



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**“CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE 40 A 65 AÑOS”**

**AUTORA: SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ.**

**TUTOR DE TESIS: LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC**

**GUAYAQUIL, ABRIL 2018**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**“CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE 40 A 65 AÑOS”**

**AUTORA: SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ.**

**TUTOR DE TESIS: LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC**

**GUAYAQUIL, ABRIL 2018**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>		<b>“Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años”</b>	
“Modelo de atención domiciliaria que permita educar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica”.			
<b>AUTORES:</b>		Sheyla Andrea García Ramírez.	
<b>REVISOR /TUTOR:</b>		Lcdo. José Benalcázar Game, Msc	
<b>INSTITUCIÓN:</b>		Universidad Estatal de Guayaquil	
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>		Ciencias Médicas	
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>		Terapia Respiratoria	
<b>GRADO OBTENIDO:</b>		Licenciada Terapia Respiratoria	
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>		<b>No. DE PÁGINAS:</b>	119
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>		Salud	
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>		EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), cuidados paliativos, modelo de atención domiciliaria.	
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> (150-250 palabras): Los cuidados paliativos tienen el fin de aliviar la sintomatología del paciente, estos tratamientos aplicados no son como método de curación de la patología, al referirse de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica vamos a ver que el riesgo provocado por el cigarrillo, gases tóxico, contaminación laboral o por drogas darán a nivel pulmonar un daño irreversible y progresivo. La población y muestra escogida en esta investigación son pacientes adultos de 40 a 65 años de edad que se encuentran en sus domicilios en la zona norte de la ciudad de Guayaquil. La propuesta es la creación de un modelo de atención domiciliaria con el fin de evitar reingresos hospitalarios y reagudizaciones provocadas por la falta de planes de rehabilitación respiratoria realizados en el domicilio con la supervisión de un profesional de la rama. El cuerpo de salud hospitalario se convierte en el pilar fundamental para socializar y recomendar este tipo de atención en salud moderna, eficaz entregada con calidad y calidez a los pacientes en sus domicilios.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b>	0978626001	
	<b>E-mail:</b>	Sheygarcia93@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b>	Carrera Terapia Respiratoria	
	<b>Teléfono:</b>	042 282202	
	<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:tecno-medic@hotmail.com">tecno-medic@hotmail.com</a>	



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

Guayaquil, 26 de Febrero del 2018

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR**

Habiendo sido nombrado JOSE BENALCAZAR GAME, MSC, tutor del trabajo de titulación "CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE CUARENTA A SESENTA Y CINCO AÑOS" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ, con C.I. No. 2400175309, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA TERAPIA RESPIRATORIA , en la Carrera Terapia Respiratoria / Facultad Ciencias Medicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Segundo Pacherres Seminario', written over a horizontal line.

Psc. Segundo Pacherres Seminario.

C.I 1707147441



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO  
NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ con C.I. No. 2400175309, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE CUARENTA A SESENTA Y CINCO AÑOS" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ

C.I. No. 2400175309

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

## CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ** CC. **2400175309** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA.

Se informa que el trabajo de titulación: **“CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE 40 A 65 AÑOS”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (indicar el nombre del programa antiplagio empleado) quedando el **5%** de coincidencia.

<https://secure.orkund.com/view/35382947-532226-978537>

**LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC**  
C.I. 0913537692



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**CERTIFICADO DE TUTOR**

**DR. MIGUEL VELOZ**

**DIRECTOR DE LA CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**

**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

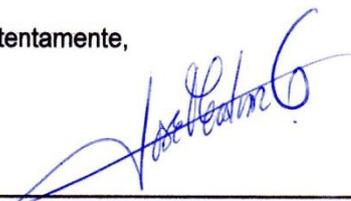
Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación "CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE 40 A 65 AÑOS" del estudiante SHEYLA ANDREA GARCIA RAMIREZ, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,



---

LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC  
C.I. 0913537692

## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a las personas muy especiales, que siempre han estado a mi lado apoyandome, guiandome y ayudandome a crecer a nivel personal y profesional.

A **César García Pinargote**, mi querido padre que con su apoyo incondicional y su fuerza para lograr las metas que se propone me a enseñado a luchar por mis objetivos.

A **Mery Ramírez Baquerizo**, mi querida madre eres un ejemplo de lucha y dedicación por tu familia día a día, eres el pilar fundamental en la culminación esta meta.

A **Bertha García Pinargote**, mi adorada abuela gracias por tu apoyo incondicional en esta parte de formación profesional que con tus consejos has ayudado a seguir adelante pese a las dificultades que he tenido.

A **Richard Castillo Ramírez**, querido esposo y padre de mi hija por su apoyo y compañía en los momentos difíciles y en los logros alcanzados.

A **Lucciana Valentina**, mi más preciado tesoro por ser fuente de inspiración, para ella va dedicado mis logros.

A **Amparo Ordoñez García**, mi tía por ayudarme con sus conocimientos y guiarme a nivel profesional.

A la **Familia Castillo Ramírez**, sin su apoyo no podría haber continuado con esta carrera gracias de todo corazón por ayudarme en los momentos donde decaída y con sus consejos pude continuar.

## AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Guayaquil, Carrera Terapia Respiratoria por permitirme aportar al conocimiento estudiantil mediante la realización de mi tesis.

A cada uno de los pacientes y familiares que me ayudaron con los datos para la obtención de mi muestra para la elaboración de mi tesis.

A cada uno de mis docentes que en estos 4 años han podido aportar a mi formación académica.

Al Lcdo. José Benalcazar Game y Psc. Segundo Pacherez Seminario por acompañarme en este proceso de tutorías, revisión y culminación de mi tesis. Gracias por sus consejos.

A cada una de las personas que me permitieron hacer realidad esta propuesta que confío sirva de inicio para nuevos modelos de atención en la salud.

Finalmente a todos y cada uno de las personas que han sido parte de mi formación en todos estos años.

## TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
CONTRAPORTADA.....	ii
<i>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</i> .....	iii
CERTIFICADO DEL TUTOR REVISOR.....	iv
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.....	v
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	vi
CERTIFICADO DE TUTOR.....	vii
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
TABLA DE CONTENIDO.....	x
Indice de Tablas.....	xii
Indice de Gráficos.....	xiv
Indice de Anexos.....	xv
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I .....	4
EL PROBLEMA.....	4
Planteamiento del problema.....	4
Formulación del problema .....	5
Delimitación del problema .....	5
Evaluación del problema .....	5

Objetivos de la investigación .....	6
Objetivo General: .....	6
Objetivo Específico:.....	6
Sistematización del problema.....	7
Justificación .....	7
Variables de la investigación .....	9
Variable y su operalización de las variables .....	9
CAPITULO II .....	10
MARCO REFERENCIAL.....	10
Marco Teórico .....	16
Consideraciones sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, modelo de atención domiciliaria y cuidados paliativos. ....	16
Marco Contextual .....	30
Marco Legal .....	31
CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD.....	32
CAPITULO III .....	34
METODOLOGIA .....	34
Diseño de la investigación.....	34
Tipo de investigación.....	35
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
Criterios de inclusión .....	38
Criterios de exclusión .....	38
Métodos empíricos. ....	39
INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	40
Análisis de la encuesta a Pacientes y familiares .....	40
Encuestas a Familiares. ....	51
PORCENTAJE GENERAL DE LAS PREGUNTAS.....	57

CAPITULO IV .....	58
PROPUESTA.....	58
Introducción .....	58
Objetivo General .....	59
Objetivos Específicos .....	59
Justificación .....	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
CONCLUSIONES .....	64
RECOMENDACIONES .....	65
BIBLIOGRAFIA .....	66

## Indice de Tablas

Tabla 1: Variable Dependiente .....	9
Tabla 2: Variable Independiente.....	9
Tabla 3. Medios de entrenamiento en domicilio.....	19
Tabla 4. Pautas de entrenamiento en domicilio usadas en al menos un estudio prospectivo y controlado (al menos 30 minutos, tres veces por semana). .....	20
Tabla 5. Pacientes aptos para entrenamiento domiciliario.....	22
Tabla 6. Pacientes que no son aptos para entrenamiento domiciliario .....	22
Tabla 7. Población .....	37
Tabla 8. Muestra .....	38
Tabla 9. Datos obtenido de la pregunta 1 .....	41
Tabla 10. Datos obtenido de la pregunta 2.....	42
Tabla 11. Datos obtenido de la pregunta 3.....	43
Tabla 12. Datos obtenido de la pregunta 4.....	44
Tabla 13. Datos obtenido de la pregunta 5.....	45
Tabla 14. Datos obtenido de la pregunta 6.....	46
Tabla 15. Datos obtenido de la pregunta 7.....	47
Tabla 16. Datos obtenido de la pregunta 8.....	48
Tabla 17. Datos obtenido de la pregunta 9.....	49
Tabla 18. Datos obtenido de la pregunta 10.....	50
Tabla. 19. Datos obtenido de la pregunta 1 .....	51
Tabla. 20. Datos obtenido de la pregunta 2 .....	52
Tabla. 21. Datos obtenido de la pregunta 3.....	54
Tabla. 22. Datos obtenido de la pregunta 4.....	55
Tabla. 23. Datos obtenido de la pregunta 5.....	56
Tabla 24. Datos obtenido de las preguntas generales.....	57
Tabla 25: Cronograma de Rehabilitación Respiratoria Semanal. ....	63

**Indice de Gráficos**

GRAFICO 1 Pregunta 1 .....	42
GRAFICO 2 Pregunta 2 .....	43
GRAFICO 3 Pregunta 3 .....	44
GRAFICO 4 Pregunta 4 .....	45
GRAFICO 5 Pregunta 5 .....	46
GRAFICO 6 Pregunta 6 .....	47
GRAFICO 7 Pregunta 7 .....	48
GRAFICO 8 Pregunta 8 .....	49
GRAFICO 9 Pregunta 9 .....	50
GRAFICO 10 Pregunta 10.....	51
GRAFICO 11 Pregunta 1 .....	52
GRAFICO 12 Pregunta 2 .....	53
GRAFICO 13 Pregunta 3 .....	54
GRAFICO 14 Pregunta 4 .....	55
GRAFICO 15 Pregunta 5 .....	56
GRAFICO 16 Preguntas Generales .....	57

## Indice de Anexos

ANEXOS .....	68
Anexo 1: Encuestas a Pacientes .....	69
Anexo 1: Encuestas a Familiares .....	79
Anexo 2: Acuerdo del Plan de Tutoría .....	89
Anexo 3: Informe de Avance de la Gestión Tutorial.....	90
Anexo 3: Informe de Avance de la Gestión Tutorial.....	91
Anexo 3: Informe de Avance de la Gestión Tutorial.....	92
Anexo 3: Informe de Avance de la Gestión Tutorial.....	93
Anexo 3: Informe de Avance de la Gestión Tutorial.....	94
Anexo 4: Acrónimos .....	95
Anexo 5: Rúbrica de Evaluación Trabajo de Titulación.....	96
Anexo 6: Fotos de evidencia de la encuesta a familiares y pacientes .....	97
Anexo 6: Fotos de evidencia de la encuesta a familiares y pacientes .....	98
Anexo 7: Revisión Final del Trabajo de Titulación .....	99
Anexo 8: Rúbrica de Evaluación Memoria Escrita Trabajo de Titulación .....	100
Anexo 9: Formato de Consentimiento Informado a Pacientes y Familiares. ....	101
Anexo 9: Formato de Consentimiento Informado para fotografías y videos. ....	102



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**TEMA: “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE 40 A 65 AÑOS”**

**AUTORA:** SHEYLA GARCIA RAMIREZ.

**TUTOR:** LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC.

**RESUMEN**

Los cuidados paliativos tienen el fin de aliviar la sintomatología del paciente, estos tratamientos aplicados no son como método de curación de la patología, al referirse de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica vamos a ver que el riesgo provocado por el cigarrillo, gases tóxico, contaminación laboral o por drogas darán a nivel pulmonar un daño irreversible y progresivo. La población y muestra escogida en esta investigación son pacientes adultos de 40 a 65 años de edad que se encuentran en sus domicilios en la zona norte de la ciudad de Guayaquil. La propuesta es la creación de un modelo de atención domiciliaria con el fin de evitar reingresos hospitalarios y reagudizaciones provocadas por la falta de planes de rehabilitación respiratoria realizados en el domicilio con la supervisión de un profesional de la rama. El cuerpo de salud hospitalario se convierte en el pilar fundamental para socializar y recomendar este tipo de atención en salud moderna, eficaz entregada con calidad y calidez a los pacientes en sus domicilios.

