



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2010-2014)

Trabajo Fin de Grado

**Proceso de atención de enfermería en
paciente con Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica (EPOC).**

Alumno: Cristina Pelayo Rueda

Tutor: M^a José Aragon Cabeza.

Julio 2014

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
4. RESULTADOS.....	25
5. DISCUSIÓN.....	27
6. CONCLUSIONES.....	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	30
8. ANEXOS.....	32

1. RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo del tabaco. Constituye, por su elevada prevalencia y su alta morbimortalidad, una de las enfermedades crónicas más importantes, lo que supone un problema de salud pública de gran magnitud.

El objetivo general de este trabajo es la realización de un proceso de atención enfermero. Para ello se selecciona en la consulta de enfermería de atención primaria, a un paciente de 78 años varón, fumador, diagnosticado de EPOC. Mediante los objetivos específicos planteados se pretende conseguir la disminución o cese del consumo de tabaco, un aumento del conocimiento de la enfermedad e involucrar a la familia tanto en la enfermedad como en el tratamiento.

Se realiza la valoración enfermera por los patrones funcionales de Marjory Gordon utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC en el desarrollo del plan de cuidados. La disminución del consumo de tabaco se aborda con unas sesiones individualizadas en las cuales está presente un miembro de la familia (cuidador), el profesional sanitario (enfermera) y el paciente. Dichas sesiones han servido para que el paciente cambie su concepto sobre el tabaco y pase de un estado de negación a plantearse dejarlo en un futuro no superior de seis meses.

Se extraen una serie de conclusiones: la educación y la disminución del tabaquismo resultan efectivas en la recuperación del estado de salud y en el aumento en la calidad de vida. También, la realización de un plan de cuidados individualizado resulta muy efectiva a la hora de organizar las actividades de enfermería.

Palabras Clave: EPOC, tabaquismo, educación y familia.

2. INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo de tabaco.

Constituye la quinta causa de muerte en los países de nuestro entorno y se prevé que su prevalencia siga aumentando. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente existen 210 millones de personas en el mundo que padecen EPOC.² En el estudio The Global Burden of Disease, publicado en 1996, la OMS cifraba las tasas de prevalencia mundial de la EPOC en el año 1990 en 9,3 casos/1000 habitantes, en los hombres, y en 7,3 casos/1000 habitantes en las mujeres.³

Así se desprende del estudio IBERPOC (1997) que analizó la prevalencia de la EPOC en población general española entre 40 y 69 años de edad, y que situó en el 9,1%. Una conclusión muy significativa que se deriva de este estudio es que de los pacientes que se identificaron como afectados por EPOC solamente un 22% estaban diagnosticados.⁴

Otro estudio más reciente, el EPISCAN (2007) muestra que la prevalencia de la EPOC en España afecta al 10,2% de la población entre 40 y 80 años. En los hombres supera a la prevalencia de la enfermedad entre las mujeres en más de 8 puntos; es del 15,1% y del 5,7%, respectivamente; y que esa prevalencia aumenta con la edad. La EPOC, según el EPISCAN se da en un 35,9% de hombres entre 70 y 79 años y en un 10,8% de las mujeres en la misma franja de edad. El EPISCAN también revela que el 4,4% de los hombres entre 40 y 49 años sufren esta enfermedad al igual que el 3,2% de las mujeres. Los datos relativos al infradiagnóstico son similares en ambos estudios a pesar de haber diez años de diferencia en su realización.^{5,6}

La espirometría forzada posbroncodilatación es la prueba que permite el diagnóstico y la evaluación de la EPOC, porque es la manera más reproducible, normalizada y

objetiva de medir la limitación del flujo de aire, cuando el cociente que resulta de dividir el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) entre la capacidad vital forzada (FVC) posbroncodilatación es menor de 0,7. El valor del FEV1 es el mejor indicador de la gravedad de la obstrucción y se utiliza como primer parámetro para clasificar la enfermedad.⁷

La clasificación más difundida es la propuesta por Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), que también es la utilizada por American Thoracic Society (ATS), la European Respiratory Society (ERS) y también por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). En esta clasificación se definen cuatro estadios de gravedad (leve, moderada, grave y muy grave) en función del valor del FEV1. (Tabla 1)

Estado	FEV ₁ /FCV	FEV ₁
Leve	< 0.70	≥80%
Moderado	< 0.70	50%≤FEV ₁ <80%
Grave	< 0.70	30%≤FEV ₁ <50%
Muy grave	< 0.70	FEV ₁ <30%

Tabla 1. Clasificación del EPOC según la GOLD.

Los síntomas suelen iniciarse a partir de los 40 - 50 años. Los síntomas más frecuentes son:

- **Disnea.** Constituye el síntoma principal de la EPOC aunque puede ser percibida de forma desigual por pacientes con el mismo grado de limitación al flujo aéreo y especialmente en los pacientes de mayor edad. Aparece en las fases más avanzadas de la enfermedad y se desarrolla de forma progresiva hasta limitar las actividades de la vida diaria. El instrumento de medida más recomendado y más utilizado es la escala del *Medical Research Council*.
- **Tos y expectoración.** Es productiva y de predominio matutino. No guarda relación con el déficit funcional. Las características del esputo pueden ser de utilidad clínica si aumenta de volumen o aparece purulencia porque puede indicar exacerbación infecciosa de la EPOC.

- **Intolerancia al ejercicio.** es la consecuencia más incapacitante que presentan las personas con EPOC.
- **Anorexia y pérdida de peso.** que suelen aparecer en fases avanzadas de la enfermedad.

El principal factor de riesgo de la EPOC es el consumo de tabaco. Representa un 80-90% del riesgo de desarrollar esta enfermedad. El tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 29,50% de la población general española de 16 años y más años de edad, es consumidora habitual de tabaco. Por grupos de edad el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 34 años (40,06%), seguido por el grupo de 35 a 44 años (37,59%).

Otros factores de riesgo son la exposición laboral a polvos orgánicos e inorgánicos y gases químicos, la contaminación del aire interior proveniente de cocinar y calentarse mediante la combustión de biomasa en viviendas mal ventiladas, los altos niveles de contaminación del aire exterior y factores genéticos, como el déficit de alfa-1-antitripsina.⁸

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para el desarrollo de este trabajo. Inicialmente, se buscaron los descriptores de la salud en la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS). Utilizando las palabras EPOC, tabaquismos y educación.

La información ha sido obtenida de dos directorios como son la Biblioteca Cochrane y la US National Library of Medicine (PubMed). En la búsqueda inicial se usan los directorios “pulmonary disease chronic obstructive and smoking” dando como resultado de 7466 artículos. Tras la aplicación de filtros de la información (caso clínico, humanos y últimos 5 años) se obtienen un total de 267 artículos.

Los artículos encontrados en los que se relacionan el abandono del hábito tabáquico en el paciente con EPOC, evidencia que la combinación de intervenciones psicosociales y farmacológicas es realmente más efectiva que ninguna intervención psicosocial sola. Y que el abandono del hábito tabáquico reduce de manera significativa las exacerbaciones.⁹

Uno de los artículos encontrados sobre el efecto de la educación profesional sobre los resultados de EPOC en la atención primaria, concluyeron que no lograron los cambios esperados en la calidad de vida medida por cuestionario respiratorio de St. George (SGRQ). Sin embargo, este estudio observó una mejora en el estilo de vida de los pacientes.¹⁰

Se encuentra un estudio que tiene como objetivo evaluar la asociación entre la presencia del cuidador y la adherencia al tratamiento. Dicho estudio, concluyó que mejora la adherencia en los pacientes con EPOC.¹¹

La realización de un caso clínico de una enfermedad crónica desde la atención primaria de salud hace que las intervenciones se puedan realizar con mayor comodidad. Debido a las características de una enfermedad crónica intentaremos informarle de los signos y síntomas, para mantener la enfermedad en sus estadios más iniciales y evitar las exacerbaciones mediante una educación sanitaria.

