

2021

Enfermería y un abordaje desde la educación terapéutica en los pacientes crónicos : previniendo las exacerbaciones en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Pontoriero, Daniel Alberto

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/993>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Departamento pedagógico de Enfermería

Licenciatura de Enfermería

Asignatura: Taller de Trabajo Final

Docente: Barg, Mónica

Título: Enfermería y un abordaje desde la Educación Terapéutica en los pacientes crónicos.

Previniendo las exacerbaciones en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Autor: Pontoriero, Daniel Alberto

Nagurny, Noemi

3 Entrega Octubre 2021

Índice:

Capítulo 1

Introducción.....	3
Palabra Clave.....	5
1.1 Núcleo Problemático.....	5
1.2 Objetivo General.....	6
1.3 Objetivos Específicos.....	6
1.4 Justificación.....	6

Capítulo 2

2.1- Marco teórico.....	7
-------------------------	---

Capítulo 3

3.1- Diseño Metodológico.....	25
3.2-Instrumento para recolección de datos.....	26

Capitulo4

4.1-Resultados.....	27
---------------------	----

Capítulo 5

5.1-Conclusiones.....	29
-----------------------	----

Bibliografía.

Anexo: Cuestionarios. Taller de Educación Terapéutica. Consentimiento informado.

Introducción

Este trabajo está dirigido al abordaje de una problemática desde la práctica profesional de la enfermería comunitaria en la prevención de las exacerbaciones del EPOC, por medio de la Educación Terapéutica de los pacientes crónicos en la atención ambulatoria, dicha investigación evaluó la acción-participativa a través de un Programa Estructurado de Educación Terapéutica (PEET) permitiendo originar nuevos conocimientos, observar respuestas y redireccionar en caso de ser necesarios el planteamiento de nuevos objetivos con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Según la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria entre los fumadores aproximadamente un 15 % desarrolla EPOC. En la Argentina la padecen entre un 6 al 8 % de la población general. Esto representa aproximadamente 2 a 3 millones de personas.

La investigación se realizó en el centro de salud IREMI de la ciudad de Mar del Plata, institución pública municipal de salud; la población la constituyeron pacientes con EPOC que asistían a la atención ambulatoria y al taller de educación terapéutica implementado en dicha institución durante el período de febrero a septiembre del año 2019.

Para tal fin, el abordaje se realizó en los siguientes tres niveles de intervención, en una primera etapa se desarrolló un Programa Estructurado de Educación Terapéutica brindando los conocimientos que se transformaron en herramientas, habilidades y generando la convicción en el individuo de cambiar los hábitos nocivos que presentaban los pacientes con EPOC que participaron del taller. Continuamos con una segunda etapa donde recopilamos datos sobre la prevalencia de las exacerbaciones en los pacientes crónicos con EPOC previo a la aplicación del Programa de Educación Terapéutica en la atención ambulatoria. Realizamos en una tercera etapa un análisis comparativo del manejo de las exacerbaciones y la evaluación de los cambios en los individuos participantes del PEET, posterior al taller.

A tal caso, para poder llevar a cabo la investigación hacemos referencia a que el EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) es prevenible y tratable. En el curso de la misma aparecen uno o dos periodos de agudizaciones o exacerbaciones anuales, suponiendo un elevado costo sanitario. Por lo tanto, la prevención de las exacerbaciones es un objetivo prioritario. La educación terapéutica (ET) forma parte del tratamiento en la prevención secundaria y terciaria.

La educación terapéutica es una herramienta importante que lleva implícita la adaptación de la persona y su entorno a un nuevo estilo de vida, de ahí la necesidad de un aprendizaje para el manejo autónomo y la prevención de sus complicaciones evitables.

Conocer esta patología, brindara medios para mejorar el contexto del enfermo, y aportar información a su familia. El objetivo de la Educación Terapéutica es ayudar al paciente a adquirir los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con una enfermedad crónica.

Realizar educación es un proceso que requiere una motivación y una preparación específicas de los profesionales. Estos deben poseer un conocimiento y un dominio de las distintas estrategias educativas que les facilite los procesos de adquisición y transmisión de contenidos, sin olvidar que deben ser adaptados a las características personales de cada paciente, a sus déficits, habilidades, conocimientos previos, situación personal y, sobre todo, a su motivación. Cualquier intervención educativa es más eficaz si la persona desea aprender y encuentra ventajas en ello.

Si tenemos en cuenta que son métodos de ayuda no farmacológicos, donde se produce un intercambio entre el paciente y el profesional, con el fin de mejorar y conocer sus signos y síntomas, podemos decir que se trata de alcanzar nuevos aportes científicos, que converjan en mejorar la calidad de vida, el grado de conocimiento y descender los costos sanitarios. Así como también crear miradas críticas sobre el quehacer profesional.

Reconociendo que la Argentina es un país con un alto nivel de personas con falta de cobertura médica, trabajo informal, tabaquismo e incremento de personas con EPOC, según describe en el Congreso Virtual del ASANEC2015 de Atención Primaria (Gómez Palacios;2015) se deben evaluar las estrategias actuales del Sistema Nacional de Salud centradas en enfermedades crónicas. Específicamente en el EPOC, que establece entre sus objetivos principales impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables, así mismo contemplan entre sus recomendaciones impulsar las intervenciones de educación. Estas intervenciones demuestran ser efectivas, porque en ellas participan de forma activa las propias personas afectadas y las personas cuidadoras, y hay una especial atención en el autocuidado. (Gómez Palacios, 2015)

Los esfuerzos en las intervenciones educativas están orientados a aliviar los síntomas; mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado general de la salud; prevenir la progresión de la enfermedad y las exacerbaciones; prevenir y tratar las complicaciones; y reducir la mortalidad. (Gómez Palacios, 2015)

Con respecto a la accesibilidad de la institución para realizar el trabajo fue ampliamente satisfactorio, apoyando la posibilidad de realizar las encuestas en los espacios que posee la misma ofreciendo comodidad, tranquilidad y seguridad ante los pacientes y nuestra investigación.

En lo metodológico, el siguiente trabajo fue un estudio cualitativo, descriptivo prospectivo y educativo, utilizando el modelo de investigación-acción sobre una población

determinada con una patología específica crónica. Se buscó provocar cambios conductuales individuales, grupales y sociales en la población observada. Para la recolección de datos directos utilizamos los resúmenes de historias clínicas de antecedentes patológicos de las personas intervenidas dentro del taller, realizando una ficha diagnóstica de sus conocimientos personales sobre el manejo de la patología. En la continuidad de la aplicación de la educación terapéutica y en la presencia semanal de diversos contenidos en talleres multidisciplinarios de una hora de duración, realizamos la evaluación de la incorporación de los contenidos, habilidades, herramientas y modificación de los hábitos para el manejo de las exacerbaciones. Esta evaluación semanal nos fue útil para poder descubrir la opinión sobre temas específicos y evaluar la apertura sobre nuevos interrogantes.

Los resultados hallados en el siguiente trabajo es posible que puedan ser considerados de utilidad para la comunidad, puesto que en el ejercicio de la enfermería en la atención primaria de salud los profesionales puedan crear talleres de educación terapéutica, evaluar sus beneficios y dificultades, como también la necesidad de modificar los mismos adaptándonos a la población que se aborde.

Capítulo 1

Palabras claves:

Enfermería comunitaria-Epoc- Exacerbaciones- Educación terapéutica.

1.1-Núcleo Problemático:

Relación existente entre la Educación Terapéutica de los pacientes crónicos de EPOC y la aparición de las exacerbaciones de dicha patología en la atención ambulatoria en el IREMI de febrero a septiembre del año 2019.

1.2-Objetivos

General:

- Conocer el efecto de la aplicación de un programa estructurado de Educación Terapéutica (ET) en pacientes crónicos con EPOC en la aparición de las exacerbaciones de dicha patología en la atención ambulatoria en el IREMI de febrero a septiembre del año 2019.

1.3- Objetivos Específicos:

- Desarrollar un programa estructurado de educación terapéutica brindando los conocimientos necesarios acerca de la enfermedad, tratamiento y aparición de las exacerbaciones de su enfermedad para los pacientes con EPOC que reciben atención ambulatoria en IREMI en el periodo comprendido entre febrero y setiembre de 2019.

- Describir la prevalencia de las exacerbaciones en los pacientes con EPOC en la atención ambulatoria en el IREMI antes de la aplicación del programa estructurado de educación terapéutica de febrero a setiembre del año 2019.

- Relacionar la aplicación del programa estructurado de educación terapéutica de los pacientes crónicos de EPOC de la atención ambulatoria del IREMI con la aparición y manejo de nuevos episodios de exacerbaciones de febrero a setiembre del año 2019.

1.4-Justificación:

El EPOC es una de las enfermedades más prevalentes en los países desarrollados, donde cada vez existe una mayor preocupación por implantar nuevas soluciones a estos pacientes.

Existen estudios que afirman que la combinación de una intervención psicosocial y un tratamiento farmacológico obtienen mayores tasas de deshabituación, frente a programas educativos específicos para deshabituación tabáquica. Otro de los pilares angulares de los pacientes con EPOC son sus problemas en el mal uso de los dispositivos de inhalación, siendo necesaria la instrucción de los mismos en los programas educativos, siendo un contenido presente en muchos de los estudios incluidos

Capítulo 2

2.1-Marco teórico

Enfermería: Posicionamiento e Identidad.

Como profesionales de enfermería nos posicionamos en los siguientes conceptos, principios y valores teóricos sobre nuestro rol profesional, para identificarnos distintivamente como profesionales de conocimientos y poder así llevar a cabo nuestros objetivos.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas (CIE, 2010).

Si tendríamos que reflexionar sobre la enfermería deberíamos observar las ideas de los inicios de la historia de la profesión; desde esta perspectiva Florence Nightingale en 1859 indica que “ se ha dicho y escrito montones de veces, que toda mujer es una buena enfermera, yo creo por el contrario, que los elementos de la enfermería son casi desconocidos”; además en 1858 escribió que “ el objeto real de la enfermería era poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actué sobre él”, cabe recordar, que en aquellos tiempos se consideraba que el solo hecho de pertenecer al género femenino habilitaba al ejercicio de la enfermería, por la relación que existía con los cuidados maternos; siendo Florence Nightingale la innovadora para producir el cambio sobre este concepto afianzándose en la necesidad de fundamentos científicos para la práctica de la profesión y la teorización de la enfermería.

Gastaldo en su artículo hace referencia a la evolución que ha experimentado el rol de enfermería;” desde un rol dependiente, como asistente del médico, hasta el actual de defensor de los intereses de los pacientes”. Yarling y McElmury (1986) describen como durante el siglo XIX a los estudiantes de enfermería se les enseñaban que “su trabajo debía estar basado en una obediencia absoluta incuestionable”. Hacia el final de la segunda guerra mundial en los códigos deontológicos de la asociación americana de enfermeras se empieza a contemplar una mayor autonomía profesional y un cambio en las relaciones de dependencia que pasa a centrarse en los pacientes.

Más cercano a esta época y revisando las leyes argentinas acerca del ejercicio de la profesión a partir del año 1991 las leyes 24.004 y 12.245 en el artículo 2 de ambas, se considera que “El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será³ considerado ejercicio

de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.”(1); lo cual define como debería ser el profesional, sin embargo, en la realidad cotidiana se produce un distanciamiento por deseos de no comprometerse con sus reales incumbencias laborales, es necesario modificar esta actitud, una forma sería comunicar como se define la actividad por aquellas organizaciones que la representan.

De esta manera en junio de 1995, ALADEFE define a la actividad como “el diagnóstico y tratamiento de las reacciones humanas a la salud y la enfermedad”. Los fenómenos en los que centra su intervención son:

- Procesos de cuidado personal.
- Procesos fisiológicos y fisiopatológicos de las actividades vitales y de la vida diaria.
- Alivio del dolor y malestar
- Emociones relacionadas con la experiencia de salud y enfermedad
- Significado que se le atribuye a la salud y enfermedad
- Toma de decisiones y capacidad para elegir
- Orientación con respecto a la percepción de aspectos como imagen propia o control sobre el cuerpo y el medio
- Transiciones a lo largo de la vida, como nacimiento, crecimiento, desarrollo y muerte
- Relaciones de abuso y opresión
- Sistemas ambientales

También es fundamental considerar las funciones capitales de enfermería como la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el establecimiento de políticas de salud, en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud y la formación.

