



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**Ocio y calidad de vida en personas mayores con  
insuficiencia respiratoria crónica.**

Estudiante: Alba García Fernández

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Soria,

CURSO ACADÉMICO: 2016/17

FACULTAD DE ENFERMERÍA SORIA

*“No dejamos de jugar porque envejecemos; envejecemos porque dejamos de jugar”.* Benjamin Franklin



## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	3
1.1.	JUSTIFICACIÓN.....	3
1.2.	MARCO CONCEPTUAL .....	4
1.2.1.	CRONICIDAD .....	4
1.2.2.	CALIDAD DE VIDA .....	5
1.2.3.	NECESIDAD DE OCIO.....	5
2.	COMPETENCIAS Y OBJETIVOS .....	7
2.1.	COMPETENCIAS.....	7
2.2.	OBJETIVOS .....	7
3.	MATERIAL Y MÉTODO .....	7
3.1.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS .....	8
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	9
4.1.	Percepción de calidad de vida de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. .....	9
4.2.	Factores que condicionan las actividades de ocio de las personas con insuficiencia respiratoria crónicas.....	10
4.3.	Identificar los recursos que los pacientes con IRC necesitan para participar en actividades de ocio.....	12
4.4.	Intervenciones enfermeras en la necesidad de ocio de las personas con insuficiencia respiratoria crónica. ....	13
5.	CONCLUSIONES .....	17
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	18
7.	ANEXOS .....	I
7.1.	ANEXO 1. ....	I
7.2.	ANEXO 2. ....	II
7.3.	ANEXO 3. ....	V
7.4.	ANEXO 4. ....	VI

# ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: NANDA-NOC-NIC Actividades recreativas.....	6
Tabla 2: Ventajas e Inconvenientes de las fuentes de suministro de OCD.....	13
Tabla 3: NANDA-NOC-NIC Intolerancia a la actividad.....	15
Tabla 4: NANDA-NOC-NIC Actividades recreativas.....	16
Tabla 5: Ecuación de búsqueda bibliográfica en bases de datos.....	I
Tabla 6: Síntesis de los artículos seleccionados.....	II
Tabla 7: Oxigenoterapia en medios de transporte.....	V
Tabla 8: CBA de EPOC y asma.....	VI
Figura 1: Diagrama de la estrategia de búsqueda bibliográfica realizada.....	8

## LISTADO DE ABREVIATURAS

<b>IRC</b>	<b>Insuficiencia Respiratoria Crónica</b>
<b>EPOC</b>	<b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>
<b>CV</b>	<b>Calidad de Vida</b>
<b>CVRS</b>	<b>Calidad de Vida Relacionada con la Salud</b>
<b>HTA</b>	<b>Hipertensión Arterial</b>
<b>HTP</b>	<b>Hipertensión Pulmonar</b>
<b>CPO</b>	<b>Concentrador Portátil de Oxígeno</b>
<b>SGRQ</b>	<b>St. George Respiratory Questionnaire</b>
<b>LCADL</b>	<b>London Chest Activity Daily Living</b>
<b>CAT</b>	<b>COPD Assesment Test</b>
<b>NANDA</b>	<b>North America Nursing Diagnosis Association</b>
<b>NOC</b>	<b>Nursing Outcomes Classification</b>
<b>NIC</b>	<b>Nursing Interventions Classification</b>
<b>AVD</b>	<b>Actividades de la Vida Diaria</b>
<b>INE</b>	<b>Instituto Nacional de Estadística</b>
<b>OMS</b>	<b>Organización Mundial de la Salud</b>
<b>SRM</b>	<b>Self-Regulatory Model</b>
<b>VNI</b>	<b>Ventilación No Invasiva</b>
<b>AP</b>	<b>Atención Primaria</b>
<b>AE</b>	<b>Atención Especializada</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. JUSTIFICACIÓN

El ocio está íntimamente ligado a la calidad de vida de las personas, siendo un aspecto que debe abordarse en cualquier etapa de la vida y procurar adaptarlo a las circunstancias y preferencias de cada individuo. Las enfermedades crónicas pueden crear situaciones de dependencia y limitación en las actividades cotidianas de las personas, incluidas las actividades de ocio que, como hemos mencionado, tienen un gran impacto en la percepción de calidad de vida de las personas que las padecen. Nos vamos a centrar en el cuidado de enfermería de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica (IRC), en concreto abordaremos la importancia de la satisfacción de la necesidad de participar en las actividades recreativas y en cómo, ésta dimensión, influye en la percepción de la calidad de vida de las personas mayores cuando tienen insuficiencia respiratoria crónica.

La pirámide poblacional muestra un incremento de personas mayores desde mediados del siglo XX, suponiendo un reto social el atender las necesidades que surgen con el envejecimiento, como es la tendencia a la cronicidad de las enfermedades (1). Las enfermedades crónicas no neoplásicas más comunes, actualmente, son las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). En España, la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” (3) publicada en el año 2012 plantea como líneas estratégicas para afrontar la situación el reforzar puntos como la promoción de la salud, prevención de las condiciones de salud y de las limitaciones en la actividad de carácter crónico, la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria, etc. Algunas de las recomendaciones son: establecer y promover la colaboración entre organismos del sector sanitario y otros sectores para facilitar entornos saludables; desarrollar actividades de promoción de la salud y de prevención con especial énfasis en la infancia y la vejez; garantizar la atención en los aspectos psicológicos y emocionales de las personas con enfermedades crónicas que permitan la adaptación a su estilo de vida, entre otras.

El estudio EPI-SCAN I (4), determinó una prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España del 10,2% en la población de 40 a 80 años, siendo casi el triple en hombres (15,1%) que en mujeres (5,6%) y mucho más significativo en las personas mayores de 70 años (22,9%). Los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria de 2015 (5) también manifiestan el elevado número de personas que son hospitalizadas a causa de EPOC en España (1.266 personas de entre 75-84 años por cada 100.000 habitantes). Las personas con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) suelen tener crisis que van limitando su capacidad para realizar actividades cotidianas (6). Algunos síntomas que pueden padecer las personas con IRC son disnea, tos, somnolencia, irritabilidad o cefaleas, entre otros. La disnea es la sensación subjetiva de falta de aire, y la que produce mayor limitación en las actividades de la vida diaria (AVD). Ante una misma limitación de flujo aéreo, la disnea puede ser mayor en una persona que en otra y, por tanto, la calidad de vida de uno y otro serían diferentes, según la limitación que provoquen en sus AVD. (7). Diversos cuestionarios utilizados para medir la CV de las personas con IRC (como el St. George Respiratory Questionnaire, o el test London Chest Activity Daily Living) incluyen el apartado “actividades de ocio”, evidenciando la importancia que tiene el desarrollo efectivo de dichas actividades, tanto para la percepción de calidad de vida, como para mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Las personas con IRC son atendidas por un equipo multidisciplinar, en el que se encuentra el profesional de enfermería. Las enfermeras y enfermeros proporcionan los cuidados que requieren las personas en diferentes situaciones de salud, a través de un método sistemático denominado Proceso Enfermero (PE). El PE permite el desarrollo de una atención humanizada centrada en el logro del bienestar y calidad de vida de las personas, consiste en una valoración inicial, en la que se identifican las necesidades de los pacientes que permiten realizar un juicio diagnóstico, que denominamos diagnósticos de enfermería, para posteriormente establecer y pactar unos objetivos con el usuario, que se alcanzarán a través de la ejecución de actividades y, finalmente, se evalúa el estado del paciente, para valorar la efectividad de las intervenciones. La incorporación de la taxonomía NANDA-NOC-NIC como elementos del PE, permite a las enfermeras, entre otras aportaciones, desarrollar un lenguaje propio y facilitar la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes a través de un abordaje consensuado. En el modelo de cuidados descrito por la Dra. Virginia Henderson, basado en la definición de la persona como un ser configurado por elementos biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, se desarrollan catorce necesidades básicas que las personas deben satisfacer para alcanzar el bienestar. En este modelo se describe la necesidad de “Participar en Actividades Recreativas” teniendo en cuenta el ocio como requisito para que las personas mantengan su integridad (8). La taxonomía NANDA incorpora el diagnóstico “Déficit de actividades recreativas” para referirse a la falta de ocio de las personas en situaciones en las que la enfermera puede actuar. El ocio es una actividad necesaria para relajarse, sentirse independientes y evitar el aburrimiento (9); en las personas mayores no es una excepción, y la satisfacción personal a través del ocio y la participación social de los mayores se convierte por tanto en uno de los puntos clave para su bienestar (10).