La elaboración de este trabajo se justifica porque según los datos obtenidos es un importante problema de salud con graves y múltiples consecuencias en: pacientes, familias, profesionales y sistema sanitario.

OBJETIVOS

General.

- Realizar un plan de cuidados individualizado con un paciente diagnosticado de EPOC.

Específicos

- Intentar disminuir o abandonar el hábito tabáquico.
- Proporcionar educación para la salud en el paciente con EPOC.
- Involucrar a la familia tanto en el conocimiento de la enfermedad como en la adherencia al tratamiento.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La selección del paciente para la realización del proceso de atención de enfermería se realizó desde la consulta de enfermería de atención primaria.

Los criterios de selección del paciente fueron los siguientes:

- Paciente de edad igual o mayor de 70 años.
- Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un estadio moderado.
- Paciente fumador de larga evolución.
- Paciente que vive en el domicilio y lleva a cabo las actividades básicas de la vida diaria dentro de sus posibilidades.
- Paciente informado y cumplimentado el consentimiento informado sobre la intervención de enfermería que se le va a realizar.

La recogida de datos del paciente se hace mediante una entrevista directa, en la cual se le hace una exploración física y toma de constantes (tensión arterial, pulsaciones, saturación, peso y talla).

Se trata de un paciente varón de 78 años de edad que acude a la consulta de enfermería a una revisión anual. En la actualidad, vive en la zona rural junto con su mujer y su hija, las cuales le acompañan a la consulta y supervisan la medicación del paciente. Presenta un peso de 102 kilos y una talla 177 cm. Su tensión arterial sistólica es de 130 mm/Hg y la diastólica es de 65 mm/Hg. La saturación es de 92%.

Se le diagnóstica como enfermo pulmonar crónico desde los 60 años a causa de neumonía de repetición por el servicio de neumología. *El* paciente comenzó a fumar a los 15 años hasta los episodios de neumonías. En la actualidad, confirma en la consulta de enfermería que su consumo de tabaco ha ido aumentando progresivamente en los últimos 5 años y por tanto, también las complicaciones de la enfermedad. Se encuentra en tratamiento con inhaladores beta-colinérgicos de larga duración como Oslif de 150 mg y anti-colinérgicos como Spiriva 18mg por la

mañana. La medicación habitual es Bromacepam 1'5 mg por la mañana y Fluoxetina 60 mg por la mañana.

Este plan incluye:

- Valoración de enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Exposición de los principales problemas de enfermería, recogidos en etiquetas diagnósticas siguiendo la taxonomía II de la NANDA.
- Selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC.
- Intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de la evaluación para cada uno de los diagnósticos enfermeros.

Se han usado los siguientes cuestionarios y escalas:

- Modelo Transteórico para el cambio de Prochaska y Di Clemente. (Anexo 1)
- Escala para evaluar los estadios de cambio en personas fumadoras. (Anexo 2)
- Test de Richmond. Medición de la motivación para dejar de fumar. (Anexo 3)
- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina. (Anexo 4)
- Test de Glover Nilsson de dependencia psico-conductual. (Anexo 5)
- Cuestionario Respiratorio de Saint George. (Anexo 6)

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Se ha realizado una valoración completa en todos los patrones. A continuación, se muestran aquellos en los que existe alguna alteración o algo significativo relacionado con la enfermedad. La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso:

- Pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero.
- Se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar.
- Facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Manejo de la salud

- ¿Tiene alguna enfermedad crónica? *Sí* ¿Cuál? *EPOC*
- ¿Tiene alguna enfermedad invalidante? *No*
- ¿Tiene tratamiento farmacológico habitual? *Sí*
- ¿Cuál? *Bromacepam 1´5 mg y Fluoxetina 60 mg*
- ¿Tiene usted que seguir alguna dieta especial? *No*
- ¿Su régimen de vida ha tenido que cambiar recientemente? *No*
- ¿Se siente capaz de llevar el régimen de vida que su situación ha generado? *Sí*
- ¿Tiene alguna alergia conocida? *No*
- ¿Tiene la cartilla de vacunación completa? *Si, incluida la gripe de este año.*

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

Ingestión

Hábitos dietéticos: *Normal*

Su digestión habitual: *Lenta y pesada*

Estado de la boca: *Tiene hongos en las comisuras*

Talla *177 cm* Peso *102 kg* ¿Lo ha modificado recientemente? *No*

Alteración en la nutrición: Náuseas: *No*

Vómitos: *No*

Disfagia: *Leve (Dificultad para tragar líquidos)*

Dificultades para la alimentación *No*

Signos de desnutrición: *No*

Hidratación

Líquidos ingeridos diariamente: *1.5 litros*

Signos de deshidratación o sobrehidratación: *No*

Lesión física

Estado bucal: *Mala* Prótesis: *Sí* Higiene bucal habitual: *Diaria*

Existe alguna lesión: *No*

Capacidad para masticar: *Sí*

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

Función Urinaria

Patrón urinario habitual: *Normal*

Dificultad al orinar: *No*

Incontinencia/Retención: *No*

Función gastrointestinal

Patrón de evacuación habitual: *Diario*

Incontinencia: *No*

Diarrea: *No*

Estreñimiento: *No*

Sistema tegumentario

Transpiración: *Abundante*

Sondas y drenajes: *No tiene*

PATRÓN 4. ACTIVIDAD – EJERCICIO

Actividad –ejercicio

Grado de movilización: *Completa*

Equilibrio y marcha: *Estable*

¿Utiliza algún dispositivo durante la marcha? *Si en ocasiones*

Equilibrio de la energía

En su vida diaria ¿se siente con energía? *No*

¿Se siente habitualmente cansado? *Sí*

Cuando se encuentra cansado ¿se recupera con el descanso? *No*

Estilo de vida: *Sedentario*

Respuestas cardiovasculares y respiratorias

Frecuencia respiratoria: *17 rpm*

Características respiratorias: *Dificultad respiratoria*

Tos: *Sí.....Nocturna*

Secreciones: *Sí*

Tabaquismo: *Sí*

Cantidad y temporalidad: *10-15 Cigarros diarios*

¿Existe alguna causa que interfiera en la respuesta respiratoria? *Sí*

Frecuencia cardiaca: *77 lpm*

Tensión arterial: *130/65 mm de Hg*

Color de la piel: *normal*

Varices: *Sí*

Autocuidado - Nivel de actividad:

Aseo 0 Vestido 1 Deambulación 0 Movilidad en cama 0 Eliminación 0 Alimentación
0 Arreglo personal 1 Traslado retrete 0 Traslado silla 0 (Puntuación: 0 Autónomo, 1
Ayuda con aparatos, 2 Ayuda con personas, 3 Ayuda con aparatos y personas, 4
Dependencia total)

