

Calidad de vida en usuarios ambulatorios con EPOC: análisis desde el cuestionario SGRQ, teoría del autocuidado y adaptación. Pereira Risaralda

ESTUDIANTES

Marcela Estefanía Hernández Piedrahita
Jessica Rivera Saavedra

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
PREGRADO EN ENFERMERÍA
PEREIRA
2023**

Calidad de vida en usuarios ambulatorios con EPOC: análisis desde el cuestionario SGRQ, teoría del autocuidado y adaptación. Pereira Risaralda

AUTORAS

Marcela Estefania Hernández Piedrahita
Jessica Rivera Saavedra

Proyecto, presentado para optar al título de Enfermería Profesional

Asesor

John Jairo Ocampo Rincón

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
PREGRADO EN ENFERMERÍA
PEREIRA
2023**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. El problema	6
1.1. Planteamiento del problema.	6
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Sistematización del problema	7
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Justificación	7
1.6. Alcance y limitaciones	8
2. Marco Referencial	8
2.1. Marco de Antecedentes o Estado del Arte	8
2.2. Marco teórico	9
2.3. Marco conceptual	10
2.4. Marco contextual	11
2.5. Marco geográfico	11
2.6. Marco demográfico	11
2.7. Marco epidemiológico	11
2.8. Marco legal	11
2.9. Marco ético	12
2.10. Marco disciplinar	12
3. Metodología	12
3.1. 383.2. 393.4. 13	383.3. Población, técnica de muestreo y tamaño de muestra
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	13
3.6. Operacionalización de las variables	13
3.7. Instrumentos de recolección de información	13

3.8. Técnica de recolección de información	14
3.9. Sesgos	14
4. Plan de análisis	14
5. Resultados	14
6. Discusión y análisis de información	15
7. Conclusiones	15
8. Recomendaciones	15
Anexos	15
Referencias Bibliográficas	15
Bibliografía	15
Esquema temático del documento final. Tipología Artículo científico	15

INTRODUCCIÓN

Introducción: Los pacientes con EPOC tienen cambios irreversibles que afectan su calidad de vida **Objetivo:** Establecer la calidad de vida de usuarios ambulatorios con diagnóstico de EPOC según el cuestionario SGRQ, Pereira 2023. **Materiales y Método:** Estudio observacional, descriptivo, corte transversal que estima la calidad de vida y características clínico-epidemiológicas de individuos con diagnóstico de EPOC, en diferentes estadios según las guías Gold (2022). **Resultados:** La edad promedio de los participantes fue 72 (DE \pm 9,18) años; el 47,8% (n=11) sin educación o primaria incompleta. El 100% (n=23) con diagnóstico confirmado por espirometría; El 69,6% (n=16) no realizan actividad física, el 91,3% (n=21) la califica como “regular” y en el 73,9% (n=17) su calidad de vida se encuentra afectada de manera moderada a severa. La intervención educativa y los cuidados de enfermería favorecen el autocuidado de los pacientes y ayudan a que se adapten a su entorno, con el fin de promover la salud, el bienestar y mejorar la calidad de vida. **Conclusión:** La presente investigación genera una conciencia y empoderamiento de los profesionales de enfermería con respecto a los cuidados específicos, basados en las teorías de adaptación y autocuidado para cada una de las dimensiones afectadas en materia de calidad de vida de los pacientes con EPOC. Contribuyendo de esta manera en la prevención de complicaciones e impactando de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Así mismo, se reduce el riesgo del consumo de productos químicos asociados al control de la morbilidad.

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema.

Adaptado de (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Enfermedades no transmisibles (ENT) como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma); estas enfermedades afectan a personas de todas las edades, regiones y países. Estas afecciones a menudo se asocian con grupos de mayor edad y son responsables de 17 millones de muertes entre personas menores de 70 años cada año, lo que sugiere que las enfermedades no transmisibles han comenzado a afectar a las poblaciones más jóvenes y contribuyen a aumentar la carga mundial de morbilidad. La OMS (2023) informa que el 74% de las muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Los grupos de población, independientemente de su género y estilo de vida, son susceptibles a factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades, como dietas poco saludables, falta de actividad física y mala nutrición, exposición al humo del cigarrillo o al consumo nocivo de alcohol, determinado por factores sociales. , como la urbanización rápida y no planificada. , la generalización de estilos de vida poco saludables, el envejecimiento de la población y los cambios ambientales facilitan la presencia de biomasa y contribuyen a la aparición de estas patologías.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS 2023), estas enfermedades crónicas se han convertido en un problema de salud pública en Colombia. (MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL, 2023)

Según las guías (Gold, 2020), la EPOC, es "una enfermedad común, prevenible y con tratamiento, caracterizada por el desarrollo de síntomas respiratorios y restricciones sobre el flujo de aire continuo, relacionado con anormalidades de las vías respiratorias, por exposición a partículas o gases nocivos. Basado en la evidencia de prevención, diagnóstico, tratamiento y monitoreo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en una población adulta (MSPS, 2014), se ha mencionado que la tasa de morbi-mortalidad por la EPOC en el mundo ha ido aumento (MSPS, 2020), y en los próximos años, ocupará el tercer lugar entre todas las causas de muerte (GPC, 2014). De igual forma Martínez Luna et al (2020) en la publicación "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Essentials for General Practitioners" clasifica el EPOC como la cuarta causa de muerte en todo el mundo y predice que se convertirá en la tercera causa de muerte para 2030, afirmando lo dicho en las guías GOLD.

Para detectar la EPOC, es importante conocer el historial de exposición a factores de riesgo y su sintomatología; para llegar a un diagnóstico se requiere una historia clínica completa, la recopilación de la mayor cantidad de información posible de cada nuevo paciente del que se sabe o se sospecha que tiene esta afección y una espirometría como medio confirmatorio. Debido a que, no todos los pacientes con EPOC son iguales, es necesario prescribir un tratamiento farmacológico individual. Los fármacos utilizados para el tratamiento reducen los síntomas, la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones; Sin embargo, no existen medicamentos que puedan corregir la disminución a largo plazo de la función pulmonar. Por lo tanto, es fundamental que el profesional, en este caso, un médico general, tenga conocimientos básicos de la enfermedad y así, identificar y diagnosticar la enfermedad en sus primeras etapas y recomendar una intervención médica inmediata y oportuna al paciente.(Monserrat, 2021)

Las enfermedades crónicas afectan a la salud y, en consecuencia, la calidad de vida de las personas que las padecen, entre estas, encontramos el EPOC, que afecta significativamente las capacidades físicas, la calidad de vida y el estado mental de la persona, ya que conlleva una serie de cambios en el estilo de vida actual, pasando de la total independencia a depender de los demás y, en los casos más graves, durante las exacerbaciones, se vuelven oxígeno dependientes, lo que significa que deben tener un cuidador 24 horas del día, los 7 días de la semana. El término "24 / 7 " se utiliza para referirse a servicios médicos o de salud, es así, como estos pacientes presentan requerimientos especiales, principalmente de soporte con oxígeno suplementario para evitar la sensación de falta en el flujo de aire. Teniendo en cuenta estas consideraciones, tanto los impactos psicosociales como fisiopatológicos de la EPOC alteran significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Tarquino, A. M.; et al. (2022). Validación de un estudio que evalúa importantes factores biopsicosociales asociados con la hospitalización por exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Universidad Católica de Colombia, Colombia & Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia, 2011)

El EPOC es una enfermedad común, prevenible y tratable, caracterizada por muchos efectos sistémicos, cuya principal consecuencia es la limitación crónica del flujo de aire, con progresión rápida y por sus etapas resulta difícil la recuperación. Por lo tanto, con un enfoque integrado hacia los usuarios, las actividades del personal médico, especialmente de las enfermeras, en los campos de la prevención, el tratamiento y la educación son muy importantes. Las enfermedades degenerativas crónicas no transmisibles, en este caso la EPOC, se asocian con discapacidad del paciente y cambios en la organización familiar, así como con altos costos de atención médica. (Martínez et al., 2020)

Comparando el punto de vista del paciente con el punto de vista del médico, se logra determinar que no son los mismos y coinciden muy poco, pues para el médico su preocupación es evaluar y monitorear el deterioro de la función pulmonar, mientras que, para el paciente, sus síntomas (especialmente disnea), las limitaciones en las actividades diarias y el deterioro progresivo están perturbando la calidad de vida, al igual que las recaídas, antes considerada un epifenómeno de la enfermedad, ahora se considera un elemento clave de la historia natural de la EPOC. Teniendo en cuenta a Caballero, los pacientes diagnosticados con EPOC experimentan un desequilibrio emocional, caracterizado por miedo, confusión, ansiedad y depresión. Su calidad de vida y salud disminuyen debido al sedentarismo, con un aumento de la dificultad para respirar y la fatiga, provocando cambios y por ende, aumentando el desarrollo de estrés y ansiedad. Esta condición puede variar según la edad; Sin embargo, hay poca investigación sobre este tema en pacientes de diferentes edades que participan en programas de rehabilitación pulmonar (RP). Para determinar el impacto de brindar programas educativos sobre el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo que se piensa sobre la calidad de vida, la capacidad de ejercicio, el nivel de dificultades respiratorias y el riesgo clínico del paciente con EPOC, Blankees Moreno, etc. Publicaron en 2018 en un artículo titulado "Efectividad de un programa educativo de rehabilitación respiratoria en atención primaria para mejorar la calidad de vida, la sintomatología y el riesgo clínico de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica" estudio que contó con una población de 43 participantes, donde realizaron un programa educativo de rehabilitación respiratoria con conceptos básicos de fisiopatología pulmonar/respiratoria, ejercicios de fisioterapia respiratoria, talleres sobre el uso de los dispositivos de inhalación más usados. Los resultados mostraron una mejora significativa en términos de calidad de vida, medidos de acuerdo con la escala CAT y clínicamente significativa en todas las herramientas. Por ello, la American Thoracic

Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) recomienda la Rehabilitación respiratoria para todos los pacientes que la necesiten, ya que es una intervención que mejora significativamente la calidad de vida. (Escuela Nacional del Deporte. Cali, Colombia. et al., 2022)

(Kelly y Lynes, 2008); expresaron que las emociones están estrechamente relacionadas con la disnea y algunos pacientes pueden evitarla como mecanismo de afrontamiento, lo que lleva al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. La calidad de vida deteriorada en los aspectos físicos y sociales de la vida diaria a menudo se asocia con un estilo de vida sedentario acompañado de una mayor dificultad para respirar y fatiga. Esto conduce al aislamiento social y a la incapacidad de participar en muchas actividades diarias. Estos cambios son parte de la transición gradual hacia la adicción e inevitablemente alteran la dinámica familiar, aumentando el desarrollo del resentimiento y el estrés. En términos de las consecuencias de los factores psicosociales, difieren en cada paciente, las consecuencias ocurren con el tiempo, cambian la vida humana y afectan su visión de la vida en general. Algunas consecuencias psicosociales se pueden descubrir en diferentes estudios: estrés y ansiedad, depresión y bajo estado de ánimo, desesperación, miedo a la muerte, pánico, cambio de imagen corporal, cambian las relaciones sociales y con la familia (principal apoyo de la familia), la vida solitaria, pérdida de control e independencia, cambio de estilo de vida, cambiando las relaciones entre individuos, sensación de pérdida, incompetencia, rechazo, ira, y decepción. (Universidad Católica de Colombia, Colombia & Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia, 2011)

Según el informe del grupo Global Burden of Disease GBD (GOLD, 2018), el EPOC es responsable del 5.36% de todas las muertes a nivel mundial y del 2.06% de algún grado de discapacidad. En Colombia, representa el 6.01% de todas las muertes y el 0.81% de alguna discapacidad (GBD, 2017). Esto, lo posiciona como la tercera causa de mortalidad a nivel mundial en el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. Este problema de salud pública es grave, no solo por el impacto que tiene en la salud y la mortalidad de la población, sino también por la gran carga económica y social que conlleva. Esto se debe al aumento en los gastos relacionados con el cuidado informal brindado por familiares y amigos, así como a la disminución en la productividad laboral (Merino et al., 2017). Como resultado de la naturaleza crónica y progresiva de la EPOC, pueden surgir síntomas como dificultad para respirar, tos, sibilancias y sensación de opresión en el pecho. En casos graves de la enfermedad, también puede haber fatiga, pérdida de peso y falta de apetito, lo que impacta negativamente en la capacidad de realizar actividades diarias, afectando tanto el nivel físico, como emocional y social. Esto puede conducir a sentimientos de ansiedad, miedo a la muerte, incertidumbre, desesperanza, resignación y, en algunos casos, depresión, como resultado de la limitación de la movilidad física y la disminución de la función pulmonar. Todo esto tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente, que es subjetiva con respecto a su enfermedad y tratamiento. En este sentido, los profesionales de enfermería, mediante intervenciones basadas en evidencia científica, pueden contribuir a mitigar los efectos negativos en los aspectos físicos, emocionales, mentales, económicos, familiares, sociales y de bienestar de los pacientes, brindando cuidados, asistencia y acompañamiento.

Debido a esto, es común que la investigación en enfermería se enfoque en encontrar intervenciones basadas en evidencia que reduzcan el impacto de la enfermedad. La educación sobre la salud ahora es considerada una parte importante del tratamiento tanto con medicamentos como sin ellos para pacientes con EPOC. Según Mata (2016), la educación en salud para pacientes con EPOC debe enfocarse en el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento como prioridad. El objetivo es aumentar la adherencia al régimen terapéutico, reducir la ansiedad, mitigar el impacto psicosocial, facilitar la detección temprana de las exacerbaciones, mejorar la calidad de vida, disminuir las hospitalizaciones y, por ende, reducir la demanda y los costos de los servicios de salud. (Beltrán & García Peñuela, 2016)

Considerando lo mencionado anteriormente, es importante reconocer que las personas que sufren de EPOC en diferentes etapas y a medida que envejecen, experimentan una carga significativa de síntomas que afectan su calidad de vida. Además, las comorbilidades existentes tienden a empeorar la progresión de la enfermedad. Por lo tanto, se hace necesario proporcionar atención a estos pacientes a través de modelos integrales y personalizados, implementados por equipos de atención médica interdisciplinarios que aborden no solo la enfermedad en sí, sino también los factores sociales que influyen en ella. La enfermería busca abordar las situaciones reales o de riesgo de salud de los pacientes y sus cuidadores directos a través de la implementación de Planes de Cuidados de Enfermería con enfoque en atención primaria. Actualmente, no hay evidencia específica que cubra las necesidades del paciente y su cuidador principal, lo que lleva a la creación de planes de cuidado generalizados sin un fundamento en un modelo teórico específico que maximice la atención de enfermería (Emma & Sepúlveda, 2017)

Conforme a lo descrito, y encontrando que la EPOC es una enfermedad que altera significativamente la calidad de vida de quien la padece, se requiere establecer un abordaje teórico práctico adecuado, situación por la cual en el presente estudio se plantea como pregunta de investigación, lo siguiente:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de vida de usuarios ambulatorios con diagnóstico de EPOC según el cuestionario SGRQ, Pereira 2023?