## 1.2. MARCO CONCEPTUAL

### 1.2.1. CRONICIDAD

Según la OMS (2), las enfermedades crónicas o no transmisibles son *“afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta”*, normalmente con una evolución de más de 6 meses. Las consecuencias de éstas, además de las propias de cada enfermedad, incluyen aspectos psicológicos, como escribe Avella, (11): *“...pueden producir incertidumbre, ansiedad, angustia y una serie de sentimientos en cascada que deben mitigarse y aliviarse”*, por lo que, desde el punto de vista enfermero, hay que tener en cuenta que son enfermedades que influyen en la satisfacción de las necesidades básicas descritas por la Dra. Virginia Henderson. La insuficiencia respiratoria (IR) es la condición en la que el aparato respiratorio no puede llevar a cabo sus funciones fundamentales del intercambio gaseoso: oxigenar la sangre que llega a los pulmones y eliminar el anhídrido carbónico de ésta. Enfermedades neuromusculares como la esclerosis lateral amiotrófica, la esclerosis múltiple o la enfermedad de Parkinson, así como aquellas que producen obstrucción bronquial (EPOC o bronquiectasias), alteraciones en la pared torácica, resecciones quirúrgicas pulmonares e incluso la obesidad mórbida, entre otras, pueden ser la causa de padecer insuficiencia respiratoria crónica (IRC). Los signos de la IRC son hipertensión arterial (HTA), hipertensión pulmonar (HTP), taquicardia, poliglobulia (incremento de hematíes), cianosis (coloración azulada de la piel y mucosas) e hipertrofia de los músculos respiratorios accesorios por el aumento del trabajo de los mismos; los síntomas que pueden aparecer son disnea, cefalea, somnolencia, irritabilidad u obnubilación (12).

Además del tratamiento farmacológico indicado según la causa de la IRC, se aconsejan medidas higiénico-dietéticas generales, independientemente de la etiología, como son: la deshabitación

tabáquica, corregir o evitar desequilibrios nutricionales, prevenir infecciones del aparato respiratorio mediante vacunación (antineumocócica y antigripal), manejo de las secreciones con fisioterapia respiratoria y evitar, cuando sea posible, fármacos depresores del Sistema Nervioso Central (SNC). Asimismo, en aquellas enfermedades crónicas que producen hipercapnia o hipoxemia se puede recomendar la utilización de oxigenoterapia, como la Ventilación No Invasiva (VNI), o medidas farmacológicas que aumenten la ventilación pulmonar, como la anhidrasa carbónica (13). Dichas indicaciones requieren una adaptación de la vida diaria de los pacientes con IRC, y el profesional de enfermería es quien puede acompañar durante el proceso, potenciando los recursos personales y sociales de cada individuo. La enfermera puede llevar a cabo tanto su función asistencial (valoración de la percepción de calidad de vida del paciente, vacunación, manejo de secreciones...) como docente (educación sobre estilos de vida saludables o adaptación a la enfermedad crónica), gestora (administrar recursos e información de cada paciente, uso de material y tiempo) y de investigación (mejora continua de los cuidados a través de estudios adecuadamente diseñados).

### **1.2.2. CALIDAD DE VIDA**

La OMS (14) define la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Se diferencia del concepto calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ya que esta última se centra en el impacto que una determinada situación de salud tiene sobre el bienestar de las personas (15). Existen diferentes cuestionarios con los que se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con EPOC, como el COPD Assessment Test (CAT) de formato corto y rápido de aplicar, recomendado por la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid o el St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ), que valora más aspectos, pero su aplicación es más lenta.

Los pacientes con IRC que sufren disnea, primero ven afectadas las actividades que requieren mayor demanda de oxígeno como caminar rápido y, poco a poco, se ven comprometidas las actividades de la vida diaria (AVD). Estas situaciones generan un aumento de la dependencia de la persona, limitación del estilo de vida y discapacidad. Otros síntomas, como la tos, la producción de esputo, las cefaleas o la irritabilidad provocan afectación en la calidad de vida en su componente físico, emocional y social. La OMS (16) describe la discapacidad como “...la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales (actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado)” que restringen la participación y limitan la actividad habitual.

### **1.2.3. NECESIDAD DE OCIO**

El ocio es una experiencia orientada a la satisfacción y autoconocimiento, basado principalmente en la libre elección de actividades con las que alcanzar esa realización personal con un fin concreto como puede ser el aprendizaje o con la única finalidad del disfrute del tiempo libre (autotético). Las enfermedades respiratorias como la EPOC, el asma o la obesidad pueden hacer que las personas que las padecen modifiquen las actividades recreativas e incluso que las eliminen de su rutina (10).

Según el modelo de cuidados de la Dra. Virginia Henderson, la enfermera debe tratar de identificar aquellas dimensiones en las que el individuo es dependiente. Basándose en la teoría de la

pirámide de necesidades de Abraham Maslow, describe catorce necesidades que abarcan tanto aspectos fisiológicos como psicológicos y sociales del individuo (17). La necesidad de los individuos de participar en todas las formas de recreación y ocio es una de ellas. La Dra. Virginia Henderson define esta necesidad como un “requisito indispensable para mantener la integridad” ya que las actividades lúdicas contribuyen tanto a la salud física como mental. Alguna situación concreta de enfermedad puede ocasionar la dependencia para realizar alguna de las actividades preferidas por los pacientes y desencadenar un problema que se valorará si es por falta de conocimiento, de voluntad o de fuerza. El diagnóstico enfermero que define esta situación es descrito por la NANDA como “Déficit de actividades recreativas (00097):...disminución de estimulación/interés/participación procedente de actividades recreativas o de ocio”, para este diagnóstico se proponen distintos objetivos y actividades según la taxonomía NANDA-NOC-NIC en la Tabla 1 (8).

Tabla 1: NANDA-NOC-NIC Actividades recreativas. Fuente: Elaboración propia

<b>Diagnóstico NANDA: [00097] Déficit de actividades recreativas r/c actividades recreativas insuficientes m/p aburrimiento</b>		
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Participación en actividades de ocio</b>	<b>5360</b> Terapia de entretenimiento	Ayudar a: Identificar los déficits de movilidad como los producidos por la oxigenoterapia. Elegir actividades recreativas coherentes con la IRC: estilo de vida activo (caminar, hacer deporte moderado, viajar...)
		Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas
	<b>5430</b> Grupos de apoyo	Fomentar la expresión de ayudas mutuas Ayudar en el progreso de las etapas de desarrollo grupal

Desde el punto de vista social, el ocio es un derecho, y así lo contempla la Constitución Española en el artículo 43.3, según el cual, «corresponde a los poderes públicos fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte, así como la obligación de facilitar la adecuada utilización del ocio», si bien las competencias de recreación están transferidas a las Comunidades Autónomas (18). El ocio es una de las estrategias que se promueven para el envejecimiento activo, pues contribuye al bienestar de las personas por aliviar el estrés y ofrecer una alternativa al aburrimiento (que puede ser un factor estresante) y permite alcanzar un sentimiento de competencia ante diferentes retos (9).



## **2. COMPETENCIAS Y OBJETIVOS**

### **2.1. COMPETENCIAS**

- Competencias generales:
  - o C.G.4. Deben ser capaces de transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
- Competencias específicas:
  - o C. E. 47. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.
- Competencias transversales:
  - o C.T.3. Capacidad de análisis y síntesis.
  - o C.T.19. Capacidad para desarrollar habilidades de gestión de la información.

### **2.2. OBJETIVOS**

- Objetivo general:
  - o Determinar cómo influyen las actividades de ocio en la percepción de calidad de vida de los enfermos con insuficiencia respiratoria crónica y la intervención enfermera.
- Objetivos específicos:
  - o Describir la percepción de calidad de vida de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.
  - o Identificar los factores que condicionan las actividades de ocio de las personas con insuficiencia respiratoria crónica.
  - o Identificar las adaptaciones necesarias de los recursos de ocio para acoger a los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.
  - o Compilar las intervenciones enfermeras en la necesidad de ocio de las personas con insuficiencia respiratoria crónica.

## **3. MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica de literatura científica incorporada en las bases de datos CINAHL, Cuiden, Medline, el meta buscador Google Scholar, Nursing & Allied y Scielo, sobre las personas mayores con insuficiencia respiratoria crónica y el impacto en su CV en relación a la realización de actividades de ocio. También se recoge información de la página web del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid por ser entidades que publican información oficial sobre la situación actual en España. Para completar la búsqueda se ha consultado la Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)”.