PATRON 5. SUEÑO – DESCANSO

Reposo – sueño

Horas *al día: 6 horas*

Siesta: *1 horas*

Continuo: *Despertares nocturnos*

Reparador: *No*

Algún ritual para dormir: *No*

Dificultad para conciliar el sueño: *Sí*

PATRÓN 6. PERCEPCIÓN – COGNICIÓN

Orientación

Capacidad de comunicación: *Buena comunicación*

Orientación temporoespacial: *Buena orientación*

¿Demuestra interés por su proceso? *No*

¿Medios que utiliza para aprender? *Ninguno*

¿Integra los conocimientos con facilidad? *Sí*

Comunicación

Audición: *Afectada. Uso de prótesis auditivas*

Visión: *Afectada. Uso de prótesis visuales*

La comunicación no verbal ¿está en consonancia con la verbal? *Sí*

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO

Autoconcepto

¿Expresa con facilidad sus sentimientos? *No*

¿Qué capacidad cree tener para desarrollar el rol que su nueva situación le ha generado? *Poca*

¿Se implica en la toma de decisiones? *No*

¿Tiene antecedentes de periodos depresivos? *Sí*

Autoestima

Concepto de sí mismo: *Bueno*

¿Depende excesivamente de las opiniones ajenas? *No depende*

PATRÓN 8. ROL – RELACIONES

Roles de cuidador

Durante su proceso permanece acompañado: *Sí*

¿Por quién? *Por su mujer y su hija*

El cuidador ¿colabora activamente en los cuidados del paciente? *Sí*

El cuidador ¿integra los conocimientos con facilidad? *Sí*

El cuidador ¿expresa los sentimientos sobre la situación del paciente? *Sí*

¿Se observan conductas inapropiadas en el cuidador? *No*

Relaciones familiares

Estructura familiar: *Mujer e hija*

Edades: *76 / 48 años*

Estado de salud: *Buena*

¿El proceso ha modificado las relaciones familiares? *No*

Desempeño del rol

Estado emocional: *Congruente*

¿En sus relaciones existe alguna causa que le influya en su autoestima? *No*

¿La conducta y expresiones del paciente se ajustan a una normalidad? *Sí*

PATRÓN 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Función sexual

¿Quiere comentar algún aspecto sobre su sexualidad? *No*

¿Piensa que su proceso puede interferir en su sexualidad? *No*

PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS

Respuesta postraumática

Experiencias traumáticas previas: *Accidente de tráfico y muerte de seres queridos*

¿Ha sufrido alguna pérdida recientemente? *Muerte de su hermana una semana antes de la valoración.*

Respuestas de afrontamiento

¿Conoce su patología? *Sí*

¿Expresa miedo o ansiedad por su enfermedad u otra circunstancia? *No*

¿Tiene sentimientos de tristeza? *Sí*

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS

Valores

Creencias

¿Profesa alguna religión? *Si*

Pide o precisa ayuda espiritual: *No*

Congruencia de las acciones con los valores – creencias

¿Manifiesta preocupación sobre la vida, la muerte o la enfermedad? *Sí*

Si en su vida diaria tiene alguna prescripción médica ¿cumple lo pactado? *No*

¿Conoce los mecanismos de ayuda que ofrece la sociedad? *No*

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería han sido priorizados en función de la importancia para la salud del paciente. Se han llevado a cabo por los profesionales sanitarios en colaboración con el paciente.

00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c el proceso de la enfermedad

NOC

0415 ESTADO RESPIRATORIO

Dominio: Salud fisiológico (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

041509 Pruebas de función pulmonar manteniéndose en el nivel 3 (desviación moderada del rango normal) en un periodo de dos meses.

NIC

3390 AYUDA A LA VENTILACIÓN

Campo 1: Fisiológico básico

Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

- *Mantener una vía aérea permeable.*
- *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).*
- *Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.*
- *Ayudar con el espirómetro incentivo, si procede.*
- *Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.*
- *Enseñar técnicas de respiración, si procede.*

3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS

Campo 1: Fisiológico básico

Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

- *Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.*
- *Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.*
- *Ayudar estimulando al paciente durante la realización de la espirometría, si procede.*
- *Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.*
- *Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.*

0069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ r/c consumo de sustancias

NOC

1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA

Dominio: Salud fisiológico (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

130501 Establecimiento de objetivos realistas pasado del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en un periodo de dos meses.

NIC

5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

Campo 3: Conductual

Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir la respuesta alternativa a la situación.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO r/c la dificultad respiratoria

NOC

0004 SUEÑO

Dominio: Salud funcional (I)

Clase: Mantenimiento de la energía(A)

000403 Patrón del sueño pasará de un nivel 3(moderadamente comprometido) a nivel 4(levemente comprometido) en un periodo de una semana.

NIC

1850 MEJORAR EL SUEÑO

Campo 1: Fisiológico básico

Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

- Determinar el esquema del sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular del sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Comprobar el esquema del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas(apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor y molestias) y/o psicológicas (miedo y ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido y temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño.
- Disponer siestecillas para cumplir con las necesidades de sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día/noche normales.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño .

00003 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO r/c ingesta abundante e inactividad física

NOC

1841 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conocimientos sobre salud (S)

184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso pasando de un nivel 2 (escaso conocimiento) a un nivel 3 (conocimiento moderado) en un periodo de dos meses.

NIC

5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

Campo 1: Fisiológico básico

Clase: Apoyo nutricional (D)

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS r/c su proceso de la enfermedad

NOC

1604 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conducta de salud (Q)

160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en un periodo de dos meses.

NIC

5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN

Campo 3: Conductual

Clase: Potenciación de la comunicación (Q)

- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.

5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

Campo 3: Conductual

Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Ayudar al paciente a elegir las actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.
- Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.
- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

COMPLICACIÓN POTENCIAL del proceso de la enfermedad secundario al habito tabáquico

NOC

1603.-CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA SALUD

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conducta de salud (Q)

160306. Describe estrategias para eliminar la conducta insana pasando del nivel 2 (raramente demostrable) al nivel 3 (a veces demostrado) en un periodo de dos meses.

NIC

5250.-APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

Campo 3: Conductual

Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

- Informarle sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Facilitarle la toma de decisiones en colaboración.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.
- Respetar el derecho a recibir o no información.

5440.-AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO

Campo 3: Conductual

Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de prevención/ tratamiento, si procede.

- Proporcionar los servicios con una actividad de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.

6610.-IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Campo 4: Seguridad

Clase: Control de riesgos (V)

- Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas, si procede.
- Instaurar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos.
- Determinar el estado educativo.

4490.-AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

Campo 3: Conductual

Clase: Terapia conductual(O)

- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Aconsejarle de forma clara y consistente dejar de fumar.
- Ayudarle a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando la persona esté decidida a dejarlo.
- Servir como modelo de persona no fumadora.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.

COMPLICACIÓN POTENCIAL de la mucosa oral secundario a la medicación

NOC

1100 HIGIENE BUCAL

Dominio: Salud fisiológico (II)

Clase: Integridad tisular (L)

110022 Lesiones de la mucosa oral pasando de un nivel 3 (moderado) a un nivel 5 (ninguno) en un periodo de dos meses.

NIC

1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL

Campo1: Fisiológico básicos

Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

- *Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito.*
- *Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad.*
- *Aconsejar no fumar ni mascar tabaco.*
- *Fomentar las revisiones dentales regulares.*
- *Extraer, limpiar y volver a colocar la dentadura postiza, si es necesario.*

Los cuidados en relación con la valoración realizada y acuerdo a su patología han sido elaborados y llevados a cabo en torno a tres principios fundamentales: conocimiento de la enfermedad, manejo de los síntomas y deshabituación tabáquica.