**Palabras claves:** EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), modelo de atención domiciliaria, cuidados paliativos.



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**THEME: "PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE  
PULMONARY DISEASE FROM 40 TO 65 YEARS OLD"**

**AUTHOR: SHEYLA GARCIA RAMIREZ**

**ADVISOR: LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC.**

**ABSTRACT**

The palliative care has the purpose of alleviating the symptoms of the patient; these applied treatments are not as a method of healing the pathology, when referring to chronic obstructive pulmonary disease we will see that the risk caused by the cigarette, toxic gases, and occupational contamination or by drugs will give the lungs irreversible and progressive damage. The population and sample chosen in this research are adult patients from 40 to 65 years of age who are in their homes in the northern area of the city of Guayaquil. The proposal is the creation of a model of home care in order to avoid hospital readmissions and exacerbations caused by the lack of respiratory rehabilitation plans made at home with the supervision of a branch professional. The hospital health corps becomes the fundamental pillar for socializing and recommending this type of modern, effective health care delivered with quality and warmth to patients in their homes.

**Keywords:** EPOC (chronic obstructive pulmonary disease), home care model, palliative care.

## INTRODUCCION

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad a nivel pulmonar que es progresiva, volviéndose crónica sin el tratamiento adecuado ocasionando la muerte cuando no se realiza los cuidados pertinentes a nivel de la vía aérea, entre sus sintomatología está dificultad para respirar (disnea), tos productiva (flema), esputo sanguinolento (flema con sangre) cuando la patología está en la fase terminal, en esta etapa la disnea se vuelve crónica produciendo sensación de ahogo al realizar sus actividades cotidianas.

Se han realizado varios estudios relacionados a los cuidados paliativos de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tomando en cuenta la GOLD (Iniciativa Global para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y SEPAR (Sociedad Española de Patología Respiratoria), tiene como primordial objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, para retomar sus actividades cotidianas y prolongando su vida.

Se valora el grado de la intensidad de la disnea con diferentes escalas así también se valorará la GOLD 3, 4 para el criterio de inclusión y costatar el avance de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, a partir de hay se realizará la respectiva rehabilitación pulmonar, la misma que se adaptará al rendimiento del paciente y a su vez se excluirá a los que presenten patologías concomitantes con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y pacientes reagudizados.

Los cuidados paliativos son procesos para aliviar la sintomatología y aplicar el tratamiento del dolor en la fase final de la enfermedad, debido a lo cual son primordiales en la intervención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no solo se abordará al paciente sino a sus familiares mediante consejos que serán aplicados en el domicilio, esto ayudará a prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la aplicación de terapia del dolor.

Estos cuidados paliativos no solo se aplica a las personas que tengan algun tipo de cáncer sino a las distintas patologías que son irreversibles, progresivas o crónica las cuales esten en fase terminal, siendo el tratamiento solamente paliativo, en el cual las medidas a tomar son para aliviar los síntomas.

Debido a los avances realizado en cuanto a la salud se manifiestan mejoría en la supervivencia de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica cuando son atendidos adecuadamente, incluso a quienes se encuentran en fases avanzadas o terminales mejorando la calidad de vida en sus hogares, la correcta implementación de un modelo de atención domiciliaria generalmente mejorará la atención primaria dentro de la salud.

El modelo de atención domiciliaria para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica permitirá manejar de manera simple y concreta los puntos esenciales para la permanencia y mejoría de la calidad de vida de estos pacientes. El principal objetivo será evitar las reagudizaciones, se implementará un plan de rehabilitación respiratoria domiciliaria aplicando ejercicios respiratorios que contribuirá a que el paciente se reincorpore a sus actividades diarias.

En el capítulo I, se detalla los problemas que conlleva la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes que no se realiza el control de la rehabilitación o reeducación de los familiares cuando el paciente se encuentra en el domicilio, la evaluación del problema esta delimitado, es evidente, es relevante, contextual, claro y factible para el uso de este modelo de atención domiciliaria que permitirá educar y rehabilitar a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el capítulo II, se detallarán los conceptos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los cuidados paliativos y el modelo de atención domiciliaria, que fueron considerados en el marco teórico, además de los programas de rehabilitación respiratoria, las guías internacionales y nacionales acerca de la rehabilitación respiratoria, atención en la salud, prevención de las enfermedades, rehabilitación de la salud y las evaluaciones que se pueden realizar en la atención a domicilio.

En el capítulo III, se consideró la población que se recogió los datos con un porcentaje de 15 pacientes masculino y 5 pacientes femenino notando que las personas mas vulnerables son del género masculino de entre cuarenta y cinco años de edad, la muestra se realizo de manera estadística cuantificada para adultos mayores dond los pacientes y familiares contestaron la encuesta que se le realizo aquí se guardo la confidencialidad al no colocar los nombre y apellidos.

En el capítulo IV, se detalló la propuesta que tiene como finalidad dar a conocer un Modelo de Atención Domiciliaria para los cuidados paliativos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica para evitar el reingreso hospitalario, haciendo que los pacientes sean rehabilitados y llevado su enfermedad en sus domicilios, se detalla las conclusiones sobre el tema que se investigó y las recomendaciones a seguir para lograr la adecuada integración del modelo de atención domiciliaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes adultos mayores de cuarenta y sesenta y cinco años, tanto en pacientes con ventilación mecánica o con ventilación mecánica no invasiva.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del problema**

Los modelos de atención domiciliaria a nivel mundial se encuentran establecidos para la intervención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ya que a nivel de salud tienen programas de rehabilitación respiratoria apropiada de acuerdo al estadio en que se encuentre la patología.