A través de estas definiciones se deja al descubierto la variedad de actividades que realiza o que puede realizar dentro de su práctica diaria, la importancia que se debería dar y que en la realidad subyace un concepto opuesto a lo definido por estas organizaciones.

El objeto de estudio es el cuidado de la persona que en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud (Kerouac, 1996), según Collieré (1993) “el cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga,

continúe y se desarrolle”; “muchas de las acciones de cuidados a menudo son invisibles al sistema de salud, estos momentos son los que marcan la diferencia en la calidad de los cuidados enfermeros”. También el sujeto de estudio, que es la persona desde una visión holística dónde reconoceremos su valor, desde lo bioético, el respeto, sus derechos, responsabilidades, obligaciones y el concepto del hombre. Así como el ejercicio profesional; gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud, implica además el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados (ALADEFE, 2003).

Invitamos a reflexionar que debemos trabajar en el día a día basándonos en nuestras bases teóricas y utilizando la fundamentación en conocimientos científicos para defender y valorizar nuestra profesión.

Según el postulado de Hugo Spinelli (2010), que propone redefinir a los trabajadores de la salud como trabajadores del conocimiento y criticando la concepción actual de que somos trabajadores manuales; deberíamos posicionarnos a partir de esta visión y plantear una modificación de conducta en el reconocimiento hacia nosotros mismos y fortalecer la identidad como trabajadores del conocimiento.

Parafraseando a Hugo Spinelli (2010): “Arriesgarse es salir de las huellas del campo. Es abandonar la identidad de una cultura residual basada en la denuncia para animarse a existir perdiendo el miedo a la libertad”.

(1)Ejercicio de la Enfermería. Ley 12245.Decreto reglamentario 2. 225/01. Capítulo 1.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por una limitación crónica no reversible al flujo aéreo, con un diagnóstico precoz difícil, que se presenta entre la franja de edad de los 40 y los 69 años, dependiendo de países y regiones (Valdeverde, 2015)

Tiene un comienzo silente y la manifestación más evidente es la presencia de disnea no progresiva.

El origen de la enfermedad se atribuye como consecuencia de una respuesta inflamatoria a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo de tabaco.

Caracterizada por la aparición de agudizaciones frecuentes y asociada a comorbilidades que contribuyen el agravamiento progresivo de la enfermedad. (Gómez Palacios, 2015)

Signos y síntomas

Los principales signos y síntomas de la EPOC son:

- Disnea: objetiva o subjetiva se trata del principal síntoma de la enfermedad. Existiendo varios instrumentos para medirla, los instrumentos más fáciles, extendido y recomendado es el Medical Resoult Council (MRC). (Valdeverde, 2015)

- Tos crónica: aparece de forma lenta y progresiva hasta la aparición de forma diaria, teniendo mayor prevalencia en horario matutino, no está relacionada con el grado de obstrucción ni con la gravedad de la misma.

- Expectoración: de contenido mucolítico, tiene mayor espesor durante las primeras horas de la mañana y siendo de gran relevancia el aspecto del mismo, como los cambios en el color. Estando relacionados con la aparición de una exacerbación. Así como un volumen excesivo (>30ml/día) la presencia de bronquiectasias. O la expectoración hemoptoica que sería indicativa de otro diagnóstico como el carcinoma. (Valdeverde, 2015)

- Otros síntomas, como sibilancias, opresión torácica, pérdida de peso, ansiedad y depresión, osteoporosis, disfunción muscular e inflamación sistémica crónica, que afecta a las vías aéreas, parénquima y arterias pulmonares estarían también relacionadas con la EPOC. (Valdeverde, 2015)

Fenotipos clínicos de la EPOC

En la EPOC las formas de presentación son muy heterogéneas y por ello no es posible tener un único parámetro en consideración. La denominación de fenotipo se utiliza para referirse a las formas clínicas de los pacientes con EPOC, que se han definido como “aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación a parámetros que tienen significado clínico”. Por tanto el fenotipo es capaz de clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico y permite determinar la terapia más adecuada para lograr mejores resultados clínicos. (Valdeverde, 2015)

La actual clasificación clasifica a los pacientes en subgrupos en base a su valor pronóstico y permite determinar el tratamiento más adecuado para lograr mejores resultados. Existen otras clasificaciones, pero la guía Ges EPOC española clasifica a los pacientes en cuatro grandes grupos:

- Fenotipo no agudizador con enfisema o bronquitis crónica
- Fenotipo mixto EPOC-asma

- Fenotipo agudizador con enfisema
- Fenotipo agudizador con bronquitis crónica

Se han propuesto otros posibles fenotipos: declinador rápido, bronquiectasias y sistémico, pero su trascendencia a la hora de dirigir el tratamiento no está establecida, y otros que se han descartado por su escasa prevalencia, no se consideran una forma específica de la EPOC. (Gómez Palacios, 2015)

Epidemiología

A diferencia del asma, en la EPOC, se observó un incremento continuo en la cantidad de muertes en los últimos 20 años. La mortalidad global por EPOC en todo el país se incrementó desde 1980 a 1998 (+113%, el sexo masculino. Es mucho mayor en el hombre. (Ministerio de Salud 2009)

En Argentina, 87.843 personas enferman anualmente de EPOC por motivos atribuibles al tabaco. \$3.042.649.271 es el costo que produce la EPOC asociada al tabaquismo en el sistema de salud argentino. (Fuente: Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J, Caccavo Francisco. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. Documento Técnico IECS N° 7. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Mayo de 2013)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la tercer causa de muerte en la Argentina y en el mundo. En el país, mueren por EPOC, 5.000 personas por año y se calcula en 2.300.000 los argentinos que la sufren.

El Costo sanitario, dadas las características de enfermedad crónica y progresiva la EPOC supone un elevado costo sanitario, tanto en el consumo de recursos sanitarios, así como la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. . (Fuente: Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J, Caccavo Francisco. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. Documento Técnico

IECS N° 7. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Mayo de 2013)

Diagnóstico de la EPOC

A menudo, es difícil de diagnosticar la EPOC en las etapas iniciales. Se debe sospechar de la enfermedad ante la presencia de síntomas que hemos descrito anteriormente. Para diagnosticar, el médico tendrá en cuenta la historia clínica y pruebas médicas como son la espirometría, la radiografía de tórax y otras pruebas de laboratorio. Si es necesario en un centro sanitario pueden utilizar otras herramientas para valorar y establecer el diagnóstico de la enfermedad. (OMS, 1989)

- Historia clínica: Se le preguntará sobre los síntomas que tiene, como la tos, esputos, dificultad para respirar o disnea.

- Exploración física: Es el examen físico.

- Espirometría: Es una prueba que mide la función pulmonar. Es una de las pruebas más importantes para determinar si una persona tiene EPOC. La espirometría puede detectar la EPOC incluso en personas que aún no tienen síntomas.

- Pruebas de laboratorio: Se realizan análisis de sangre, en los que se mide el número de glóbulos rojos, blancos, el nivel de urea, el sodio, el potasio y otros valores importantes para conocer su estado de salud.

- Radiografía de tórax: Permiten obtener una imagen de los pulmones. Es útil para el diagnóstico de la enfermedad y para descartar otras enfermedades como la neumonía o derrames pleurales, que pudieran causar los síntomas.

En ocasiones se solicitan pruebas radiológicas más complejas:

- Tomografía computarizada o TAC: La tomografía computarizada es una prueba radiológica que permite captar muchos cortes detallados del pulmón para valorar la estructura de las vías respiratorias y los tejidos pulmonares. Se suele recomendar si hay dudas en el diagnóstico o en algunas personas con EPOC seleccionadas para cirugía.

También en algunos casos se pueden solicitar otras pruebas de función pulmonar:

- Pletismografía corporal: Es una prueba de medición del volumen pulmonar. Mide la cantidad de aire que se queda en el pulmón tras una espiración forzada, o lo que es lo mismo si se tiene aire atrapado en el pulmón. Por tanto, permite conocer el valor de la capacidad pulmonar total. Se realiza generalmente sentado dentro de una cabina herméticamente cerrada.

- Oximetría: Mide la cantidad de oxígeno (o saturación de oxígeno) en la sangre. Para ello se usa un dispositivo llamado (pulsímetro), que se sujeta en el dedo o en el lóbulo de la oreja. No es una prueba dolorosa, ni entraña riesgo alguno, ya que mide el oxígeno con rayos de luz.

- Gasometría arterial: Permite obtener datos directamente de la sangre arterial sobre el nivel de oxígeno y de dióxido de carbono. Se realiza obteniendo una muestra de sangre bien de la arteria de la muñeca, la arteria femoral en la ingle o la arteria braquial en el brazo.

- Muestra de esputo y cultivo de secreciones: Ante la sospecha de infección bacteriana se puede requerir el análisis de una muestra de esputo y su cultivo. Esta prueba consiste en recoger la mucosidad o moco que el paciente expulsa con la tos, para analizar

su contenido. Permite facilitar la selección del antibiótico que se va a utilizar frente a la infección.

- Estudio del sueño mediante polisomnografía: Es una técnica con la que se registra durante toda la noche diversos aspectos relacionados con el sueño del paciente y su respiración. Se utiliza para aquellas personas con EPOC cuando se sospeche que también presentan apnea del sueño. El médico colocará electrodos en el mentón, el cuero cabelludo y en el borde externo de los párpados, mientras duerme. Se le colocan monitores en el pecho para registrar la frecuencia cardíaca y la respiración. Se medirá el número de veces que deja de respirar (apnea).

Exacerbaciones

En el transcurso de la enfermedad existen periodos de inestabilidad clínica, conocidos como exacerbaciones o agudizaciones que se caracterizan por un empeoramiento mantenido de los síntomas que va más allá de sus variaciones diarias. Los principales síntomas referidos son empeoramiento de la disnea, tos, incremento del volumen y/o cambios en el color del esputo (GesEPOC 2012) Las enfermeras juegan un papel importante durante el tratamiento, educan a los pacientes, ayudan con los planes de medicamentos y ayudan a prevenir exacerbaciones destructivas.

Los objetivos del manejo de una exageración al momento de ingreso son: la estabilización respiratoria y hemodinámica del paciente, la mejoría o normalización hasta llegar al estado basal del paciente, diagnóstico de las causas de la exacerbación, evaluación de la misma y la identificación de cualquier posible comorbilidad presente.

Los pacientes que padecen EPOC experimentan un promedio de 1 - 4 exacerbaciones anuales. Resulta complicado distinguir entre una nueva exacerbación o una resolución incompleta de la anterior. Por tanto, según la guía GesEPOC, se definen tres situaciones relacionadas:

- Fracaso terapéutico: se define como un empeoramiento de los síntomas dentro de la misma agudización, que requiere un tratamiento adicional. La recuperación de las agudizaciones va entorno a las 2 semanas y en algunos de los casos hasta las 6 semanas.

- Recaída: Se considera como un nuevo empeoramiento de los síntomas tras finalizar el tratamiento de la agudización y las 4 semanas posteriores.

- Recurrencia: Aparición de los síntomas de una agudización en un plazo inferior a un año, después de un periodo relativamente bueno, tras haber dejado al menos 4 semanas

el tratamiento de la agudización o bien 6 semanas desde el inicio de los síntomas.