El conocimiento de la enfermedad se realiza mediante aquellas actividades como: proporcionar información al paciente sobre la naturaleza de la EPOC (Anexo 7), resolver dudas más frecuentes acerca de su enfermedad (Anexo 8), enseñarle a reconocer y tratar precozmente las exacerbaciones.

Dentro del manejo de los síntomas se encuentran todas aquellas actividades realizadas con el objetivo de restablecer un buen estado de salud en el paciente, mediante acciones como administración de inhaladores (Anexo 10).

La deshabituación tabáquica es uno de los ejes principales para el desarrollo de este caso clínico. Se trata de explicar la importancia del abandono del hábito tabáquico en una persona con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como el desarrollo de un plan de cuidados individualizado.

Plan de actuación

Las intervenciones de enfermería han sido llevadas a cabo durante dos meses (Marzo y Abril), durante los cuales se concertaba una cita con el paciente una vez por semana siendo un total 9 sesiones con una duración de 45 minutos cada sesión. Los temas trabajados han versado sobre su enfermedad y sobre la deshabituación tabáquica. Los demás patrones alterados del paciente fueron tratados de manera independiente en la consulta. El paciente efectúa unos test facilitados por el personal de enfermería para saber su disposición y actitud en relación con el hábito tabáquico.

Los resultados de los test realizados nos reflejan:

- Test de Richmond. El paciente ha obtenido una puntuación menor de 4, por lo tanto tiene una baja motivación para dejar de fumar.
- Test de Fagerström. El paciente ha obtenido una puntuación de 5-6 por lo tanto tiene una dependencia media de la nicotina.
- Test de Glover Nilsson. El paciente ha obtenido una dependencia psicológica alta, una dependencia social leve y dependencia gestual leve.

Estos resultados reflejan que el paciente no se ha planteado dejar de fumar en un periodo de tiempo inferior a seis meses. Se sitúa en un estado precomplemptativo según el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente. (Anexo 1)

Mediante una intervención básica e individualizada se trata de disminuir el consumo de tabaco así como generar un cambio en la motivación. (Anexo 7)

En cada una de las sesiones, se han planteado unos objetivos a conseguir por el paciente, una educación para la salud y una evaluación de los conocimientos aprendidos en cada sesión. La distribución de los temas a tratar en cada una de las sesiones han sido los siguientes:

1º sesión.	Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Comprobar el grado de conocimientos de su enfermedad.- Explicar la enfermedad: signos y síntomas, causas y factores de riesgo. Intervenciones: <ul style="list-style-type: none">- Educación sanitaria mediante una charla. (Duración 45 min)- Entrega de folleto. (Anexo 8)
-------------------	---

2º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolver dudas del paciente de la sesión anterior. - Conocer las complicaciones y tratamientos de la enfermedad. - Conocer el hábito del consumo de cigarrillos. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla. - Entrega de dudas de otros pacientes.(Anexo 9) - Hoja de registro de consumo.
3º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la importancia del abandono del tabaco. - Realización de test (Richmond, Fagerström, Glover Nilsson). - Identificar el grado de dependencia física y psico-conductual. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla.
4º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer los motivos del paciente fumador. - Mostrar los beneficios de dejar de fumar. - Reducir el número de cigarrillos fumados a lo largo del día. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla.
5º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insistir en la importancia del abandono del tabaco. - Animarle a cambiar los estilos de vida. - Enseñar técnicas de administración de inhaladores. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla. - Folleto explicativo. (Anexo 10)
6º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insistir la importancia del abandono del tabaco. - Detectar en que etapa del cambio se sitúa. - Ofrecerle actividades en programas sanitarios. - Enseñar técnicas de fisioterapia respiratoria en exacerbaciones. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla.
7º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elegir el método para dejar de fumar. - Mostrar alternativas de tratamiento sustitutorio. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla. - Video explicativo de tratamiento sustitutorio.
8º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implicar a la familia en el proceso de deshabituación tabáquica. - Buscar grupos de apoyo (asociaciones, actividades...). <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla.
9º sesión.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos aprendidos sobre la enfermedad. - Realización de test (Richmond, Fagerström, Glover Nilsson). - Comprobar en qué etapa del cambio se sitúa el paciente. <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria mediante una charla.

4. RESULTADOS

La valoración por los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, fue muy útil para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, la planificación de intervenciones y la evaluación de resultados, mostrándose alterados, los siguientes patrones:

En cuanto a los diagnósticos de enfermería, el **“patrón respiratorio ineficaz”** ha obtenido un resultado favorable, ya que a través de las intervenciones de enfermería tales como mantener las vías permeables, técnicas de respiración, el uso del espirómetro de incentivo y control periódico del estado de la respiración, el paciente mantiene el objetivo de no desviarse del rango normal moderado, manteniéndose en el nivel 3.

El diagnóstico de enfermería **“afrentamiento ineficaz”** ha sido alcanzado a través de la realización de las intervenciones de enfermería en el periodo establecido. Las intervenciones realizadas para aumentar el afrontamiento son: comprender el proceso de la enfermedad, valorar una respuesta alternativa a la situación, evaluar la capacidad para la toma de decisiones, explorar los éxitos anteriores y animarle a identificar los puntos fuertes y sus capacidades.

Durante la sesiones de enfermería este objetivo ha sido el más difícil de modificar, ya que el paciente parte de un estado precontemplativo en el Modelo Transteórico para el cambio de Prochaska y Di Clemente (Anexo 1). En la última sesión, el paciente consigue un estado contemplativo, admitiendo querer dejar de fumar en un periodo inferior de 6 meses.

El diagnóstico de **“trastorno del patrón del sueño”** mediante las intervenciones de enfermería ha conseguido el objetivo, pasando del moderadamente comprometido a levemente comprometido. Una correcta educación sobre los hábitos del sueño ha hecho que nuestro paciente tenga unos buenos resultados. No sufrir exacerbaciones tales como tos y disnea durante el periodo de estudio ha sido de gran ayuda.

En cuanto el **“riesgo de desequilibrio nutricional por exceso”** el paciente afirma que siempre ha tenido sobrepeso. Las intervenciones de enfermería de

asesoramiento nutricional con actividades tales como determinar la ingesta, disminuir las necesidades nutricionales y conocer los hábitos alimentarios, han conseguido un aumento de conocimientos en el paciente pero no se ha reducido el peso e índice de masa corporal. Por tanto, el objetivo solo se ha cumplido en parte.

Los resultados obtenidos en la realización de actividades recreativas han sido favorables en el diagnóstico **“déficit de actividades recreativas”**, ya que al ser un paciente muy sociable se ha integrado correctamente. Animar al paciente a pertenecer a un grupo de la comunidad ha conseguido que aumente el autoestima y aprecie la vida de una forma distinta. Consiguiendo el objetivo en un tiempo inferior al estipulado.

Los problemas de colaboración han sido realizados con la participación del médico de atención primaria. Las intervenciones de enfermería en el **“tabaquismo”** han sido: apoyo en la toma de decisiones, aumentar los sistemas de apoyo, identificación de riesgos y ayuda para dejar de fumar. Estas intervenciones han hecho que se consiga el objetivo planteado siendo el paciente consciente de las conductas insanas en el tiempo establecido. El paciente comprende que el consumo de sustancias perjudica gravemente su salud, sobretodo su estado respiratorio. Mediante una intervención breve se identifica el tipo de fumador, el consumo diario y el nivel de dependencia. Se realizan una serie de sesiones personalizadas para la deshabituación tabáquica. Obteniendo como resultado que el paciente sea consciente de su enfermedad y un cambio de motivación.