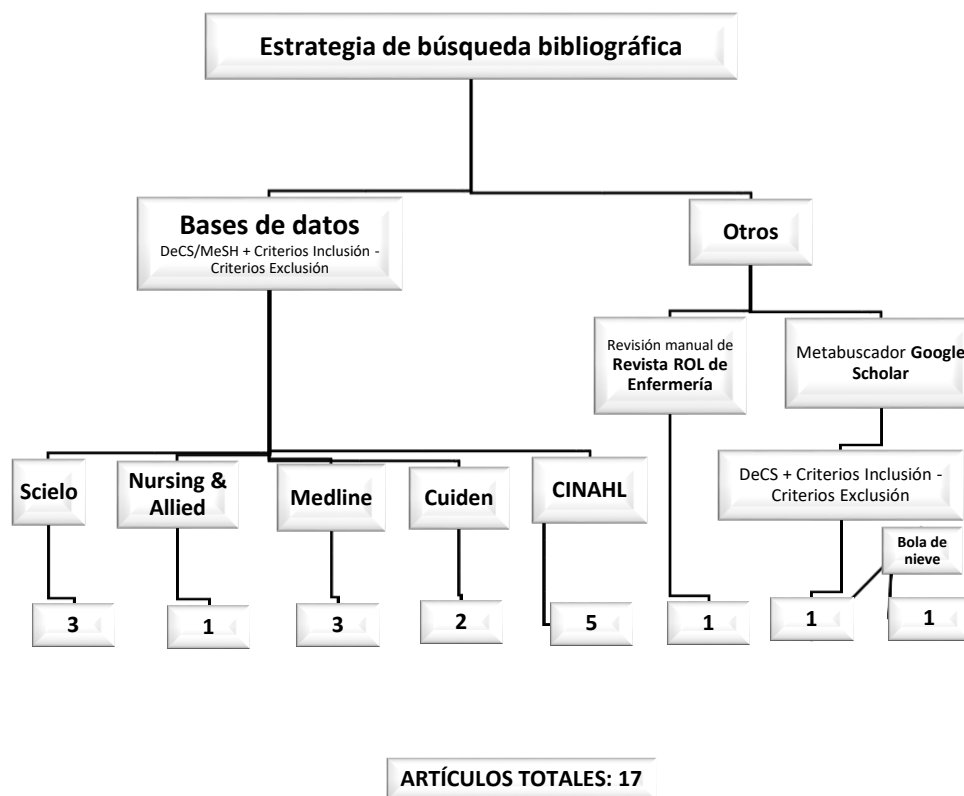
### 3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS

Entre febrero y abril de 2017 se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre la CV y la realización de actividades de ocio de las personas mayores con IRC en las siguientes bases de datos: CINAHL, Cuiden, Medline, Nursing & Allied y Scielo. También se realizó la búsqueda en el meta buscador Google Scholar, en el que se utilizó la búsqueda “bola de nieve”, con artículos relacionados.

Se utilizaron los siguientes descriptores DeCs: “ocio”, “mayores”, “crónico”, “calidad de vida”, “respiratorio”, “enfermedad crónica”, “oxigenoterapia”, “movilidad” e “impacto en la salud”. El truncamiento utilizado ha sido respir\*. Los DeCS y MeSH utilizados y el número de artículos encontrados se detallan en la Tabla 5 (Anexo 1). 20 artículos se seleccionaron inicialmente y, tras la lectura previa del resumen para valorar la pertinencia según los objetivos propuestos, se seleccionan 17 para su análisis (Figura 1).

- Para el criterio de búsqueda se utilizaron los siguientes operadores booleanos: ocio AND mayores AND crónico; ocio AND mayores AND respir\*; ocio AND crónico AND calidad de vida; ocio AND calidad de vida AND respir\*; calidad de vida AND respiratorio y respiratorio AND enfermedad crónica AND impacto en la salud.
- Criterios de inclusión: artículos originales indexados en las bases de datos electrónicas mencionadas, desde 2007 hasta 2017; en español e inglés relacionados con los objetivos del trabajo.
- Criterios de exclusión: artículos sin acceso íntegro al texto o al resumen; idioma diferente al español o inglés; fechas diferentes a las incluidas; sin relación con objetivos propuestos.

Figura 1: Diagrama de la estrategia de búsqueda bibliográfica realizada. Fuente: Elaboración propia.



#### **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Se seleccionan 17 artículos originales relacionados con los objetivos de estudio. En la Tabla 6 (ANEXO 2.), se encuentran recogidos los datos de cada uno de los artículos, incluyendo la profesión o el ámbito de trabajo de los autores de los artículos seleccionados y sus principales aportaciones.

Tras el análisis de los artículos relacionados con los objetivos de nuestro estudio no todos estaban realizados o relacionados con la enfermería, lo que podría considerarse una limitación, si bien este aspecto refuerza la importancia de trabajar como equipo multidisciplinar para tener en cuenta al paciente de forma holística.

A continuación, exponemos los resultados obtenidos estructurados en base a los objetivos propuestos.

##### **4.1. *Percepción de calidad de vida de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.***

La Calidad de Vida de los pacientes con insuficiencia respiratoria se mide con diferentes cuestionarios validados, el más referenciado en los artículos seleccionados es el Cuestionario Respiratorio St. George (SGRQ), utilizado de forma específica para medir el impacto en la percepción de CV de los pacientes diagnosticados de EPOC (19–27). Este cuestionario incluye tres dominios **1.** síntomas relacionados con problemas respiratorios (tos, disnea, esputo...); **2.** capacidad para realizar actividad, que incluye preguntas sobre aquellas tareas que les provocaron disnea en los últimos días (andar, bañarse...); y **3.** impacto en la vida del paciente, donde el paciente expresa si la enfermedad interfiere en sus actividades diarias y cuánto. El resultado se calcula haciendo un porcentaje tras obtener la puntuación y si éste es mayor de 10%, se considera que perjudica a su CV (22). La ventaja de este cuestionario es que incluye diversos aspectos que impactan en la CV, sin embargo, es largo y a veces difícil de aplicar respecto a otros cuestionarios como el CAT, que se lleva a cabo con 8 preguntas ponderadas del 0-5 y de aplicación más fácil y rápida aunque con menos aspectos tenidos en cuenta (20).

En los estudios analizados, se identifican tres factores que producen variabilidad en el impacto de la CVRS de las personas con EPOC: la gravedad de la enfermedad, la incidencia de los síntomas y las comorbilidades que sobrevienen (20). En este sentido, se observa mayor repercusión de la disnea en pacientes con peor estado nutricional que padecen EPOC y mayor comorbilidad. Se determina que la diabetes, la enfermedad cardiovascular, la depresión o la osteoporosis, son enfermedades que, junto a la IRC, condicionan la percepción de la CV negativamente (25). Estos factores deben ser tenidos en cuenta ya que las personas mayores están predispuestas a padecer 2 o más enfermedades crónicas (20). Además, los pacientes con 2 o más síntomas respiratorios tienen peor puntuación en todos los aspectos de calidad de vida, en los que se observa peor estado de salud física y psíquica (28).

Síntomas como la disnea, la ansiedad y la depresión inciden sobre la puntuación del SGRQ, es decir, sobre la CVRS (19). La disnea puede provocar un sedentarismo forzado, que deriva en una pérdida de fuerza muscular, deterioro físico y aumento de la dependencia y fragilidad. En las personas con exacerbaciones de la EPOC, además, son más frecuentes la depresión y el deterioro físico que aquellas con EPOC estable (23).

Por otro lado, es importante que dejemos de relacionar la edad -como única variable- con una percepción negativa de la CV ya que según Ekici *et al.* (19) la edad, el índice de masa corporal (IMC) o el número de hospitalizaciones, no se relacionan de forma significativa con la puntuación total del SGRQ. Trasladar este dato a las personas mayores con enfermedades crónicas, o sin ellas, permite valorar a las personas más allá de su edad, pues no estar completamente satisfechos con su CV no puede justificarse con la edad avanzada.

Las enfermeras y enfermeros deben hacer un abordaje adecuado, tanto en los cuidados a las personas con IRC como en la adaptación de la persona con una enfermedad a las actividades de la vida diaria y convertirse en el profesional de referencia cuando el paciente requiera cuidados en estos aspectos. Acompañar durante la enfermedad, prevenir los efectos que se van a producir y evitar aquellos factores que producen mayor impacto en la calidad de vida de las personas son los aspectos con los que la enfermera puede fomentar la adaptación a la enfermedad; por tanto, los profesionales de enfermería tienen que conocer y tener en cuenta aquellos factores que empeoran la CVRS de los pacientes con IRC para contribuir en el bienestar en su vida cotidiana.

#### **4.2. Factores que condicionan las actividades de ocio de las personas con insuficiencia respiratoria crónicas.**

Según la Encuesta de Integración Social y Salud (29), más de la mitad de las personas mayores de 75 años dicen estar limitadas en algún aspecto de su vida por un problema de salud. Realizar actividades de ocio y culturales supone una dificultad al 69% de las personas con discapacidad y casi a un 63% de las personas mayores de 65 años. El 24,8% de las personas discapacitadas encuentra dificultad para realizar sus aficiones por la distancia, seguido de la falta de confianza (23,2%); esta última es el principal obstáculo que encuentran las personas mayores para salir de casa. El profesional de enfermería, a través de unos cuidados de calidad, puede mejorar el autocuidado, fomentar la confianza y aumentar la seguridad de los pacientes. A través de la educación, por ejemplo, facilitando información sobre el control de la disnea, ya que es el síntoma que más impacto tiene en la CVRS de las personas con IRC.