Se ha observado que las exacerbaciones son las principales causantes de deterioro en la calidad de vida, ingresos hospitalarios, utilización de los servicios de salud e ingreso en unidades de cuidados intensivos en estos pacientes. La reiteración de las mismas es sinónimo de progreso de la enfermedad y aumento de riesgo de muerte. La progresión está asociada con una considerable morbilidad y mortalidad, tanto inmediatos como a largo plazo. Estos episodios tienen un impacto negativo en el paciente y la enfermedad incluyendo la sobrecarga económica, aumento de la mortalidad, empeoramiento del estado de salud, limitación de la actividad, y agravamiento de las comorbilidades, incluyendo, la osteoporosis y las complicaciones neuropsiquiátricas y cardiovasculares. Así mismo se produce un aumento progresivo del deterioro de la función pulmonar (GesEPOC 2012)

Gravedad de las exacerbaciones

Una vez establecido el diagnóstico de exacerbación es importante describir la gravedad del episodio. En los últimos años la gravedad de las exacerbaciones se ha venido clasificando según su resolución: por el consumo de fármacos considerándose una exacerbación moderada a los pacientes que recibían tratamiento con corticoides orales o antibióticos; y por la utilización de recursos hospitalarios (humanos y tecnológicos) como una exacerbación grave.

- Exacerbación muy grave, relacionada con la aparición de algunos de los siguientes acontecimientos de riesgo de muerte como: una parada cardiorrespiratoria, disminución del nivel de consciencia, inestabilidad hemodinámica o acidosis metabólica.

- Exacerbación grave, cianosis de nueva aparición, uso de la musculatura accesorio para la respiración, edemas periféricos nuevos, complicación de alguna de sus comorbilidades, acidosis respiratoria e hipercapnia o saturación del 90% de oxígeno (O₂).

- Exacerbación moderada, clasificada con una FEV₁<50%, historia de dos o más agudizaciones en el último año, presencia de alguna comorbilidad cardíaca no grave.

- Exacerbación leve, clasificada cuando no ha acontecido ningún criterio de los anteriormente citados

Autogestión y tratamiento en la exacerbación

Otros programas educativos están orientados hacia la autogestión y el autotratamiento. Están dirigidos a permitir el reconocimiento precoz de las exacerbaciones, así como los brotes de enfermedades concomitantes, para intentar reducir la gravedad de la enfermedad y/o agravamiento de otras comorbilidades. La autogestión de las exacerbaciones con planes de acción reduce la duración de las exacerbaciones, hospitalizaciones y costes de atención de la salud.

Enfermería y Educación

La educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero, pues hace parte central del cuidado que el profesional enfermero brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por naturaleza.

En cada ámbito laboral donde cumpla su rol el profesional comunica, siendo esta comunicación activa siempre dirigida a instruir, a enseñar, a ayudar, a explicar o a prevenir algo a la persona que recibe sus cuidados; y recíproca porque en la interacción con la otra persona se realiza una escucha atenta para poder captar las necesidades o requerimientos que posee.

Según Virginia Henderson, identifica la educación como una necesidad de los pacientes que debe satisfacerse, siendo que su conceptualización de la enfermería está basada en teorías de relaciones interpersonales y de las necesidades humanas, el paciente es como un agente de cuidados de salud, y la enfermería como “complementación del paciente, supliéndole en lo que necesita”; describiendo al profesional enfermero como un profesional legítimo e independiente. Su modelo se basa en 14 necesidades básicas que posee la persona que es un todo complejo, cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no está completo, total o independiente; siendo la función de la enfermería asistir en estas actividades para que el individuo recobre su independencia lo más rápido posible. Como el estado de dependencia estará motivado por una falta de fuerza física o mental (no poder), de motivación (no querer), o de conocimientos (no saber), por lo que la actuación enfermera de reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y/o aumentar, se centrará tanto en la satisfacción de las necesidades no cubiertas como en el tratamiento de la fuente de dificultad que las provoca, siendo la educación una herramienta central en el modo de comunicación de la enfermería para lograr la independencia del enfermo/usuario.

Para Dorothea Orem, la educación es fundamental en el contexto del déficit del autocuidado, su modelo incluye tres constructos teóricos: el autocuidado, el déficit del autocuidado y los sistemas de enfermería; definiendo esta última como un servicio de ayuda que regula o desarrolla las capacidades de autocuidado del individuo, actuando por él, guiándolo o apoyándolo, proporcionándole un entorno favorable y enseñándole según la preparación educativa, la orientación de las situaciones de la práctica, el dominio de más tecnologías de la práctica y la habilidad para trabajar, aceptar y cuidar de otros. La persona es un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente; las necesidades son requisitos de autocuidado, las capacidades para satisfacerlas son agencias de autocuidado o de cuidado dependiente cuando se encuentran superadas es el déficit de autocuidado real o potencial y la agencia de enfermería que son las capacidades desarrolladas por la persona educadas como enfermeras disponen de tres tipos de sistemas de enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo/enseñanza este último consta de enseñar al enfermo/usuario las habilidades necesarias para aumentar o ajustar su agencia de autocuidado y apoyarlo para realizar sus propias acciones de autocuidado.

Estas teóricas pertenecen a la Escuela de Necesidades, responden la pregunta de ¿Que hacen las enfermeras? y basan sus modelos en teorías de las necesidades humanas como Maslow y en teorías del desarrollo como Erickson. El centro de estos modelos son los déficits en la satisfacción de las necesidades que presenta el receptor de los cuidados, y la función de las enfermeras es desempeñar los roles y acciones necesarias para ayudarles a satisfacer estos déficits. Viendo a Jean Watson, hace hincapié en la necesidad de promover la enseñanza-aprendizaje transpersonal y trabaja la educación como uno de los factores en los cuales debe concentrarse el cuidado

Según Callista Roy la persona es un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológico, auto imagen, dominio del rol e interdependencia. El entorno consiste en estímulos internos y externos que rodean al individuo o grupo. La salud es contemplada como un estado sano e intacto que conduce a la integridad. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse en los cuatro modos. Por lo que en el diseño de la intervención este modelo proporciona el andamiaje conceptual para la construcción de las actividades psicoeducativas a realizar, debido a la generalidad y grado de abstracción de dicho modelo.

La tesis básica del modelo de Roy es que las enfermeras promueven el ajuste de los enfermos/usuarios a los retos con que puedan encontrarse referentes a la salud y la enfermedad. A este ajuste lo llama “adaptación “, y a los retos “estímulos”. Los pacientes que han desarrollado enfermedades crónico degenerativas se enfrentan a un cambio en todos los aspectos de su vida: alimentación, ejercicio, relaciones personales, recreación; el impacto que implica el diagnóstico de EPOC se percibe generalmente como una amenaza y la forma en la que el sistema enfrenta el proceso dependerá de la capacidad de

afrontamiento. La persona es un sistema en el que la información, la materia y la energía se introducen como estímulos, se procesan como pensamientos y salen como resultados. En esta intervención el paciente se le proporcionará información, la cual procesará y gradualmente se generará en dicho sistema una modificación de su nivel de adaptación. Para lo cual se hace uso de cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones. La intervención incluye dos componentes educativo y psicológico, en ambos el sistema captará la información, la procesará y generará nueva información; mientras que en el componente psicológico se trabajará con el aprendizaje, juicio personal, pero sobre todo con las emociones. Por ello es esencial que el paciente se empodere y se sepa capaz de intervenir positivamente en su entorno.

Martha Rogers afirmaba que los seres humanos son campos de energía dinámicos, integrados en los campos del entorno. Ambos tipos de campos, el humano y el entorno, obedecen a un patrón y se distinguen por su condición de sistemas abiertos. Los campos de energía actúan conforme a un patrón o modelo organizativo, que es propiedad distintiva y que se percibe como una sola onda. Cada modelo de ser humano, es único y está integrado en su propio campo de entorno. La combinación de ambos campos produce manifestaciones derivadas de su mutua interacción. Pandimensionalidad: Lo define como un dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales; el término pandimensionalidad hace referencia a la infinitud de un dominio sin límites, como mejor forma para expresar la idea de un todo unitario. Rogers ideó también los principios de helicidad, resonancia e integridad. El principio de helicidad describe al desarrollo espiral regido por un modelo continuo, repetido y siempre innovador. En la explicación de este principio, Rogers indica que los cambios se producen por causas, probabilísticas e impredecibles y se expresan en forma continua e innovadora. El principio de la helicidad es particularmente útil para la gestión de los cuidados. Según la perspectiva de Rogers, se supone que cada individuo tiene la capacidad de crear cambios positivos que pueden afectarle a él y afecta a los demás. El individuo está en continua interacción con el entorno y es un todo unificado, que posee una integridad personal y manifiesta unas características que son más que la suma de las partes.

Ambas teóricas pertenecen a la Escuela de los objetivos, en donde centran su interés en el objetivo de los cuidados y responden el Porqué de la Enfermería? Y se basan en la conceptualización de la meta de enfermería; cifrándola en la restauración del equilibrio y la estabilidad de la persona, la preservación de la energía, o el incremento de la armonía entre el individuo y el entorno. Siendo las teorías de sistemas, adaptación y desarrollo las principales bases de sus trabajos tomando bases en la escuela de las necesidades y conceptualizando sobre la relación entre el dador y el receptor de los cuidados, utilizando como una herramienta principal en esa relación a la educación terapéutica.

Hildegarde Peplau describe a la enfermería basándose en teorías de relación interpersonal apoyado su enfoque en la teoría H. Sullivan, describiendo los elementos de interacción dinámica que se producen durante la fase de desarrollo de la persona; definiendo las fases de la relación enfermera/paciente, insiste en que los cuidados deben ser individualizados, las intervenciones de enfermería deben ser procesos interpersonales terapéuticos y los diferentes roles que la enfermera debe asumir en sus relaciones con los pacientes, siendo el número de estos roles múltiples, como resultado de los diversos problemas y necesidades de los clientes. El propósito de la enfermería es implementar un proceso que facilite el desarrollo de la personalidad del individuo que recibe cuidados de salud, ayudando a las personas a usar su fuerza y experiencia para asegurar su máxima productividad. También apuntó ciertas habilidades específicas de las enfermeras que son necesarias para proporcionar cuidados, como la observación, comunicación, educación, instrucción y el registro de datos; afirmó que para que las enfermeras brinden cuidados eficaces necesitan desarrollarse y madurar ellas mismas para marcar una diferencia sustancial en el aprendizaje del paciente mientras recibe los cuidados. La educación terapéutica es uno de los procesos sociales que influyen en la capacidad de la persona para desarrollarse y crecer, siendo una de las funciones de la enfermería brindar apoyo al individuo cuando lo requiera para su desarrollo y crecimiento; por lo que cada ser humano debe ser considerado en el contexto de su cultura y su entorno social, porque no solo posee necesidades fisiológicas sino también psicológicas y sociales. Define a la enfermería como un instrumento educativo que durante las cuatro fases de su proceso de intervención (Fase de orientación, Fase de identificación, Fase de explotación y Fase de resolución) desempeña los roles de persona de recurso, enseñante, líder, sustituto y consejero.

Joyce Travelbee define a la enfermería como un proceso interpersonal, a través de una relación persona-persona, dirigido a ayudar a los individuos, familias o comunidades a prevenir o afrontar los procesos de enfermedad y sufrimiento, y si es necesario encontrar significado a dicha experiencia. Siendo la educación, instrucción y comunicación las herramientas esenciales en las actividades de las enfermeras para lograr dicho cometido; Travelbee establece que “la comunicación es un proceso que puede permitir a la enfermera a establecer una relación de persona a persona, y, por tanto, ayuda a cumplir el propósito de enfermería “. La salud y la enfermedad pueden ser definidos objetiva y subjetivamente; siendo los criterios objetivos dependientes de las normas culturales y sociales mientras que los criterios subjetivos son peculiares para cada ser humano. La enfermera aprovecha la empatía, el apoyo y la simpatía, para entender el dolor del paciente.

La Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va bien más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una

experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería; y como conceptos, el diálogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica. Las autoras incluso hacen uso de los sobre conceptos de diálogo que son: encuentro, relaciones, presencia, llamado y respuesta.