Las **“lesiones de la mucosa oral”** se producen como efecto secundario de los inhaladores prescritos por su médico. Una correcta formación en higiene bucal haría que el paciente obtuviera un resultado favorable.

A pesar de la formación, el paciente no consigue solucionar sus problemas con la mucosa oral y malos hábitos de higiene bucal.

5. DISCUSIÓN

La valoración general de la atención de enfermería ha sido satisfactoria, dado que la mayoría de los diagnósticos/problemas han tenido un resultado favorable. El motivo de no haber resuelto la totalidad de los diagnósticos ha sido por falta de tiempo.

Inicialmente, se ha utilizado la revisión sistemática para la búsqueda de evidencia en el campo de la deshabitación tabáquica, la educación y la implicación de la familia, como paso previo a la realización de este trabajo.

Partiendo de esta información, hemos podido comprobar que el paciente necesitaba concienciarse de la necesidad de dejar de fumar, pero en la mayoría de los casos es necesario un tratamiento farmacológico. Una intervención conjunta (psicosocial y farmacológica) aumenta el éxito de las intervenciones.⁹ Posiblemente, si el paciente hubiera incorporado un tratamiento sustitutivo de nicotina junto con la disminución del número de cigarrillos hubiera conseguido establecer un día “D” para dejar de fumar. Uno de los objetivos específicos del trabajo era intentar el cese o disminución del consumo de cigarrillos. El paciente ha conseguido reducir su consumo de cigarrillos, pero no ha conseguido dejar de fumar.

El hecho de trabajar con un paciente que tenía una dependencia media a la nicotina y una baja motivación, hace que un pequeño cambio en su mentalidad, sea un gran paso para en el futuro dejar de fumar.

La búsqueda de evidencia sobre la educación en el paciente con EPOC muestra una mejora en el estilo de vida de los pacientes, a pesar de que esto no resultó en un cambio significativo en la evolución clínica.¹⁰ El paciente realizó el “Cuestionario Respiratorio de Saint George” sobre la calidad de vida pero al ser un periodo reducido (Abril y Marzo) no se pudo valorar, ya que los resultados fueron muy parecidos.

Otro de los objetivos específicos del trabajo era el aumento de conocimientos de la enfermedad. Mediante las sesiones de enfermería, se han conocido todos los aspectos de la enfermedad (definición, etiología, síntomas, factores de riesgo) y se

han resultado las dudas más frecuentes de este tipo de pacientes, así como el manejo de los inhaladores.

Quizás este aumento de conocimientos haga que el paciente sea más consciente de la necesidad de cuidarse y facilite un cambio de mentalidad. Un plan de mejora pudiera ser el uso de charlas grupales, haciendo que el paciente comparta experiencias con el resto de pacientes y encuentre una motivación extra.

El último de los objetivos específicos fue la implicación de la familia tanto en el conocimiento de la enfermedad como en el tratamiento.¹¹ La realización de algunas de las sesiones con el cuidador principal, hizo que la propia familia participara en la deshabituación tabáquica. La asistencia de la familia fue de forma voluntaria e hizo que el paciente se sintiera más arropado en la toma de decisiones. La asistencia a las sesiones solo era en la parte inicial de la entrevista durante los primeros 15 minutos de un total de 45 minutos.

La utilización de la familia en la sesiones de enfermería puede tener una parte positiva en el paciente (sintiéndose querido y apoyado por su familia) o una parte negativa (provocando en el paciente un rechazo y sintiendo invadida la intimidad), por tanto es el paciente el que tiene que decidir si admite la presencia de la familia.

Posiblemente, la realización de un caso clínico de deshabituación tabáquica tenga que ser tratado de una forma multidisciplinar por el equipo de atención primaria (médico y psicóloga), ya que la intervención de enfermería se queda incompleta.

6. CONCLUSIONES

Mediante la realización de este trabajo, se pueden extraer una serie de conclusiones importantes, tanto para la práctica clínica, como para la evolución de la enfermería basada en la evidencia, aunque con repercusiones limitadas claramente tratándose de un estudio clínico de caso único:

- La realización de un plan de cuidados individualizado para un paciente con una patología crónica, en este caso EPOC, resulta muy efectiva a la hora de organizar las actividades de enfermería.
- La selección de un paciente de edad avanzada dificulta la realización de las intervenciones, ya que le resulta difícil mantener la atención durante los 45 minutos de la sesión.
- La educación sobre la enfermedad al paciente, permitió que el paciente sea más consciente de la necesidad de cuidarse y facilite un cambio de mentalidad.
- La realización de la sesiones con la familia (cuidador principal) hizo que el paciente pusiera más interés y se sintiera más apoyado, pero se puede dar el caso que interfiera de manera negativa en el plan de cuidados del paciente.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSN_S.pdf. 2009.
2. Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, Viegi G, Cruz AA, Khaltsev N, et al. Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. *Eur Respir J*. 2010 Nov;36(5):995-1001.
3. Peña VS, Miravittles M, Gabriel R, Jimenez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000 Oct;118(4):981-9.
4. Miravittles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, Munoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009 Oct;64(10):863-8.
5. Soriano JB, Ancochea J, Miravittles M, Garcia-Rio F, Duran-Tauleria E, Munoz L, et al. Recent trends in COPD prevalence in Spain: a repeated cross-sectional survey 1997-2007. *Eur Respir J* 2010 Oct;36(4):758-65.
6. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 Apr;163(5):1256-76.
7. Calle Rubio M, Lobo Álvarez MA, Marzo Castillejo M, Mascaros Balaguer E, Mascort Roca J, Sala Llinas E, Pere Simonet A, Soler Cataluña JJ, Trillo Fernández C, editores. *Manual de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*. 2ª ed. Barcelona: SEPAR; 2010.

8. Agüero Balbín R, Gisbert García JA, Hierro Cámara M, López Cano M, Pellico López A, Valle Madrazo T, editores. Manual de actualización en el abordaje del EPOC. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011.
9. Van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP Abandono del hábito de fumar para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%26500055&DocumentID=CD002999>
10. Monteagudo M, Rodríguez-Blanco T, Llagostera M, Valero C, Bayona X, Granollers S, Ferro JJ, Acedo M, Almeda J, Rodríguez-Latre L, Muñoz L, Miravittles M, et al. Efecto de la educación profesional de la salud sobre los resultados de la crónica obstructiva enfermedad pulmonar en la atención primaria: un no-aleatorizado ensayo clínico. Resp 2013 May; 18 (4):718-27.
11. Trivedi RB, Bryson CL, Udris E. La influencia de los cuidadores informales en la adherencia en pacientes con EPOC. Ann compor Med. 2012 Aug; 44:66-72.
12. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
13. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 5ª ed. Barcelona. Masson. 2003.
14. Jonson, M, Bulechek, G, Butcher H, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona Elsevier-Mosby, 2007.
15. Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
16. Bulechek G, Butcher H, K, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.