1.3. Sistematización del problema

Las personas de las instituciones de salud seleccionadas para el desarrollo de la investigación en Pereira, deberán estar en rutas de atención de usuarios con EPOC, de tal forma que se pueda acceder a ellos.

Los usuarios son de ambos sexos y diferentes edades que se encuentran con diagnóstico confirmado de EPOC.

Para el desarrollo de la investigación, se contará con previo consentimiento informado firmado a la ejecución del estudio, por cada uno de los participantes, a quienes se les aplicará una encuesta elaborada por las investigadores, que contiene variables demográficas, epidemiológicas y clínicas, así como la aplicación del cuestionario Saint George para

establecer el nivel de calidad de vida de cada una de estas personas y su adaptabilidad a su condición clínica. Los resultados se relacionan con los cuidados de enfermería bajo la taxonomía de la NANDA, NIC y NOC y los referentes teóricos priorizados.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Evaluar la calidad de vida de usuarios ambulatorios con diagnóstico de EPOC según el cuestionario SGRQ, aplicando los resultados con los cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC y NOC y las teorías del cuidado y adaptación. Pereira 2023

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir las características demográficas y epidemiológicas de los usuarios con **EPOC**
- Identificar los aspectos respiratorios más frecuentes que afectan la calidad de vida de los usuarios con EPOC según el cuestionario **SAINT GEORGE**
- Reconocer los cuidados de enfermería según modelo de adaptación y autocuidado más adecuados con relación a los aspectos respiratorios más afectados

Justificación

El Ministerio de Salud y Seguridad Social de Colombia (MSPS, 2022) indica que la prevalencia y mortalidad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está aumentando significativamente a nivel mundial. Actualmente es la cuarta causa de muerte en el mundo (OMS, 2005). El proyecto PLATINO (Latin American Pulmonary Obstruction Research Project) demuestra que la EPOC muchas veces es mal diagnosticada y subtratada (López et al. , 2008), por lo que muchos pacientes empiezan a afectar su autoconcepto y a tener estados depresivos. , porque tienen dificultades con sus actividades diarias sin una razón clara por la que esto sucede.

Un estudio de la Fundación Colombiana de Neumología sobre prevalencia de EPOC en Colombia -PREPOCOL (2005) encontró que a nivel nacional en 9 de cada 100 personas mayores de 40 años era prevalente esta enfermedad, un porcentaje del 8,5%. Bogotá, Barranquilla 6,2%, Bucaramanga 7,9%, Cali 8,5% y Medellín 13,5%. Las diferencias de prevalencia entre ciudades están directamente relacionadas con el porcentaje de fumadores en cada ciudad, que osciló entre el 14% en Barranquilla y el 29% en Medellín, y este porcentaje aumenta principalmente entre los jóvenes en edad escolar, lo que requiere iniciativas multidisciplinarias. focalización de riesgos, como se propone en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 sobre estilos de vida saludables y enfermedades

crónicas no transmisibles, que incluye metas, estrategias y medidas para permitir la prevención y el control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. , pretende ofrecer recursos que nos permitan enfrentar los desafíos de salud y crear respuestas efectivas a las necesidades de la población para lograr resultados de salud, y reconoce que varios estudios han revelado mecanismos por los cuales factores contextuales como las condiciones socioeconómicas y políticas, culturales y ambientales, así como Las condiciones de vida y de trabajo, entre otras cosas, contribuyen a cambios en el estado de salud y a las desigualdades en salud en la sociedad (Amjad et al. , 2019), pero al mismo tiempo muestran un interés creciente en desarrollar intervenciones multidisciplinarias para abordar los determinantes sociales. Además, en el Plan DEcenal de Salud Pública, se menciona que la EPOC es prevenible con medidas como: No fumar, Dejar de fumar, evitar la exposición a humo de tabaco producido por otras personas que fuman, así como a la exposición a contaminantes en el ambiente de trabajo y en la vivienda, crear ambientes y promocionar estilo de vida saludables, todo con un enfoque de bienestar y salud, determinantes que son abordados por el profesional de enfermería, dado que en el cumplimiento del rol profesional, su participación complementa las áreas de diversos enfoques, debido a su influencia y relevancia en mejorar el acceso y prácticas de autocuidado, el profesional de enfermería, con intervenciones desde la mirada de diferentes dominios, se constituye en un actor principal para la gestión del cuidado porque a través de sus conocimientos y cercanía con los usuarios suma y genera influencia por medio de la educación y acceso a cuidados directos de tipo no farmacológico y farmacológico, promueve buenas prácticas orientadas a la salud física, mental, emocional , tanto al familiar, como al mismo paciente e igualmente son un factor clave para comunicar alianzas y generar colaboración con otros profesionales y actores sociales para la implementación de acciones que beneficien a la población afectada por la patología en mención. todo esto, soportado por teorías como la de Jean Watson de la Escuela del Caring (cuidado), la cual promueve aspectos como que la enfermería puede mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a cada una de las dimensiones afectadas por la carga de la enfermedad. Watson, sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, basándose en 10 factores asistenciales, los cuales son interdependientes y que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, los cuales impulsan aspectos como el altruismo, trabajo con calidad, seguridad y eficiencia, satisfacción del usuario, fe y esperanza, entre algunos, se convierten en incentivos para que el paciente adopte conductas saludables y lograr el máximo bienestar (Izquierdo, 2015). Sin embargo, existen otras teorías de enfermería, que desde su metaparadigma pueden ayudar al abordaje integral del usuarios con la EPOC, como es el caso de Sor Callista Roy quién elaboró el modelo de adaptación, Marjory Gordon la cual define los patrones funcionales como una configuración del comportamiento más o menos común a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano y Dorothea Orem que presenta el déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (Watson, 2015)

A raíz del impacto de la enfermedad, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud ha ganado importancia como un tema de estudio relevante. Ha cobrado visibilidad en la evaluación del impacto que las enfermedades crónicas tienen en las distintas facetas de la vida humana. Según Urzúa (2010), no hay una definición única para este concepto. Él lo

describe como "el nivel de bienestar que una persona alcanza al evaluar varios aspectos de su vida y considerar cómo afectan a su salud". Por lo tanto, medir este fenómeno es importante para los profesionales de enfermería que tratan a pacientes con Epoc. Esto les permite entender las consecuencias y cambios en la funcionalidad de los pacientes debido a su condición de salud, y así planificar cuidados personalizados para mejorar el control de la enfermedad y la percepción de bienestar. Lopera (2020) muestra en su artículo "Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad" cómo los cambios en la subjetividad a lo largo de una enfermedad reflejan las diferentes áreas de la vida afectadas por las enfermedades. Evaluar la calidad de vida a nivel clínico permite analizar las áreas en las que cada paciente experimenta alteraciones debido a su enfermedad, y también ayuda a medir el efecto de los tratamientos. Además, en el ejercicio clínico es importante poder utilizar instrumentos que puedan medir y describir la calidad de vida de cada paciente. Esto requiere que el clínico tenga la capacidad de utilizar tanto instrumentos cuantitativos como cualitativos. Contar con la ayuda de ambos para interpretar la información que proporcionan, es esencial para entender a sus pacientes y tomar decisiones de tratamiento efectivas en colaboración con ellos.

Reed (2003) señala que los pacientes con esta patología experimentan múltiples alteraciones clínicas y cambios en su calidad de vida. En momentos de enfermedad, edad avanzada y eventos estresantes, aumenta la vulnerabilidad y la conciencia sobre la muerte, lo que lleva a la autotranscendencia y la ampliación de los límites auto conceptuales individuales y sociales (Coward, 2007). En la actualización de la Guía Española de la Epoc (GesEPOC, 2022), López et al. (2022) identificaron comorbilidades, estrategias de automanejo y cuidados paliativos en la Epoc, que pueden mejorar la atención, aliviar los síntomas, disminuir las exacerbaciones y mejorar la calidad de vida. Esto se logra a través de la toma adecuada de la medicación, la adopción de hábitos de vida saludables, la adherencia a tratamientos complejos y el desarrollo de habilidades para reconocer y manejar los signos y síntomas de las exacerbaciones. En esta situación, promover la autogestión de la enfermedad es una oportunidad para mejorar los resultados clínicos, al mismo tiempo que brinda autonomía y seguridad a los pacientes en su vida diaria, lo que puede tener un impacto positivo en su calidad de vida. Es importante que el automanejo incluya el desarrollo de habilidades, el cambio de comportamientos en relación a la salud y la capacidad de actuar cuando los síntomas empeoran. Esto se logra a través de la implementación de planes de cuidado bien estructurados, individualizados, que aborden de manera integral las necesidades de cada persona enferma, priorizando los problemas y seleccionando objetivos terapéuticos adaptados a sus circunstancias personales. El enfoque integral de la enfermería permite identificar las necesidades específicas de los pacientes, para poder establecer un plan de tratamiento y de cuidados adaptado a cada uno. Se debe dedicar tiempo para educar a los pacientes y sus cuidadores sobre la enfermedad, sus síntomas y su manejo.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de quienes padecen EPOC, se implementará un plan de cuidados de enfermería basado en la situación clínica y calidad de vida de cada paciente. Se utilizará el cuestionario respiratorio de Saint George (SGRQ) y se analizará según la Taxonomía NANDA NIC NOC, tomando en cuenta teorías de adaptación, autocuidado y patrones funcionales. El objetivo es mejorar y estandarizar los cuidados para promover la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia.

Palabras clave:

Calidad de vida relacionada con la salud, Bienestar, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC, Teoría de Enfermería, cuidados de enfermería, Atención primaria en salud.

1.5. Alcance y limitaciones

Para lograr establecer la calidad de vida se aplicará el cuestionario respiratorio de Saint George (SGRQ), el cual es autoadministrable, respuestas que pueden estar afectadas por la condición clínica del usuario, a pesar de ser de fácil aplicación. Describe el fenómeno en estudio y permitirá posteriormente identificar cuidados de enfermería relacionados con la Taxonomía NANDA NIC NOC a la luz de teorías de enfermería. Es un instrumento comúnmente utilizado en la práctica clínica y requiere de poco tiempo por parte del usuario. Sin embargo, con la investigación se pretende lograr conocer las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de los usuarios inscritos en la RUTA, y se planteará bajo las necesidades del sujeto un plan focalizado de cuidado de enfermería desde la mirada de teorías de enfermería.

2. Marco Referencial**2.1. Marco de Antecedentes o Estado del Arte**

En su estudio titulado "Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú", Barboza Palomino (2020) señala que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) comprenden un conjunto de enfermedades que se caracterizan por su desarrollo lento, entre las cuales destacan las enfermedades cardiovasculares (como los infartos y los accidentes cerebrovasculares), las enfermedades renales, las afecciones respiratorias crónicas (como la EPOC y el asma), el cáncer y la diabetes. En la actualidad, estas enfermedades están en aumento a nivel mundial, lo que las convierte en graves problemas de salud pública. Estas enfermedades afectan los costos sanitarios, la capacidad productiva, la morbilidad y la mortalidad de las personas. (Barboza, 2020)

Así mismo, Martínez et al. (2020) en su investigación Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Bases para el médico general, ubica la EPOC en la cuarta posición dentro de las causas de mortalidad a nivel mundial y se estima que ascenderá al tercer lugar en las causas de fallecimientos para el 2030, basándose en datos publicados por el Instituto de métricas en salud en el 2017, donde ésta enfermedad representó el 5,72 % de las causas globales de mortalidad, y en Colombia generó el 5,9 % del total de muertes reportadas y una prevalencia del 5,13 %, reportes que denotan la envergadura de la enfermedad y con

ello el gran desafío que implica en términos de la salud a nivel mundial. (Martínez et al., 2020,)

La evidencia de los efectos que produce la enfermedad es contundente, ya que los pacientes muestran síntomas que actúan como indicadores clínicos para el diagnóstico de la enfermedad. Estos incluyen la sensación de ahogo, la tos crónica, y la presencia frecuente o recurrente de secreciones e infecciones respiratorias, tal como lo describe la Guía de la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica para profesionales de la salud (GOLD, 2020). These symptoms are commonly accompanied by intolerance to activity, affecting the patient's and their family's functioning in various aspects. En este sentido, los pacientes describen cómo la enfermedad afecta su vida diaria y les impide planificar sus actividades, ya que estas dependen de cómo se sienten físicamente día a día (Johansson, 2019). Por esta razón, la calidad de vida es de gran importancia en la evaluación y tratamiento que brinda el personal de enfermería a los pacientes con esta enfermedad. Los síntomas están relacionados con la disminución de la actividad física, problemas emocionales, dificultades para dormir, problemas nutricionales, pérdida de masa muscular y disfunción muscular, lo que afecta la rutina diaria, el trabajo y la vida social de las personas. (Beltrán & Garcia, 2021)

En 2019, Carratalá et al. llevó a cabo un estudio titulado "Percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España" con el objetivo de analizar el perfil de los pacientes españoles con EPOC y su percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se observó que 800 sujetos (6.3%) tenían una mala calidad de vida en cuanto a su salud, siendo el dolor/malestar y la movilidad las dos dimensiones más afectadas identificadas en la población en general. La CVRS se veía afectada por los ingresos hospitalarios, la presencia de comorbilidades y el sedentarismo. En resumen, la EPOC tiene un impacto significativo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en la población general.) (Carratalá, 2023)

De igual forma, (Cano-Rosales et al., 2017) publicaron un artículo titulado "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Universitario de Santander", el cual tuvo como objetivo caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Hospital Universitario de Santander. Este estudio transversal evaluó la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes que reciben atención por alteraciones pulmonares en el Hospital Universitario de Santander. Como resultado, encontraron que el 43 por ciento de las personas tenía una percepción regular de la salud y el 34 por ciento tenía una percepción buena. El promedio de días de salud física poco saludable fue de 2,5, salud mental poco saludable 0, días de dolor 3, tristeza 2,5, ansiedad 2, insomnio 0, vitalidad 10, índice de días saludables 23 y estrés mental frecuente 18. Así concluye que los pacientes con EPOC experimentan su estado de salud con pocos días regulares y saludables, lo que se asocia con un alto impacto, con grandes cambios en su calidad de vida.