Los sistemas de salud en Ecuador no se encuentran familiarizados con la atención domiciliaria para las enfermedades crónicas, las cuales representan una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el área de salud. La creación de un modelo integral de atención y rehabilitación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en adultos determina las pautas prioritarias para mejorar y mantener la salud de los pacientes, con el apoyo de su familia y el seguimiento clínico domiciliario.

El éxito de estos modelos en el mundo es indudable, han tenido una acogida general lo que se muestra en las estadísticas que indican una mejoría importante de salud que beneficia tanto, al paciente como su familia. El fin de realizar este modelo de atención en cuidados paliativos domiciliarios es mejorar la atención a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica esto se dará con un buen manejo de la patología y la rehabilitación respiratoria.

Se pondrá a cada paciente en los diferentes programas de rehabilitación dados en el modelo de atención integral domiciliaria de acuerdo a los cuidados que necesiten, deberá ser representado en diferentes escalas desde los pacientes estables hasta los pacientes más severos dentro de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cabe recalcar que la mayoría de estos pacientes tendrán otras clases de patologías a fines.

Será de vital importancia evaluar diariamente la condición del paciente, para determinar las mejorías que existan dentro del modelo de atención que se propone,

para reducir las manifestaciones clínicas presentes en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de esta manera se pretende evitar que el porcentaje de mortalidad no valla en aumento a nivel nacional ya que está se podrá prevenir con los diferentes cuidados de la via aérea.

Se dará a conocer el modelo de atención domiciliaria para aplicarlos dentro de los hospitales, buscando la mejoría del paciente que padecen esta patologías, dentro del área de terapia respiratoria se capacitará a los profesionales de la salud con el adecuado manejo de este modelo de atención integral y los cuidados paliativos que necesita la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que suele no ser de vital importancia, siendo una de las tres enfermedades que tiene una taza de mortalidad y morbilidad en el país.

### **Formulación del problema**

¿Qué beneficios se obtendrán de un modelo de atención integral y cuidados paliativos domiciliarios para los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre cuarenta a sesenta y cinco años de edad?

### **Delimitación del problema**

**Campo:** Salud

**Area:** Terapia Respiratoria

**Aspecto:** Cuidados Paliativos

**Tema:** Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años de edad.

### **Evaluación del problema**

**Delimitado:** La investigación será enfocada a un modelo de atención domiciliaria en cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de cuarenta a sesenta y cinco años con el fin de mejorar la calidad de vida después de salir de su estancia hospitalaria.

**Evidente:** La necesidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes con los cuidados paliativos y manejando la via aérea de manera óptima para que se integren

a la sociedad de manera normal llevando a cabo sus trabajos cotidianos y psicológicamente estos pacientes y familiares se encuentren estables.

**Relevante:** Es de vital importancia para la carrera aplicar este modelo de atención domiciliaria dentro de esta enfermedad y promoverlo en el país a nivel hospitalario inculcando a los profesionales este hábito con el fin de mejorar la estancia hospitalaria.

**Claro:** La problemática es clara porque se orienta al modelo de atención y cuidados paliativos del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica utilizando como base los conocimientos adquiridos dentro de la carrera de Terapia Respiratoria, fomentando así a los profesionales el cuidado de estos pacientes.

**Factible:** El Modelo de atención integral domiciliaria será factible a todos los pacientes y profesionales que ingresen al sistema de salud pública, beneficiando la calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que amerite un correcto control y evaluación para la rehabilitación respiratoria.

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo General:**

- Elaborar un modelo de atención domiciliaria en cuidados paliativos enfocado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### **Objetivo Específico:**

- Determinar la importancia de los cuidados paliativos domiciliarios manejando la vía aérea de manera correcta en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Diseñar un modelo de atención domiciliaria oportuna e íntegro gestionando estrategias que permitan crear condiciones de salud óptima para la población.
- Aplicar cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica mejorando su calidad de vida.

## **Sistematización del problema**

- ¿Cómo se determinará la importancia de los cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
- ¿Para qué se aplicará los cuidados paliativos domiciliarios a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
- ¿Cómo se diseñará el modelo de atención domiciliaria para la población?

## **Justificación**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es considerada la tercera causa a nivel mundial después de accidentes cerebro vasculares y ataques coronarios, afecta a ambos sexos según en el país; las causas principales son inhalación de sustancias nocivas siendo el humo del tabaco la primera causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en adultos, los gases tóxicos, polvo, vapores y factores hereditarios son causas menos frecuentes para padecer esta enfermedad aunque no son descartables en el diagnóstico.

La rehabilitación respiratoria domiciliaria en estos pacientes favorecería de manera importante la calidad de vida, asegurando un mejor pronóstico de acuerdo a cada condición clínica generando mejoría a nivel pulmonar y emocional. Las personas de cuarenta a sesenta y cinco años de edad necesitan reintegrarse a las actividades normales del diario vivir por lo que la creación de un modelo de atención domiciliaria se convertiría en una solución de cuidado integral en salud, evitando que tenga las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica una estancia hospitalaria ya que los cuidados se aplicarían en sus domicilios.

El interés científico de la investigación, está basado en la importancia del cuidado paliativo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que será aplicado al área de la salud que es considerada susceptible a sufrir o padecer dichos problemas. Es un estudio que se aplicará a los hospitales públicos o privados del Ecuador teniendo conocimiento que estos pacientes necesitan los adecuados cuidados siendo los más vulnerables donde se abordan los problemas de salud y demanda de gran cantidad de cuidados paliativos.