ANEXO 1. DIAGNÓSTICO DE FASE

El abandono del consumo de tabaco no debe ser considerado como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas que fueron definidas por Prochaska y Di Clemente. El modelo transteórico considera seis estadios de cambio:



FASE DE PRECONTEMPLACIÓN

Son fumadores consonantes con su conducta que no tienen ninguna intención de dejar de fumar al menos en los próximos 6 meses. Pueden ser pacientes que nunca hayan intentado seriamente dejar de fumar. No conocen o no quieren conocer los efectos nocivos del tabaquismo. Los “pros” para continuar fumando ganan a los “contras”. En la fase de precontemplación se encuentra el 20-35% de los fumadores.

FASE DE CONTEMPLACIÓN

El fumador piensa que sería bueno dejar de fumar en los próximos 6 meses pero no se lo plantea a corto plazo, en el próximo mes. Son fumadores que lo han intentado en varias ocasiones pero no lo han conseguido. El recuento de “pros” y “contras” es casi idéntico. En esta fase se encuentra el 50-70% de los fumadores. Hay fumadores que se plantean constantemente abandonar el consumo de tabaco pero no acaban por tomar la decisión final de elegir una fecha. Son fumadores en fase de contemplación crónica y corresponden al 50% de los que se encuentran en fase de contemplación.

FASE DE PREPARACIÓN

El individuo se ha planteado modificar su conducta en los próximos treinta días. Los “pros” para dejar de fumar superan a los “contras”.

FASE DE ACCIÓN

El fumador ha iniciado activamente la modificación de su conducta, pero lleva aún sin fumar menos de seis meses. En esta fase es en la que existe mayor riesgo de recaídas.

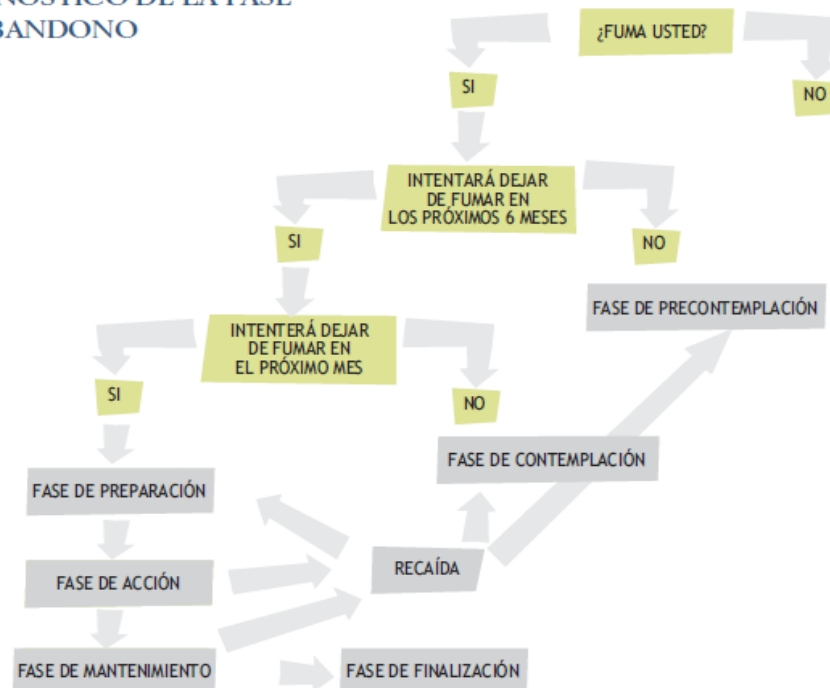
FASE DE MANTENIMIENTO

El individuo lleva sin fumar un periodo superior a seis meses. A lo largo de este proceso, la recaída es un fenómeno sumamente frecuente y no se puede considerar un fracaso, es una vuelta al patrón de consumo.

FASE DE FINALIZACIÓN

Si después de la fase de mantenimiento no se produce una recaída, se llega a esta última fase, en la que se da por finalizado el proceso de cambio.

DIAGNÓSTICO DE LA FASE DE ABANDONO



ANEXO 2. ESCALA PARA EVALUAR LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN
PERSONAS FUMADORAS

1. Ha fumado vd. diariamente al menos 1 cigarrillo, durante seis o mas meses, alguna vez en su vida?

Si

No

2. Actualmente, ¿fuma?

A diario

A veces

3. ¿Cuál es su consumo diario de cigarrillos? **10-12 cigarros**

4. ¿Y a la semana? **70-84 cigarros**

5. En el caso de que actualmente no fume nunca, ¿cuánto tiempo hace que ha dejado vd. de fumar?

Menos de 1 mes

6-12 meses

Más de 5 años

Menos de 3 meses

1-2 años

No sabe/no contesta

Menos de 6 meses

2-5 años

6. En el último año, ¿cuántas veces dejo de fumar durante al menos 24 horas?

Ninguna

1 o mas veces, .cuántas? _____

7. ¿Ha intentado realmente dejar de fumar en el transcurso del último año?

Si

No

8. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo en los próximos 30 días:

Si

No

9. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo en los próximos 6 meses:

Si

No

10. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo en los próximos 6 meses:

Si

No

ANEXO 3. TEST DE RICHMOND. MEDICIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

Si (1)

No (0)

2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?

Nada (0)

Algo (1)

Bastante (2)

Mucho (3)

3. ¿Intentará dejar de fumar completamente en las dos próximas semanas?

Definitivamente NO (0)

Quizás (1)

Si (2)

Definitivamente Si (3)

4. ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?

Definitivamente NO (0)

Quizás (1)

Si (2)

Definitivamente Si (3)

RESULTADO:

≤ 4 Baja motivación

5-6 Motivación media

≥ 7 Alta motivación

ANEXO 4. TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

1. ¿Cuánto tarda, después de levantarse, en fumar el primer cigarrillo?
Menos de 5 minutos (3)
Entre 6 y 30 minutos (2)
Entre 31 y 60 minutos (1)
Más de 60 minutos (0)
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en donde esta prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?
Si (1)
No (0)
3. ¿A qué cigarrillo odiaría mas renunciar?
Al primero de la mañana (1)
A cualquier otro (0)
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
10 o menos (0)
11-20 cigarrillo/día (1)
21-30 cigarrillo/día (2)
31 o más (3)
5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
Si (1)
No (0)
6. ¿Fuma cuando esta tan enfermo o enferma que pasa en la cama la mayor parte del día?
Si (1)
No (0)

RESULTADO

≤ 4 baja dependencia

5-6 dependencia media

≥7 alta dependencia

ANEXO 5. TEST DE GLOVER NILSSON
EVALUACION DE LA DEPENDENCIA PSICO-CONDUCTUAL

Preguntas 1 a 3: 0 – Nada en absoluto 1 – Algo 2 – Moderadamente 3 – Mucho 4 - Muchísimo	
01.- Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0
02.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	0
03.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0
Preguntas 4 a 18: 0 – Nunca 1 – Raramente 2 – A veces 3 – A menudo 4 - Siempre	
04.- ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?	0
05.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0
06.- ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0
07.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0
08.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?	0
09.- ¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega su cigarrillo o paquete de tabaco?	0
10.- ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0
14.- ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender el cigarrillo?	0
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0
17.- ¿Cuándo está solo en una fiesta,, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0

DEPENDENCIA

PSICOLÓGICA:

Las preguntas 1, 6, 7 y 8 determinan el grado de dependencia:

0 – 5 Leve

6 – 10 Moderada

11 – 16 Alta

DEPENDENCIA

SOCIAL:

Las preguntas 17 y 18 son determinantes de este tipo de dependencia

0 – 2 Leve

3 – 5 Moderada

6 – 8 Alta

DEPENDENCIA

GESTUAL:

Las preguntas 2, 3, 4, 5 y las comprendidas del 9 - 16, ambas incluidas:

0 – 15 Leve

16 – 31 Moderada

32 ó > Alta

ANEXO 6. CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE

1. Durante el último año, ¿ha tenido tos?

- Casi todos los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días al mes
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones**
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, ¿ha arrancado (sacar esputos)?