Retomando con (Achury Beltrán & García Peñuela, 2021), quienes publicaron un artículo sobre la calidad de vida de los pacientes con EPOC obstructiva crónica con el objetivo de describir global y cuantitativamente la calidad de vida de las personas con EPOC. que acudieron a un ambulatorio de un hospital de Bogotá en el primer semestre de 2018. Metodológicamente es un estudio de imagen transversal. La muestra estuvo compuesta por 80 pacientes. El análisis se basó en la aplicación de frecuencias y porcentajes de variables sociodemográficas y medidas de tendencia central de la variable central de investigación. Los resultados muestran que la edad promedio de los pacientes fue de 73 años, en su mayoría mujeres, casadas, con bajo nivel educativo y una calidad de vida promedio de 36,67. La subescala que tuvo mayor impacto fue la subescala de actividad física, concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud es un indicador de las consecuencias de la EPOC en la realización de diversas actividades físicas y sociales por parte de los pacientes, haciendo de su evaluación un aspecto clave de evaluación e intervención en esta población.

Por otro lado, (Szymanska-Chabowska et al., 2021) publicaron el artículo "Creencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar crónica", cuyo objetivo fue evaluar la relación entre fatiga y calidad de vida en pacientes con enfermedades no malignas. Se utilizó el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ) para evaluar el estado de salud y la Escala de Impacto de la Fatiga (MFIS) para medir el nivel de fatiga. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para comprobar la distribución normal. Las correlaciones se informaron como coeficiente de correlación de rangos de Spearman. Se incluyeron un total de 200 pacientes con los siguientes diagnósticos: EPOC (26%), asma (36%), apnea obstructiva del sueño (19%), neumonía o bronquitis de diversas causas (8,5%), bronquitis (2,5%), enfermedad pulmonar intersticial (3%). La puntuación media del SGRQ fue de $44,62 \pm 24,94$. La puntuación media en el MFIS fue de $28,64 \pm 15,8$. Todas las correlaciones entre SGRQ y MFIS fueron significativas. En resumen, se puede afirmar que la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar crónica ha disminuido y la fatiga ha aumentado. El impacto negativo de la fatiga en la calidad de vida enfatiza la necesidad de una evaluación cuidadosa y rutinaria de este síntoma en pacientes con EPOC. El tratamiento de la fatiga puede mejorar la calidad de vida y la capacidad para realizar las actividades diarias en pacientes con enfermedad pulmonar crónica.

Además, (Horner et al., 2020) en su artículo "Calidad de vida y limitaciones en pacientes ambulatorios estables con EPOC en el mundo real" describieron el impacto de la enfermedad en la salud general, la vida diaria y el bienestar percibido de la EPOC. Austria: resultados del proyecto CLARA". En un estudio transversal a nivel nacional entre neumólogos y médicos generales utilizando el Cuestionario Respiratorio de St. George para la EPOC (SGRQ-C), 67 neumólogos y 6 médicos generales incluyeron 1175 pacientes con EPOC, de los cuales Se analizó a 850 pacientes, uno de los resultados más importantes es que la mitad de los pacientes refirieron que no podían hacer deporte y el 78,7% refirieron que sus síntomas respiratorios no les permitían hacer algo que querían hacer. En pacientes con EPOC más leve, se sobreestimó el estado de salud general, es decir, fue sobreestimado por el médico más que por el paciente, mientras que en la EPOC más grave se subestimó. En conclusión, la carga de enfermedad en los pacientes ambulatorios con EPOC en Austria tiende a subestimarse en pacientes con EPOC leve. obstrucción de las vías respiratorias y menos exacerbaciones, y sobreestimada en obstrucción de las vías respiratorias más grave y en caso de exacerbaciones frecuentes.

De igual forma, y como elemento trascendente para los profesionales de enfermería, el artículo de (Cáceres-Manrique et al., 2018) "La calidad de vida relacionada con la salud en la población de Bucaramanga, Colombia" incluye "un constructo multidimensional que incluye la salud física y mental", estilos de vida, vivienda, satisfacción con el estudio y el trabajo, y situación económica", en el marco del cual realizó un estudio observacional transversal en el que participaron 1.098 personas de entre 15 y 99 años. Aplicación del cuestionario SF-36 para medir la CVRS en todos los dominios, el efecto reportado significa más del 60%. Los puntajes más bajos se registraron para salud general, dolor y vitalidad con puntajes de 64-68%, mientras que los puntajes más altos fueron: funcionamiento físico y funcionamiento social, ambos por encima del 80%. En cuanto al sexo, Vale la pena señalar que los hombres generalmente obtuvieron mejores resultados que las mujeres en la mayoría de las áreas, excepto en las actividades sociales, donde las tasas son muy similares. En cuanto a la edad de los participantes, se encontró que la CVRS disminuyó con la edad en todos los dominios. Sin embargo, los hallazgos aquí presentados sugieren una buena CVRS en la población; alertan sobre la presencia de grupos vulnerables con menor CVRS, como mujeres, amas de casa, adultos mayores y personas con menores niveles de educación; los cuales deben ser priorizados en los programas de salud pública y las metas de estos. Estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida para lograr la igualdad y mejoras en esta población. Las enfermedades crónico-degenerativas no infecciosas, en este caso la EPOC, provocan discapacidad al paciente y cambios en la estructura familiar, además de elevados costes médicos.(Martínez et al., 2020) Afirmación confirmada por un estudio (Caballero et al., 2008) que los pacientes experimentan desequilibrios emocionales caracterizados por miedo, desorientación, ansiedad y depresión, y su calidad de vida relacionada con la salud disminuye cuando adoptan un estilo de vida sedentario, asociado a disnea y fatiga progresivas, una de las causas que cambia la participación a nivel familiar y comunitario, aumenta el estrés, la ansiedad y afecta en gran medida la calidad de vida, como señalan Blánquez et al. (2018), donde pretenden mostrar el impacto del programa en la mejora del control de la EPOC, la tolerancia al ejercicio, la disnea y el autocuidado, logrando resultados de calidad de vida estadísticamente significativos y clínicamente relevantes, mejorando la atención clínica, mejorando los aspectos relacionados con los síntomas, mostrando la efectividad y eficiencia de las intervenciones del equipo de salud basadas en la información sobre la calidad de vida de los usuarios. Este estudio confirma que los programas de entrenamiento muestran mejoras estadísticamente significativas y clínicamente significativas en la calidad de vida, fatiga, síntomas, tolerancia al ejercicio, grado de disnea y riesgos clínicos, visibilizando al enfermero como educador en la mejora del autocuidado, este es uno de los grandes pilares para mejorar el estado de salud de la población afectada.

La evaluación psicológica de los pacientes con EPOC consta de tres etapas.

- Construyendo el significado de la enfermedad: Durante la entrevista clínica, es importante acercarse al paciente para discutir sus creencias, miedos, actitudes y perspectivas. Investigar acerca de la experiencia de enfrentar la enfermedad y los medicamentos, así como las repercusiones que ha tenido en la vida de quien la padece. Después, llevar a cabo un análisis del perfil del paciente y su entorno, lo cual será fundamental para diseñar una intervención que se ajuste a la situación del paciente.
- Hablar de las consecuencias de la enfermedad: surgen diferentes reacciones tanto físicas (insomnio, estrés, dolores de cabeza, cansancio, etc.) como psicológicas (negación, cambios en la autoestima, culpa, ansiedad, depresión, miedo, aislamiento, adicción, etc.).

- Cómo la enfermedad ha impactado a la familia: la adaptación de la familia ante la enfermedad de un miembro, los cambios desde el comienzo, la evolución, el resultado y el nivel de discapacidad que ha causado en el paciente.

Esta enfermedad demanda una adaptación constante, a veces tediosa, cuando la familia o el cuidador principal debe asumir nuevas responsabilidades que el paciente ya no puede llevar a cabo. Además, es importante que las familias puedan adaptarse a los cambios constantes con flexibilidad. Es importante que la familia reciba capacitación para poder brindar apoyo en casos de emergencia, como exacerbaciones de la EPOC, entre otras situaciones específicas. Es importante tener en cuenta que después de este tipo de situaciones, es común experimentar sentimientos de ansiedad y melancolía, que son respuestas normales y no indicativos de algún trastorno psiquiátrico.

Además, al afirmar lo anterior, se descubrió en un estudio realizado por estudiantes del Programa de Fisioterapia. Simon Bolivar University. Barranquilla is a vibrant Colombian city located on the northern coast of the country. En 2019, en Colombia, se demostró la relación entre la calidad de vida y la depresión en pacientes con EPOC en una revista científica de salud. Los síntomas de esta enfermedad incluyen un bajo estado de ánimo, falta de autoestima y pérdida de interés en actividades en casa, laborales, sociales y físicas. Esto afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes, por lo que es crucial proporcionar atención primaria y fisioterapéutica para educar, estimular y mitigar el impacto en estas personas. La realización de actividad física es altamente recomendable, ya que aporta numerosos beneficios para la calidad de vida y contribuye a mejorar el estado de ánimo. (Ortiz Puerto et al., 2019)

2.2. Marco teórico

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son un conjunto de condiciones que no son causadas por una infección aguda. Estas enfermedades suelen tener consecuencias para la salud a largo plazo y a menudo requieren tratamiento y cuidados a largo plazo. Así las define la OMS. Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, se incluyen las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y tenemos la enfermedad pulmonar crónica, EPOC (OPS, 2023).

Desde el siglo XVI. Hipócrates no utilizó este término para diagnosticar tos, expectoración, dificultad para respirar y sibilancias, sino para diagnosticar "asma" para cualquier enfermedad en la que el paciente experimentará una deficiencia. En aquella época se empezó a hablar de enfisema (Emphysema, soplar internamente), palabra utilizada para describir la presencia de aire en los tejidos. En el siglo XVII y a partir de estudios de autopsias se dieron a conocer las entidades que hoy llamamos edades. Sin embargo, el término "bronquitis" se utilizó en la literatura médica hasta finales del siglo XVIII. (GARCÍA GUILLÉN, 2006) Además, la guía de práctica clínica basada en evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica menciona que desde la década de 1950 el consumo de tabaco ha sido reconocido como el factor de riesgo más importante. Desarrollo de la EPOC.

ENFERMEDAD CRÓNICA PULMONAR

Se refiere a una condición pulmonar que causa daño duradero en los tejidos pulmonares, dificultando la respiración. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define por la presencia de una obstrucción crónica, progresiva y no completamente reversible del flujo de aire, junto a una respuesta inflamatoria anormal en los alvéolos pulmonares, principalmente causada por el humo del tabaco. La EPOC también puede ser causada por la exposición a otros agentes tóxicos inhalados. De esta manera, la enfermedad se ha relacionado con la exposición constante a los productos de la combustión de biomasa en espacios cerrados, como un ejemplo. Puede haber factores genéticos todavía desconocidos que expliquen por qué solo el 25% de los fumadores desarrolla EPOC, a pesar de que el único factor conocido es el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, un inhibidor de proteasa en la sangre que solo justifica el 1% de los casos de enfisema pulmonar.

La EPOC es una enfermedad que se puede prevenir y tratar, y puede tener efectos sistémicos fuera de los pulmones que pueden empeorar la condición de los pacientes. Se prefiere el término EPOC sobre bronquitis crónica o enfisema pulmonar, ya que abarca a ambos y describe de manera más precisa la enfermedad obstructiva común en los fumadores. Es importante distinguirlo de otras enfermedades que también pueden reducir el flujo de aire, pero tienen causas específicas, como la estenosis de la vía aérea superior, la fibrosis quística, las bronquiectasias o la bronquiolitis obliterante. Además, es importante diferenciarlo del asma bronquial, una enfermedad que presenta una obstrucción reversible en el flujo de aire que puede ser corregida por completo.

Según la OMS, la EPOC no se trata de una única enfermedad, sino de un término general que abarca varias afecciones pulmonares crónicas que dificultan la respiración. Esta enfermedad puede prevenirse, tratarse y puede ocasionar discapacidad e incluso ser fatal.

PATOGENIA

La patogénesis de la EPOC es compleja. El cambio en las vías respiratorias se caracteriza esencialmente por una respuesta inflamatoria anormal al humo del cigarrillo. La bronquitis se compone principalmente de macrófagos, neutrófilos y linfocitos T CD8 + (mayor proporción que los linfocitos T CD4 +). Esta respuesta inflamatoria difiere del asma bronquial, que se caracteriza por engrosamiento de la membrana basal, presencia de linfocitos T CD4 + y eosinófilos. Sin embargo, no se sabe cuál es la diferencia entre una respuesta inflamatoria "normal" al humo del cigarrillo y una "patológica" (relacionada con la EPOC), ni por qué la respuesta inflamatoria de esta enfermedad no desaparece cuando se abandona el hábito de fumar. está parado. Se deja de fumar. En este sentido, se ha sugerido la presencia de otros factores, quizás susceptibilidad genética o inmunológica, que pueden contribuir a la patogénesis de la EPOC. Esta patología se caracteriza por efectos sistémicos que aumentan la cantidad de leucocitos, citoquinas proinflamatorias y proteína C reactiva en la sangre. Los síntomas y signos más comunes son inflamación sistémica, pérdida de peso, miopatía, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer de pulmón, diabetes y depresión.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

En las personas que tienen EPOC, se observan cambios en las diferentes partes de los pulmones: la tráquea, los bronquios, el tejido pulmonar y los vasos sanguíneos. La afectación bronquial se caracteriza por la presencia de glándulas hipertróficas que provocan una sobreproducción de mucosidad, aumento del grosor de la capa muscular, presencia de inflamación en la submucosa (principalmente linfocitos T) y deterioro del cartílago en las vías respiratorias más grandes. Estas alteraciones causan que la pared se engrose y que la luz de las vías respiratorias se reduzca. También es posible que se presente metaplasia

escamosa en el revestimiento ciliado de los bronquios. El daño en el tejido parenquimatoso de los pacientes con enfisema se manifiesta por la ampliación inusual de los espacios aéreos más alejados de los bronquiolos terminales, lo que provoca la destrucción de las paredes de los alvéolos, sin que haya una evidente formación de fibrosis en los tabiques alveolares. Hay dos tipos de enfisema en función de dónde y cuánto se destruye el acino pulmonar: el centroacinar o centrolobulillar, que es casi exclusivo de los fumadores, y el panacinar, que es típico en pacientes con deficiencia de alfa-1-antitripsina. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que los fumadores pueden desarrollar formas muy puras de enfisema panacinar con una frecuencia similar a la del enfisema centroacinar.

En la EPOC también se ve afectada la circulación pulmonar. En las primeras etapas de la enfermedad, se puede observar que las arterias de la capa muscular presentan engrosamiento de la capa íntima e hipertrofia muscular. A medida que la enfermedad progresa, estas modificaciones se vuelven más notables, especialmente en presencia de hipoxemia e hipertensión pulmonar. Los pacientes con EPOC también muestran cambios estructurales característicos en el diafragma y la musculatura esquelética. Algunos de los cambios más notables incluyen la alteración en la apariencia física de los diferentes tipos de fibras musculares y la aparición de apoptosis.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los pacientes con EPOC pueden no mostrar síntomas por largos periodos de tiempo. Incluso en etapas avanzadas de la enfermedad, es posible que no se presenten síntomas. Los síntomas más comunes que se presentan son la dificultad para respirar, la tos y la expulsión de mucosidad. Debido a esto, se debe tomar en cuenta la posibilidad de diagnosticar EPOC en cualquier paciente que presente alguno de estos síntomas y/o tenga antecedentes de exposición a factores de riesgo relacionados con la enfermedad, especialmente el humo del tabaco. La cantidad de tabaco a la que uno está expuesto puede medirse utilizando el índice de paquetes-año, el cual se determina multiplicando el número de cigarrillos diarios (dividido por 20) por el número de años que uno ha fumado.