Los seres humanos dentro de esta visión son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida; a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir; y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones. La enfermería es un "diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano". De esa manera, los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: "Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intrasubjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas". En esa interacción, que va más allá del estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de compartir las experiencias, llevando a una intrasubjetividad, a un estar con. Para estar con, "es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional". El enfermero puede contribuir con ese proceso de "convertirse" del paciente, cuando también enfrenta el mismo proceso de "venir a ser"; "convertirse". Su auto-aceptación, conciencia personal y actualización de su potencial, le permiten interactuar con el otro y ayudarlo a "ser más". De esta manera hay un verdadero "encuentro" o un compartir. Ese momento amplía la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más. Entonces, ocurre un crecimiento mutuo, en el que ambos, enfermera y paciente se transforman. El uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el hacer del enfermero profesional. Estas actitudes solicitan al profesional que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y un compartir verdadero.

La comunidad para Paterson y Zderad es considerada como un término abstracto, muy abarcable y de cierta manera difícil de medir. No significa necesariamente un espacio físico, sino un local donde ocurren interacciones e intercambios intrasubjetivos. Es el espacio, donde dos o más personas juntas comparten esfuerzos, viven, sufren y mueren. Y es a través de esa convivencia social en comunidad, de ese intercambio, que ocurre el aprendizaje y el ser humano encuentra las razones para su existencia. El hombre, entonces, aunque único, posee muchos puntos en común con sus semejantes.

Estas últimas tres teóricas pertenecen a la Escuela de la interacción siendo la pregunta clave que tratan de responder ¿Cómo hacen las enfermeras aquello que hacen? Sus investigaciones también se apoyan en las necesidades básicas para conceptualizar a la persona, pero la característica que las identifica es que definen a la enfermería como un proceso de interacción que es deliberado ya que tiene un propósito que implica ayuda y cuidados. La relación enfermera/paciente es considerada como terapéutica, lo que significa que la enfermera es un instrumento terapéutico; para alcanzar esta habilidad necesita considerar, clarificar y evaluar sus propios valores y conocimientos (autoconocimiento). La enfermedad es contemplada como una experiencia humana inevitable, desde la cual la persona puede crecer y aprender (la enfermera y el paciente). Las teorías filosóficas que subyacen en estos modelos son el humanismo, el interaccionismo y el existencialismo.

La educación en enfermería favorece la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, así como la recuperación y rehabilitación de las personas, objetivos del cuidado y brinda autonomía tanto a la persona como al profesional de enfermería.

La enfermera debe elegir el modo de comunicación que establece, teniendo en cuenta el tipo de paciente, el problema de salud y la situación de enfermería. El proceso de comunicación no solo se realiza en un sentido, sino que también expresamos sentimientos y emociones cuando hacemos esta actividad. Lo importante es desarrollar una buena comunicación según sus posibilidades de salud, que permita una adecuada relación enfermera-paciente, desde que este último se pone en contacto con la enfermera.

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente.

Esta relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral.

Educación Terapéutica:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la educación terapéutica es “Ayudar al paciente a adquirir los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con una enfermedad crónica”. El objetivo de la educación terapéutica

es mejorar el tratamiento del paciente permitiéndole ser autónomo, adquirir y retener una serie de habilidades para vivir mejor su patología.

Lo que los pacientes y sus familiares esperan en realidad no es la mera recepción de información, sino un momento para expresar sus dificultades, su opinión, sus conocimientos y sus temores. La educación terapéutica satisface esta expectativa. En general, la Educación Terapéutica suele realizarla un grupo multidisciplinario (consulta individual o taller de grupo).

Autoconcepto, autopercepción de la salud y autocuidado es el objetivo a modificar brindando una clase de educación terapéutica a diferencia de otros métodos educativos; se brindan las técnicas, los conocimientos y habilidades para que ellos mismos puedan ejercer luego una autonomía suficiente para cuidarse ante su patología y prevenir complicaciones.

Existen diversos factores que han contribuido a la aparición de la educación terapéutica del paciente:

- el creciente número de pacientes que padecen enfermedades crónicas en los países desarrollados

- una estrategia de cuidados apropiados para la enfermedad crónica, distinta de la de las enfermedades agudas (el objetivo no es curar rápidamente, sino mantener un estado de salud satisfactorio a largo plazo, evitando las complicaciones de la enfermedad y mejorando la calidad de vida del paciente)

- una observancia globalmente débil durante las enfermedades crónicas

- una voluntad de implicación personal por parte de los pacientes en la selección de estrategias terapéuticas y en la gestión de su enfermedad

- una voluntad de implicación por parte del personal sanitario, a menudo en dificultades frente a la enfermedad crónica

Por medio de esta modalidad educativa se logra empoderar a la persona que recibe los cuidados por medio del aporte de conocimientos; la generación de habilidades; el reconocimiento de sus limitaciones, enfermedad, signos y síntomas; para producir cambios propios de actitudes habituales por hábitos más saludables modificando no sólo a la persona sino a su entorno.

Un programa de educación terapéutica comprende 4 etapas

1. Elaborar un diagnóstico Educativo

2. Definir un programa especializado de Educación Terapéutica para pacientes crónicos.

3. Planificar y aplicar las sesiones de Educación terapéutica para pacientes crónicos.

4. Realizar una evaluación de las habilidades

El principal propósito del diagnóstico educativo es establecer una relación de confianza entre el paciente y el equipo interdisciplinario de salud.

No se trata de concentrarse en los síntomas del paciente, sino de ir más lejos y lograr que éste cuente cómo vive su patología y describa los tratamientos que sigue y cómo los emplea, las dificultades a las que se enfrenta, su entorno, su calidad de vida, sus futuros proyectos, etc.; también es la ocasión para preguntarle lo que espera del taller.

Esta entrevista suele durar entre 45 minutos y 1 hora. Para ayudar al paciente a expresarse, hay que utilizar un máximo de preguntas abiertas, orientando la discusión en torno a la última palabra empleada para profundizar en el tema y no dudar en reformular las preguntas. La entrevista también permite evaluar hasta qué punto el paciente está dispuesto a cambiar.

Esta discusión (equivalente a un balance o un análisis del estado del paciente) permite identificar los puntos fuertes y débiles, las posibilidades de mejora.

Al final de la entrevista, en función de las prioridades acordadas mutuamente (la colaboración del paciente es totalmente necesaria), paciente y el agente de salud definirán conjuntamente los objetivos educativos, con el fin de elaborar un programa personalizado.

Definir un programa personalizado permite al paciente comprometerse a realizar acciones específicas. Este compromiso otorga responsabilidad al paciente, motivándole para adquirir ciertas habilidades y lograr los objetivos establecidos conjuntamente. Este acuerdo puede ser verbal o escrito. Promueve un clima positivo de aprendizaje y, más tarde, se convierte en un soporte para evaluar los logros del paciente.

El objetivo de este programa personalizado es lograr que el paciente sea autónomo en uno o varios aspectos concretos y ayudarle a vivir mejor con su enfermedad.

La duración y la variedad de los talleres dependen de las necesidades educativas del paciente y de los recursos de la estructura en cuestión. El paciente deberá participar en varias sesiones de grupo (2 h), donde deberá adquirir las habilidades incluidas en su programa; participar en las sesiones de educación terapéutica es la mejor forma para el paciente de adquirir ciertas habilidades y lograr los objetivos establecidos. Las sesiones pueden ser teóricas, informativas y/o prácticas según disponga el profesional a cargo, y deben ser siempre participativas.

“Educar” es formar al paciente desarrollando sus aptitudes y abriendo su personalidad. El paciente debe desempeñar un papel de actor para aceptar e integrar el cambio.

La evaluación puede realizarse en todas las etapas del proceso educativo. Al principio, durante el diagnóstico educativo, para identificar las necesidades educativas, durante el proceso de aprendizaje, para adaptarse al ritmo del paciente y determinar las dificultades (lo que ha entendido, lo que sabe hacer). Y al final, para actualizar el diagnóstico educativo y medir las transformaciones en curso con el fin de proponer al paciente, si procede, una nueva oferta de educación terapéutica.

La evaluación es fundamental porque permite hacer un balance sobre las experiencias vividas por el paciente y su adaptación a la enfermedad crónica. La evaluación de la observancia del tratamiento, de la calidad de vida del paciente o de la severidad de las complicaciones de la enfermedad crónica puede verse facilitada gracias al uso de técnicas y herramientas de educación terapéutica.

La evaluación permite comprobar hasta qué punto el paciente alcanza los objetivos de aprendizaje previstos y adquiere las habilidades requeridas.

Herramientas utilizadas para alcanzar los objetivos de aprendizaje son por ejemplo:

- Foto lenguaje, para evaluar el impacto psicológico del paciente;
- Cuestionario de calidad de vida se utiliza para evaluar el impacto global del programa de Educación terapéutica.
- Test de internet de autoevaluación de conocimientos sobre la patología crónica tratada.

Enfermería y Educación Terapéutica

La Enfermera(o) que se desempeña en servicios clínicos en los diferentes niveles de atención de salud tiene como principal responsabilidad brindar cuidados de enfermería, sin embargo, éstos están estrechamente ligados a la educación para la salud, la cual favorece el desarrollo de capacidades de autocuidado tanto en los pacientes como en las familias para aumentar la autoeficacia en su cuidado. En este contexto considera “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud y en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes, y la educación” como funciones clave de enfermería. La educación terapéutica representa hoy una práctica indisociable en la praxis de la profesión de enfermería.

Para la OMS la educación terapéutica es un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado sobre el paciente. Comprende actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito. Contempla ayudar al paciente y a sus educadores, vivir lo más sanamente posible y mantener o mejorar la calidad de vida y así poder gestionar óptimamente su vida con la enfermedad.

La educación terapéutica lleva implícita la adaptación de la persona y su entorno a un nuevo estilo de vida ante la presencia de una enfermedad crónica, de ahí la necesidad de un aprendizaje para el manejo autónomo y la prevención de sus complicaciones evitables.

Realizar educación es un proceso que requiere una motivación y una preparación específicas de los profesionales. Estos deben poseer un conocimiento y un dominio de las distintas estrategias educativas que les facilite los procesos de adquisición y transmisión de contenidos, sin olvidar que deben ser adaptados a las características personales de cada paciente, a sus déficits, habilidades, conocimientos previos, situación personal y, sobre todo, a su motivación. Cualquier intervención educativa es más eficaz si la persona desea aprender y encuentra ventajas en ello.

La comunicación juega un papel fundamental en este aspecto y en el ámbito sanitario establece que aproximadamente un 40% de los pacientes no se adhieren al tratamiento debido a una deficiente comunicación con los profesionales sanitarios. Los profesionales que se dedican a la educación deben tener presente el papel activo que juega el paciente en el proceso, y que la comunicación debe ser bidireccional. Esto obliga a que en cualquier proceso educativo se establezca una adecuada interacción con el paciente. Toda relación terapéutica implica, de modo necesario, un proceso de relación interpersonal. Para conseguir una relación de ayuda efectiva debemos contar con una serie de recursos comunicativos que nos permitan optimizar la relación profesional con el paciente, para ello contamos con las teorías y teorías en enfermería de la Escuela de la interacción que basan sus investigaciones en la relación enfermero-paciente ya desarrollado con anterioridad.

Posicionándonos como trabajadores de conocimientos los enfermeros poseemos una herramienta esencial en la educación terapéutica, permitiéndonos dirigir nuestros conocimientos para producir un cambio en el otro sustancial para mejorar su calidad de vida, no siendo solo el mero hecho de compartir el saber sino de elevar a la persona a que a través de su autonomía pueda sobrellevar y manejar su patología creando una necesidad de realizar los cambios pertinentes para ser más saludable y reconociendo las alteraciones que provoca una enfermedad crónica para su vida, la de su entorno y sus allegados tanto psicológicamente como socialmente. Siendo los resultados observables en el tiempo y en el manejo del individuo en su vida cotidiana.