El test validado London Chest Activity of Daily Living (LCADL) evalúa el nivel de disnea de los pacientes en cuatro áreas: el autocuidado, las tareas domésticas, la actividad física y el ocio, este último, con una correlación significativa con todos los dominios del SGRQ (síntomas, actividad e impacto). Dejar de realizar actividades recreativas no compromete la vida de los pacientes con IRC, pero sí su CVRS. Son actividades que pueden requerir mayor demanda de oxígeno por lo que son las que se abandonan en primer lugar, a pesar de que los estudios evidencian la correlación existente entre el ocio y la calidad de vida (dominio "ocio" del test LCADL relacionado con todos los dominios del SGRQ) (19). Por otro lado, la CV no está necesariamente relacionada con una buena salud; muchas personas mayores con diferentes comorbilidades perciben positivamente su CV, ya que una enfermedad controlada hace que no se vean como personas enfermas (30). La adaptación y el afrontamiento de la enfermedad son, por tanto, factores sobre los que se debe trabajar para que aquellas personas diagnosticadas de una enfermedad crónica no se vean a sí mismas como personas enfermas.

Como hemos mencionado anteriormente, se considera importante el estado nutricional de los individuos con EPOC, siendo la enfermera quien puede aportar información sobre hábitos alimentarios

saludables. La malnutrición afecta a la participación del paciente en las actividades de ocio, pues según los resultados de los trabajos revisados, los sujetos con EPOC y peor estado nutricional mostraban peores valores en las subescalas de autocuidado y actividades de ocio del LCADL, que los que tenían un estado nutricional dentro de los valores normales (25).

Para los pacientes con IRC con indicación de ventilación no invasiva (VNI) domiciliaria como tratamiento, hay que tener en cuenta su adaptación a la misma. La VNI es una técnica de oxigenoterapia que puede no ser bien tolerada por el paciente. Tortajada *et al.* (31) indican que durante la iniciación, el individuo se ve ante una adaptación forzada, en la que obligatoriamente y aunque no toleren del todo la VNI, continúan utilizándola. Las manifestaciones del paciente que indican una mala tolerancia a la VNI son, principalmente la ansiedad y el pánico (por sensación de pérdida de control), efectos físicos como sequedad de boca o fugas en los ojos y, por último, preocupación por dañar algún mecanismo de la máquina de oxígeno. Tras la iniciación, le sigue la transición, que es la puesta en marcha de estrategias para alcanzar el propio bienestar, como participar de forma proactiva y recuperar el control, confiar en la ayuda y “movilizar la fuerza” tanto física como mental. Por último, la determinación, que aparece cuando el paciente se adapta al tratamiento si los síntomas mejoran y los beneficios superan a los inconvenientes. Las enfermeras, para lograr una adaptación positiva del paciente a la VNI, es necesario que conozcan estas etapas de transición y que, con conocimientos sobre la VNI, colaboren anticipándose a los posibles obstáculos en las fases iniciales. A través de la empatía, la escucha activa y la presencia de los profesionales de enfermería se pueden detectar los factores individuales que cada paciente y su entorno pueden percibir negativamente y obstaculicen su participación en distintas actividades y, por tanto, dificulten el logro de su bienestar.

Para Hallas y Howard (32), cada persona afronta su enfermedad de diferente forma y es importante que los profesionales de enfermería estén formados adecuadamente para ofrecer cuidados de enfermería de forma holística basados en la evidencia, sin prescindir del componente psicosocial. El Modelo Auto-regulador de la enfermedad crónica (Self-Regulatory Model of Chronic Illness, SRM) puede ofrecer una explicación a la variabilidad de reacciones y respuestas ante una enfermedad crónica. Este modelo explica cómo se puede conceptualizar lo que la enfermedad significa personal, cognitiva y emocionalmente para la persona. El concepto subjetivo que se tenga de la enfermedad tiene mucho impacto sobre la gravedad de los síntomas, para ello, la enfermera debería saber detectar los conceptos que producen ansiedad, depresión y pánico.

El conocimiento del aparato respiratorio, de su enfermedad y de los pasos a seguir en las reagudizaciones hacen que mejore la CVRS del paciente con EPOC, así se refleja en el estudio de Österlund *et al.* (24), en el que el grupo intervención fue atendido individualmente por una enfermera especializada en EPOC en el centro de salud. La educación para la salud se adaptó a cada individuo, dándole al autocuidado especial importancia en las visitas de control de enfermería. Los pacientes del grupo intervención percibieron una disminución de flemas, tos, disnea y un aumento en la CV psicosocial. Si las personas con EPOC notan mejoría en los principales síntomas de su enfermedad, y se sienten preparados gracias a la información obtenida por su enfermera, encontrarán menos barreras para salir de casa o realizar actividades de ocio.

#### **4.3. Identificar los recursos que los pacientes con IRC necesitan para participar en actividades de ocio.**

Las actividades de ocio, como tener relaciones sociales mensuales, ver la televisión o hacer manualidades, son un factor de protección en personas mayores con enfermedades crónicas que pueden causar pérdida funcional (el asma entre ellas), además de mejorar la percepción de calidad de vida (33), la mayoría de autores recomiendan evitar la vida sedentaria. En cuanto a las tareas recomendadas en la literatura para las personas con EPOC, el T'ai Chi es una manera de hacer ejercicio, controlar la respiración y meditar, aunque se destacan los beneficios de su práctica, no se ha demostrado que sea mejor que otras formas de entrenamiento (27). Las personas que han sobrevivido al cáncer de pulmón -una de las causas de IRC tras la cirugía por neoplasia- refieren, según Leach *et al.* (34), preferir tener asesoramiento de ejercicio en un centro especializado de personas con cáncer, durante e inmediatamente después del tratamiento, realizarlo con una persona especializada y con un esquema establecido individualmente.

Según el Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo (9), las personas mayores ocupan gran parte de su tiempo libre a las relaciones sociales. El 7% del tiempo que las personas mayores de 65 años dedican a actividades recreativas al mes, es para hacer viajes. El Imsero es la entidad con mayor repercusión en la gestión de prestaciones y programas de servicios sociales en España dirigido a personas mayores. Algunos de estos programas son el Programa de Turismo y el Programa de Termalismo, regulados y financiados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (35). El Programa de Turismo del Imsero tiene como objetivo "...proporcionar a las personas mayores estancias en zonas de costa y turismo de interior, contribuyendo con ello a mejorar su calidad de vida, su salud y la prevención de la dependencia".

Específicamente indicado para las personas con problemas respiratorios se ofrece el Programa de Termalismo, que "...proporciona a los/las pensionistas, que por prescripción facultativa precisen los tratamientos que se prestan en los balnearios y que reúnan determinados requisitos, el acceso a precios reducidos a estos establecimientos". En este caso, es un requisito imprescindible que el usuario tenga prescripción facultativa de tratamientos termales para afecciones reumatológicas o respiratorias. La necesidad de tratamiento termal tendrá en cuenta el grado de necesidad de tratamiento y si precisa de uno o dos de los tipos de tratamientos incluidos (afecciones reumatológicas y respiratorias). Una vez se han adjudicado las plazas para este programa, se les informa de que, en caso de requerir oxigenoterapia, es necesario avisar con antelación a la empresa que suministra el oxígeno y, en ocasiones, al balneario.

Si se va a realizar un viaje es aconsejable consultar con su médico y con la agencia de viajes previamente. El médico puede proporcionarle un documento que recoja la medicación que utiliza o si es necesario ajustarla y la necesidad de oxigenoterapia si fuera preciso. Es recomendable, además, que las personas con EPOC eviten viajar a lugares cuya altitud sea superior a 1.500 metros para evitar la falta de oxígeno en el aire, y que, en lugares cuyas temperaturas son extremas se procure viajar en la época en que sean más suaves (36).

En caso de necesitar oxigenoterapia, existen diferentes fuentes suministradoras de oxígeno, recogidas en la Tabla 5, pautadas por el neumólogo según la movilidad del paciente.

Tabla 2: Ventajas e Inconvenientes de las fuentes de suministro de OCD. Fuente: Gutiérrez V. Oxigenoterapia crónica: propuesta enfermera para mejorar la deambulación de los pacientes. 2014; 6:24–30.