Actualmente los hospitales del Ministerio de Salud Pública tienen una gran demanda de pacientes por lo que los profesionales no realizan las evaluaciones minuciosas, que al realizar las debidas precauciones evitaríamos que la tasa de mortalidad y morbilidad aumente y traiga consigo que los hospitales colapsen con pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La elaboración de una propuesta dentro a nivel de los cuidados paliativos domiciliarios en adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, además de mejorar la calidad de vida cotidiana, ayudará a la aplicación y reeducación de un servicio óptimo en la rehabilitación respiratoria, aplicando de manera eficiente la capacitación en los pacientes, familiares o cuidadores de los pacientes con el fin de lograr la adaptación en el modelo de atención.

A través de este estudio se pretende fomentar y educar al personal de salud para la mejoría de esta enfermedad pudiendo dar soluciones sobre esta problemática planteada a nivel de la salud pública, siendo una investigación que esta al alcance de nuestras mano dentro de nuestras instituciones públicas y privadas, que podrá resolver los problemas en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica dentro de nuestro país.

Es conveniente realizar un modelo de atención domiciliaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva cronica con el fin de aplicar dentro de los hospitales a nivel del Ecuador previniendo el colpaso en ellos. La investigacion se realizara de manera exhaustiva para mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes con dicha patología y los familiares que tienen un rol importante en este modelo de atención domiciliaria paliativa, aplicando a la población de bajo recursos económicos.

Los beneficios darán un gran cambio a nivel del Ecuador porque se demostrará que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica realizarán sus actividades cotidianas y serán útil a la sociedad debido a la patología que padecen, esto ayudará a la mejoría del paciente tanto mental, clínica y psicológica.

## Variables de la investigación

**Variable Independiente:** Cuidados paliativos.

**Variable Dependiente:** Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## Variable y su operacionalización de las variables

**Tabla 1: Variable Dependiente**

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Categoría
Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Se define como trastorno pulmonar que se caracteriza por la inflamación e hipersecreción a nivel pulmonar (definición) agregar cuadro	Causas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exposición de ciertos gases tóxicos.</li><li>• Exposición al humo del cigarrillo.</li><li>• Fumador activo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Directo</li><li>• Indirecto</li></ul>
	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fátiga.</li><li>• Tos con o sin flema.</li><li>• Dificultad para respirar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aguda</li><li>• Crónica</li></ul>
	Género	<ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alto</li><li>• Medio</li><li>• Bajo</li></ul>
	Edad	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 a 35 años</li><li>• 40 a 65 años</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alto</li><li>• Medio</li><li>• Bajo</li></ul>

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Tabla 2: Variable Independiente**

Variable Independiente	Dimensión	Indicador	Categoría
------------------------	-----------	-----------	-----------

Cuidados paliativos: Se define como cuidados domiciliarios u hospitales para el alivio del dolor en enfermedades terminales mejorando la calidad del vida del paciente	Problemas físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor físico</li> <li>• Dificultad para respirar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Grave</li> </ul>
	Problemas emocionales y sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas educativas</li> <li>• Grupo de apoyo</li> <li>• Reuniones familiares</li> <li>• Remisiones profesionales en salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**CAPITULO II**  
**MARCO REFERENCIAL**  
**Antecedentes del estudio**

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o conocida como sus siglas EPOC se trata de una respuesta inflamatoria a nivel del pulmón específicamente en los alvéolos que se encuentran en la parte distal de los bronquios, es causada principalmente por inhalación del humo del cigarrillo u otros factores como inhalación de gases tóxicos. Esta enfermedad es irreversible y crónica, limitará al paciente en su función respiratoria provocando la falta de aire o sed de aire, haciendo que la persona tenga la sensación de ahogo.

La dificultad para vaciar los pulmones o llamada también limitación del flujo aéreo va a tener una resistencia que depende de la luz de la vía aérea y sus volúmenes pulmonares, teniendo en cuenta que el diámetro de los bronquiolos terminales es de 0,5 mm menor a relación de la tráquea que es de 2 cm aproximadamente, por lo que el flujo turbulento a nivel de la tráquea se hará laminar cuando alcance las ramificaciones bronquiales más distales. La resistencia del flujo aéreo tiene una relación proporcional con los volúmenes pulmonares, a bajos volúmenes tiene menor fuerza de retracción elástica y mayor resistencia.

La característica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en sus cambios patológicos ocurre una obstrucción de las vías aéreas se debe a un colapso alveolar y la pérdida elástica del pulmón es secundario debido a la elasticidad del parénquima pulmonar, la obstrucción intraluminal se origina por el engrosamiento de las paredes bronquiales y la contracción del músculo liso a nivel bronquial.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica si es detectada a tiempo o se da los respectivos cuidados tendrá la persona una vida normal pese a la enfermedad, los cuidados no solo compete a los profesionales a cargo sino de la persona que está dispuesta a tomar los medicamentos a realizar la rehabilitación pulmonar que se asigne para el mejoramiento de su sintomatología y así tenga la calidad de vida óptima.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un término que incluye a dos patologías como la bronquítis crónica y el enfisema, la combinación de ambas enfermedades da la limitación de los volúmenes y capacidades pulmonares se vean afectadas dañando la mecánica respiratoria, haciendo que a nivel fisiológico se ve la

obstrucción del flujo aéreo, la elasticidad pulmonar de la mucosa se reduce, y en algunos casos provocando colapso alveolares.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad que si no es tratada a tiempo con los medicamentos adecuados puede causar la muerte, podemos disminuir esta tasa de mortalidad y morbilidad si logramos crear una adecuada rehabilitación pulmonar a estos pacientes y dándole los respectivos ejercicios respiratorios de inspiración y espiración para mejorar la compliance o elasticidad a nivel pulmonar ya que esta enfermedad disminuye el flujo aéreo.

Se podrá disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad en el Ecuador si se hace una concientización en adolescentes y adultos mayores acerca de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sus consecuencias del consumo excesivo del cigarrillo o estar cerca de un fumador pasivo, no solo se dará charlas a los adultos mayores sino también a los adolescentes que consumen algún tipo de droga que también afectan al pulmón a largo plazo.