Los autores del presente trabajo con la revisión bibliográfica encontraron que hay estudios como el realizado por D. Molina, S Valencia Uribe, L. Agudelo Rojas en Colombia 2017 que luego de una revisión en PubMed encontraron más 40 títulos entre el 2005 al 2015 que dejaron evidencias de la importancia significativa de la educación en los pacientes con enfermedades coronarias. Siendo la educación un elemento central en los programas en el manejo de las enfermedades coronarias y sus factores de riesgo. De igual manera en este mismo trabajo de investigación se menciona que pacientes con hipertensión arterial con el solo hecho de acercarlos material escrito con valores normales de tensión arterial han generado impactos positivos en sus hábitos cotidianos. Mejorando sus condiciones de salud.

Presentación del Programa Estructurado de Educación Terapéutica

El Programa Estructurado de Educación Terapéutica (PEET) para personas con EPOC se diseñó en cuatro etapas.

La primera etapa comprendió un diagnóstico educativo donde se realizaron entrevistas individuales a las personas con Epoc que se atendían en forma ambulatoria en Iremi. Se utilizaron los instrumentos como cuestionarios de calidad de vida y test de autoevaluación sobre conocimientos sobre su patología. Estas entrevistas arrojaron los datos necesarios con los que se planificaron los contenidos y estrategia a llevar a cabo en el PEET.

Segunda etapa los datos obtenidos fueron evaluados y estudiados de tal manera que reflejaron las conductas y hábitos nocivos a modificar por parte la persona. Así como las fallas en el seguimiento de su tratamiento y los errores conceptuales sobre su patología o deficiencia a modificar en su diario vivir. Junto con el diseño del PEET se tuvo en cuenta la metodología pedagógica y la estrategia didáctica para abordar la enseñanza y el aprendizaje de las nuevas conductas. Se escogió el método pedagógico cognitivo con enfoque constructivo y la estrategia es la modalidad taller educativo. Se orientó este paquete de recursos a producir en la persona con Epoc un cambio de conductas desde la convicción personal y motivación rompiendo con la dependencia de los profesionales.

Tercera etapa en el Anexo se detalla la construcción del Taller de Educación Terapéutica y su desarrollo.

Cuarta etapa la evaluación de las habilidades. Finalizados los 5 encuentros que componen el Taller Educativo se evaluaron las habilidades y conductas adquiridas y modificadas por los participantes del taller. Aunque en forma secuencial luego de cada encuentro se realizó una evaluación que nos permitió reorientar objetivos y conductas

modificadas o dificultades identificadas en el desarrollo del taller. Es decir la evaluación acompaña todo el proceso de desarrollo del programa.

Capítulo 3

3.1-Diseño Metodológico.

En lo metodológico, el siguiente trabajo fue un estudio cualitativo, descriptivo, prospectivo y educativo; utilizando el modelo de investigación-acción sobre una población determinada con una patología específica crónica. Se buscó provocar cambios conductuales individuales, grupales y sociales en la población observada.

El método investigación-acción que hemos abordado es un modelo surgido desde la investigación cualitativa que en los años 40 aparece en las investigaciones educativas de la mano de otras ciencias como la antropología y sociología. En los años 70 reaparece con las investigaciones socio-educativas. Para Kurt Lewin (1946/1996) este método de investigación es emprendida por un grupo de personas o colectivo donde no hay distinción de que se investiga, quien investiga y el método de investigación propiamente dicho. Donde hay una actividad colectiva, una práctica reflexiva social y una interacción entre sí con miras a establecer cambios en la situación observada. Este método de investigación-acción es dinámico de tipo espiral porque lleva a una observación, acción, evaluación y readaptación constantes. Se inicia pero su ejecución se prolonga en el tiempo ya que conlleva una expansión en el conocimiento y es el único método que da respuesta a la problemática que se investiga. A pesar de ser un método que se viene utilizando hace décadas, en el ámbito de Enfermería es un método emergente, esto provoco que durante la investigación se reformularan las estrategias, el análisis de los resultados dinamizo la comprensión de la realidad individual y grupal facilitando la práctica tanto de los talleres como la investigación en sí misma. Se adaptó el método de investigación a la problemática de salud porque no solo se pretendía que las personas adquirieran conocimientos sino que ese conocimiento transforme sus hábitos nocivos en hábitos saludables. De la misma manera se consideró el perfil Psicológico de estas personas con una enfermedad crónica. Por ello se conjugaron el método investigación acción con una orientación participativa, una estrategia pedagógica como el taller por medio de la Educación Terapéutica y un marco teórico con un eje principal en las teorías de salud mental en enfermería.

Población:

La población del estudio que se tomo fue de 80 personas que reunieron ciertas condiciones:

- Recibían atención médica en IREMI.
- No poseían cobertura médica.
- Presentaban diagnóstico de EPOC.
- Contaban con el estudio de espirometría.
- Recibieron tratamiento farmacológico.

Unidad de análisis: Cada uno de los pacientes con EPOC que participaron del programa de Educación Terapéutica de la atención ambulatoria del IREMI entre febrero a septiembre del año 2019.

Muestra: De la población total se tomó una muestra de 30 personas para que participaran en dicho PEET.

3.2- Instrumento para recolección de datos.

- Ficha diagnóstica originada desde las Historias Clínicas (resúmenes) por cada asistente al taller.
- Test evaluativos de conocimientos presentes en internet.
- Cuestionarios de calidad de vida.

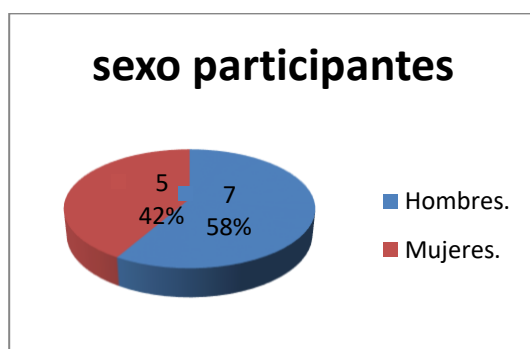
Capítulo 4

4.1-Resultados

Sobre una muestra inicial de 30 pacientes que se atendían en forma ambulatoria en Iremi, solo 12 personas, el 40% de la muestra asistieron al 1° al encuentro del taller. De los 12 asistentes, 7 eran hombres y 5 eran mujeres, los cuales el 60 % eran fumadores o ex fumadores y 40 % refirieron nunca haber fumado. Con edades desde los 35 años a los 75 años con una media de 55 años. Siendo solo 3 personas oxígeno dependientes, que representan el 25% de la totalidad del 1° encuentro. Del fichaje inicial de los que

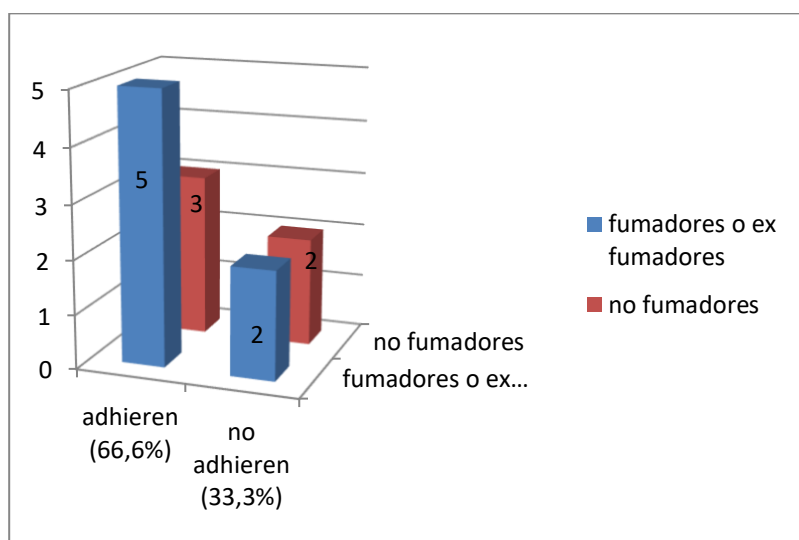
participaron en este encuentro 8 personas (66,6%) se adherían al tratamiento, dentro de estos se encontraban las tres personas con oxigenoterapia continua con necesidad vital de adherirse al tratamiento, y las ultimas 4 personas (33,3%) presentaban dificultades para adherirse al tratamiento. Otros datos relevantes obtenidos fueron que las exacerbaciones (crisis) del último año se presentaron en gran número entre fumadores o ex fumadores de un total 6 participantes con al menos una internación, aumentando el número de las exacerbaciones en pacientes con oxígeno-dependencia. Y en los no fumadores se pudo observar una menor cantidad de internaciones (2), pero se observó un 100 % de consultas por guardia de exacerbaciones leves que se resolvieron rápidamente.

Gráfico 1



Participantes que asistieron al primer encuentro 40% de la muestra.

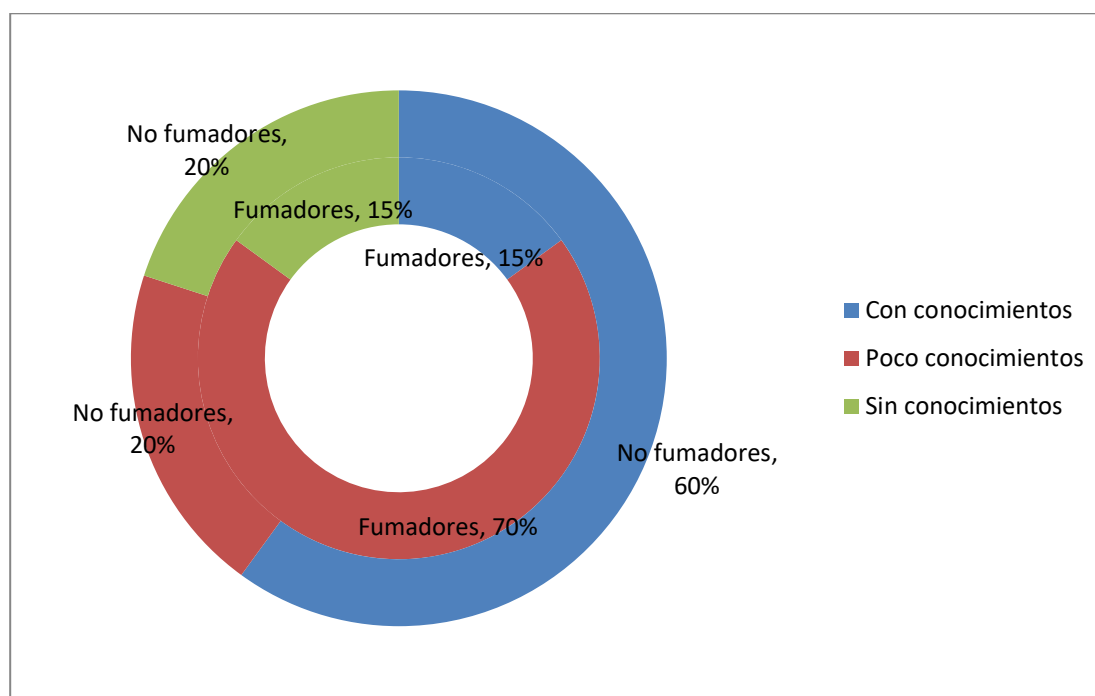
Gráfico 2



Participantes que adhieren o no al tratamiento.

Al comenzar el taller, de las 7 personas fumadoras, se pudo detectar que el 70% no identificaban al cigarrillo como habito nocivo y seguían con dificultad de abandonar el tabaco; mientras el otro 30% dejaron de fumar hace más de 5 años y se adhirieron al tratamiento. Con respecto de las personas no fumadoras pudimos identificar antecedentes de ambientes laborales tóxicos, así como algunos de ellos eran fumadores pasivos de entornos familiares nocivos, siendo considerado el origen de la enfermedad.