FUENTE	VENTAJAS	INCONVENIENTES	INDICACIÓN
<b>Bombona de O<sub>2</sub></b>	Bajo coste Ausencia de ruido	Fuente estática Necesita recargas frecuentes	Paciente sin movilidad Flujo elevado de O <sub>2</sub>
<b>Concentrador de O<sub>2</sub></b>	Bajo coste No necesita red de distribución Volumen de gas ilimitado	No es portátil Dependiente de la red eléctrica, por ello, necesita un cilindro extra para fallos de energía eléctrica Ruido Necesita mantenimiento Fuente estática	Poca movilidad o no aceptación de fuente portátil
<b>Concentrador Portátil (CPO)</b>	Permite movilidad Funcionan con baterías externas (Autonomía de 90-120 minutos)	Flujos bajos de O <sub>2</sub> (1-3 l/min) Sistemas a demanda (funcionan durante la inspiración) Recarga de baterías	Movilidad limitada Pacientes que requieren bajo flujo de O <sub>2</sub>
<b>Oxígeno líquido</b>	Permite buena movilidad fuera del domicilio Fácil manipulación Recarga directa de la “nodriza” Buena autonomía	Coste elevado Dependiente de una red de distribución	Paciente con buena movilidad
<b>Nuevas Fuentes de O<sub>2</sub> (OXI-GEN LITE®)</b>	Genera O <sub>2</sub> de gran pureza (99,78%) a partir de agua destilada mediante electrolisis Menor ruido Ahorro energético	Experiencia clínica escasa, no se ha demostrado su eficiencia Peso de 10 Kg usado como fuente fija o portátil	Aún no definidas

El desplazamiento en territorio nacional de las máquinas de oxígeno domiciliario requiere avisar previamente a la empresa que lo suministra, para que se pongan en contacto con la empresa encargada en la provincia de destino, de manera que puedan proporcionar una máquina de oxígeno cuando se produzca el desplazamiento temporal. Si no se ha dispuesto de un suministro fijo en el lugar de destino, el equipo de elección será el suministro portátil de oxígeno. El transporte de las máquinas de oxígeno en un viaje puede ser en automóvil, autobús, tren, avión, barco o crucero y las precauciones a tener en cuenta se recogen en la Tabla 7 (ANEXO 3). En estas circunstancias, si se viaja con alguna empresa de transporte, lo más importante a tener en cuenta es avisar previamente y con suficiente antelación de la necesidad de llevar una máquina de oxígeno y comprobar la normativa de cada empresa al respecto (37,38).

#### 4.4. Intervenciones enfermeras en la necesidad de ocio de las personas con insuficiencia respiratoria crónica.

Como hemos mencionado en la introducción, la taxonomía NANDA y los diagnósticos enfermeros (D.E), permiten a los profesionales de enfermería actuar de forma consensuada con un lenguaje común. Dos artículos de los 17 analizados utilizan esta taxonomía; en Gutiérrez (37) se realiza un Plan de Cuidados de Enfermería eligiendo el D.E “Deterioro de la movilidad física”, justificado por la dificultad que los pacientes con EPOC tienen para moverse, por la falta de oxígeno y la tendencia a llevar un estilo de vida sedentario. En el otro estudio (39), aunque no desarrollan el Plan de Cuidados, sí proponen diagnósticos enfermeros basados en la respuesta humana de las personas con EPOC, como son: baja autoestima, desesperanza, impotencia, ansiedad o deterioro de la interacción social.

Para aproximarnos al ámbito de actuación de enfermería en los pacientes con IRC, utilizaremos como referencia la Guía de Práctica Clínica para pacientes con EPOC y la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid.

Según Miravittles *et al.* (36) en la “Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de pacientes con EPOC”, las competencias de los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes con IRC son diferentes en atención primaria (AP) y especializada (AE). En AP las competencias de las enfermeras, están relacionadas con: “...la promoción de estilos de vida saludables, prevención del tabaquismo y deshabituación tabáquica, valoración de necesidades de la persona con EPOC y su familia, realización de un plan de cuidados, prevención de exacerbaciones en función del estadio de la EPOC y de la comorbilidad y en educación para la salud de pacientes y familiares y el aumento de su autonomía”. Las competencias de los enfermeros en Atención Especializada incluyen el conocimiento y educación: “...en ventilación mecánica no invasiva, valoración multidimensional, evaluación global del paciente complejo, plan de trabajo, coordinación, evaluación de resultados y manejo en situación aguda”.

La Cartera de Servicios (40) señala las prestaciones sanitarias que se ofrecen a los ciudadanos desde el primer nivel asistencial del Sistema Nacional Sanitario, en ella se indican las actividades que se desarrollan en cada servicio, denominadas criterios de buena atención (CBA). Para el cuidado de personas con asma y con EPOC se indica lo siguiente, 5 CBA desglosadas, que incluyen una valoración inicial, una exploración física, pruebas complementarias, valoración de gravedad y calidad de vida y controles anuales, detallados en la Tabla 8 (ANEXO 4.).

En relación a la promoción de estilos de vida saludable, en la literatura científica se identifican 5 aspectos de atención que pueden ayudar a las enfermeras y enfermeros a promocionar la salud de las personas mayores con enfermedades crónicas: la adaptación y convivencia con la enfermedad, estimular el autocuidado o la importancia del cuidador principal, son algunos de ellos (41). El empoderamiento del paciente y su familia es lo que se debe fomentar para promover la salud de los pacientes con IRC.

Tras la revisión bibliográfica de los diferentes factores que influyen en la CV de las personas con IRC y de las adaptaciones necesarias para que continúen llevando una vida activa sin dejar de realizar aquellas actividades de ocio que prefieren, planteamos una propuesta de cuidados de enfermería. Consideramos que la enfermera puede observar dos situaciones diferentes sobre las que intervenir tras realizar la valoración del paciente con IRC:

La primera situación teórica sería que la persona no consiguiera satisfacer su necesidad de participar en actividades recreativas porque conllevan un mayor requerimiento de oxígeno y, debido a una falta de conocimiento de su enfermedad o del control de la disnea, cambia su estilo de vida y modifica o abandona las actividades de ocio. El diagnóstico enfermero que proponemos en esta situación sería “Intolerancia a la actividad” relacionado con “sedentarismo” manifestado por “disnea de esfuerzo o refiere fatiga o debilidad”. Los resultados propuestos para este diagnóstico desde la taxonomía (NOC), son el aumento de la tolerancia a la actividad y la disminución de los efectos nocivos de la fatiga (Tabla 3).

Algunos cuidados de enfermería que pueden realizarse son: pactar con el paciente un programa adecuado a sus capacidades con el que vaya aumentando gradualmente la actividad física, propiciar, con una relación terapéutica adecuada, la verbalización de aquellos miedos y sentimientos



que el paciente percibe respecto a sus posibles limitaciones, tener en cuenta en la adaptación si el paciente tiene oxigenoterapia pautada y cómo puede interferir en sus AVD y en las actividades que realiza en su tiempo libre.

Tabla 3: NANDA-NOC-NIC Intolerancia a la actividad. Fuente: Elaboración propia

<b>Diagnóstico NANDA: [00092] Intolerancia a la actividad r/c sedentarismo m/p disnea de esfuerzo/refiere fatiga o debilidad.</b>			
<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>0005 Tolerancia de la actividad</b>	<b>518</b> Facilidad para realizar las AVD	<b>0180</b> Manejo de la energía	<p>Determinar la percepción de la causa de fatiga y animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones</p> <p>Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia y aumentar gradualmente la actividad física.</p> <p>Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.</p> <p>Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</p>
<b>Fatiga: Efectos nocivos</b>	<b>816</b> Interferencia con las actividades de ocio	<b>3320</b> Oxigenoterapia	<p>Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.</p> <p>Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa y disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad, enseñando al paciente en consecuencia.</p> <p>Aconsejar al paciente que obtenga la prescripción de oxígeno suplementario antes de realizar viajes en avión o a gran altitud</p>
		<b>5380</b> Potenciación de la seguridad	Escuchar los miedos del paciente y ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

El otro supuesto que planteamos es que, teniendo una buena adaptación a la enfermedad, la persona percibe que su entorno no está adaptado a sus necesidades y esto le impide realizar actividades recreativas. El diagnóstico enfermero que creemos que describe esta carencia de ocio sería “Déficit de actividades recreativas” relacionado con “actividades recreativas insuficientes” y manifestado por “referir aburrimiento o el entorno no permite dedicarse a esa actividad”. El NOC podría ser el aumento de la participación en actividades de ocio. Las intervenciones recomendadas desde enfermería que proponemos son la terapia de entretenimiento y formación de grupos de apoyo (Tabla 4).

Tabla 4: NANDA-NOC-NIC Actividades recreativas. Fuente: Elaboración propia

<b>Diagnóstico NANDA: [00097] Déficit de actividades recreativas r/c actividades recreativas insuficientes m/p aburrimiento</b>			
<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Participación en actividades de ocio</b>	<b>160407</b> Identificación de opciones recreativas	<b>5360</b> Terapia de entretenimiento	<p>Ayudar a:</p> <p>Identificar los déficits de movilidad como los producidos por la oxigenoterapia. Elegir actividades recreativas coherentes con la IRC: estilo de vida activo (caminar, hacer deporte moderado, viajar...)</p>
	<b>160413</b> Disfruta de actividades de ocio	<b>5430</b> Grupos de apoyo	<p>Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas</p> <p>Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas</p>
	<b>160411</b> Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico		<p>Fomentar la expresión de ayudas mutuas</p> <p>Ayudar en el progreso de las etapas de desarrollo grupal</p>

Los cuidados que proponemos en este supuesto, se centran en promover actividades recreativas adaptadas a los pacientes con IRC, a través de la creación de grupos de ayuda mutua con los que promover el apoyo entre personas y en los que se utilice el ocio como medio para el aprendizaje tanto de su propia enfermedad como de las adaptaciones necesarias para no modificar su estilo de vida.