- Casi todos los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días al mes
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones**
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, ¿ha tenido ataques de falta de respiración?

- Casi todos los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días al mes**
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, ¿ha tenido ataques de pitos o silbidos en los pulmones?

- Casi todos los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días al mes
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones**
- Nada en absoluto

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

- más de 3 ataques
- 3 ataques
- 2 ataques
- 1 ataque**
- ningún ataque

6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios?

- una semana o más
- de 3 a 6 días**
- 1 ó 2 días
- menos de 1 día

7. Durante el último año, ¿cuántos días buenos pasaba en una semana?

- ninguno
- 1 ó 2 días
- 3 ó 4 días
- casi cada día
- cada día**

8. Si tiene pitos o silbidos en los pulmones, ¿son peor por la mañana?

- No
- Sí**

9. ¿Cómo diría usted que está 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 algún problema**
- No me causa ningún problema

10. Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor marque una sola de las siguientes frases.

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

11. A continuación algunas preguntas sobre las 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 estirado		no
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto		no
Me falta la respiración al caminar por dentro de casa		no
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras	si	
Me falta la respiración al subir una cuesta	si	
Me falta la respiración al hacer deporte o al jugar	si	

ANEXO 7. CONSEJO SANITARIO E INTERVENCIÓN BÁSICA

El **Consejo Sanitario** debe de ser sistematizado para todas aquellas personas fumadoras y ex fumadoras que acudan a cualquier consulta y ante cualquier motivo, es decir “oportunista”. Además, debe reunir una serie de características que ayude al profesional a empatizar con la persona fumadora y hacerla participe en las medidas terapéuticas que se adopte.

Características del Consejo Sanitario:

- 1. Firme y serio.** Lo suficientemente convincente como para que al menos, sea motivo de reflexión. Además, debe de ir acompañado del “como” puede hacerlo, y el profesional de la salud debe ofertar su ayuda para llevarlo a cabo.
- 2. Breve.** Tres minutos son más que suficientes si se sabe que decir, aunque la evidencia demuestra que, al aumentar la intensidad y la duración de la intervención, aumenta su eficacia (OR: 1,69; IC 95%: 1,45-1,98).
- 3. Personalizado.** No solo en cuanto al registro lingüístico empleado, sino también en cuanto a los motivos que cada fumador o fumadora tiene para seguir o dejar de fumar, con el objetivo de realizar un abordaje eficaz y real.

INTERVENCIÓN BÁSICA

El Public Health Service de los Estados Unidos otorga a las intervenciones clínicas breves una serie de actuaciones, que a modo de recordatorio quedarían sintetizadas con las cinco A:

- 1. Averiguar (Ask)** si la persona fuma. Preguntar sobre el hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica, es una medida eficaz en el control del tabaquismo, en la medida que induce una actitud intervencionista del profesional en el abordaje terapéutico de la persona fumadora (OR: 3,1; IC 95%: 2, 2-4, 2. Evidencia A).
- 2. Aconsejar (Advise).** El consejo debe de ser sistemático y oportunista, firme, serio, breve, personalizado y motivador, enfocado sobre todo a los múltiples beneficios que la persona podrá obtener al abandonar el tabaco.

3. Apreciar (Asses). La actitud de la persona, valorando la motivación y la disposición de la persona fumadora para dejar de fumar y, dependiendo de ello, ofrecer la intervención más adecuada.

- Estadio Precontemplativo: información, consejo, ofrecer nuestro apoyo y entregar material correspondiente.

4. Ayudar (Assist). Llegados a este punto, la labor del profesional será ayudarle en el proceso de abandono del tabaco, estableciendo un plan personalizado.

Las actividades a realizar serían:

- a. Establecer conjuntamente el día "D".
- b. El siguiente paso será solicitar ayuda y colaboración por parte de las personas de su entorno.
- c. Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia, desmontando falsas creencias acerca de los mismos y ofrecer consejos útiles.
- d. Proporcionar material adecuado que sirva de apoyo (Folletos y Guías).
- e. Valorar la conveniencia de tratamiento farmacológico adaptado a cada caso.

5. Acordar (Arrage) y programar las consultas específicas para el proceso de deshabituación tabáquica en curso. Es difícil que una actuación de estas características y con un seguimiento programado, se quede en una intervención breve, convirtiéndose en la mayoría de las situaciones a una intervención avanzada.

Las actividades a desarrollar en estas consultas de seguimiento serían: refuerzo de la decisión tomada, revisión y cumplimiento de los objetivos pactados, dificultades encontradas, consejos sobre hábitos de vida saludables incompatibles con el consumo de tabaco, valoración del síndrome de abstinencia y situaciones de riesgo que puedan inducir a fumar, así como una revisión del tratamiento farmacológico si se ha utilizado.

Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de deshabituación tabáquica, no hay duda que la eficacia del mismo se ve incrementada. Al aumentar el número de sesiones lo hace la eficacia (OR: 1,4 para 2 sesiones y 2, 3 para más de 8 sesiones), y a mayor duración total de la intervención se obtienen mejores resultados.

ANEXO 8. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

¿Qué es la EPOC?

La EPOC hace referencia al grupo de enfermedades que causan problemas para la circulación del aire en los pulmones y dificultad para respirar como consecuencia de haber fumado.

Los pacientes con EPOC tienen dificultad para respirar porque sus vías respiratorias se inflaman y se vuelven más estrechas. Además, estas vías respiratorias se taponan por la presencia de mucosidad.

La EPOC es una de las causas principales de muerte, enfermedad e incapacidad en España.

¿Qué la causa?

En España, el uso del tabaco es la causa principal en el desarrollo y progresión de la EPOC, pero la exposición a los contaminantes del aire en el hogar y en el lugar de trabajo, los factores genéticos y las infecciones respiratorias también pueden tener un papel importante en la aparición de la enfermedad.

Síntomas de la EPOC

- Tos crónica.
- Aumento de la expectoración (la mucosidad que se expulsa de las vías respiratorias por medio de la tos).
- Falta de aliento.
- Limitación de la actividad física

¿Cómo se trata la EPOC?

El tratamiento de la EPOC requiere de una cuidadosa y completa evaluación por parte de su médico.

El aspecto más importante del tratamiento es evitar el humo del tabaco y eliminar otros contaminantes del aire en la casa o lugar del trabajo del paciente.

Los síntomas como la tos o la disnea pueden tratarse con medicamentos. Los broncodilatadores son medicamentos que se inhalan y van directamente a los

pulmones para dilatar los bronquios. Los glucocorticoides son medicamentos administrados a través de un inhalador que contrarrestan la inflamación en las vías respiratorias y los pulmones. Las infecciones respiratorias pueden, cuando está indicado, ser tratadas con antibióticos. A los pacientes con niveles bajos de oxígeno en la sangre se les suministra a menudo oxígeno. Los programas de rehabilitación y ejercicio para personas con EPOC también pueden ser útiles.

¿Cuáles son las complicaciones de la EPOC?