El cigarrillo es el primer factor de riesgo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica si la persona ha sido fumador toda su vida o han inhalado otro tipo de sustancias, otros de los factores de riesgo es la inhalación de humo como la leña o carbón si las personas preparan sus alimentos con este método, ellos no saben el riesgo que causan a sus pulmones y con el tiempo tendrán algún tipo de molestia que no podrán curar porque es irreversible el daño.

La deficiencia del alfa-1 antitripsina es un daño en el cuerpo donde no se produce suficiente cantidad de proteína que protege a los pulmones y al hígado, la causa se da por factores genéticos, en los adultos mayores habrá la deficiencia de esta proteína y si agregamos que la persona es un fumador crónico su mecánica respiratoria se verá comprometida, los síntomas que pueden dar son dificultad para respirar sin esfuerzo o con esfuerzo, pérdida de peso.

Otros de los factores de riesgo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la exposición a polvos siendo los países desarrollados quienes tienen más frecuente este tipo de afectación respiratorias, sumándole a estas la

hipersensibilidad, síndrome de sensibilización química múltiple, neumoconiosis, fiebre por metales, fiebre por humo tóxicos, distrés respiratorio agudo y edema pulmonar.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica va a constituir un tema de enorme interés por ser causa de incapacidad, morbimortalidad, baja laboral, siendo prioritario identificar su etiología para corregir las situaciones ocupacionales que determinan su aparición.

La exposición ambiental y atmosférica no son unos de los factores predisponentes en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, puesto que aún no se ha demostrado que aquellos factores son consecuencias para la sintomatología de esta enfermedad, cabe recalcar que la contaminación ambiental en la actualidad ha aumentado de manera progresiva, los gases que emiten las empresas son distribuidos en la atmósfera de manera libre, provocando el daño a los seres humanos.

Dentro de los posibles factores se ha demostrado que la génesis de la enfermedad esta relacionada con la exposición ocupacional. En determinadas ocupaciones e industrias, el empleado puede estar expuesto a una mezcla de partículas o gases nocivos similares al humo del cigarrillo, esta exposición puede contribuir a desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica en no fumadores, o potenciar el efecto del tabaco en aquellos pacientes que fuman.

Se podrá demostrar la asociación entre la exposición ocupacional, pero no será fácil por diferentes razones, existen diferentes factores de confusión que interfiere al cigarrillo, no hay diferencias clínicas que permitan establecer las diferencias en función de los factores de riesgos, gran prevalencia de tabaquismo en los trabajadores expuestos laboralmente, relación de causa y efecto, métodos para evaluar la exposición laboral.

A pesar de los impedimentos en las últimas décadas se han acumulado múltiples estudios que han analizado la relación entre exposición ocupacional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, llegando a la conclusión que hay

individuos con el porcentaje más alto a los que no fuman (fumadores pasivos) frente a los fumadores activos.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica afectaba años atrás a nivel poblacional más al género masculino que al femenino en la actualidad afecta a ambos sexos, a lo que respecta con la edad si las personas fuman o están expuestos al humo del cigarrillo, gases tóxicos u inhalación de drogas tendrán más probabilidades de desarrollar esta enfermedad a temprana edad. Hay diversos diagnósticos que incluyen los antecedentes patológicos familiares de las personas con esta enfermedad viendo los factores predisponentes a nivel de los genes y del ambiente.

Antes las definiciones imprecisas y variables de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica han hecho que sea difícil cuantificar la prevalencia, mortalidad y morbilidad con exactitud, además la falta de reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica conduce a tener registro erróneos. Los datos varían según los países y depende del nivel de conciencia y comprensión de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los profesionales de la salud, organización de salud frente al tratamiento de esta patología.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es muy prevalente ya que afecta entre un 5 y 15% a los adultos mayores de países industrializados de primer mundo. En el año 2005 más de 3 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad. Se estima que para el año 2020 esta enfermedad sea la tercera causa de muerte a nivel mundial y en el año 2030 sea la séptima causa de años perdidos y con discapacidad.

Consiste en el cuidado del paciente cuando ya tiene la enfermedad avanzada o esta en su fase terminal y no tiene cura, se brinda una correcta calidad de vida haciendo que el paciente que padece esta enfermedad logre adaptarse a sus medicamentos para aliviar su sintomatología, se dará el apoyo adecuado también a los familiares para aceptar que el paciente pasará por el proceso de morir debido a la patología que padece.

La medicina paliativa es la encargada del estudio y manejo de pacientes con enfermedades irreversibles, progresivas y crónicas, en quienes el pronóstico es limitado siendo la calidad de vida primordial interés. Este último concepto es escogido en las guías y consensos de un sinnúmero de patologías, esta definición es precisa y poco conocida.

En la fase terminal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se enfrenta con propios temores y angustias al no admitir que el curso natural de la enfermedad avanza, situación que se trasmite a los familiares, provocando caos en la atención óptima del paciente, ya que por los cuidados no oportunos del médico tratante llega a ser daño al paciente, violando el derecho a la vida y a la una muerte digna.

Si bien la medicina brinda una óptima calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud define a los pacientes terminales como aquellos que presentan una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específicos que presentan numerosos problemas o síntomas intensos de etiología multifactorial, que ocasiona gran impacto en los pacientes, familiares y equipo multidisciplinario relacionado con la enfermedad.

El fin de realizar un modelo de atención en cuidados paliativos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es dar un tratamiento óptimo después que los pacientes salgan de la instancia hospitalaria, para que hagan un correcto manejo de la vía aérea si no tienen al profesional de la salud de terapia respiratoria en sus hogares, los familiares se le podrá educar en la fisioterapia que aplicamos para que ellos puedan realizar los ejercicios.

### **Bases teóricas**

El objetivo de crear bases de cuidados paliativos son el alivio del dolor y otros síntomas, no tratar de acelerar la muerte ni retrasarla, integrar los aspectos psicosociales y espirituales del paciente, ofreciendo apoyo a los pacientes para llevar la vida de la forma más activa posible hasta la muerte, apoyando a las familias durante la enfermedad e incluso en la fase de duelo, debe ser aplicado en las fases tempranas de la enfermedad y dejar en claro los tratamientos paliativos no son curativos.