Es necesario tener al menos 10 horas de exposición diaria al humo de combustión de biomasa en ambientes cerrados para desarrollar EPOC. La disnea es el síntoma primario, pero puede variar en su intensidad entre pacientes con la misma obstrucción. Diversos factores contribuyen a su origen, como el incremento en la dificultad para respirar, la falta de oxígeno en la sangre, el exceso de dióxido de carbono, la desnutrición o la presión arterial elevada en los pulmones, entre otros. Típicamente se manifiesta en etapas avanzadas de la enfermedad y progresa gradualmente hasta afectar las actividades cotidianas. Hay varios métodos para medir el nivel de dificultad para respirar. Se recomienda utilizar la escala del Medical Research Council (MRC) debido a su sencillo registro. Esta escala consiste en:

El Grado Dificultad respiratoria, se expresa de la siguiente manera:

0 Ausencia de disnea o ahogo excepto al realizar ejercicio intenso

1 Disnea/ ahogo al caminar deprisa en plano o al subir una pendiente poco pronunciada

2 Incapacidad o limitación de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en plano, o tener que parar para descansar al andar en plano al propio paso

3 Tener que parar a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en plano

4 La disnea le impide al paciente salir de casa o aparecer con actividades como vestirse o desvestirse.

La tos al principio puede ser intermitente, pero luego se vuelve diaria. Por lo general, es productiva y se presenta principalmente por la mañana. A veces, los síntomas clínicos son prominentes, a pesar de haberse demostrado que no están relacionados con la obstrucción del flujo de aire. Sin embargo, es posible que ni la tos ni la expectoración estén presentes, por lo que su falta no descarta el diagnóstico de EPOC. Las características de la expectoración pueden ser útiles en el ámbito clínico. Al principio, la aparición se da principalmente por la mañana, pero puede avanzar para desarrollarse a lo largo de todo el día. El volumen diario rara vez supera los 60 ml. Por lo general, tiene una consistencia mucosa, pero puede volverse purulenta durante las exacerbaciones. La presencia de bronquiectasias es sugerida por un volumen excesivo. Por otro lado, la presencia de tos con sangre requiere la exclusión de otros diagnósticos, especialmente cáncer de pulmón y/o tuberculosis pulmonar. La presencia de sibilancias y opresión en el pecho son señales que pueden manifestarse de manera variable a lo largo de los días o incluso a lo largo del mismo día, y no son específicas a una condición en particular.

Normalmente, la exploración física resulta aburrida en las etapas tempranas. Normalmente, los signos de limitación del flujo de aire no son evidentes hasta que la enfermedad está en una etapa más avanzada. Durante la inspección del tórax se pueden observar los siguientes signos: deformidad torácica debido a la hiperinsuflación pulmonar, respiración con los labios fruncidos, uso de los músculos accesorios y movimiento irregular de la pared torácica y abdominal. Durante la auscultación pulmonar, es posible identificar la presencia de roncus y sibilancias al exhalar, además de notar una disminución en la ventilación pulmonar. Durante la auscultación cardiaca, los sonidos tienden a estar disminuidos. La presencia de cianosis central sugiere una severa hipoxemia. Muchas veces, los pacientes experimentan pérdida de masa muscular y debilidad en los músculos periféricos. La desnutrición grave, con un índice de masa muscular por debajo de 21, puede afectar al 10-15% de los pacientes y es un indicador de mal pronóstico.

DIAGNÓSTICO

La exploración de la función pulmonar en la EPOC es primordial para poder diagnosticar la enfermedad, determinar su gravedad, llegar a pronosticar su evolución y controlar el efecto del tratamiento, así mismo, poder evaluar la severidad de las exacerbaciones. Además del estudio funcional, hay otras pruebas útiles opcionales que se pueden realizar para llegar a el diagnóstico, como se muestra en la siguiente tabla:

Exploraciones complementarias útiles en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

<p>1. Pruebas diagnósticas iniciales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espirometría forzada - Prueba broncodilatadora - Radiografía de tórax <p>2. Pruebas diagnósticas opcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gasometría arterial - Pulsioximetría - Análisis de sangre y orina - Determinación de α-1-antitripsina sérica <p>3. Pruebas diagnósticas opcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de difusión de monóxido de carbono - Pletismografía - Ergometría respiratoria - Polisomnografía - Ecocardiograma

TRATAMIENTO DEL PACIENTE ESTABLE

Medidas complementarias para el manejo integral de la EPOC

Automanejo

Según López et al., (2022), en la actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC, 2022) se identificaron las comorbilidades más importantes, las estrategias de automanejo y los cuidados paliativos en la EPOC. Para brindar una buena atención a los pacientes con EPOC, además de aliviar los síntomas, disminuir las exacerbaciones y mejorar la calidad de vida con la adecuada toma de la medicación, son necesarias intervenciones en hábitos de vida saludables, la adhesión a los tratamientos ordenados, desarrollar capacidades con profesionalismo para poder reconocer los signos y síntomas de las exacerbaciones y saber qué hacer para prevenirlas

y tratarlas. En este contexto, los programas de automanejo de la enfermedad brindan una oportunidad para mejorar los resultados clínicos, a la vez que dan autonomía y seguridad a los pacientes en su vida cotidiana, con un gran impacto en su calidad de vida. El objetivo del automanejo es desarrollar habilidades, cambiar comportamientos y hábitos de salud y saber cómo actuar cuando los síntomas empeoran mediante la implementación de planes de cuidado adecuados. En conclusión, la EPOC, requiere una visión más integral e individualizada, priorizando los problemas y seleccionando objetivos terapéuticos adaptados a las circunstancias personales de cada paciente. La valoración integral permitirá detectar las necesidades específicas, sobre las que poder establecer un plan individualizado de tratamiento. Para conseguir estos objetivos, se tendrá que dedicar el tiempo necesario para brindar educación e instruir a los pacientes y a sus cuidadores en el conocimiento de la enfermedad, sus síntomas, sus implicaciones y en el manejo del tratamiento. Especialmente en los ámbitos psicológico, emocional y familiar. No solo el paciente sufre, también la familia se ve afectada por la enfermedad.

Oxigenoterapia domiciliaria

El tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) aumenta la supervivencia de los pacientes con EPOC grave e insuficiencia respiratoria y, según algunos estudios, tiene un impacto positivo en la calidad de vida y en la disminución de las hospitalizaciones. Debe indicarse ante una $PaO_2 < 55$ mm Hg, o entre 55-60 mm Hg cuando se acompaña de poliglobulia (hematocrito $> 55\%$), hipertensión pulmonar y/o signos de ICC derecha. El objetivo es mantener una $PaO_2 > 60$ mm Hg o una $SaO_2 > 90\%$. El efecto de la oxigenoterapia depende de la duración de su administración. Con 18 horas/día los efectos son superiores a los producidos con 15 ó 12 horas/día. No se recomienda menos de 12 horas al día y lo ideal es utilizarlo de forma continua, para lo que se debe estimular la utilización de equipos portátiles.

Tratamiento del tabaquismo

Es vital para prevenir el avance de la EPOC en cada una de sus etapas y resulta más factible que tratar otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. En aquellos pacientes que estén comprometidos a dejar de fumar pero que tengan un nivel muy alto de dependencia a la nicotina, es importante tratar su adicción al tabaco como una enfermedad crónica.

Vacunación

La vacunación anual contra la gripe ayuda a reducir las tasas de muerte y hospitalización durante las epidemias. La vacuna neumocócica está recomendada para todos los pacientes con EPOC y puede utilizarse en pacientes mayores de 65 años, especialmente aquellos con congestión severa, ya que reduce el riesgo de bacteriemia y previene la neumonía.

Rehabilitación respiratoria y física: La rehabilitación respiratoria mejora significativamente la dificultad respiratoria, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida relacionada con la salud, y disminuye la utilización de los servicios de salud y el número de ingresos hospitalarios, es muy efectiva y mejora el índice BODE. Los programas más eficaces son los que incluyen ejercicio y entrenamiento de las extremidades. Se debe recomendar la rehabilitación a todo paciente con EPOC que tras seguir adecuadamente un tratamiento continúe estando limitado por disnea para realizar sus actividades

cotidianas. Simplemente la actividad física y el ejercicio físico habitual son beneficiosos para los pacientes con EPOC y han demostrado reducción de la mortalidad y de la necesidad de ser hospitalizados. Esto implica que la realización de ejercicio físico regular es recomendable en todos los estadios de la enfermedad.

Tratamiento farmacológico

Broncodilatadores

Los broncodilatadores de acción corta, como el bromuro ipratropio y los agonistas β 2-adrenérgicos como el salbutamol y la terbutalina, son medicamentos eficaces para controlar rápidamente los síntomas. En el caso de pacientes que requieran broncodilatadores de acción corta de manera habitual, se recomienda el uso de broncodilatadores de acción prolongada (salmeterol, formoterol y bromuro de tiotropio) ya que han mostrado beneficios como la reducción de la dificultad para respirar, mejora en la calidad de vida, menos episodios de exacerbación de los síntomas, menor necesidad de hospitalización, aumento de la capacidad física y disminución de la hiperventilación causada por el esfuerzo. La combinación de agonistas β 2-adrenérgicos de acción prolongada con tiotropio produce un efecto broncodilatador más potente que el uso individual de cada uno de estos medicamentos. Según un informe publicado en 2022, el tiotropio mostró que la función pulmonar, la calidad de vida y las exacerbaciones siguen mejorando durante un periodo de cuatro años, pero no mostró cambios en la velocidad de deterioro del FEV1 (el objetivo principal del estudio). Las metilxantinas deben ser consideradas como parte del tratamiento para pacientes con EPOC sintomático, pero solo como una opción secundaria, ya que se requiere una mejora clara en los síntomas y sin efectos secundarios importantes.

Glucocorticoides inhalados

En la EPOC moderada y grave reducen el número de exacerbaciones, producen un leve incremento en el FEV1 y mejoran la calidad de vida. La respuesta a los glucocorticoides inhalados no es predecible por la respuesta a glucocorticoides sistémicos o por el resultado de la prueba broncodilatadora. El uso crónico de glucocorticoides por vía sistémica no está indicado.

Combinación de glucocorticoides y agonistas β 2-adrenérgicos de acción prolongada

En pacientes que sufren de EPOC moderada a grave, el tratamiento proporciona una mejoría adicional en la función pulmonar y en los síntomas, además de una reducción significativa en las exacerbaciones. El estudio TORCH (Toxoplasma-Sífilis-Rubéola-Citomegalovirus-Herpes) ha sido publicado recientemente, y ha demostrado que la combinación salmeterol-fluticasona tiene un impacto positivo en la calidad de vida y en la reducción de las exacerbaciones en pacientes con FEV1 menor de 60% durante un seguimiento de 3 años, se observa también un impacto en la función pulmonar, con una disminución menor en el FEV1, aunque la mejoría en la supervivencia (el objetivo principal del estudio) no alcanzó un nivel de significación estadística. Se han registrado resultados similares al combinar budesónida/formoterol en términos de exacerbaciones y función pulmonar. Además, se observa un control temprano de los síntomas desde la primera semana de tratamiento, así como una mejora clínicamente significativa en la calidad de vida (una disminución de más de 4 puntos en el cuestionario respiratorio Saint George). Estas combinaciones se recomiendan para pacientes con EPOC grave que experimentan

más de una exacerbación al año y cuyo estado clínico empeora si se interrumpe el tratamiento.(Miguel Díez & Álvarez-Sala Walther, 2009)

Calidad de vida

El primer uso del concepto tuvo lugar a finales de los años 1960, en la llamada investigación científica sobre asistencia social caritativa, que formaba parte del trabajo del grupo Wolganfa Zapfa. Posteriormente, este concepto se definió como la relación entre un determinado nivel de vida objetivo de un determinado grupo de población y la correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, felicidad). Durante las décadas siguientes, el término "calidad de vida" se utilizó indistintamente para referirse a innumerables aspectos diferentes de la vida, como el estado de salud, la aptitud física, el bienestar físico (síntomas), la adaptación psicosocial, la salud general y la satisfacción con la vida. El significado del término "calidad de vida" es incierto y, aunque apropiado en algunos casos, conlleva riesgos ideológicos. Parece que se trata esencialmente de un problema lingüístico, cultural y fenomenológico, quizás perteneciente al mundo de la filosofía y una construcción hipotética que no puede resolverse científicamente.