Como propuesta para aumentar el empoderamiento y mejorar la CVRS de los pacientes con IRC, sería interesante que en un futuro se investiguen las actividades de ocio que realizan las personas mayores con IRC, los cambios en la participación de actividades recreativas que se han podido producir desde su diagnóstico y las barreras que encuentran para llevarlas a cabo, y así valorar la situación real

que viven estas personas en lo referente al ocio e identificar sobre qué ámbitos es necesario actuar como profesionales de enfermería desde un equipo multidisciplinar.

## **5. CONCLUSIONES**

Las personas que no se sienten limitadas para participar en las actividades recreativas que más les gustan, perciben una mejor CV y pueden incluso no sentirse enfermos a pesar de padecer una enfermedad crónica. El impacto en la CVRS en personas con IRC se puede medir con diferentes cuestionarios, como el SGRQ; la CVRS de las personas con IRC depende, sobre todo, de la gravedad de la enfermedad que padezcan, de la comorbilidad y de los síntomas de cada individuo.

Las intervenciones enfermeras que tienen como objetivo mejorar la percepción de la CVRS mejor valoradas en la literatura científica son: potenciar los buenos hábitos de alimentación, ofrecer los conocimientos necesarios para que los pacientes sean capaces de controlar los síntomas que padecen y acompañar al paciente y a la familia en el proceso de adaptación, proporcionando los cuidados que necesiten en cada momento.

La percepción que cada persona tiene de su enfermedad puede agravar o disminuir los síntomas, por tanto, se recomienda identificar aquellos conceptos que producen ansiedad o depresión en los pacientes e intervenir según sea necesario para evitar que la ansiedad agrave la disnea. Otro factor que empeora los síntomas (y, por tanto, la CVRS) es el sedentarismo, por lo que se recomienda que las personas con IRC lleven una vida activa.

Teniendo en cuenta los resultados mencionados, entre los que se identifica la falta de confianza como una de las principales barreras para salir de casa en mayores y personas dependientes (y, por tanto, un obstáculo para participar en actividades recreativas) y la disnea como un síntoma que causa limitación en la participación de actividades de ocio (como andar o viajar) debe ayudarse a empoderar al paciente y a la familia respecto a su situación de salud, lo que proporcionará seguridad y autocontrol de los síntomas de la IRC. Las enfermeras y enfermeros pueden detectar en qué medida estos pacientes pueden ser dependientes en las AVD y qué limitación encuentran concretamente para llevar a cabo estas actividades.

La necesidad de tratamiento con oxigenoterapia es un factor que condiciona la participación del paciente con IRC en actividades recreativas. Los viajes como actividad lúdica de las personas mayores se ven condicionados por la necesidad de oxigenoterapia, ya que precisan tener una información clara y planificar previamente el viaje con tiempo y poder gestionar el traslado de los recursos que precise el paciente de forma adecuada.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán A, Rodríguez RP. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. *Inf Envejec En red*. 2016;14(1):22.
2. OMS. Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Who. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Mar 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
3. Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012;80. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
4. Soriano JB, Miravittles M, Borderías L, Duran-Tauleria E, García Río F, Martínez J, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: Relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(10):522–30.
5. INE. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, el sexo y el grupo de edad [Internet]. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2014. 2015 [cited 2017 Apr 4]. Available from: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3255&capsel=3256>
6. Fernández J. Informe 2014 - Las Personas Mayores en España. *Inf Las Pers Mayores En España* [Internet]. 2014; Available from: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029\\_info2014pm.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf)
7. Álvarez-Gutiérrez FJ, Miravittles M, Calle M, Gobartt E, López F, Martín A, et al. Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. Resultados del estudio multicéntrico EIME. 2007;43(2):64–72.
8. Bellido J., Lendínez J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. Primera. Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén, editor. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 2010. 17-33 p. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
9. Causapié P, Balbotín A, Prras M, Mateo A. Libro Blanco Sobre Envejecimiento Activo. Primera. Ministerio de Sanidad PS e I, Consumo SG de PS y, IMSERSO, editors. Vol. 1. 2011. 730 p.
10. Cuenca J, Monteagudo MJ, Bayón F. La contribución del ocio al envejecimiento satisfactorio de las personas mayores. *Inst Estud Ocio*. 2012;3–71.
11. Avella C, Barrera L, Barrios A, Blanco J, Carreño S, et al. Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica. Ortiz L, Mabel G, Chaparro L, Sánchez B, editors. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. 254 p.
12. Diab L, Vázquez E, Marcos C, Gómez RM. Insuficiencia respiratoria crónica. Etiopatogenia. Clínica. Diagnóstico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2014;11(63):3735–41. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541214708376>
13. Llontop, C. Prados, C. Fernández-Navarro I. Insuficiencia respiratoria crónica . Tratamiento. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2014;11(63):3742–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70838-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70838-8)
14. OMS. Envejecimiento activo: un marco político\*. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2002 [cited 2017 Apr 2];37(S2):74–105. Available from: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
15. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 2];138(3):358–65. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
16. OMS. Discapacidad y salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2017 May 5].

Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

17. Henderson V. *Basic Principles of Nursing Care*. 4ª ed. International Council Nursing, editor. Geneva: ICN; 1960.
18. BOE. *Constitución Española*. 1978. p. 2913–29424.
19. Ekici A, Bulcun E, Karakoc T, Senturk E, Ekici M. Factors Associated With Quality of Life in Subjects With Stable COPD. *Respir Care* [Internet]. 2015;60(11):1585–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26152471>
20. Jones PW, Watz H. COPD : the patient perspective. 2016;11(1):13–20. Available from: <https://www.dovepress.com/>
21. Lacasse Y, Martin S, Lasserson TJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease A Cochrane systematic review. *Eura Medicophys*. 2007;43(4):475–85.
22. Santos Manuela; Araujo Andreza Brognoli; Mayer, Anamaria Fleig, Karoliny dos; Karloh CLP de; D. Relationship between the functional status constructs and quality of life in COPD. *Fisioter em Mov*. 2014;27(3):369.
23. Valenza MC, Torres-Sánchez I, Cabrera-Martos I, Rodríguez-Torres J, González-Jiménez E, Muñoz-Casabon T. Physical Activity as a Predictor of Absence of Frailty in Subjects With Stable COPD and COPD Exacerbation. *Respir Care* [Internet]. 2015;61(2):212–9. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84955315904&partnerID=tZ0tx3y1>
24. Österlund E, Hillervik C, Ehrenberg A. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic . *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2008;22:178–85. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2007.00510.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
25. López-López L, Torres-Sánchez I, González-Jiménez E, Díaz-Pelegrina A, Merlos-Navarro S, Valenza MC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa y malnutrición: efecto sobre la sintomatología y la función. *Nutr Hosp* [Internet]. 2016 Mar 25 [cited 2017 Apr 20];33(2):319–23. Available from: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/111>
26. Hernández-Vián Ó, Moreno-Ramos C, Sánchez-García A, López-Gómez MJ, Ortiz-Álvarez E, Balboa-Blanco E. Evaluación del programa de atención a personas mayores frágiles diagnosticadas de EPOC en los centros de atención primaria de Sabadell. *Enferm Clin* [Internet]. 2007 May [cited 2017 Apr 26];17(3):109–16. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862107717813>
27. Ding M, Zhang W, Li K, Chen X. Effectiveness of t'ai chi and qigong on chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Apr 29];20(2):79–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23961940>
28. Palacios L, Senín E, Fernández M, Leiva A. Calidad de vida en pacientes respiratorios. Una contribución enfermera. *Depósito Leg* [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 26];27(Sept.):19–25. Available from: [http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/VQDSAY/viewsize/Huelva\\_nº\\_27.pdf](http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/VQDSAY/viewsize/Huelva_nº_27.pdf)
29. INE. Encuesta de Integración Social y Salud. Notas de prensa [Internet]. 2013;1–18. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np817.pdf>
30. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Nunes DP, Brasil VV. Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enferm Glob Rev electrónica enfermería*. 2015;1–11.
31. Tortajada N, Blasco R, Toledano S, Aibar A, Fernández E, Lluch M. ¿Cómo viven la ventilación no invasiva los enfermos y sus cuidadores? *Rev ROL Enferm*. 2016;39(11–12):726–36.
32. Claire Hallas, Claire Howard JW. Understanding panic disorder in chronic respiratory disease. *Br J Nurs*. 2009;18(9):527–9.

33. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO Study. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011 Aug [cited 2017 Mar 24];45(4):685–92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
34. Leach HJ, Devonish JA, Bebb DG, Krenz KA, Culos-Reed SN. Exercise preferences, levels and quality of life in lung cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2015;23(11):3239–47.
35. Imsero. Turismo y Termalismo del Imsero [Internet]. 2015 [cited 2017 May 9]. Available from: [http://www.imsero.es/imsero\\_01/tti/index.htm](http://www.imsero.es/imsero_01/tti/index.htm)
36. Miravittles M, Soler-cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Antonio JJ, et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 2];48(Supl.1):2–58. Available from: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_512\\_EPOC\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_512_EPOC_Lain_Entr_compl.pdf)
37. Gutierrez V. Oxigenoterapia crónica: propuesta enfermera para mejorar la deambulaci3n de los pacientes. 2014;6:24–30.
38. DÍaz Lobato S, Mayoralas Alises S. Perfiles de movilidad de los pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(2):55–60.
39. Palacios L, Senín E, Fernández IM, Leiva A. Calidad de vida en pacientes respiratorios. Una contribuci3n enfermera. *Doc enfermería*. 2007;27(sept):19–25.
40. Cartera de Servicios Estandarizados de Atenci3n Primaria de Madrid. [cited 2017 May 16]; Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCartera+de+Servicios+Estandarizados+AP.+Actualizaci3n+2014.pdf&blobheadervalue2=lan>
41. Valcarenghi, RV; Lourenço, LFL; Siewert, JS; Alvarez A. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition and aging. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):618–25.

## 7. ANEXOS

### 7.1. ANEXO 1.

Tabla 5: Ecuación de búsqueda bibliográfica en bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

DeCS	ocio AND mayores AND Crónico	ocio AND mayores AND respir*	ocio AND crónico AND calidad de vida	ocio AND calidad de vida AND respir*	calidad de vida AND respiratorio	respiratorio AND enfermedad crónica AND impacto en la salud	oxigenoterapia AND movilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Fecha: 2007-2017 Idioma: español/inglés relacionados con los objetivos del trabajo</li> <li>• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: sin acceso íntegro al texto o al resumen sin relación con objetivos idioma: diferente al español/inglés fechas: diferentes a las incluidas</li> </ul> <b>SELECCIONADOS</b>
MeSH	leisure AND aged AND chronic	leisure AND aged AND respir*	leisure AND chronic AND quality of life/qol	leisure AND quality of life/qol AND respir*	quality of life/qol AND respiratory	respiratory AND chronic disease AND impact on health	oxygen therapy AND mobility	
Cuiden	74	0	136	0	46	2	3	2
Medline	28	7	2	1	23	58	-	3
Scielo	28	0	1	1	12	33	0	3
Google Scholar	-	-	-	-	-	-	1	2
CINAHL	28	0	1	1	12	33	0	5
Nursing & Allied Database	7	270	8	271	278	2	0	1
<b>TOTAL</b>								<b>16</b>

## 7.2. ANEXO 2.

Tabla 6: Síntesis de los artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Referencia del artículo	Profesión de los autores	Objetivos	Principales aportaciones
Valenza MC, Torres-Sánchez I, Cabrera-Martos I, Rodríguez-Torres J, González-Jiménez E, Muñoz-Casabon T. Physical Activity as a Predictor of Absence of Frailty in Subjects with Stable COPD and COPD Exacerbation. <i>Respir Care</i> [Internet]. 2015;61(2):212–9.	Enfermeras Fisioterapeutas	Analizar el poder de predicción e identificar las limitaciones en diferentes dominios en personas con EPOC estable y con reagudizaciones.	La gravedad de la disnea y la capacidad de realizar actividad física son predictores de fragilidad en personas con EPOC.
Leach HJ, Devonish JA, Bebb DG, Krenz KA, Culos-Reed SN. Exercise preferences, levels and quality of life in lung cancer survivors. <i>Support Care Cancer</i> . 2015;23(11):3239–47.	Oncólogos, kinesiólogos.	Explorar las preferencias de asesoramiento de ejercicio físico y programación del mismo en personas que han sobrevivido al cáncer de pulmón y examinar la relación entre ejercicio antes del diagnóstico, durante y después del tratamiento y la CV.	Pacientes que han padecido cáncer refieren que su preferencia en cuanto a ejercicio sería realizar ejercicio en un centro especializado en personas con cáncer impartido por un especialista con una organización previa personalizada.
Österlund E, Hillervik C, Ehrenberg A. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. <i>Scand J Caring Sci</i> [Internet]. 2008; 22:178–85.	Enfermeras	Aumentar la capacidad de autocuidado y el conocimiento sobre la EPOC de los pacientes con EPOC.	Se imparte un programa de educación para mejorar el autocuidado en personas con EPOC. Mejoró la percepción de CV, algunas personas dejaron de fumar y aumentó el conocimiento de su enfermedad.
Ekici A, Bulcun E, Karakoc T, Senturk E, Ekici M. Factors Associated With Quality of Life in Subjects With Stable COPD. <i>Respir Care</i> [Internet]. 2015;60(11):1585–91.	Neumólogos	Evaluar el impacto de la bronquiectasia, la ansiedad y la depresión y los parámetros de gravedad de la enfermedad en la CVRS de personas con EPOC.	La disnea, ansiedad y depresión son los síntomas que más incidían sobre la CVRS.
Claire Hallas, Claire Howard JW. Understanding panic disorder in chronic respiratory disease. <i>Br J Nurs</i> . 2009;18(9):527–9.	Psicólogos	Hacer un breve análisis de la literatura para identificar la clave de los factores psicosociales asociados con el pánico en las enfermedades respiratorias.	El concepto subjetivo que se tiene de una enfermedad puede agravar los síntomas de los pacientes y con el SRM se puede conceptualizar lo que la enfermedad significa para el paciente.
Palacios L, Senín E, Fernández M, Leiva A. Calidad de vida en pacientes respiratorios. Una contribución enfermera. <i>Depósito Leg</i> [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 26];27(Sept.):19–25.	Enfermeras	Evaluar la existencia de obstrucción pulmonar y la prevalencia de sintomatología respiratoria en la población adulta de Huelva capital, analizando la repercusión que dichos parámetros podrían tener sobre la CV.	Los procesos físicos afectan a las dimensiones más humanas (rol emocional, vitalidad...).
Valcarengi, RV; Lourenço, LFL; Siewert, JS; Alvarez A. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition and aging. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2015;68(4):618–25.	Enfermeras	Caracterizar la producción científica de la Postgraduate Nursing Brasil, en la promoción de la salud con especial atención a las personas mayores con enfermedades crónicas en el período 2006-2010	5 temas con los que la enfermera puede abordar la promoción de la salud: “CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD”, “TECNOLOGÍAS DEL CUIDADO”, “POTENCIAL DE AUTO-CUIDADO”, “DIMENSIÓN PSICO EMOCIONAL” Y CUIDADOR PRINCIPAL”.