Gráfico 3

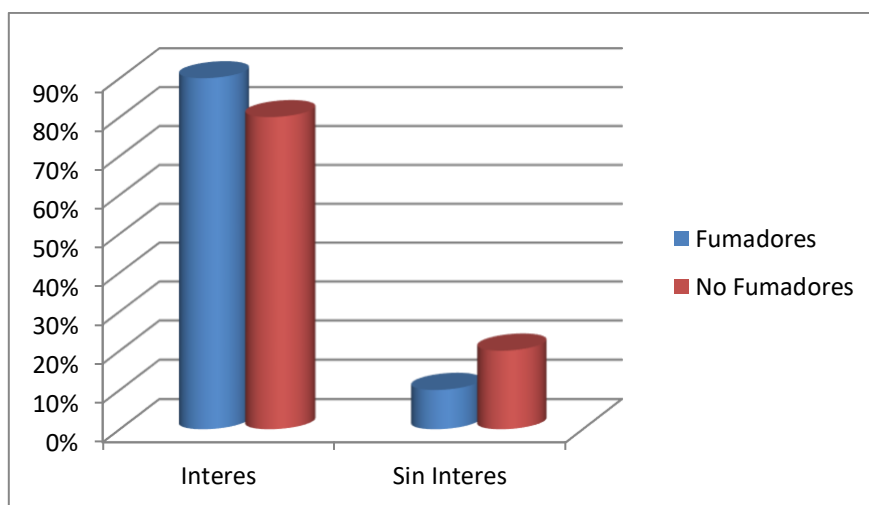


Nivel de conocimiento sobre la Patología de los Participantes al inicio del PEET

De los participantes fumadores el 70 % presentaban pocos conocimientos sobre su enfermedad y el 15% no contaban con conocimientos suficientes, dificultándose las capacidades para manejar una crisis. De los no fumadores el 60% conocían sobre su enfermedad y el 20 % no poseían conocimientos, presentaron mayores posibilidades de manejar satisfactoriamente una exacerbación durante el último año.

Al finalizar el primer encuentro y analizando las preguntas durante el cierre, se pudo observar que de los no fumadores el 80% mostro interés por obtener más información y estrategias para alcanzar mejor calidad de vida. El 90% de los fumadores o ex fumadores realizaron preguntas sobre el tratamiento y la posibilidad mejorar su calidad de vida. Solo el 20 y el 10% respectivamente se mantuvieron callados y poco participativos.

Gráfico 4



Interés de los participantes al final del 1º encuentro.

Al continuar con el 2º encuentro se pudo notar un incremento en la asistencia, ya que de los 30 invitados al inicio del programa; en el 1º encuentro asistieron 12 y en el 2º aumento a 20 personas. Por diferentes razones, el boca a boca que aumentó el interés por el taller y otros que lograron reunir los recursos o estrategias para estar presentes.

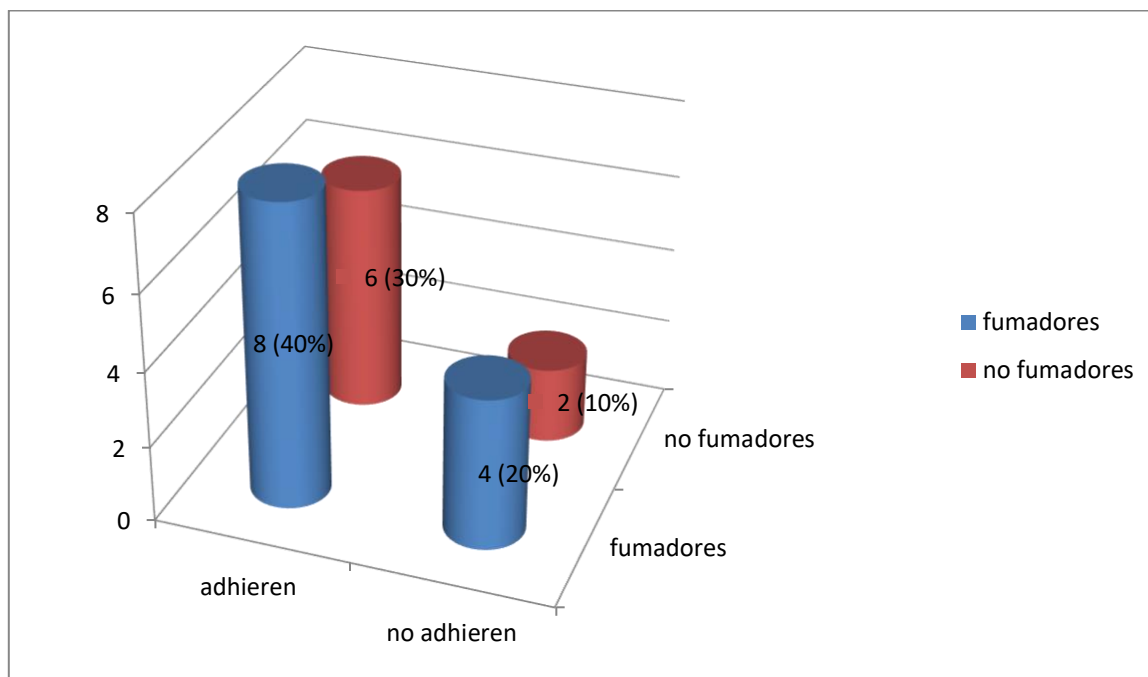
De los 8 participantes nuevos 2 eran oxígeno dependientes; 5 personas eran fumadoras o ex fumadores y 3 personas manifestaron nunca haber fumado. En este encuentro los nuevos participantes eran más mujeres (5) que hombres (3). Y se evidenció mayor adherencia al tratamiento siendo 6 participantes los adherentes. De los nuevos participantes fumadores y ex fumadores 3 no reconocen al tabaquismo como un hábito nocivo y 2 dejaron de fumar desde el diagnóstico.

Al comienzo del taller se realizó una actividad lúdica con una pequeña autoevaluación de los conceptos adquiridos en el taller anterior, la cual arrojó un incremento en la adquisición de conocimientos, y se observó que un 40 % de los participantes no asimiló correctamente los contenidos. Siendo evaluado por el nuevo profesional disertante que conceptos se debían reforzarse para iniciar el taller.

La población quedó distribuida de la siguiente manera, continuando con 25% de personas oxígeno dependiente, un 50% de hombre y un 50% de mujeres. Con un 70% de participantes que se adhirieron al tratamiento y un 30 % que seguían presentando dificultad en la adherencia. Del total de los 20 asistentes un 60% son fumadores y 40 % de no fumadores; de los fumadores que son 12 el 67% no lo reconoce como hábito nocivo, y el resto dejó de fumar después del diagnóstico.

En este segundo encuentro donde se trató los pasos del tratamiento, se pudo observar un mayor interés en la participación, consulta y manifestación de dudas. Así como la necesidad del refuerzo de los conocimientos del taller anterior.

GRAFICO 5



Grado de adherencia al tratamiento

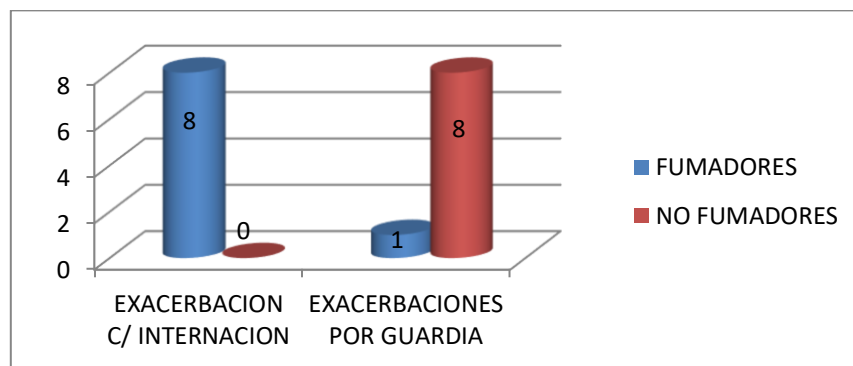
En el tercer encuentro se mantuvo la asistencia y se incorporaron personas nuevas que no estaban incluidas en el listado inicial. Asistieron familiares de los participantes y cuidadores. Porque en este encuentro lo encabezó el profesional Psicólogo quien trató los temas de aceptación, miedos, depresión y autoaislamiento.

Como en los encuentros anteriores se inició con una autoevaluación lúdica para identificar las fortalezas y debilidades que manifestaron los participantes. Evidenciando una crecimiento en la responsabilidad y compromiso con el taller, así como se observó el fortalecimiento de los vínculos entre los participantes y reciprocidad con los profesionales enfermeros. Se establecieron estrategias para relacionar los temas de los encuentros anteriores con el disertante profesional de este encuentro. Se activaron diversos disparadores que permitieron la buena disposición de los participantes, bajando sus defensas, creando un ambiente de confianza y facilitando la exteriorización de sus miedos y emociones más profundas.

En el cuarto encuentro se conjugaron los dos últimos profesionales por falta de disponibilidad de espacio físico. Se incorporaron 14 participantes que se tomaron como invitados porque no estaban incluidos dentro del listado inicial. En este nuevo grupo se encontró un mayor número de fumadores y ningún oxígeno dependiente. Con un mayor porcentaje de mujeres y con diversas dificultades para adherirse al tratamiento. Visibilizando que las mujeres presentaron una mayor participación ante nuevas herramientas para mejorar el afrontamiento de esta patología. En la realización de la evaluación inicial se abordó diferentes estrategias para integrar a los nuevos participantes y distribuir en forma efectiva el tiempo e identificar las necesidades requeridas por los mismos. Decidiéndose realizar un mix entre los tres profesionales (kinesiólogo, acompañante terapéutico y enfermería) y abordar los temas a desarrollar por cada profesional como por ejemplo, identificación de disparadores de una exacerbación, las situaciones ambientales, el manejo cotidiano de la patología, los ejercicios de prevención, entre otros; pudiendo resaltar las fortalezas y trabajar las debilidades que se presentaban en los participantes. Los datos específicos de los invitados no se incluyeron en la investigación porque no se contó con el tiempo suficiente para realizar el fichaje y no se pueden evaluar porque no participaron desde el inicio de los encuentros.

Por otra parte 2 participantes fumadores del grupo inicial de 12, presentaron exacerbaciones con internación, y 1 participante no fumador, acudió a una guardia por disnea, durante el desarrollo del PEET.

Grafico 6



Aparición de exacerbaciones.

En la última etapa del encuentro realizado se puso en práctica una evaluación general de lo trabajado, donde se dejó en evidencia una integración adecuada de los

participantes al programa, una eficaz impronta de los conocimientos reforzados, un aumento considerable en la adhesión al tratamiento y se observó un mejor afrontamiento en la convivencia con la patología. Se realizó un cierre con algunas observaciones de cada encuentro, una devolución de lo trabajado, se reconocieron los esfuerzos y compromiso de los participantes durante las actividades. Y se los motivó para sostener los hábitos saludables adquiridos que mejoraron su calidad de vida, estableciendo nuevos desafíos para promover la continuidad del programa.

Capítulo 5

5.1-Conclusiones:

La idea del programa surge de la invitación para participar del taller multidisciplinario para pacientes con Epoc en el IREMI. Ampliando la producción del programa desde un enfoque de la profesión de enfermería, investigación-acción y el programa estructurado de educación terapéutica.

Como Gómez Palacios hace referencia en el 2015, “los esfuerzos en las intervenciones educativas están orientados a aliviar los síntomas; mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado general de la salud; prevenir la progresión de la enfermedad y las exacerbaciones; prevenir y tratar las complicaciones; y reducir la mortalidad”; nosotros nos enfocamos en producir cambios conductuales para mejorar su calidad de vida, ampliar sus conocimientos y aportar herramientas para el manejo y prevención de las exacerbaciones por medio de una Educación Terapéutica.