Si usted tiene EPOC presenta una mayor probabilidad de contraer resfriados y gripe. Usted debe ponerse la vacuna de la gripe cada año y si su médico se lo indica también una vacuna contra la neumonía.

En algunos casos en que la enfermedad progresa puede aumentar la tensión de la circulación de los pulmones.

Esto puede forzar el corazón, produciendo un problema cardiológico llamado cor pulmonale. Los pacientes con cor pulmonale pueden sufrir fatiga o disnea, hinchazón de las piernas (edemas) por acumulación de líquido y sensación de falta de aire al tumbarse, que obliga al paciente a dormir con varias almohadas.

El presente anexo ha sido obtenido de la Guía de Práctica Clínica de Atención Integral al Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR.

ANEXO 9. PREGUNTAS FRECUENTES

¿Es lo mismo EPOC que bronquitis crónica?

NO Aunque a veces se utiliza indistintamente. Bronquitis crónica significa que hay tos y expectoración (flemas) habitualmente pero puede suceder que no tenga obstrucción bronquial. Para que sea EPOC debe comprobarse obstrucción en la espirometría.

¿Se contagia?

NO pero pueden afectarse varias personas cercanas si todas fuman.

¿Se cura?

NO. El daño producido en los bronquios no se quita, pero puede encontrarse mejor siguiendo los consejos que más adelante le daremos.

¿Puedo fumar algún cigarrillo?

NO. Un solo cigarrillo le perjudica por su EPOC y por las enfermedades que el tabaco produce como infarto cardiaco, cáncer etc.

¿Cómo puedo dejar de fumar?

Si no puede dejar el tabaco por sí mismo ¡busque ayuda!. Pregunte a su médico y en su centro de salud y le informarán de los medios disponibles.

¿Puedo comer de todo?

Una alimentación correcta favorece una mejor calidad de vida. Es aconsejable que las comidas sean ligeras, poco abundantes y varias veces al día. Evitar alimentos que causen digestiones pesadas y flatulencia y que estén demasiado fríos o demasiado calientes.

¿Puedo hacer ejercicio físico?

Puede y debe hacer ejercicio físico porque le ayudará a sentirse bien y respirar mejor. Hay muchos ejercicios que puede practicar pero una de las mejores opciones posibles es caminar.

¿Puedo vacunarme?

Puede y debe vacunarse todos los años de la vacuna antigripal salvo que su médico le indique lo contrario. Es muy importante prevenir la gripe porque puede empeorar su enfermedad. Es posible que también le pongan la vacuna antineumocócica.

¿Y si me da reacción la vacuna?

Aunque es raro, es posible que pueda producir molestias en el lugar de la inyección y menos probablemente fiebre y malestar general leve que cede en un par de días. Aún así los beneficios que puede obtener de la vacuna son muy superiores a las posibles molestias.

¿Puedo acatarrarme aunque me vacune?

SI y puede tener incluso gripe aunque de forma más leve. La vacuna solo le protege de la infección por el virus de la gripe, pero existen otros virus que pueden afectarle.

¿Puedo tener relaciones sexuales?

SI con algunas precauciones como:

- Debe estar descansado
- Adopte posturas cómodas que no dificulten la respiración.
- Pare y descanse si siente ahogo importante.

¿Puedo viajar?

En general SI pero consulte previamente a su médico. No es aconsejable el viaje en avión en algunos pacientes. Organice los preparativos con antelación.

Si utiliza oxígeno realice los trámites correspondientes de antemano para que lo tenga cuando llegue a su destino.

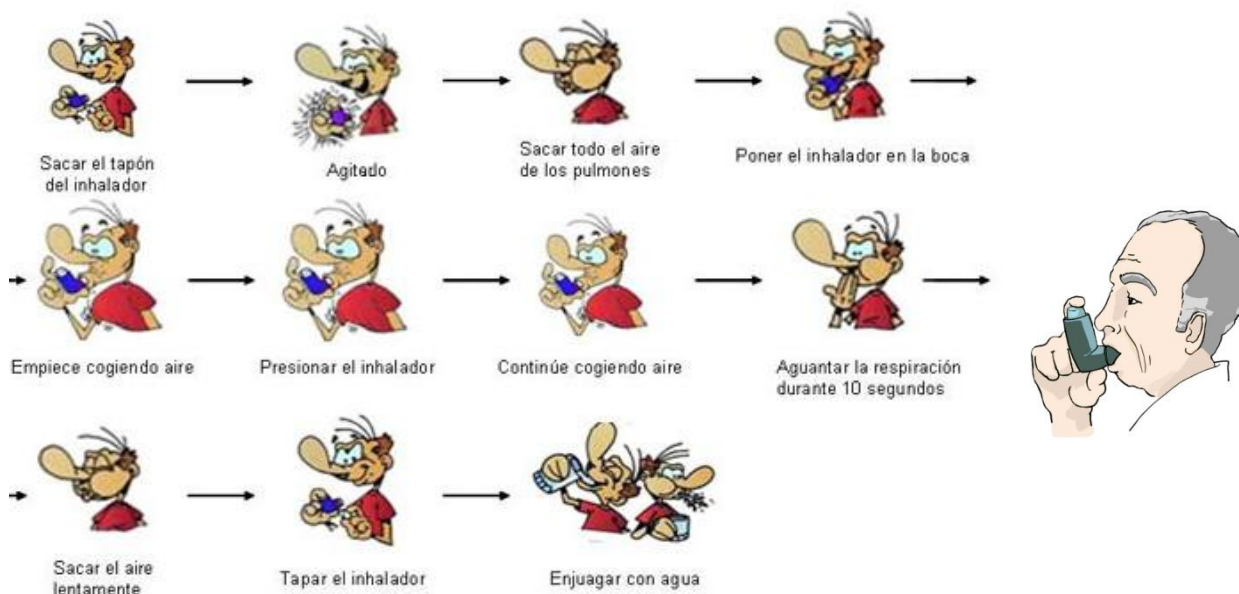
¿Cuándo debo consultar al médico?

Si no mejora o tiene alguno de estos síntomas:

- Fiebre mayor de 38°C.
- Dolor en el pecho.
- Hinchazón de tobillos.
- Dolor de cabeza.

ANEXO 10. CARTUCHO PRESURIZADO DE DOSIS CONTROLADA

Para obtener un máximo beneficio en el uso de inhaladores presurizados, es necesario realizar una técnica de inhalación correcta. El paciente estará incorporado o semi-incorporado para permitir la máxima expansión torácica.



1. Destapar el cartucho y ponerlo en posición vertical (en forma de L).
2. Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar, con el índice arriba y el pulgar en la parte inferior. Agitarlo.
3. Efectuar una espiración lenta y profunda.
4. Colocar la boquilla del cartucho en la boca. Rodear la boquilla con los labios cerrándoles bien alrededor.
5. Inspirar lentamente por la boca. La lengua debe estar en el suelo de la boca, no interfiriendo la salida del medicamento. Una vez iniciada la inspiración, presionar el cartucho (UNA SOLA VEZ) y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. Es MUY IMPORTANTE que se efectúe la pulsación después de haber iniciado la inspiración.
6. Retirar el cartucho de la boca. Aguantar la respiración durante unos 10 segundos (IMPORTANTE). Si debe administrarse una o más dosis del mismo u otro aerosol, esperar un mínimo de 30 segundos entre cada toma. Repetir el procedimiento desde el paso 3.

