE CONTINGENCIA

EFECTOS DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DEL HOSPITAL BÁSICO. JAIME ROLDOS AGUILERA VENTANAS – LOS RÍOS, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE 2019

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cuáles son los efectos de la terapia respiratoria en la calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019?	Establecer los efectos de la terapia respiratoria en la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019	Estableciendo los efectos de la terapia respiratoria se evidencia la mejora en la calidad de vida de pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019
PROBLEMAS DERIBADOS	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**	**HIPÓTESIS ESPECIFICAS**
¿Cuál es el estado actual de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019?	Identificar el estado actual de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019	Actualmente los episodios de agudización de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera son a repetición.
¿Qué tipo de tratamiento respiratorio reciben los	Caracterizar el tipo de tratamiento respiratorio	Caracterizando el tipo de tratamiento que reciben

pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019?	aplicado a los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos, periodo mayo – septiembre 2019	los pacientes con EPOC del Hospital Básico Dr. Jaime Roldos Aguilera mejora su evolución clínica
¿Cómo se correlaciona la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos?	Relacionar la evolución clínica y calidad de vida de los pacientes con EPOC del Hospital Básico Jaime Roldos Aguilera Ventanas-Los Ríos	La calidad de vida de los pacientes con EPOC está directamente relacionada con su evolución clínica.

Encuesta

1) **¿Cuál es su edad?**

---

2) **Señale su sexo**

Masculino ◯ **femenino** ◯

3) **Conoce usted que es la EPOC, sus efectos y consecuencias**

SI ◯ **NO** ◯ **UN POCO** ◯

4) **¿Es consiente usted de los efectos que puede causar consumir o inhalar involuntariamente el humo de tabaco?**

SI ◯ **NO** ◯ **UN POCO** ◯

5) **¿Sigue consumiendo tabaco aun estado con terapia respiratoria?**

SI ◯ **NO** ◯ **UN POCO** ◯

6) **¿Cuantos episodios de agudización de la enfermedad se presentan en el mes?**

Menos de 4 veces [ ] Entre 4 y 8 veces [ ] Más de 8 veces [ ]

7) **¿Con que frecuencia depende de los inhaladores de dosis medida al día?**

Menos de 3 veces [ ] Entre 4 y 8 veces [ ] Más de 8 veces [ ]

8) **¿Con que frecuencia se alimenta diariamente?**

3 veces al día [ ] Entre 4 y 5 veces [ ] Menos de 2 veces al día [ ]

9) **Con que frecuencia realiza actividades físicas diarias**

Siempre [ ] A veces [ ] Nunca [ ]

10) **¿Cuál es su ocupación, o a que se dedica?**

---

11) **¿En qué tipo de vivienda reside?**

Caña [ ] Madera [ ] Cemento [ ]
Choza [ ]

12) **¿Asiste a charlas y/o capacitaciones sobre cómo prevenir y controlar la EPOC?**

Siempre [ ] A veces [ ] Nunca [ ]

13) ¿Aplica medidas de prevención ambiental y social que eviten desarrollar EPOC?

Siempre [ ] A veces [ ] Nunca [ ]

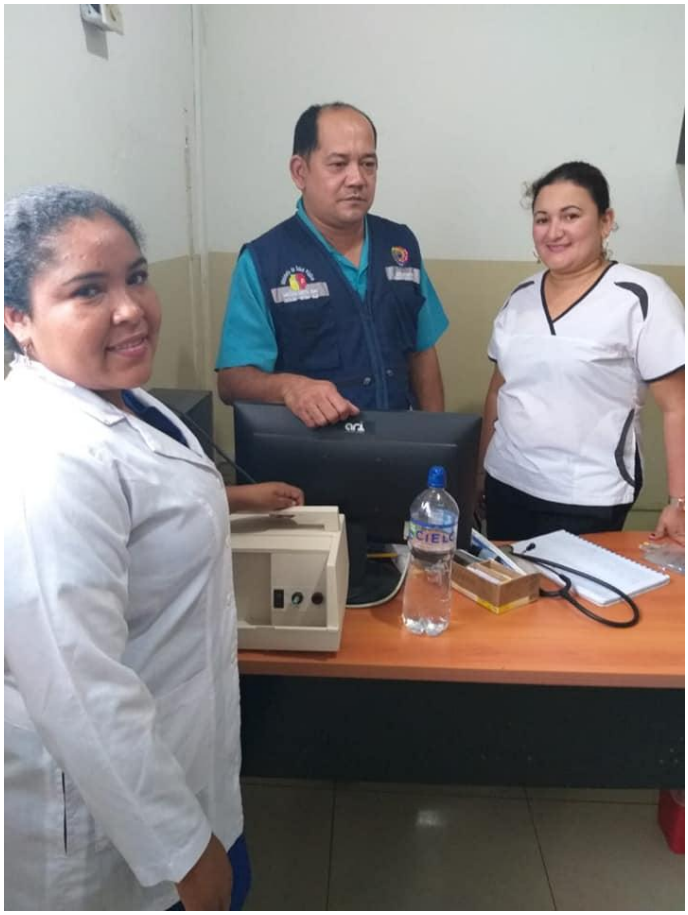
14) ¿Con que frecuencia acude a realizarse terapias respiratorias?

Siempre [ ] A veces [ ] Nunca [ ]

15) ¿Luego de realizarse el tratamiento de las terapias respiratorias en que dimensión mejoraron sus habilidades físicas para realizar labores diarias?

Bastante [ ] poco [ ] nada [ ]

Grafica Nº 1.- Con el licenciado de terapia respiratoria en el hospital básico Jaime Roldos aguilera



Grafica Nº 2.- Realizando las encuestas a los pacientes con EPOC del hospital

Grafica N 3.- Realizando terapias respiratorias a los pacientes con **EPOC**