Dentro de este objetivo se debe crear nuevos profesionales en la atención de pacientes crónicos terminales e instaurar equipos multidisciplinarios encargados de este labor, se trata de conceptos conocidos pero que aún no se incorporan dentro de la formación médica.

En la guía de práctica clínica sobre los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es primordial brindar y cuidar los pacientes en su fase terminal al igual que sus familiares para poder lograr pasar la fase de duelo que es en muchas ocasiones de gran dificultad para las esposas, esposos e hijos.

El profesional de terapia respiratoria esta apto para entrar o de formar parte del grupo multidisciplinario al realizar los programas para la rehabilitación pulmonar, los conocimientos son amplios dentro de la rehabilitación pulmonar que se podrá dar la opinión para los criterios de inclusión y exclusión en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La atención a domicilio debe tener un concepto de ayuda a las personas, que debe incluir los servicios prestados en diversas sociedades o estatus económicos. Para tener un concepto mas claro se puede describir como el conjunto de servicios de índole material y no material que se realizara a una persona denominada como auxiliar, en beneficio a la demanda de necesidades para el beneficiario.

### **Marco Teórico**

#### **Consideraciones sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, modelo de atención domiciliaria y cuidados paliativos.**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología de carácter progresivo que consiste en la siguiente sintomatología como disnea (dificultad para respirar), que esta se ve afectada cuando la enfermedad esta mas avanzada dando lugar a que la persona sienta la dificultad para respirar con solo alzar la mano, peinarse o vestirse este signo es llamado disnea de esfuerzo, hasta que llega en un momento a ser tan crónica que se afecta también en reposo.

Es causado por la asociación de diversas enfermedades como enfisema y bronquitis crónica las cuales muchas veces no son diagnosticadas a tiempo o la persona no acude para los tratamientos pertinentes pensando que es una simple gripe o no presenta la sintomatología ya antes mencionada, se han dado casos en que los pacientes con asma crónica no trata en la infancia presentan en edad adulta enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La tasa de mortalidad y morbilidad aumentará con los años debido al consumo excesivo del tabaco que hoy en día no solo los adultos lo consume, sino que actualmente se comienza en la adolescencia y con diferentes sustancias que a largo plazo llegan a dañar los pulmones, se podría bajar los casos en esta enfermedad si se abandonará el hábito tabaquico, se podría evitar que los jóvenes tenga el acceso a los cigarrillos si se pusieran normas o se adoptará un control acerca del consumo del cigarrillo, logrando establecerse a nivel mundial.

La principal causa de esta patología es la inhalación del humo del tabaco sea esta de forma activa o pasiva, las personas llegan a saber las consecuencia luego que presentan la dificultad para respirar o tienen un diagnóstico por el médico tratante; otras de las causas no tan frecuentes dentro de esta enfermedad pueden ser por la contaminación del aire, polvo o humo que presente en su lugares de trabajo u hogares.

Los programas de rehabilitación respiratoria (RR) tiene como base en el entrenamiento físico del paciente están establecidos como herramientas del tratamiento de base en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que mejoran los síntomas, su calidad de vida y tolerancia al ejercicio respiratoria, y reducen la tasa de exacerbaciones. Las primeras experiencias en rehabilitación respiratoria fueron realizadas internando a los pacientes más severos, bajo la directa supervisión del personal de salud. Recientemente, la Sociedad Europea Respiratoria realizó una auditoría en 13 países europeos, y determinó que el 50% de los servicios de Neumología tenían acceso a un programa de Rehabilitación Respiratoria: 35% con base en el hospital, 16% en programas domiciliarios y 30% ambos.

La rehabilitación respiratoria continúa siendo un programa poco difundido en todo el mundo, en especial en Latinoamérica. Los estudios que evaluaron los beneficios de un programa de rehabilitación respiratoria en pacientes domiciliarios, se realizaron entre la década del 60 y principios de los 80. La rehabilitación respiratoria actualmente son para pacientes domiciliarios se sugiere sólo para pacientes con enfermedades muy avanzadas, irreversible y en fases terminales, la falta de soporte familiar o dificultades en el transporte son parte en contra del programa.

Las principales desventajas son el alto costo y su falta de financiamiento por el sistema de salud. En los últimos años, aún no se han implementado el acceso a programas de rehabilitación respiratoria en pacientes domiciliarios, con el contexto de una hospitalización por exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Debido a las desventajas antes mencionadas, se deberá desarrollar programas de rehabilitación respiratorias para ser aplicados adecuadamente en los hogares y prevenir el reingreso hospitalario.

Los profesionales de salud no están familiarizados y entrenados en realizar la rehabilitación respiratoria, y en general son realizadas en una frecuencia de 1 a 2 veces por semanas, no supervisadas por el equipo multidisciplinario. Este tipo de programa genera una adecuada rehabilitación respiratoria con un costo menor para el sistema de salud, con el fin de lograr financiar este programa. Los programas domiciliarios podrían ser una alternativa mínima para la supervivencia del paciente.

El objetivo de esta investigación, es revisar la evidencia científica publicada de los estudios prospectivos, comparativos entre el entrenamiento con base en domicilio y la basada en un centro de salud público u hospital de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, evaluando su impacto, metodología y seguridad.

Según las guías internacionales y nacionales, el entrenamiento físico forma parte de un programa de rehabilitación respiratoria, constituyendo una herramienta terapéutica fundamental en el tratamiento de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Anteriormente la prescripción de los ejercicios

respiratorios se hacía con el método de la cicloergometría, se ha empleado estudios basados en caminatas es una herramienta efectiva, fácil de realizar en los hogares.

La efectividad se dará independiente del lugar en que se lleve a cabo los ejercicio respiratorios, esto dependerá más que el paciente se adapte al programa. Se ha demostrado que el ejercicio domiciliario tiene un bajo nivel de complejidad que puede ser beneficioso al promover la tolerancia al ejercicio respiratorio mejorando la calidad de vida y control de la sintomatología. La caminata (nórdica) ha sido determinada como una herramienta útil, manteniendo los efectos de manera simple y sencilla, aún después del período de supervisión y que modifica el estilo de vida.