Para la medicina en la base filosófica de la idea de la calidad de vida, están presentes, al menos dos conflictos básicos:1. medicina dirigida hacia la biología y la persona como ser individual, un consumidor 2.la cantidad y la calidad, el hecho es que las características no son las mismas, son enlaces y diferentes niveles de gestión con algunas dificultades y características que no se pueden mezclar. En general, la calidad de vida se aplica a una serie de condiciones que contribuyen a hacer placentera la vida, para proporcionar comodidad, un nivel de felicidad o satisfacción en cuánto a su salud y necesidades.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere al estado de salud de la persona y se utiliza para evaluar los resultados clínicos y las decisiones terapéuticas. Esta forma elemental de utilizar el concepto comenzó en los Estados Unidos. Hace aproximadamente 30 años, dos áreas de investigación se unieron: la investigación clínica sobre la medición del "estado funcional" y la investigación psicológica sobre el bienestar y la salud mental. (Fernández-López et al., 2010)

Métodos utilizados para la medición de Calidad de Vida

Cuestionario respiratorio de Saint George (SGRQ)

El cuestionario Saint George se emplea de forma regular para evaluar la calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica como parte del proceso diagnóstico. Este cuestionario también es conocido como el Cuestionario Respiratorio de St. George. George, también conocido como CRSG, identifica la posible calidad de vida de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica a través de la evaluación de 50 ítems. Esta evaluación se basa en tres subtipos de escalas que consideran los síntomas, la actividad y el impacto de la enfermedad en la persona. Las puntuaciones más altas indican una vida de baja calidad. (Rumiche & Angélica, 2022)

TEORÍA DE ENFERMERÍA

(Galvis López, 2015) define la teoría de enfermería como la conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería que se propone con el fin de describir y explicar los fenómenos, y de mostrar las relaciones entre fenómenos, predecir consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de enfermería son los depósitos en donde se almacenan o guardan los hallazgos sobre los conceptos que manejan enfermería tales como, comodidad, sanación, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, cuidado familiar, ayudar a ser capaz de, transiciones, tristeza, dolor, insomnio? También son los depósitos en donde se acumulan las respuestas para los fenómenos significativos de la práctica, tales como niveles de cognición después de un accidente cerebrovascular, procesos de recuperación, rechazo a un régimen de rehabilitación postinfarto del miocardio, admisiones concurrentes.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ,TAXONOMÍA NANDA NIC NOC y MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA

AFECTACIÓN/DÉFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORÍA
TOS	[3250] Mejora de la tos	Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía sistémica, según corresponda.	[3103] Autocontrol : enfermedad pulmonar obstructiva crónica	[00032] Patrón respiratorio ineficaz	TEORÍA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) - MODO FISIOLÓGICO - NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN
		Fomentar el uso de la espirometría de incentivo, según corresponda.			
	[3200] Precauciones para	Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.			

	evitar la aspiración	Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes. Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.			
FLEMAS/ EXPECTORACIÓN	[3230] Fisioterapia torácica	Monitorizar la cantidad y características de las secreciones. Instruir al paciente para que expectore las secreciones liberadas mediante respiraciones profundas. Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento (p. ej., pulsioximetría, signos vitales y nivel de comodidad referido).	[0410] Estado respiratorio : permeabilidad de las vías respiratorias	[00004] Riesgo de infección	TEORÍA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) - MODO FISIOLÓGICO - NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN
	[3350] Monitorización respiratoria	Anotar aparición, características y duración de la tos. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.			
DIFICULTAD RESPIRATORIA	[3350] Monitorización respiratoria	Observar los cambios de SaO2, SvO2 y CO2 teleespiratorio y valores de gasometría arterial, según corresponda. Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea	[0415] Estado respiratorio	[00030] Deterioro del intercambio de gases	TEORÍA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) - MODO FISIOLÓGICO - NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA

	[3320] Oxigenoterapia	Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. Administrar oxígeno suplementario según órdenes. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.			OXIGENACIÓN
SIBILANCIAS	[3140] Manejo de la vía aérea	Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.	[0415] Estado respiratorio	[00033] Deterioro de la ventilación espontánea	TEORÍA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) - MODO FISIOLÓGICO - NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN
		Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.			
	Administrar broncodilatadores, según corresponda.				
	[3390] Ayuda a la ventilación	Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea. Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente). Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.			
DEPORTES/ACTIVIDADES	[0221] Terapia de	Colocar una cama de baja altura, si resulta	[1633] Participación	[00093] Fatiga	TEORÍA DE AUTO-CUIDADO

IDAD FÍSICA	ejercicios: ambulación	oportuno.	n en el ejercicio		DO (PERSONA Y ENTORNO) La Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC)
		Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.			
		Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad			
	[4310] Terapia de actividad				
		Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer m3s que en las debilidades.			
		Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita.			
		Fomentar la participaci3n en actividades recreativas y de diversi3n que tengan por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupos, voleibol, tenis de mesa, paseos, nataci3n, tareas sencillas concretas, juegos simples, tareas rutinarias, quehaceres dom3sticos, arreglo personal, puzles y cartas.			
DOLOR	[6160] Intervenci3n en caso de crisis	Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de [1305] afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro.	[1305] Modificaci3n psicossocial: cambio de vida	[00133] Dolor cr3nico	TEORÍA DE AUTOCUIDADO PERSONA Y ENTORNO AUTOCUIDADO ANALGESICO RED DE APOYO (SUPLENCIA EN EL
		Ayudar en la identificaci3n de sistemas de apoyo disponibles.			
		Proporcionar un			

		ambiente de apoyo.			CUIDADO)
	[2300] Administra ción de medicació n	Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos sean suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrar, según sea apropiado.			
CANSAN CIO	[0180] Manejo de la energía	Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad. Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal), si resulta necesario.	[0005] Tolerancia de la actividad	[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	TEORÍA DE ADAPTACIÓ N (PERSONA, ENTORNO Y ENFERMERÍ A)) -MODO FISIOLÓGIC O- NECESIDAD ES BÁSICAS FUNCIÓN DE ACTIVIDAD Y DESCANSO
	[0221] Terapia de ejercicios: ambulació n	Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. Ayudar al paciente a establecer aumentos de			

		<p>distancia realistas para la deambulaci3n.</p> <p>Animar al paciente a que est3 «levantado seg3n le apetezca», si es apropiado.</p>			
CONCILIAR EL SUEÑO	[1850] Mejorar el sueño	Determinar el patr3n de sueño/vigilia del paciente.	[0004] Sueño	[00093] Fatiga	TEORÍA DE AUTOCUIDADO PERSONA AUTOCUIDADO CONSERVAR LA SALUD, LA VIDA Y RECUPERACI3N DE LA ENFERMEDAD
		Determinar los efectos que tiene la medicaci3n del paciente en el patr3n de sueño.			
		Enseñar al paciente a realizar una relajaci3n muscular autog3nica u otras formas no farmacol3gicas de inducci3n del sueño.			
	[6482] Manejo ambiental: confort	Evitar interrupciones innecesarias y permitir per3odos de reposo.			
		Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineaci3n corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).			
		Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.			

Autor: Creaci3n propia

2.3. Marco conceptual

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de acuerdo con la (Organización Mundial de la salud, 2023) es una enfermedad pulmonar común que reduce el flujo de aire y causa problemas respiratorios. A veces se denomina «enfisema» o «bronquitis crónica». En las personas con EPOC, la mucosidad puede dañar u obstruir los pulmones. Los síntomas pueden ser tos (a veces con esputo), problemas para respirar, sibilancias y fatiga.

Apoptosis: Tipo de muerte celular en la que una serie de procesos moleculares en la célula conducen a su muerte. Este es un método que el cuerpo usa para deshacerse de células innecesarias o anormales. El proceso de apoptosis puede estar bloqueado en las células cancerosas. También se llama muerte celular programada. (*Apoptosis*, s.f)

Crónico: Se refiere a algo que continúa durante un período de tiempo prolongado. Una enfermedad crónica generalmente dura mucho tiempo y no desaparece en forma rápida o fácil. (*Medline Plus*, 2023)

Fuerza de volumen expiratorio: El FEV1 corresponde al volumen máximo de aire exhalado en el primer segundo de la maniobra de FVC. (Benítez-Pérez et al., 2016)

Calidad de vida: bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo. (Fernández-López et al., 2010)

Cuestionario Saint George: El cuestionario respiratorio Saint George fue creado para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, mostrando ser un instrumento útil, válido y confiable en otros países. (Aguilar et al., 2000)

Cuidado de enfermería: En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. (Valverde, 2009)

Estilo de vida: El estilo de vida se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento social. (Lorenzo Díaz & Díaz Alfonso, 2019)

Salud Mental: Según la (OMS 2023), es un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.

Multidimensional: En investigación, un enfoque multidimensional es aquel que recoge las diferentes dimensiones o aspectos que presenta un determinado concepto o constructo, en aras a obtener una visión global e integrada de aquel. Por ejemplo, un estudio sobre la pobreza desde un enfoque multidimensional debería recoger todas las facetas y factores que afectan a la pobreza tanto económicos (renta, vivienda, consumo) como sociales (nivel educativo, clase social). (*Definición Multidimensional*, s.f)

Diagnóstico de enfermería: NANDA 1990 “juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales”. (*¿Qué Es El Diagnóstico NANDA De Enfermería?*, 2022)

2.4. Marco contextual

Esta enfermedad representa una de las principales causas de muerte en todo el mundo; según (Organización Mundial de la salud, 2023) aproximadamente 3 millones de personas en el mundo mueren como consecuencia de la EPOC cada año. Adicionalmente, entre más joven se adquiere la enfermedad más son los años de vida saludables perdidos, llegando a tener hasta un 60% de esperanza de vida perdida si se tiene EPOC a la edad de 45 años.

Datos y cifras a nivel Global

- La EPOC es más común en países donde el consumo de cigarrillos ha sido o sigue siendo, un problema de salud pública.
- En 2012 murieron por EPOC más de 3 millones de personas, lo cual representa un 6% de todas las muertes registradas este año.
- Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.
- Afecta a más de 200 millones de personas y es la tercera causa de muerte en el mundo.
- En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres.
- Es la única enfermedad que va en aumento en prevalencia en todo el mundo.
- Existe un subdiagnóstico del 72 a 93%.

Datos y cifras en Colombia

- Es la cuarta causa de muerte en Colombia.
- 38 personas mueren diariamente a consecuencia de esta enfermedad.
- 6.619 muertes por EPOC se presentan anualmente y son atribuidas al tabaco.
- 70.299 personas enferman por EPOC anualmente a consecuencia del tabaco.
- 850.000 millones de pesos gasta el SGSSS para atender los casos de EPOC como consecuencia del tabaco. (*MinSalud Promueve Control De Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC, s.f*)

2.5. Marco geográfico

El departamento de Risaralda está ubicado en la zona occidental del país en la región de los Andes, al norte limita con los municipios de Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal y Marsella (departamento de Risaralda). Al sur, con los municipios de Ulloa (tramo Valle), Filandia y Salento (departamento de Quindío). Al oriente, con Tolima, Anzoátegui, Santa Isabel, Ibagué y la región del Pico Nevado. Al occidente, con los municipios de Cartago,

Ansermanuevo (departamento de Valle), Balboa, La Virginia (departamento de Risaralda). (GOBERNACIÓN DE RISARALDA, 2016)

CLIMA: El suelo de Pereira se divide según el clima de la siguiente manera: clima cálido 9,9%, clima medio 60.7%, clima frío 11,5%, páramo 17,7%, la precipitación media anual es de 2750 mm. Esta característica climática y forma del relieve también ofrece variabilidad en la cobertura vegetal y paisajística, convirtiendo al municipio de Pereira en uno de los más ricos en términos de biodiversidad del país. Sin embargo, la ciudad se presenta como una zona donde el suelo que la forma y las fallas geológicas que la recorren son muy vulnerables sísmicamente. (*Geografía, 2021*)

GEOGRAFÍA: El municipio de Pereira presenta pisos térmicos que varían desde nieves continuas (Nevado de Santa Isabel a 5.200 msnm) en el límite del departamento del Tolima hasta pisos cálidos a 900 msnm y en las costas del Cauca. . El río . Por tanto ofrece diversas posibilidades para uso agrícola. De hecho, existen áreas forestales que protegen cuencas hidrográficas, zonas de diversificación y medios denominados cafetales y zonas cálidas donde se cultivan actividades ganaderas y agrícolas (piña, caña de azúcar, caña de azúcar y pasto). (*Geografía, 2021*)

2.6. Marco demográfico

Población: El DANE proyecta que Pereira tendrá una población de 481.768 habitantes en 2023: 255.457 mujeres (53,0%) y 226.311 hombres (47,0%). Los habitantes de Pereira constituirán el 49,5% de la población total de Risaralda. Pereira es el municipio con mayor población del departamento de Risaralda. Según proyecciones del DANE, en 2023 vivirán en Pereira 376.524 personas mayores de 18 años: 204.055 mujeres (54,2%) y 172.469 hombres (45,8%). Los adultos representarán el 78,2 por ciento de la población de Pereira en 2023. En Colombia los adultos mayores tienen más de 60 años. En 2023, Pereira contaba con 91.575 adultos mayores: 53.824 mujeres (58,8%) y 37.751 hombres (41,2%). Los adultos mayores representarán el 19,0 % de la población total de Pereira en 2023. (*Información Económica Y Sociodemográfica Desagregada a Nivel Municipal, 2023*)

Características culturales: En Risaralda vive gente trabajadora cuya economía se basa en el comercio, la minería y la agricultura. Personas ligadas a la familia y a las buenas costumbres, profesando un amor devoto por la tierra y su café, caña de azúcar, maíz y frijol. Mantienen la medicina tradicional, pero la medicina científica tiene mucha aceptación e influencia. Sus propias prácticas religiosas casi han desaparecido, reemplazadas por la fe católica. (*SINIC Colombia Cultural - Población - RISARALDA, s.f.*)

Aspectos laborales y medio ambiente que influyen en la presencia del EPOC: Las actividades laborales, especialmente las actividades relacionadas con la producción y manipulación de múltiples materiales necesarios para la producción de bienes, presentan un riesgo para la salud de los trabajadores. Productos químicos como pesticidas y agentes de limpieza, incluidos los desinfectantes, han mostrado tendencias positivas de respuesta

a la exposición asociadas con el riesgo de EPOC. Los humos de soldadura pueden afectar la función pulmonar de los soldadores y la exposición crónica provoca otros efectos sobre la salud, en particular la EPOC. (Mejía Argüello & González Ángel, 2023)

2.7. Marco epidemiológico

En Colombia, 70.299 personas contraen EPOC cada año, alrededor de 6.619 personas mueren a causa de la enfermedad cada año y 38 personas mueren cada día. Es la cuarta causa de muerte en este país. Más del 90% de las muertes por EPOC ocurren en países de ingresos bajos y medios, es la tercera causa de muerte en todo el mundo y ahora afecta a ambos sexos casi por igual, en parte debido al aumento del tabaquismo entre las mujeres. Es la única enfermedad cuya prevalencia está aumentando en todo el mundo. (MinSalud Promueve Control De Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC, s.f)

2.8. Marco legal

En Colombia, el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos están consagrados en los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991 y regulados por la Ley 100 de 1993. En un sentido normativo, este derecho significa acceso igualitario a través de una cobertura progresiva de los mismos planes de beneficios. y financiamiento de los sistemas del SGSSS. (*Ley 100 De 1993 - Gestor Normativo*, 1993)

DECRETO NÚMERO 3518 DE 2006 El reglamento tiene por objeto crear y regular la información sistemática y oportuna del sistema de monitoreo de salud pública de Sivigila sobre la dinámica de los eventos que afectan o potencialmente afectan la salud de la población, con el fin de orientar la política de salud pública. y diseño; toma decisiones para prevenir y controlar enfermedades y factores de riesgo para la salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las actividades; racionalizar y optimizar los recursos existentes y lograr la eficiencia de los recursos en este ámbito, promoviendo la protección de la salud individual y colectiva. (DECRETO NÚMERO 3518 Sistema De Vigilancia En Salud Pública..., 2006)

La RESOLUCIÓN 2254 DE 2017: Por la cual se adopta la norma de calidad del aire ambiente y se dictan otras disposiciones» Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible. La constitución política afirma el derecho colectivo a un medio ambiente sano y el deber del Estado de proteger la diversidad e integridad del medio ambiente, planificar el manejo y uso de los recursos naturales para asegurar su sostenibilidad, conservación, restauración o reposición, y prevenir daños. para el medio ambiente. factores de degradación. (*Derecho Del Bienestar Familiar [RESOLUCION_MINAMBIENTEDS_2254_2017]*, 2017)