Luego del desarrollo de la primera etapa del programa que consto de 4 encuentros y previo a la intervención de los profesionales, se pudo definir:

- *El desconocimiento de la diversidad etiológica de la patología.
- * La negación de los hábitos nocivos.
- * Falta de reconocimientos de los ámbitos domésticos y laborales nocivos.
- * La falta de herramientas para favorecer la adherencia al tratamiento.
- *Ausencia de conocimientos y habilidades para afrontar adecuadamente las exacerbaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la educación terapéutica es “Ayudar al paciente a adquirir los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con una enfermedad crónica”, por lo que nos concentramos en desarrollar estas necesidades identificadas de los pacientes en el fichaje inicial. Posicionando nuestros objetivos de la educación terapéutica en mejorar el tratamiento del

paciente permitiéndole ser autónomo, adquirir y retener una serie de habilidades para vivir mejor su patología. Lo que ofrecemos a los pacientes y sus familiares no es la mera recepción de información, sino un momento para expresar sus dificultades, su opinión, sus conocimientos y sus temores, delante de un equipo multidisciplinario que le pudieran brindar las herramientas necesarias para mejorar su transición por su patología y disminuir los riesgos de vida.

Posteriormente a la aplicación del programa durante los primeros encuentros se observó:

- *El aumento en el interés de los participantes en adquirir conocimientos sobre la patología.
- *El reconocimiento consciente de hábitos y ambientes nocivos, autoevaluando sus circunstancias particulares.
- *La mejoría en la predisposición en la adherencia al tratamiento.
- *El aporte de técnica para mejorar las habilidades e identificar rápidamente una exacerbación y prevenir complicaciones e internaciones.
- *El incremento la autoestima, la autopercepción, el autocuidado y su autonomía, ante el manejo de su patología.
- *La implementación de hábitos saludables en los participantes que favorecerán la prevención de las exacerbaciones de la patología.

Rememorando lo que Gómez Palacios transmite en el 2015, que “Específicamente en el EPOC, que establece entre sus objetivos principales impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables, así mismo contemplan entre sus recomendaciones impulsar las intervenciones de educación. Estas intervenciones demuestran ser efectivas, porque en ellas participan de forma activa las propias personas afectadas y las personas cuidadoras, y hay una especial atención en el autocuidado”. El vínculo terapéutico durante el taller genero la posibilidad crear espacios de confianza para que los participantes tomen decisiones en forma voluntaria, produciendo hábitos favorables de salud y logren sostener esos cambios en el tiempo.

Rompiendo con el modelo medico hegemónico donde solo obedecen lo que el medico dice, sin que produzcan activamente hábitos saludables que cambien su calidad de vida; nos ubicamos en lo que Denise Gastaldo indica de la evolución del rol de enfermería desde “un rol dependiente, como asistente del médico, hasta el actual de defensor de los intereses de los pacientes”; así como en el postulado de Hugo Spinelli (2010), que propone redefinir a los trabajadores de la salud como trabajadores del conocimiento y criticando la concepción actual de que somos trabajadores manuales; deberíamos posicionarnos a partir

de esta visión y plantear una modificación de conducta en el reconocimiento hacia nosotros mismos y fortalecer la identidad como trabajadores del conocimiento. Ya que por medio de la educación terapéutica y la investigación-acción nos brindan las herramientas y estructuras para poder lograr la autonomía, la autosuperación y la posibilidad de mejorar el afrontamiento a diversas patologías crónicas de los pacientes a través de la educación y el aporte de información.

Para poder evaluar la adquisición de hábitos saludables posteriores al taller optamos por entrevistar a algunos participantes del programa. Con un intervalo mayor a 6 meses de realizado el taller. De esta manera pudimos observar que:

Maria G. de 74 años, con diagnóstico de Epoc de 3 años, oxígeno dependiente, fumadora desde la adolescencia que refería no fumar más 10 cigarrillos al día, portera de edificio y que vivía con su hijo soltero y fumador. Ella refiere que luego del taller logro reconocer sus hábitos nocivos, como seguir fumando y ser fumadora pasiva al mismo tiempo. Así como reconocer que su ámbito laboral y su entorno eran nocivos. Ella solo adhería al tratamiento por la necesidad de la oxigenoterapia, luego del taller acepto la necesidad de seguir el tratamiento para sobrellevar el autoaislamiento, además que necesitaba herramientas para mejorar el manejo de las exacerbaciones. Ella al igual que otras personas hizo notar la dificultad de la comprensión de relato médico, hasta que entendió que necesitaba oxígeno para vivir. Ella era un ejemplo clásico de las transformaciones físicas de la patología cono, la pérdida de peso y masa muscular. El *pectus excavatum*, dedos en forma de palillos de tambor, mala mecánica respiratoria, pérdida de cabello, dificultad al habla, aleteo nasal. Todas características que al verse al espejo deterioraron su autoestima e identidad. El taller le brindo según sus dichos la motivación necesaria para asistir a terapia psicológica. De la misma manera solicito a su obra social ayuda para las actividades de la vida diaria. Siendo su mayor dificultad el aseo personal.

Miguel D. de 65 años, con diagnóstico de Epoc de hace 5 años. Fumador desde los 15 años. Con un consumo diario de 2 atados de cigarrillo. Siempre trabajo en el pescado, en el turno de las 3 de la mañana a 12 del mediodía en cámaras de frío, con requerimiento de oxígeno. El participante pudo reconocer que hasta el inicio del taller seguía fumando 1 atado por día. Que no entendía que era el Epoc y que la agitación que incurría en forma permanente se debía a su falta de oxígeno y no al nerviosismo que él pensaba. Evidencio falta de capacidad para la comprensión de las características de su patología. Luego del taller pudo identificar señales y alarmas de una exacerbación, no dejo de fumar pero reconoce al cigarrillo como un hábito nocivo.

Al analizar las entrevistas pudimos concluir que el Programa Estructurado de Educación Terapéutica abordado en esa experiencia fue muy útil para estos pacientes con enfermedad crónica, que realizando este tipo de trabajos educativos se pueden disminuir los costos sanitarios, producir cambios en las actitudes saludables, mejorar la autopercepción

de las personas y aumentar el autocuidado; dándoles la posibilidad de un mejor transitar ante su patología y mejorando el afrontamiento de la exacerbación evitando internaciones innecesarias, difíciles de sobrellevar y que ponen en riesgo su vida.

También reconocemos las falencias que afrontamos debido a la imposibilidad de sostener en la continuidad la implementación del PEET en el transcurso del tiempo. Pero parafraseando a Hugo Spinelli (2010): “Arriesgarse es salir de las huellas del campo. Es abandonar la identidad de una cultura residual basada en la denuncia para animarse a existir perdiendo el miedo a la libertad”.

Bibliografía:

1. Grupo de trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (updated 2014). GOLD. 2014.
3. Palacios Gómez L, López Valverde MA, Fernández González Primaria. ASANEC. 2015.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra.1989.
- 7.: Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J, Caccavo Francisco. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. Documento Técnico IECS N° 7. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Mayo de 2013.
8. Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012; 48:2–58
9. Otero González I, Blanco Aparicio M, Montero Martínez C, Valiño López P, Vereá Hernando H. Características epidemiológicas de las exacerbaciones por EPOC y asma en un hospital general. Arch Bronconeumol [Internet]. Elsevier; 2002.
11. La educación terapéutica en los pacientes con EPOC;38(06):256–62. Available from:
<http://www.archbronconeumol.org/es/caracteristicasepidemiologicas-las-exacerbaciones-por/articulo/13032777/>.
12. Vallar de Valentin, El EPOC y sus consecuencias. 2003.
13. Soto, P., Masalan, P., Barrios, S. (7 junio 2018). LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA THE HEALTH EDUCATION A CENTRAL ELEMENT OF NURSING CARE. Science Direct.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA.

Cuestionario de calidad de vida.

1-DATOS PERSONALES.

Apellido y nombre:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____

Domicilio:_____ Estado Civil:_____
_____Convive:_____

Obra Social:_____

2-ANTECEDENTES PERSONALES.

Enfermedades
preexistente:_____

Medicaciónhabitual:_____

Uso de oxigenoterapia:_____ Internaciones recientes:_____

Tratamiento:_____

Presenta dificultades en seguir el tratamiento._____

Observaciones:_____

3- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

- | | |
|--|---|
| a- necesita ayuda para vestirse: si-no | b- necesita ayuda para bañarse: si-no |
| c- puede preparar su comida: si-no | d- puede realizar la limpieza: si-no |
| e- sale hacer mandados: si-no | f- sale a visitar a sus amigos o familia: si-no |

g- realiza caminas o actividad física: si-no

h-tiene buen descanso: si-no
más

i- cuantas horas duerme por día: 6-8-10 hs o

Observaciones: _____

4-ALIMENTACION.

a-ingiere agua: si-no b-cuantos litros al día: 500ml- 1l-2l-o más.

c-incluye carne en su dieta: si-no d- cuantas veces a la semana: 1-2-3-o mas

e-incluye frutas en su dieta: si-no f- cuantas veces al día: 2-3-o mas

g-incluye verduras en su dieta: si-no h- cuantas veces al día: 2-3-o más.

i-incluye alcohol en su dieta: si-no j- cuantas veces al día: 2-3-o mas

k- incluye frituras o grasa en su dieta diaria: si-no l-cuantas veces al día: 2-3-o mas

Observaciones: _____

5- PERCEPCION DE SU SALUD EN GENERAL.

a-considera que tiene buena salud para su edad: si-no

porque? _____

b considera que tiene buena calidad de vida: si-no
porque? _____

c-suele sentirse cansado: si-no. d-suele sentirse dolorido: si-no

e- suele sentirse solo: si-no f-suele sentirse deprimido: si-no

g-tiene amigos o familia que lo apoye en estos momentos: si-no.

h- considera que su enfermedad limita su estilo de vida: si-no

I-considera que usted puede aportar algo más para mejorar su estilo de vida: si-no

Observaciones: _____

Consentimiento informado para participantes de investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de la investigación Enfermería y un abordaje desde la Educación Terapéutica en los pacientes con enfermedades crónicas. Previniendo las exacerbaciones en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, información precisa sobre esta investigación y cuál es su rol dentro de ella. La presente investigación es llevada adelante por los enfermeros Daniel Pontoriero y Noemi Nagurny de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de esta investigación es lograr por medio de la educación terapéutica que los pacientes con Epoc prevengan o mejoren el manejo de las crisis o exacerbaciones o que surgen a causa de su enfermedad crónica, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario.

Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que se responda durante este cuestionario se transcribirá en datos analíticos, de modo que el investigador pueda transcribir a un modelo estadístico y de gráficos las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los enfermeros Daniel Pontoriero y Noemi Nagurny. He sido informado (a) de los fines y procedimientos de esta investigación.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona y en mi trabajo.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los enfermeros Daniel Pontoriero al teléfono 2235445449 y Noemi Nagurny 2235556296. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a los enfermeros a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre del Participante	Firma del Participante Fecha
-------------------------	------------------------------

Nombre del Encuestador	Firma del Encuestador Fecha
------------------------	-----------------------------

Taller de Educación Terapéutica para pacientes con EPOC (IREMI 2019)

“Trabajando en equipo mejoramos la salud colectiva.”

Introducción

Las personas que conviven con una enfermedad crónica como el Epoc necesitan de un proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida tanto para ellos, su familia y entorno. Así como del aprendizaje de estrategias para ser autónomos en el manejo de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones evitables.

El objetivo de la Educación Terapéutica para la OMS es adquirir los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con una enfermedad crónica. La Educación Terapéutica debe ser una negociación permanente entre los objetivos terapéuticos y las necesidades de la persona con una enfermedad crónica. Teniendo este un papel proactivo, participativo en todas y cada uno de los pasos de la planificación de Educación Terapéutica

Dentro del modelo pedagógico cognitivo (constructivista) se desarrollara un taller educativo como estrategia pedagógica en el contexto del Educación Terapéutica. .Este taller se desarrollara durante cinco (5) encuentros y se aplicaran las actividades adecuadas para satisfacer las necesidades identificadas. Como primer paso, se realizara una entrevista personal, donde se aplicaran los instrumentos diseñados para obtener esos datos precisos así como el compromiso de cada persona, su familia o cuidador en la participación en los pasos del proceso de Educación Terapéutica.