Gutierrez V. Oxigenoterapia crónica: propuesta enfermera para mejorar la deambulación de los pacientes. 2014;6:24–30.	Enfermeras	Buscar una buena adaptación entre el perfil de movilidad del paciente y la fuente suministradora de oxígeno adecuada para conseguir que el paciente deambule.	Establecer las líneas de trabajo de enfermería con los pacientes que requieren oxigenoterapia domiciliaria.
Díaz S, Mayoralas Alises S. Perfiles de movilidad de los pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria. Arch Bronconeumol. 2012;48(2):55–60.	Neumólogos	Identificar y señalar la correcta selección de la fuente de oxígeno para cada paciente.	Existen diversas fuentes suministradoras de oxígeno que pueden adaptarse a las múltiples personas con IRC, además la oxigenoterapia conlleva tener ciertas cosas en cuenta, como, por ejemplo, al irse de viaje.
Jones PW, Watz H. COPD : the patient perspective. 2016;11(1):13–20.	Neumólogos	Evaluar las herramientas disponibles para asesorar sobre los síntomas y el impacto en las actividades diarias de la EPOC y destacar las estrategias actuales para mejorar los síntomas que afectan en la CV de los pacientes y sus consecuencias.	Los síntomas de la EPOC son los que mayor impacto tienen sobre las actividades diarias. La inactividad física es una de las consecuencias de estos síntomas. Una rehabilitación pulmonar (con ayuda de un equipo multidisciplinar) puede ayudar a mejorar esa inactividad y mejorar la CVRS percibida.
Ding M, Zhang W, Li K, Chen X. Effectiveness of t'ai chi and qigong on chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. J Altern Complement Med [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Apr 29];20(2):79–86.	Departamento de Educación física Hospital de Medicina Tradicional china	Determinar los efectos del T'ai Chi y el qigong en pacientes con EPOC.	El T'ai Chi es una forma de hacer ejercicio, controlar la respiración y relajarse. Puede ser beneficioso ya que promueve la vida activa de las personas con EPOC.
Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Nunes DP, Brasil VV. Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. Enferm Glob Rev electrónica enfermería. 2015;1–11.	Enfermeras	Describir la CV de los mayores participantes de un grupo de promoción de la salud	Si bien la CV no está necesariamente relacionada con una buena salud; muchas personas mayores con diferentes comorbilidades perciben positivamente su CV, ya que una enfermedad controlada hace que no se vean como personas enfermas
D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO Study. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 Aug [cited 2017 Mar 24];45(4):685–92.	Médicos. Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública.	Identificar los factores de riesgo para pérdida de la capacidad funcional de las personas mayores.	Actividades de ocio como tener relaciones sociales mensuales, ver la televisión o hacer manualidades son un factor de protección en personas mayores con enfermedades crónicas que pueden causar pérdida funcional (asma entre ellas), además de mejorar la percepción de CV.
López-López L, Torres-Sánchez I, González-Jiménez E, Díaz-Peagrina A, Merlos-Navarro S, Valenza MC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa y malnutrición: efecto sobre la sintomatología y la función. Nutr Hosp [Internet]. 2016 Mar 25 [cited 2017 Apr 20];33(2):319–23.	Enfermeras Fisioterapeutas	Profundizar sobre el perfil clínico del paciente con EPOC malnutrido y relacionar el estado nutricional con la funcionalidad y con los síntomas de estos pacientes.	La malnutrición en pacientes con EPOC aumenta la gravedad de los síntomas, la dependencia en actividades de la vida diaria y empeora la funcionalidad y el estado ansioso-depresivo.
Santos Manuela; Araujo Andrezza Brognoli; Mayer, Anamaria Fleig, Karoliny dos; Karloh CLP de; D. Relationship between the functional status constructs and quality of life in COPD. Fisioter em Mov. 2014;27(3):369.	Fisioterapeutas	Verificar si existe relación entre CV y estado funcional, medido por diferentes métodos.	Complicaciones en salud, presencia de síntomas, cambios en la rutina diaria, entre otros, pueden influir negativamente en la percepción de la CV de las personas.

<p>Hernández-Vián Ó, Moreno-Ramos C, Sánchez-García A, López-Gómez MJ, Ortiz-Álvarez E, Balboa-Blanco E. Evaluación del programa de atención a personas mayores frágiles diagnosticadas de EPOC en los centros de atención primaria de Sabadell. <i>Enferm Clin</i> [Internet]. 2007 May [cited 2017 Apr 26];17(3):109–16.</p>	<p>Equipo de AP</p>	<p>Conocer la efectividad de del programa “Atenciò a la Gent Gran” desarrollado por los equipos de AP, en la CV de la población de mayores de 65 años frágiles diagnosticadas de EPOC y residentes en Sabadell, frente a la de los pacientes con atención habitual.</p>	<p>La intervención de este programa no tuvo efectos positivos en la CV ni en la sintomatología. Incorporando aspectos como el hábito tabáquico, adherencia al tratamiento y satisfacción del paciente en la intervención, se podrían obtener resultados positivos</p>
<p>Tortajada N, Blasco R, Toledano S, Aibar A, Fernández E, Lluch M. ¿Cómo viven la ventilación no invasiva los enfermos y sus cuidadores? <i>Rev ROL Enferm</i>. 2016;39(11–12):726–36.</p>	<p>Enfermeras</p>	<p>Explorar la evidencia cualitativa sobre las vivencias de las personas en tratamiento con VNI y sus cuidadores formales e informales.</p>	<p>Revisión bibliográfica sobre la VNI domiciliaria, técnica de oxigenoterapia que puede no ser tolerada por el paciente. Recogen 4 aspectos: “VNI COMO TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA AGUDA”, “VNI COMO TRATAMIENTO DOMICILIARIO O TERMINAL”, “TOMA DE DECISIONES SOBRE VNI” Y “VNI EN RELACIÓN CON LA ENFERMERÍA Y LOS PROFESIONALES DE SALUD”.</p>

### 7.3. ANEXO 3.

Tabla 7: Oxigenoterapia en medios de transporte. Fuente: Elaboración propia.

	Automóvil	Autobús	Tren	Avión	Barco	Crucero
<b>Fuente de suministro recomendado</b>	CPO en desplazamientos largos O <sub>2</sub> líquido en cortos	CPO en desplazamientos largos O <sub>2</sub> líquido en cortos	CPO en desplazamientos largos O <sub>2</sub> líquido en cortos	CPO	CPO	O <sub>2</sub> líquido CPO
<b>Precauciones</b>	Equipo de oxígeno en posición vertical para evitar que se vuelque.	Equipo de oxígeno en posición vertical. Avisar previamente a la empresa y solicitar asiento próximo al conductor para enchufarlo al encendedor. Otras líneas cuentan con asientos con enchufes, que serían de preferencia para las personas que necesitan oxigenoterapia. Llegar temprano a la estación.	Equipo de oxígeno en posición vertical. Avisar a la empresa de transporte previamente. Solicitar la posibilidad de asientos con enchufes. Llegar temprano a la estación.	Equipo de oxígeno en posición vertical. Avisar con antelación, ya que hay compañías que ofrecen asistencia. Llegar temprano al aeropuerto.	Equipo de oxígeno en posición vertical.	Se combinan características de oxigenoterapia en domicilio con una vida activa (excursiones y actividades fuera del barco), por eso podría ser útil la instalación de una nodriza de O <sub>2</sub> líquido en el camarote del paciente y utilización de la mochila en los desplazamientos.

## 7.4. ANEXO 4.

Tabla 8: CBA de EPOC y asma. Fuente: Elaboración propia.

CBA	EPOC	Asma
<b>CBA 1: Valoración inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia o ausencia de hábito tabáquico y cuantificación en paquetes/año.</li> <li>- Presencia o ausencia de síntomas respiratorios: tos, expectoración y disnea.</li> <li>- Presencia o ausencia de agudizaciones y en su caso, número de las mismas y gravedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de síntomas como tos crónica, disnea, sibilancias, opresión o “tirantez” torácica.</li> <li>- Presentación, aparición, frecuencia y duración de los síntomas.</li> <li>- Presencia o ausencia de factores predisponentes o agravantes.</li> <li>- Presencia o ausencia de antecedentes familiares de enfermedades respiratorias o alérgicas.</li> <li>- Exposición al tabaco.</li> </ul>
<b>CBA 2: Exploración física</b>	<p>Al menos una vez en el último año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultación cardiopulmonar.</li> <li>- Coloración de piel y mucosas.</li> <li>- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.</li> <li>- Índice de masa corporal (IMC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultación cardiopulmonar en el último año.</li> <li>- Exploración de la piel en busca de dermatitis atópica al menos una vez desde el diagnóstico.</li> <li>- Exploración de mucosa nasal y conjuntival en el último año.</li> </ul>
<b>CBA 3: Pruebas complementarias</b>	<p>Caracterización del fenotipo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiografía de tórax al menos una vez desde el diagnóstico de la enfermedad.</li> <li>- Espirometría o una medición de la variabilidad FEM al menos una vez en los últimos dos años.</li> <li>- Hemograma al menos una vez desde el diagnóstico de la enfermedad.</li> </ul>
<b>CBA 4: Valoración de gravedad y otros</b>	<p>Al menos una vez desde el diagnóstico y una en los dos últimos años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración multidimensional con el índice Bodex.</li> <li>- Valoración de la gravedad de la obstrucción la FEV1.</li> <li>- Evaluación de la calidad de vida con el cuestionario CAT.</li> <li>- Determinación de hemoglobina y hematocrito.</li> </ul>	<p>Valoración de gravedad basada en los criterios clínicos y espirométricos al menos una vez los últimos dos años.</p>
<b>CBA 5: Control</b>	<p>Al menos una vez al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis sobre sintomatología respiratoria.</li> <li>- Valoración de adherencia al tratamiento.</li> <li>- Consejo, información o refuerzo sobre consumo de tabaco.</li> <li>- Consejo, información o refuerzo sobre la enfermedad y sus cuidados.</li> <li>- Revisión del tratamiento farmacológico.</li> <li>- Revisión del plan de cuidados de enfermería.</li> </ul>	<p>Una vez en el último año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.</li> <li>- Revisión del tratamiento farmacológico y pauta fármaco/s.</li> <li>- Consejo, información o refuerzo sobre exposición o consumo de tabaco.</li> <li>- Consejo, información o refuerzo sobre conductas de evitación.</li> <li>- Consejo, información o refuerzo sobre reconocimiento de la crisis y la conducta a seguir.</li> <li>- Consejo, información o refuerzo sobre el uso de inhaladores.</li> <li>- Valoración de la técnica de uso de inhaladores.</li> </ul>