RESOLUCIÓN 610 DE 2010, “Por la cual se establece la Norma de Calidad del Aire o Nivel de Inmisión, para todo el territorio nacional en condiciones de referencia”.Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial. (*Resolución 610 De 2010 Ministerio De Ambiente, Vivienda Y Desarrollo Territorial*, 2010)

LEY 1335 DE 2009 La presente ley tiene por objeto promover la protección de los derechos a la salud de los habitantes del territorio del país, especialmente de los menores de 18 años y los no fumadores, para regular el consumo, venta, publicidad y promoción de ventas de cigarrillos, sus derivados y la creación de programas de salud y educación encaminados a reducir su consumo, destetar a los fumadores de la adicción al tabaco e imponer las sanciones apropiadas a quienes violen las disposiciones de esta ley. (Ley 1335 De 2009 - Gestor Normativo, 2009)

Guía de práctica clínica (GPC) el objetivo es determinar, basándose en la mejor evidencia científica disponible, cómo se puede optimizar la atención sanitaria y el uso de recursos para la prevención primaria de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la prevención secundaria y terciaria en poblaciones de riesgo. Para el tratamiento y seguimiento de pacientes con EPOC. (*Guía De Práctica Clínica*, 2014)

PDSP El Plan Decenal de Salud Pública es una política pública que incluye un plan de acción que define metas, objetivos y estrategias basadas en el consenso social y ciudadano para abordar los desafíos de salud pública durante los próximos 10 años. El derecho fundamental del pueblo colombiano a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida.. (Plan Decenal De De Salud Pública, 2023)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Salud (SOGCS) es un conjunto de instituciones, estándares, requisitos, mecanismos y procesos informados y sistemáticos de salud para producir, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en un país. (SOGCS, s.f)

Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo: ruta por la cual se proporcionan opciones basadas en evidencia para que las personas que consumen tabaco, sus derivados o productos sustitutos dejen de fumar y mantengan la abstinencia a largo plazo como parte de la atención integral que los usuarios de atención médica deben recibir en cualquier programa. , para la prevención o tratamiento de enfermedades. (MSPS, 2023)

El sistema de vigilancia en salud pública (SVSP) consiste en un proceso sistemático y continuo de recopilación, análisis, interpretación y difusión de información de salud específica para su uso en la planificación, implementación y evaluación de la práctica de la salud pública. (SVSP, s.f)

2.9. Marco ético

Normatividad colombiana

RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993. Establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Regula éticamente la investigación científica y las prácticas de los investigadores en Colombia y aborda temas problemáticos en las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las ciencias ambientales, y concluye que es necesario fortalecer la supervisión gubernamental de estos temas, actualizar la normativa y capacitar a los investigadores, científicos y miembros de comités de ética en investigaciones, especialmente en las siguientes áreas: protección de participantes, cuidado de animales, conflictos de intereses, manejo de comunidades y grupos

vulnerables, protocolos comunitarios, consentimiento informado, consulta previa, manejo de la biodiversidad y acceso a recursos genéticos. (*Resolución 8430 De 1993 - Colombia, 1993*)

Ley 266 de 1996. Esta ley regula la actividad profesional de la enfermera, define la naturaleza y finalidad de la profesión, define el alcance de la actividad profesional, desarrolla los principios rectores, determina sus órganos de administración para la administración, organización, acreditación y supervisión de la enfermera. actividades profesionales y responsabilidades. y los derechos derivados de su aplicación. (*LEY 266, 1996*)

LEY 911 DE 2004 Esta ley regula la responsabilidad deontológica de los profesionales de enfermería nacionales y extranjeros, quienes tienen el derecho legal de ejercer esta profesión en todo el territorio de la República de Colombia. (*LEY 911 DE 2004, 2004*)

LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012 La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional de todas las personas a conocer, actualizar y corregir la información recogida sobre ellas en bases de datos o archivos, así como los demás derechos, libertades y garantías constitucionales especificadas en el art. 15. de la constitución política; y el derecho a la información definido en el artículo 20 del mismo, (*LEY ESTATUTARIA 1581, 2012*)

Normatividad internacional

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Por la cual se establecen los principios éticos que guían a los médicos y otras personas que realizan investigaciones médicas con seres humanos. (*DECLARACIÓN HELSINKI, s.f*)

Consideraciones bioéticas

En este estudio se consideraron las normas nacionales e internacionales que rigen la investigación en salud, contenidas en la resolución 008430 de 1993, así como las directrices para la investigación en seres humanos propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Declaración de Helsinki. La Investigación fue sometida y aprobada en el comité de ética investigación de la institución en la cual se desarrolló el estudio. Los Participantes firmaron el consentimiento informado, y se mantuvo la confidencialidad de su información. Este estudio es considerado según (*Resolución 8430 De 1993 - Colombia, 1993*) como Investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención biológica, fisiológica o psicosocial en los sujetos participantes.

2.10. Marco disciplinar

TEORÍAS DE ENFERMERÍA: Las teorías consisten en un conjunto de conceptos y supuestos interrelacionados que abarcan los dominios de la práctica, la enseñanza y la

investigación. Las teorías de enfermería aportan conceptos y proposiciones de enfermería relacionados con la visión del mundo. (Mesquita Melo et al., 2009,)

TEORÍA DE AUTOCUIDADO DOROTHEA OREM: Define su modelo como una teoría general de enfermería que consta de otras tres teorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría de la deficiencia del autocuidado y la teoría del sistema de cuidados. También define el propósito de la enfermería como: ayudar a una persona a realizar y mantener actividades de autocuidado para mantener la salud y la vida, recuperarse de una enfermedad y afrontar las consecuencias de la enfermedad. También está escrito que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar para compensar las deficiencias, dirigir, enseñar, apoyar y proporcionar un ambiente de desarrollo. El concepto de autocuidado fortalece la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsabilizándose de las decisiones que regulan su situación, porque está en línea con el objetivo de promoción de la salud. (Naranjo-Hernández, 2019)

Metaparadigmas según la teoría de Dorothea Orem

Persona: organismo biológico, racional y pensante. Como ente dinámico con capacidad de conocerse a sí mismo, de utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y dirigir nuestros esfuerzos, podemos reflexionar sobre nuestras experiencias y acontecimientos circundantes para realizar acciones de autocuidado dependiente.

Salud: significa integridad física, estructural y funcional; la ausencia de deficiencia, que indica un defecto de salud de una persona; El desarrollo gradual e integrado del hombre como unidad única se acerca a un nivel de integración cada vez mayor. Por tanto, se considera la percepción del bienestar de una persona

Enfermería: servicio humano que se brinda cuando una persona se ve incapaz de cuidar de sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por lo que es ayuda inmediata a personas y grupos en autocuidado por discapacidad, de acuerdo a sus necesidades. que sus situaciones personales dan.

Dorothea no define entorno, pero lo identifica como el conjunto de factores externos que influyen en la decisión de una persona de dedicarse al autocuidado o en su capacidad para practicarlo. (Naranjo-Hernández, 2019)

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem se enfoca en brindar una educación integral a los pacientes para que se empoderen de su propia salud y bienestar. Al aplicar esta teoría en los pacientes con EPOC, estamos dando herramientas y confianza para que manejen su enfermedad de manera efectiva y mejorar su calidad de vida.

TEORÍA DE ADAPTACIÓN CALLISTA ROY: El modelo adaptativo de Callista Roy es una teoría que se centra en la atención holística del paciente. Fue desarrollado por la teórica de enfermería Callista Roy en la década de 1970 y se basa en la idea de que el objetivo de la enfermería es ayudar al paciente a adaptarse a su entorno. Según el modelo de adaptación de Callista Roy, una persona es un sistema adaptativo que interactúa constantemente con su entorno. Este modelo reconoce que la enfermería debe centrarse en adaptar al paciente a su entorno para promover la salud y el bienestar. (Modelo De Adaptación Callista Roy, 2023)

Sor Callista divide su modelo en tres componentes

1. Modos Adaptativos: Son los comportamientos que utiliza el paciente para adaptarse a su entorno. El modelo de adaptación de Callista Roy identifica cuatro tipos de adaptación:

Estado fisiológico: relacionado con las necesidades básicas del paciente como oxigenación, nutrición, sueño y eliminación.

Autoconcepto: Se refiere a la imagen que el paciente tiene de sí mismo.

Estado de rol: Relacionado con las responsabilidades y tareas que tiene el paciente en su vida.

Interdependencia: Se refiere a las relaciones interpersonales del paciente.

2. Procesos adaptativos: Son las acciones que realiza el paciente para adaptarse a su entorno. Estos procesos incluyen percepción, selección, organización e integración de información.
3. Niveles de adaptación: el modelo de adaptación de Callista Roy también identifica tres niveles de adaptación:

Adaptación Regulatoria: Se refiere a los cambios fisiológicos que sufre el paciente para mantener el equilibrio interno.

Adaptación Cognitiva: Se refiere a la capacidad del paciente para comprender y responder a su entorno.

Adaptación conductual: Se refiere a cambios en la conducta del paciente que le permiten adaptarse a su entorno.

El modelo de adaptación de Callista Roy se aplica en enfermería de muchas maneras. Algunas aplicaciones comunes incluyen:

Evaluación: El modelo adaptativo de Callista Roy se utiliza para evaluar cómo interactúa el paciente con su entorno. Se evalúan los métodos de adaptación, los procesos de adaptación y los niveles de adaptación del paciente.

Diagnóstico: El modelo de adaptación de Callista Roy diagnostica las necesidades del paciente en relación con su entorno. Se identifican los patrones de comportamiento que utiliza el paciente para adaptarse y se identifican los obstáculos a la adaptación.

Plan de tratamiento: el modelo adaptativo de Callista Roy se utiliza para crear un plan de tratamiento individualizado para cada paciente. El plan de tratamiento se centra en las necesidades de adaptación del paciente y las intervenciones están diseñadas para ayudar al paciente a adaptarse a su entorno. (*Modelo De Adaptación Callista Roy, 2023*)

Metaparadigmas según Sor Callista Roy

Persona: Es el centro del modelo y se define como un ser único y complejo que interactúa constantemente con su entorno.

Ambiente: Se refiere a todo lo que rodea al paciente, tanto física como psicológicamente. Este entorno puede afectar la salud del paciente y su capacidad para adaptarse a situaciones.

Salud: se entiende como un estado de equilibrio entre la persona y su entorno.

Enfermería: Es un proceso que promueve la adaptación del paciente a su entorno, con el objetivo de promover la salud y el bienestar. (*Modelo De Adaptación Callista Roy, 2023*)

La teoría de Callista Roy es una teoría de enfermería que se enfoca en la adaptación de los individuos. En el manejo de los pacientes con EPOC se debe evaluar la adaptación del paciente al contexto de su enfermedad, identificar cuáles son los estímulos que están afectando al paciente y cuál es la respuesta del paciente a esos estímulos y planificar de una manera individualizada un plan de cuidado que tenga en cuenta las necesidades de adaptación del paciente.

3. Metodología

3.1. Línea de investigación

Línea de investigación: Cuidado de enfermería a individuos, familias y comunidades

Sublínea de investigación: Salud Pública

Áreas del conocimiento: Seguridad del paciente; conocimiento y desarrollo epidemiológico; vigilancia en salud pública; educación para la salud; políticas, planes y programas en salud; responsabilidad social.

Sublínea de investigación: Gestión del Cuidado

Áreas del conocimiento: Gerencia y administración del cuidado; planeación de servicios de salud; promoción y mantenimiento de la salud; prevención, rehabilitación, tratamiento y paliación; gestión del cuidado humanizado; desarrollo del PAE.

3.2. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, corte transversal que estima la calidad de vida y características clínico-epidemiológicas de individuos con diagnóstico de EPOC, en diferentes estadios según las guías Gold (2022). Los encuestados hacen parte de programas de salud, unidades muestrales seleccionados por bola de nieve. Muestreo no probabilístico por conveniencia de 23 usuarios. Previo consentimiento informado, presencialmente se aplicó el cuestionario Saint George. Los datos se analizaron en SPSSv25. Se consideraron normas éticas nacionales e internacionales que rigen la investigación en salud, Resolución 008430 de 1993, directrices para la investigación en seres humanos propuestas por la OMS y la Declaración de Helsinki.

3.3. Enfoque y diseño

Estudio con enfoque cuantitativo, es secuencial y busca aplicar la hipótesis relacionada con que las intervenciones de enfermería basadas en la Taxonomía NANDA NIC NOC a la luz de teorías de enfermería de adaptación, autocuidado y patrones funcionales, mejoran el proceso de atención del paciente con la EPOC y contribuyen a una mejora calidad de vida. El diseño de investigación es no experimental, transversal, descriptivo, donde el estudio será sin manipulación de variables y en el que se observará el fenómeno en su ambiente natural.