Se conformara un equipo multidisciplinario de salud horizontal que buscara los mismos objetivos terapéuticos y humanos También se evaluara los conocimientos y habilidades adquiridas, a medida que transcurren los encuentros del taller y cada profesional desarrolle el contenido designado. Junto con el profesional enfermero se acompañaran los cambios conductuales de cada persona, se reevaluaran los objetivos pendientes y se re-direccionará las estrategias para atender las dificultades individuales y grupales, logrando construir un empoderamiento consiente y voluntario. Rompiendo con la dependencia de los participantes hacia el profesional. Logrando enfrentar este desafío de mejorar su calidad de vida.

Objetivos:

* El objetivo de este programa personalizado es lograr que el paciente sea autónomo en uno o varios aspectos concretos y ayudarle a vivir mejor con su enfermedad crónica.

Objetivos específicos:

*Identificar los conocimientos que poseen los participantes sobre su enfermedad.

a) que es el Epoc? b) si es consciente de su estado de salud (cronicidad), c) nivel de adherencia al tratamiento, d) si conoce cuáles son sus complicaciones y como prevenirlas, e) cuantas exacerbaciones presento en el último año.

*Identificar los recursos con los que cuenta para seguir el tratamiento, recursos tanto materiales (obra social, transporte, medicamentos) intelectuales (comprensión y capacidad de aprendizaje), tiempo, etc.

*Valorar el acompañamiento de sus familiares, cuidadores y entorno.

* Evaluar la voluntad manifiesta de la persona de querer adquirir autonomía y cambiar hábitos.

*Evaluar el grado de expectativas con las que se acercó al taller.

- Población convocada.

La población convocada en este caso comprende las personas con enfermedad crónica Epoc que se atienden en forma ambulatoria en IREMI.

-Fundamentación del uso de la modalidad pedagógica “Taller Educativo” para esta experiencia de Educación Terapéutica.

El taller se constituye en la actividad más importante desde el punto de vista del proceso pedagógico, porque además de conocimientos aporta experiencia de vida que exigen de la relación de lo intelectual con lo emocional y activo e implica una formación integral del participante. (Nidia Aylwin). Dos variables fundamentales al momento de implementar esta modalidad son la situación inicial del participante y las necesidades o problemas que estos poseen, siendo estos últimos los que se pueden ayudar a mejorar por medio del taller. La actividad del taller está centrada en los participantes y por ello se diferencia de una clase o conferencia. Desde este punto es importante la pericia y técnica del docente o modelador para identificar las necesidades de los participantes y poder profundizar en el desarrollo o corregir el rumbo del taller; para no caer en el direccionismo que sigue generando dependencia en el participante. El taller posibilita generar nuevos conocimientos y modificar las conductas estimulando la autonomía. Aporta capacidad de pensamiento y reflexión por medio de la interacción entre los participantes al compartir experiencias y emociones; guiados y acompañados por el equipo de salud.

-Equipo de profesionales multidisciplinario

El equipo multidisciplinario de profesionales del cuidado de la salud está enmarcado por las teorías de enfermería de la escuela de los objetivos M. Roger y Calista Roy, la escuela de las necesidades de V. Henderson y D. Orem y la escuela de la interacción Peplau y Travelbee definiendo así las características, actitudes y aptitudes para desarrollar un proceso enfermero destinado para llevar a cabo una educación terapéutica eficiente, efectiva y eficaz.

Este equipo estará compuesto por un médico clínico, un médico neumólogo, un psicólogo, un kinesiólogo, un acompañante terapéutico y un enfermero. Cada profesional reunirá un singular número de características que permitan comunicar e interpretar no solo los contenidos sino los objetivos que cada persona determino al inicio del taller. Estas características personales del profesional son la empatía, comunicación asertiva y la actualización permanente en el tema que nos reúne. Estos profesionales deben tener un fuerte rol facilitador y motivador, también debe ser ejecutores de una escucha activa e inteligente. Solo en equipo todos los profesionales podrán acompañar este proceso de empoderamiento. Ya que la modificación de actitudes y conductas saludables afectara positivamente a los participantes, a la familia, cuidadores y la comunidad, enriqueciendo el hacer profesional en la práctica diaria.

-Contenidos a desarrollar durante el taller por el equipo multidisciplinario y la función de enfermería en cada encuentro.

Medico Clínico.

El profesional en la presentación del taller (1 ENCUENTRO) realizara un abordaje de la patología, con un lenguaje sencillo, y orientado a satisfacer las necesidades identificadas por medio del diagnóstico educativo realizado al inicio del taller.

El profesional enfermero acompañara y afianzara los conceptos con la ayuda de las preguntas o dudas más comunes de los participantes. Como: ¿Que es la cronicidad? Tratamiento farmacológico. Signos y síntomas de alarma. Exacerbaciones. También será el modelador de las actividades diseñadas para la interacción entre participantes y profesionales. Y cerrara el encuentro con un espacio de reflexión.

Medico Neumólogo.

El profesional especialista en el 2do Encuentro podrá desarrollar los temas relacionados acerca de la fatiga, falta de aire, y los procesos de intercambio gaseoso así como de la urgencia de cambiar los hábitos no saludables, que afectan negativamente la calidad de vida de los participantes. El uso correcto de los dispositivos de inhalación y diversos tratamientos, como la oxigenoterapia.

El profesional enfermero acompañara el desarrollo de la actividad intercalando inquietudes y dudas de los participantes como resultado de la evaluación del primer encuentro. Reforzará y consolidara los conocimientos necesarios para el correcto uso de dispositivos y diversos tratamientos. Ejercerá como moderador en las actividades de cierre postulando nuevos objetivos personales y grupales para el próximo encuentro.

Profesional Psicólogo.

El profesional en este caso EL 3er Encuentro, abordara la temática relacionada con la depresión y el miedo a la muerte. Los procesos de auto-aislamiento; los miedos que generan la cronicidad del EPOC y la dependencia de la oxigenoterapia. Y aportara herramientas para afrontar un buen manejo emocional de una exacerbación.

El profesional enfermero facilitará herramientas para restaurar su imagen y autoestima al igual que espacios para manifestar sus emociones y miedos (tormenta de experiencias vividas).

Acompañante terapéutico.

El profesional acompañante terapéutico durante el 4to Encuentro, podrá dar herramientas y estrategias para facilitar o mejorar las actividades de la vida diaria. Facilitando autonomía y elevando su autoestima. Identificando los momentos o situaciones donde se pueden encontrar espacios para instaurar hábitos saludables. Siendo el acompañante terapéutico el profesional que acompaña a sus pacientes en la actividad de la vida diaria tiene la habilidad de identificar las situaciones disparadoras o promotoras de las exacerbaciones o momentos de crisis.

El profesional enfermero luego de evaluar el avance alcanzado por los participantes de los encuentros anteriores hará hincapié en los objetivos pendientes y las dificultades tanto individuales como grupales que se manifiesten. Estimulando las potencialidades de los participantes al igual que reafirmando conceptos y actividades que los lleven a mejorar los niveles de autocuidados.

Profesional Kinesiólogo

El profesional kinesiólogo abordara las necesidades y objetivos pendientes en esta etapa, cerrando este ciclo de talleres. Deberá aportar ejercicios, técnicas y maniobras que permitan evitar, afrontar y sobrellevar una exacerbación. Evaluando a los participantes en el desarrollo de ejercicios individuales o grupales.

El profesional enfermero evaluara los logros y objetivos pendientes, las necesidades nuevas o satisfechas de forma individual o grupal. Evaluará el grado de avance del compromiso con la continuidad del tratamiento, la aparición de exacerbaciones. Y el caudal de hábitos saludables adquiridos.

Instrumentos a utilizar en el taller.

- foto lenguaje, para evaluar el impacto psicológico del paciente;
- Cuestionario de calidad de vida se utiliza para evaluar el impacto global del programa de Educación terapéutica.

- Test de internet de autoevaluación de conocimientos sobre la patología crónica tratada.

-Tiempo que comprende el taller.

El taller comprende 5 encuentros de una hora con la participación de un profesional diferente acompañado en cada encuentro por el profesional enfermero.

- 1er encuentro Medico clínico-Profesional enfermero.
- 2do encuentro Medico neumólogo- Profesional enfermero.
- 3er encuentro Psicólogo – Profesional enfermero.
- 4to encuentro Kinesiólogo-Profesional enfermero.
- 5to encuentro Acompañante Terapéutico –Profesional enfermero

-Recursos Necesarios: económicos, materiales (folletería, audio, video, etc), humano.

-Estructura del taller.

El taller tiene un inicio, un desarrollo y un cierre. En cada momento del taller se realizan diferentes actividades destinadas a alcanzar diferentes objetivos y una evaluación permanente.

A-En primer lugar se determina la población a convocar y con la cual se trabajara.

B-Se realiza un diagnostico educativo para saber cuáles son los conocimientos previos sobre la enfermedad, las dificultades en el manejo de exacerbaciones y complicaciones prevenibles, adherencia al tratamiento y la capacidad de aprendizaje y el nivel de expectativa y voluntad de cambio conductuales en los hábitos no saludables. Para ello con anterioridad se realizan las entrevistas individuales, donde se generaran un vínculo de confianza entre el participante y el enfermero, para alcanzar compromiso por parte del participante. Se utilizan los instrumentos como el test de internet de autoevaluación de conocimientos de la patología crónica. Foto lenguaje y cuestionarios de calidad de vida.

C- Se determinan los objetivos luego de evaluar la información obtenida.

D-Se planifica el contenido del taller y como se distribuirá el tiempo.

E-Se determina el lugar, la fecha y el horario donde se llevara a cabo el taller. Se debe tener en cuenta los medios de acceso, el clima y los recursos con los que cuentan los participantes, recordemos que son personas con enfermedad crónica lo que implica que movilizarse puede ser un gran esfuerzo para ellos y la mayoría pertenecen a una población comprendida por adultos mayores.

Inicio

Se convoca a los interesados 15 minutos antes, para iniciar puntuales. Se reciben a los participantes con una sonrisa y se les entrega un pequeño presente con un anotador y lapicera. Se los invita a pasar y ubicarse en el salón.

Puntuales se inicia con una calidez bienvenida y la presentación de los profesionales (5 minutos).

Para romper el hielo se puede realizar un juego facilitando que los participantes se presenten. El juego del ovillo de lana o un dado gigante que se va pasando de participante a participante (10 minutos).

Desarrollo (30 minutos)

Al lograr distender a los participantes el profesional a cargo del tema a presentar puede iniciar con tormenta de ideas. Palabras Claves, Preguntas Exposición dialogada. Power Point. Laminas o un ejemplo de como el EPOC limita la calidad de vida de los participantes. Caminar al baño, sacar la basura, tomar un colectivo. Un ejemplo conmovedor, una anécdota estremecedora captara la atención de los participantes generando inquietud y cierta incomodidad esto le dará significancia al tema a abordar.

Acorde a la pericia del profesional administrará el tiempo, para permitir a los participantes que hagan preguntas. El profesional enfermero acompañara fortaleciendo los conceptos y motivando a identificar habilidades y dificultades.

BREACK. 10 minutos.

Al momento de la bienvenida se les entrego a los participantes un presente, un anotador y lapicera. Este es un buen momento para que escriban sus dudas y preguntas o sugerencia.

Cierre.

Presentación de la actividad (5 minutos) Reflexión y despedida.

Los profesionales proponen una actividad para fijar los conceptos. Ejemplo. Dividir a los participantes en grupos y armar rompecabezas referidos al tema desarrollado. En pocos minutos por grupos hacer una reflexión y definir objetivos generales en los que deberán trabajar los participantes para el próximo encuentro.

Se les solicita las notas que realizaron en el break. Este material será útil para evaluar parte del taller.

Evaluación

La evaluación del aprendizaje se realiza en los tres momentos del taller. De aquí surgirán los resultados que nos permitirán re direccionar el taller, rediseñar objetivos. Tanto de los participantes como de los profesionales que interactuaron con ellos. Los tres momentos detallados en que se evaluará son precisamente en el instante que se da el ejemplo movilizador primeramente, seguido del momento que completan en el break las preguntas e inquietudes en los anotadores y finalmente en la reflexión y definición de objetivos para la próxima clase.