3.4. Población, técnica de muestreo y tamaño de muestra

La población objeto de estudio, son pacientes con diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría que hacen parte de programas de salud. Muestreo no probabilístico en bola de nieve. Muestra por conveniencia de 23 usuarios, previo consentimiento informado, presencialmente se aplicó el cuestionario Saint George, la encuesta demográfica, clínico epidemiológica

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría y que acepten voluntariamente participar de la investigación
- Usuarios residentes en el Municipio de Pereira en la época donde se realizó la investigación.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diagnóstico de EPOC y se encuentren en estado de embarazo
 - pacientes con déficit cognitivo o alteraciones de tipo mental que les impide diligenciar el instrumento
- Pacientes que clínicamente se encuentren con dificultad para el diligenciamiento del cuestionario y la encuesta

3.6. Operacionalización de las variables

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables para el estudio

Características clínicas

- Diagnóstico oportuno
- Limitación crónica del flujo aéreo
- Tos crónica
- Expectoración
- Disnea de esfuerzo
- Fiebre
- Presencia de infección respiratoria
- Infección en sitio diferente al sistema respiratorio
- Adherencia al tratamiento farmacológico
- Adherencia al tratamiento no farmacológico
- Exposición a tabaco o irritantes químicos

Antecedentes patológicos personales y familiares

- Enfermedades respiratorias tipo Asma
- HTA
- Dislipidemia
- Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño
- Diabetes mellitus
- Cardiopatía isquémica
- Cirrosis biliar primaria
- Bronquitis crónica
- Asma Bronquial

Cultura de autocuidado

- Percepción factores nutricionales deficientes
- Hallazgos clínicos
- Diagnóstico de atrapamiento aéreo
- Incremento del volumen residual (VR)
- Incremento de la capacidad residual funcional (CRF)
- Aumento de capacidad pulmonar total (CPT)”
- Prueba espirométrica
- Terapia inhalada

Características Epidemiológicas

- Edad
- Género
- Fumador / Exfumador
- Cantidad de cigarrillos al día
- Uso de leña para la preparación de alimentos / gas / gasolina / electricidad

Exposición ocupacional

- Actividad labor
- Nivel de alfabetismo
- Uso de elementos de protección personal

Marcadores bioquímicos

- Deficiencia de alfa-1 antitrypsin

Características Sociodemográfica

- Nivel de ingreso
- Nivel de escolaridad
- Residencia: Urbana / Rural
- Afiliación

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCAL
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento	Años, Días, Meses	Razón
Medio Ambiente	Calidad del ambiente donde se encuentra ubicada la vivienda	contaminado, muy contaminado, polucionado	Nominal politómica
Asbesto	Alguna vez ha trabajado o se ha encontrado expuesto al asbesto	si , no	Nominal dicotómica
Actividades diarias	Se han visto afectadas de manera negativa sus actividades diarias debido a su estado de salud	si, no, porque?	Nominal Dicotómica cualitativa
frustración/depresión	¿Se frustra o deprime al ver su salud afectada y tener que depender de otros?	si, no	Nominal Dicotómica
Exposición al cigarrillo	¿Actualmente usted fuma? en su hogar alguien más fuma?	si, no	Nominal Dicotómica
Exposición al carbon/leña	En su hogar cocinan o cocinan con leña durante un tiempo prolongado?	si, no, tiempo	nominal dicotómica

1. Edad
2. Antecedentes personales(patológicos)
3. El medio Ambiente en el que se encuentra su vivienda se considera:
contaminado__ muy contaminado__ polucionado__
4. Medicamentos que toma y frecuencia
5. Cómo se conforma su grupo Familiar (No. de personas que habitan)
6. ¿Ha llegado a sentir en alguna ocasión que le falta el aire? Si__ no__
7. ¿Actualmente usted fuma? ¿Cuántos cigarrillos diarios?
8. ¿En su hogar alguien más fuma?
9. ¿En su hogar cocinan o cocinaron con leña durante un tiempo prolongado? Si____
no__ tiempo_____
10. ¿Considera que tiene una alimentación saludable?
11. ¿Realiza actividad física? Con que frecuencia: nunca__ 1 vez a la semana__ 2 veces a
la semana__ 3 veces a la semana__ 4 veces o más__
12. Ha presentado alergias y/o enfermedades respiratorias en los últimos 6 meses?
13. ¿Cuál es su actividad laboral actualmente?
14. ¿Alguna vez ha trabajado o ha estado expuesto al asbesto?
15. ¿Le han practicado alguna vez una espirometría?
16. Se han visto afectadas de manera negativa sus actividades diarias debido a Su estado.
de salud? Explique.
17. ¿Se frustra o deprime al ver su salud afectada y tener que depender de otros?

3.7. Instrumentos de recolección de información

El instrumento utilizado en este estudio fue el cuestionario respiratorio de Saint George (SGRQ) Ver anexo A, el cual está diseñado para medir el impacto, el estado de salud y el bienestar que perciben los mismo pacientes con EPOC sobre su enfermedad.

(Ferrer et al., 1996) realizaron la traducción del instrumento al español, su adaptación fue validada por bilingües y un comité profesional experto en el tema, posteriormente el instrumento fue diligenciado por 318 pacientes quienes entendieron fácilmente el cuestionario. Los resultados de este estudio revelan la validez y confiabilidad del instrumento para aplicarse en el idioma español.

En Colombia, (Rodríguez-Torres et al., 2023) aplicaron el cuestionario respiratorio de Saint George (SGRQ) para cuantificar la calidad de vida, donde se encontraron que los síntomas y el impacto son las dimensiones en las que los pacientes tienen mayores cambios significativos , lo cual soporta el uso de este instrumento.

3.8. Técnica de recolección de información

Estrategia de búsqueda Se realizó una búsqueda avanzada en la base de datos Cochrane, Pubmed y el metabuscador de la biblioteca virtual de la Universidad del Areandina, que a su vez recopiló información de: Medline, el sevier, science direct, Scielo. Para lograr una revisión eficiente y ordenada de la información, se seleccionaron términos de la MESH, tales como: "EPOC", "Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica", "Calidad de vida", "quality of life", "COPD" "care" También se han consultado páginas web de interés como NNNConsult, OMS y SECPAL. Asimismo, se ha realizado lectura selectiva de la última edición de los siguientes libros: Modelo y teorías en enfermería, Fundamentos de enfermería y Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica.

Además, que con el fin de precisar la búsqueda, se combinaron con los operadores booleanos "and" "not" y "or". Por lo tanto, la combinación utilizada para la búsqueda en las bases de datos y metabuscador de la universidad se describe a continuación.

Calidad de vida and Epoc

- Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC
- Análisis de dos cuestionarios sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Efecto de una actividad grupal educativa en la calidad de vida de la persona con EPOC
- Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Programa de educación intrahospitalaria en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una estrategia para el automanejo
- Prevalencia de tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Cienfuegos, 2017- 2018
- Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Comparación de variables clínicas, capacidad funcional, ansiedad/depresión y calidad de vida en pacientes con EPOC de acuerdo a la clasificación GOLD 2018
- Hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima

Calidad de vida or Epoc

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Bases para el médico general
- Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad

Calidad de vida and Epoc and neumología

- Percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España

EPOC AND QUALITY OF LIVE

- DEPRESIÓN, IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS CON EPOC QUE ASISTEN A UN CENTRO MÉDICO INTEGRAL OPORTUNA EN BARRANQUILLA
- EPOC or calidad de vida
- Condición clínica, capacidad funcional, ansiedad/depresión y calidad de vida en pacientes con EPOC con diferentes rangos de edad
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema de salud
- Efectos de la rehabilitación pulmonar sobre calidad de vida y tolerancia al esfuerzo
- Efectividad de un programa educativo de rehabilitación respiratoria en atención primaria para mejorar la calidad de vida, la sintomatología y el riesgo clínico de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Depresión en ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica/asma: resultados del estudio Sabe-Bogotá
- Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia
- Calidad de vida relacionada con la salud e intervenciones emergentes en EPOC: revisión de literatura
- Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Hospital Universitario de Santander
- Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud
- Calidad de vida and EPOC
- Actualización de la Guía Española ~ de la EPOC (GesEPOC): comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos
- Relación entre el índice de masa corporal y la frecuencia de exacerbaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Santa Marta, Colombia

COPD AND QUALITY OF LIFE

- ¿Cómo Influyen los Ejercicios Respiratorios en los Músculos Respiratorios y la Calidad de Vida de los Pacientes con EPOC?
- The fatigue and quality of life in patients with chronic pulmonary diseases
- Calidad de vida y limitaciones en la vida diaria de pacientes ambulatorios con EPOC estable en un entorno real en Austria: resultados del proyecto CLARA

En cuanto al instrumento, se revisó en la literatura los cuestionarios de calidad de vida que se podían aplicar para pacientes con EPOC como por ejemplo: cuestionario EuroQol el cual es genérico, mide 5 dimensiones en salud incluyendo, actividades cotidianas, dolor, depresión, entre otros y el SF-36 que cuantifica la calidad de vida en personas adultas. Se realizó un consenso entre los investigadores y se tomó la decisión de aplicar el SGRQ porque es un cuestionario fácil, entendible y específico para el diagnóstico objeto de estudio.

Para el Inicio de la recolección de la información se contaba con una base de pacientes ambulatorios pertenecientes a programas de salud, al no lograr una buena disposición y

disponibilidad en la mayoría de los pacientes contactados, se optó por realizar el estudio por medio de la técnica de muestreo bola de nieve, logrando de esta manera la muestra por conveniencia de 23 sujetos. Todos los sujetos fueron contactados inicialmente por llamada donde se les explicó de qué se trataba el estudio de investigación, que su participación era voluntaria y, a las personas que aceptaron se les programó una cita de manera presencial en la mayoría de los casos en sus hogares.

Durante la visita se resolvieron dudas, se firmó el consentimiento informado y el instrumento fue auto diligenciado de forma supervisada por el auxiliar de investigación para resolver las dudas que pudieran presentarse durante el proceso. El cálculo del puntaje se realizó a través de la calculadora del cuestionario, la cual otorga un resultado que varía entre 0 y 100 %, donde un menor porcentaje es un indicativo de mayor calidad de vida.

...

3.9. Sesgos

4. Plan de análisis

Los reportes de los pacientes, contenidos en los instrumentos aplicados, fueron trasladados a la calculadora del cuestionario y posteriormente verificados por los investigadores para evitar errores de transcripción, con ello se obtuvo la calificación total y por subescalas. El análisis descriptivo se realizó utilizando el programa SPSS versión 25, tanto en el cálculo de frecuencias como de porcentajes para el procesamiento de las características sociodemográficas y cálculos de mediana, media y desviación estándar para el análisis tanto de las subescalas como de la escala global.

Se realizó análisis entre los cuidados de enfermería, desde la taxonomía NANDA, NIC y NOC, Las teorías de adaptación y autocuidado y las afectaciones encontradas en los pacientes en cuanto a su sintomatología y actividades de la vida diaria. Estableciendo los cuidados de enfermería específicos ajustados a los resultados encontrados. Ver anexo b.

5. Resultados

La edad promedio de los participantes fue 72 (DE \pm 9,18) años; el 56,5% (n=13) pertenecía al sexo femenino; el 95,7% (n=22) residen en zona urbana; el 56,5% (n=13) viven en estrato 3 y el 43,5% (n=10) en estrato 1 y 2; el 47,8% (n=11) sin educación o primaria incompleta. El 100% (n=23) con diagnóstico confirmado por espirometría y el 78,3% (n=18) hipertensos.

El 69,6% (n=16) no realizan actividad física y el 56,6% (n=13) no tienen antecedentes de uso de leña o exposición al asbesto. Se confirmó tabaquismo previo o actual en el 78,3% (n=18). Con relación a las preguntas de percepción de la propia salud, el 91,3% (n=21) la califica como "regular". Las preguntas relacionadas con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, el 73,9% (n=17) expresó una gran limitación para la realización de actividades en casa o diarias, como levantar objetos pesados, ir a la iglesia e ir a pasear, caminar o subir escaleras. En el 73,9% (n=17) su calidad de vida se encuentra afectada de manera moderada a severa.

6. Discusión y análisis de información

Este estudio realizó la medición de calidad de vida a través del cuestionario SGRQ, en términos para la capacidad de la vida diaria se encontró que el 73,9% (n=17) expresó una limitación significativa en el hogar o en actividades como levantar objetos pesados, caminar, subir escaleras e incluso ir a la iglesia, similar a lo que reporta (Achury Beltrán & García Peñuela, 2021) La calidad de vida relacionada con la salud es un indicador de las consecuencias de la EPOC en la realización de diversas actividades físicas y sociales por parte de los pacientes, por lo que su valoración se convierte en un aspecto importante en la evaluación e intervención de la población mencionada.

En cuanto a las preguntas sobre la autopercepción de la salud, nuestro estudio reveló que el 91,3% (n=21) la calificaron como "regular", lo que coincide con lo encontrado por (Cano-Rosales et al., 2017) donde el 43% de los pacientes con EPOC refieren que su salud es regular, así como también mencionan que tienen días en los que sienten que su salud física no es saludable, presentan dolor, insomnio y no se sienten vitales.

Por otro lado, (Salabert Tortoló et al., 2019) creen que debido a que es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica prevenible y tratable caracterizada por una limitación persistente del flujo de aire que generalmente progresa y se asocia con una mayor respuesta inflamatoria crónica de las vías respiratorias y los pulmones a partículas o gases tóxicos, se debe usar a diario. más intervenciones educativas de promoción y prevención de complicaciones con el objetivo de prevenir la progresión de las manifestaciones de la enfermedad. Lo que corresponde con el objetivo tres de este estudio, al diseñar cuidados de enfermería individualizados y adaptados en dos referentes teóricos para prevenir complicaciones, mejorar los síntomas, promover la actividad física y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como la de sus familias.

7. Conclusiones

Los pacientes con EPOC se encuentran afectados de manera moderada a severa en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, por lo tanto, estos resultados nos llevan a concluir la importancia de la intervención educativa, el mejoramiento de la adaptación a los nuevos estilos de vida y autocuidado y a la necesidad de brindar los cuidados de enfermería

específicos, basados en las teorías de adaptación y autocuidado para cada una de las dimensiones afectadas. Contribuyendo de esta manera en la prevención de complicaciones e impactando de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

8. Recomendaciones

Los resultados de este estudio sugieren que se desarrollen los cuidados de enfermería específicos para la intervención de las dimensiones afectadas con la EPOC basados en las teorías de adaptación y autocuidado. Con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Anexos

- a) Cuestionario Respiratorio Saint George

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

Instrucciones:

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas. Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FECHA: _____ EXPEDIENTE No: _____

EDAD: _____ SEXO: Masculino () Femenino ()

Parte 1

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. **Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.**

1. Durante el último año, he tenido tos

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos)

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto



5. Durante el último año ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

- Más de tres ataques
- Tres ataques
- Dos ataques
- Un ataque
- Ningún ataque



6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

- Una semana o más
- De tres a seis días
- Uno o dos días
- Menos de un día

7. Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)

- No
- Sí

Parte 2

Sección 1

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? **Por favor, marque una sola de las siguientes frases:**

- Es el problema más importante que tengo
- Me causa bastantes problemas
- Me causa pocos problemas
- No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. **Por favor marque una sola de las siguientes frases:** (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:**

	Cierto	Falso
Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar de subida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:**

	Cierto	Falso
Me duele al toser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso cuando toso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando hablo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me agacho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tos o la respiración interrumpen mi sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente me agoto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 4

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. **Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:**

	Cierto	Falso
La tos o la respiración me apenan en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No espero que mis problemas respiratorios mejoren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer ejercicio no es seguro para mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)

	Cierto	Falso
Mis medicamentos no me ayudan mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me apena usar mis medicamentos en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos me producen efectos desagradables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos afectan mucho mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. **Por favor, marque cierto si usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:**

	Cierto	Falso
Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche.....
- Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.....
- Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia.....

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. **Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:**

- | | Cierto | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| No puedo hacer deportes o jugar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo salir a distraerme o divertirme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo salir de casa para ir de compras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo hacer el trabajo de la casa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo alejarme mucho de la cama o la silla..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b) Cuidados de enfermería ajustados a los resultados del estudio

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
TOS	[3250] Mejora de la tos	Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía sistémica, según corresponda. Fomentar el uso de la espirometría de incentivo, según corresponda.	[3103] Autocontrol: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	[00032] Patrón respiratorio ineficaz	TEORIA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) -MODO FISIOLÓGICO- NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN
	[3200] Precauciones para evitar la aspiración	Supervisar la comida o ayudar, según corresponda. Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.			
		Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.			
		Monitorizar la cantidad y características de las secreciones			
[3230] Fisioterapia torácica	Instruir al paciente para que expectore las secreciones liberadas mediante respiraciones profundas. Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento (p. ej., pulsioximetría, signos vitales y Anotar aparición, características y duración de la tos. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.	[0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	[00004] Riesgo de infección	TEORIA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) -MODO FISIOLÓGICO- NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN	
[3350] Monitorización respiratoria	Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.				

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
DIFICULTAD RESPIRATORIA	[3350] Monitorización respiratoria	Observar los cambios de SaO2, SvO2 y CO2 teleespiratorio y valores de gasometría arterial, según corresponda.	[0415] Estado respiratorio	[00030] Deterioro del intercambio de gases	TEORIA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) -MODO FISIOLÓGICO- NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN
		Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.			
		Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea			
	[3320] Oxigenoterapia	Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. Administrar oxígeno suplementario según órdenes. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.			

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
SIBILANCIAS	[3140] Manejo de la vía aérea	Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. Administrar broncodilatadores, según corresponda.	[0415] Estado respiratorio	[00033] Deterioro de la ventilación espontánea	TEORIA DE ADAPTACIÓN (PERSONA) -MODO FISIOLÓGICO- NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE LA OXIGENACIÓN
	[3390] Ayuda a la ventilación	Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea. Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevant la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente). Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.			

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
DEPORTES/ACTIVIDAD FÍSICA	[0221] Terapia de ejercicios: ambulación	Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad	[1633] Participación en el ejercicio	[00093] Fatiga	TEORIA DE AUTOCUIDADO (PERSONA Y ENTORNO) La Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC)
	[4310] Terapia de actividad	Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en las debilidades. Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita. Fomentar la participación en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupos, voleibol, tenis de mesa, paseos, natación, tareas sencillas concretas, juegos simples, tareas rutinarias, quehaceres domésticos, arreglo personal, puzles y cartas.			

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
DOLOR	[6160] Intervención en caso de crisis	Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro. Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles. Proporcionar un ambiente de apoyo.	[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida	[00133] Dolor crónico	TEORIA DE AUTOCUIDADO PERSONA Y ENTORNO AUTOCUIDADO ANALGESICO RED DE APOYO (SUPLENCIA EN EL CUIDADO)
	[2300] Administración de medicación	Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.			

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
CANSANCIO	[0180] Manejo de la energía	Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.	[0005] Tolerancia de la actividad	[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	TEORIA DE ADAPTACIÓN (PERSONA, ENTORNO Y ENFERMERIA) -MODO FISIOLÓGICO- NECESIDADES BÁSICAS FUNCIÓN DE ACTIVIDAD Y DESCANSO
	[0221] Terapia de ejercicios: ambulación	Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal), si resulta necesario. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulación. Animar al paciente a que esté «levantado según le apetezca», si es apropiado.			

AFECTACIÓN/DEFICIT	NIC	ACTIVIDADES	NOC	NANDA	TEORIA
CONCILIAR EL SUEÑO	[1850] Mejorar el sueño	Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.	[0004] Sueño	[00093] Fatiga	TEORIA DE AUTOCUIDADO PERSONA AUTOCUIDADO CONSERVAR LA SALUD, LA VIDA Y RECUPERACIÓN DE LA ENFERMEDAD
	[6482] Manejo ambiental: confort	Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo). Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.			

Referencias Bibliográficas

References

- Achury Beltrán, L. F., & García Peñuela, P. (2021, 11 19). Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Investigación en enfermería imagen y desarrollo*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cvpe>
- Aguilar, E., Sotelo, M., & Lara, R. (2000). Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.*, 13(2), 85-95.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6000#:~:text=El%20cuestionario%20respiratorio%20Saint%20George,y%20confiable%20en%20otros%20pa%C3%ADses>
- Apoptosis - APOPTOSIS Definición: Tipo de muerte celular en la que una serie de procesos moleculares.* (s.f). Studocu. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-privada-abierta-latinoamericana/geetica/apoptosis/15044030>
- Barboza, E. (2020, May 18). *Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú | Revista Cuidarte.* revistas udes. Retrieved November 20, 2023, from <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1066>

Beltrán, A., & Garcia, L. F. (2021, 11 19). *Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Redalyc. Retrieved November 20, 2023, from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145274736009>

Beltrán, A., & Garcia Peñuela. (2016). Efecto de una actividad grupal educativa en la calidad de vida de la persona con EPOC. *Enfermería universitaria*, 16(2), 171-184. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.649>

Benítez-Pérez, R. E., Bouscoulet, L. T., Villca-Alá, N., Del-Río-Hidalgo, R. F., Pérez-Padilla, R., Vázquez-García, J. C., Silva-Cerón, M., Cid-Juárez, S., & Gochicoa-Rangel, L. (2016, 06). Espirometría: recomendaciones y procedimiento. *Neumol Cir Torax*, 75(2), 173-190.

Caballero, A., Torres-Duque, C. A., Jaramillo, C., Bolívar, F., Sanabria, F., Osorio, P., Orduz, C., Guevara, D. P., & Maldonado, D. (2018). Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL study). *Chest*, 133(2), 343-9. DOI: 10.1378/chest.07-1361

Cáceres-Manrique, F. d. M., Parra-Prada, L. M., & Pico-Espinosa, O. J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20(2), 147-154. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>

Cano-Rosales, D. J., Bolívar-Grimaldos, F., Omaña Roa, J. J., & Sepúlveda-Sierra, A. M. (2017, 06 29). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Hospital Universitario de Santander. *30(2)*. <https://doi.org/10.18273/revmed.v30n2-2017001>

Carratalá. (2023, June 16). *Percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España*. elsevier.es. Retrieved November 20, 2023, from <https://www.elsevier.es/en-revista-open-respiratory-archives-11-articulo-percepcion-calidad-vida-pacientes-con-S2659663619300128>

Crónico(a). (2023, 2 2). MedlinePlus. Retrieved November 19, 2023, from

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002312.htm>

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. (s.f). Declaracion de

Helsinki de la Asociacion Medica Mundial: Principios éticos para las investigaciones

médicas en seres humanos. Retrieved November 19, 2023, from

<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-helsinki-asociacion-medica-mundial-principios-eticos-para-investigaciones>

DECRETO NÚMERO 3518 Sistema de vigilancia en salud pública.... (2006, 10 9). Ministerio

de Salud y Protección Social. Retrieved November 19, 2023, from

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Derecho del Bienestar Familiar [RESOLUCION_MINAMBIENTEDS_2254_2017]. (2017, 11

12). ICBF. Retrieved November 19, 2023, from

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minambienteds_2254_2017.htm

Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo.

(2023, June 16). YouTube. Retrieved November 19, 2023, from

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-cesacion-consumo-atencion-tab>

Emma, S., & Sepúlveda, R. (2017, 12 1). *Percepción de la calidad de vida en anciano con*

dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. SciELO España.

Retrieved November 20, 2023, from

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400168

Enfoque multidimensional. (s.f). Gizapedia. Retrieved November 19, 2023, from <https://gizapedia.org/enfoque-multidimensional>

Escuela Nacional del Deporte. Cali, Colombia., Universidad del Valle. Cali, Colombia., Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia., & Clínica de Occidente S.A. Cali, Colombia. (2022). Condición clínica, capacidad funcional, ansiedad/depresión y calidad de vida en pacientes con EPOC con diferentes rangos de edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1), 1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100010

Fernández-López (, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010, 04). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2). de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es.

Ferrer, M., Alonso, J., Prieto, L., Plaza, V., Monsó, E., & Marrades, R. (1996). Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*, 9, 1160–1166. <https://doi.org/10.1183/09031936.96.09061160>

Galvis López, M. A. (2015, May 5). *TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA*. Redalyc. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359540742012.pdf>

GARCÍA GUILLÉN, M. D. L. (2006, 10). Setenta y un años de historia de la EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (1935-2006). *REV INST NAL ENF RESP MEX*, 19(4), 316-320. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a16.pdf>

Geografía. (2021, June 8). Alcaldía de Pereira. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.pereira.gov.co/publicaciones/18/geografia/>

GOBERNACIÓN DE RISARALDA. (2016, August 7). *Generalidades*. Gobernación de Risaralda. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.risaralda.gov.co/publicaciones/100015/generalidades/>

Gómez González, A. (2008). *ESTADO ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: VALORACIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL Ponente:*. Sorecar. Retrieved November 19, 2023, from https://www.sorecar.net/index_htm_files/Valoracion%20psicologica%20y%20social%20-%20Barcelona%202008.pdf

Guía de práctica clínica. (2014, 04). Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-EPOC-completa.pdf>

Horner, A., C Burghuber, O., Hartl, S., Studnicka, M., Merkle, M., Olschewski, H., Kaiser, B., Wallner, E. M., & Lamprecht, B. (2020, 07). Quality of Life and Limitations in Daily Life of Stable COPD Outpatients in a Real-World Setting in Austria - Results from the CLARA Project. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, *12*(15), 1655-1663. 10.2147/COPD.S252033

Información económica y sociodemográfica desagregada a nivel municipal. (2023, March 28). DANE. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.dane.gov.co/index.php/actualidad-dane/5607-informacion-economica-y-sociodemografica-desagregada-a-nivel-municipal>

Ley 100 de 1993 - Gestor Normativo. (1993). Función Pública. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ley 1335 de 2009 - Gestor Normativo. (2009, 07 21). Función Pública. Retrieved November 19, 2023, from

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36878>

Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo. (2012, 10 17). Función Pública. Retrieved November 19, 2023, from

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>

LEY 266 DE 1996 - (Enero 25) Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

(1996, 01 25). Ministerio de Educación Nacional. Retrieved November 19, 2023, from

https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf

LEY 911 DE 2004. (2004, 10 5). Ministerio de Educación Nacional. Retrieved November 19,

2023, from https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Lorenzo Díaz, J. C., & Díaz Alfonso, H. (2019). Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(2).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200170

Martínez, L., Rojas Granados, & Lázaro. (2020). ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Bases para el médico general. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 63(3), 28-34. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un203f.pdf>

Mejía Argüello, J. E., & González Ángel, L. A. (2023, 01 5). El trabajo como un factor de riesgo en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y otras patologías respiratorias. Revisión narrativa de literatura. *Revista Colombiana De Salud Ocupacional*, Vol. 13. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2023.8773>

Mesquita Melo, E., Lopes, M.V., Carvalho Fernandes, A.F., Teixeira Lima, F.E., & Barbosa, I.V. (2009, 10). Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los

conceptos. *Enfermería Global*, (17).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

61412009000300017#:~:text=Las%20teor%C3%ADas%20comprenden%20un%20conjunto, a%20una%20visi%C3%B3n%20del%20mundo.

Miguel Díez, J. d., & Álvarez-Sala Walther, R. (Eds.). (2009). *Manual de neumología clínica*.

Ergon. https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/manual_neumo_nm.pdf

MINISTERIO PROTECCION SOCIAL. (2023, 11 19). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica.aspx>,

MinSalud promueve control de enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC. (s.f).

Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved November 19, 2023, from

<https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Paginas/MinSalud-promueve-control-de-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica---EPOC.aspx>

Monserrat, I. (2021, 03 05). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Bases para el médico general. *Revista Facultad de medicina Mexico*, 63(3), 28-35.

<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.63.3.06>

Naranjo-Hernández, Y. (2019, 07 13). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825.

<https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20Dorothea%20Elizabeth,con%20las%20necesidades%20de%20autocuidado>.

Organización Mundial de la salud. (2023, September 16). *OMS*. Enfermedades no transmisibles. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Ortiz Puerto, S., Urueta Colo, M.F., Muñoz Montesino, A., Cuesta Monsalve, E., Ardila castro, A., & Mantilla-Morrón, M. (2019). DEPRESIÓN, IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS CON EPOC QUE ASISTEN A UN CENTRO MÉDICO INTEGRAL OPORTUNA EN BARRANQUILLA. *Rev. salud mov*, 11(1), 82 - 88. *Rev. salud mov*. 2019; 11(1): 82 - 88
core.ac.uk/download/pdf/304917821.pdf

Páginas - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). (s.f). Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved November 19, 2023, from
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031. (2023, June 16). YouTube. Retrieved November 19, 2023, from
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-pu>

¿Qué es el diagnóstico NANDA de enfermería? (2022, October 17). UNIR. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.unir.net/salud/revista/diagnostico-nanda-enfermeria/>

¿Qué es el modelo de adaptación de Callista Roy? Una teoría innovadora para el cuidado de la salud. (2023, March 3). Estudios medicina. Retrieved November 19, 2023, from
<https://www.estudiosmedicina.com/que-es-el-modelo-de-adaptacion-de-callista-roy-una-teoria-innovadora-para-el-cuidado-de-la-salud/>

Resolución 610 de 2010 Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. (2010, March 24). Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Retrieved November 19, 2023, from <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39330>

Resolución 8430 de 1993 - Colombia. (1993, 10 4). Redjurista.com. Retrieved November 19, 2023, from https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx#/

Rodríguez-Torres, F.-P., Giraldo-Leiva, D., & Arias-Guzmán, J. (2023). Calidad de vida de pacientes de un programa integral de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Bogotá (Colombia). *Universitas Médica*, 64(3).

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-3.epoc>

Rumiche, F., & Angélica, R. (2022). *Calidad de vida en pacientes EPOC: validación cuestionario respiratorio SAINT GEORGE. Piura 2020.* repositorio de la UCV. Retrieved November 19, 2023, from <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88378>

Salabert Tortoló, I., Alfonso Príncipe, J. C., Alfonso Guerra, D., Alfonso Salabert,, I., Toledo Martínez, T. E., & Celestrin Montoro, M. (2019, 12 31). La enfermedad pulmonar

obstructiva crónica es un problema de salud. *Revista Médica Electrónica*, 41(6), 1471-1486. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242019000601471

SINIC Colombia Cultural - Población - RISARALDA. (s.f.). SINIC. Retrieved November 19, 2023, from

[https://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&COLTE](https://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&COLTEM=216&IdDep=66&SECID=8)

M=216&IdDep=66&SECID=8

Szymanska-Chabowska, A., Juzwiszyn, J., Tański, W., Świątkowski, F., Kobecki, J., & Chabowski, M. (2021, 07). The fatigue and quality of life in patients with chronic pulmonary diseases. *Sci Prog*, 104(3). doi: 10.1177/00368504211044034. PMID: 34541942; PMCID: PMC10359652.

Universidad Católica de Colombia, Colombia & Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia. (2011). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un*

Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *TERAPIA*

PSICOLÓGICA, 29(1), 65-75. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78518428007.pdf>

Valverde, J. (2009, June 17). *Vista de El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. Aquichan. Retrieved November 19, 2023, from

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>

Vigilancia en salud pública. (s.f). Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved

November 19, 2023, from

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/vigilancia-salud-publica.aspx>

Watson, J. (2015, December 16). *Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana | Izquierdo Machín*. Revista Cubana de Enfermería.

Retrieved November 20, 2023, from

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>