Según, Elias Hernández y col. estudiaron 60 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave, entrenándolos a través de caminatas y graduaron su intensidad al 70% de la velocidad máxima alcanzada en una prueba de caminata progresiva (*shuttle test*). Se observó en el grupo intervención, una duplicación en la prueba de resistencia al ejercicio ( $p<0.001$ ), calidad de vida ( $p<0.001$ ), con menor impacto en la disnea ( $p=0.05$ ). Diferentes estrategias de entrenamiento han sido empleadas en domicilio: caminatas, bicicleta y escaleras para los miembros inferiores, y ejercicios de fuerza para los miembros superiores e inferiores (Tabla 3 y 4).

**Tabla 3. Medios de entrenamiento en domicilio**

- 
- Caminar
  - Caminar en cintas ergométricas
  - Escaleras
  - Bicicletas ergométricas
  - Mancuernas, pesas, pelotas, bandas
- 

Fuentes: Elias Hernández y col

**Tabla 4. Pautas de entrenamiento en domicilio usadas en al menos un estudio prospectivo y controlado (al menos 30 minutos, tres veces por semana).**

- 
- Caminar limitado por disnea (5 de Borg)
  - Caminar limitado por saturación (hasta 88%)
  - Caminar 4 km/h e ir aumentando de a 15 min cada semana o cada dos semanas
  - Caminar al 70% de la velocidad máxima de un *shuttle test*
  - Caminar al 90% de la velocidad promedio de una prueba de caminata de 6 minutos
  - Caminar al 60-80% de la frecuencia cardíaca máxima alcanzada en prueba 6 minutos
  - Bicicleta ergométrica al 60-80% de la carga máxima
- 

Fuente: Elías Hernández y col

Según, Puente-Maestu y col. en 41 pacientes con EPOC severa el entrenamiento domiciliario estaba basado en caminar 1 hora, cuatro días a la semana, velocidad de 3 a 4 km/hora, monitoreado por pedómetros y visitas semanales al centro de salud para mantener la adherencia.

Strijbos y col. en 45 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica graves entrenaron en base a escaleras y caminatas en sesiones de 30 minutos dos veces por semana por doce semanas y 15 minutos los otros días, y eran visitados 1 vez por mes por enfermeras, pero sin dar mayores precisiones acerca de la intensidad de trabajo.

Maltais y col. entrenaron ejercicios aeróbicos con bicicletas al 40% de la carga máxima por 40 minutos, 3 veces por semana por ocho semanas, y ejercicios de fuerza 30 minutos, con la misma frecuencia, con pesas, bandas y bolsas de arena, sin especificar grupos musculares involucrados.

Güell y col. han usado los pedómetros y han indicado entrenar en caminatas diarias a 4 km/h por 15 minutos en la primera semana, subiendo a 30 min entre la semana segunda y cuarta y 45 minutos de la quinta a novena semana.

Jolly y col. instruyeron para realizar caminatas al 70% de la velocidad máxima alcanzada en el *shuttle test* por lo menos 40 minutos por sesión. Se indicó que debía repetirse 6 días por semana, incluyendo el entrenamiento de miembros superiores

(MS) con ejercicios no sostenidos de cinco minutos de duración cada uno de cinco tipos diferentes, pasando de mano una mancuerna de 1 kg por encima de la cabeza o levantando con los brazos extendidos las mancuernas desde frente al tronco hasta por encima de la cabeza. Se realizaron repetitivamente 45 segundos, con 15 segundos de descanso. Se incrementó individualmente según tolerancia el peso de la tarea y para mantener la adherencia se realizó un llamado telefónico cada 2 semanas.

Según Cote esta herramienta es muy sencilla y útil, podría ser utilizada como pauta de intensidad de trabajo en el ejercicio. En cuanto a los impactos alcanzados por el entrenamiento domiciliario, se ha demostrado que reduce la escala de BODE post-entrenamiento, al igual que el aplicado en el ambulatorio con base en el hospital. Ya ha sido demostrado que la rehabilitación respiratoria es una intervención con probado efecto en la reducción de las exacerbaciones, siendo la evidencia proveniente de estudios con entrenamiento ambulatorio hospitalario. No se observó diferencias en las tasas de hospitalizaciones y en su duración en la rehabilitación respiratoria domiciliaria

Boxall y col. reportó una tendencia a menor hospitalización y de su duración a 6 meses. Un problema de los programas de entrenamiento con base en el centro de salud, es que casi un tercio de los pacientes que empiezan un programa de rehabilitación, abandonan por diferentes razones, entre las cuales las sociales, económicas y laborales son una de las principales. El entrenamiento domiciliario sería una opción para aquellos pacientes con poca accesibilidad al médico, o todas las razones que imposibiliten la concurrencia regular al gimnasio.

El entrenamiento domiciliario tuvo incidencia de abandono superior al hospitalario. Puede ser que en el hospital el paciente se encuentra más vigilado y realiza la rehabilitación. La supervisión se deberá dar no con llamadas telefónicas periódicamente, sino con las visitas a los domicilios regularmente, pudiendo disminuir la tasa de abandono y mejoraría de los síntomas.

Las estrategias de entrenamiento ambulatorios en domicilios no son supervisadas, visto por muchos como un obstáculo y por otros como desafío para promover cambios en el estilo de vida con una mayor actividad física. En base a los

estudios publicados se podrá ver cuáles serán los pacientes que estarán aptos para un programa de entrenamiento domiciliarios, y cuales no serán incluidos (Tabla 5 y 6).

**Tabla 5. Pacientes aptos para entrenamiento domiciliario**

- Pacientes que toleren los ejercicio respiratorios.
- Predisponibilidad para realizar los ejercicios respiratorios.
- Pacientes sin dificultad respiratoria severa.
- Pacientes dependientes de oxígeno suplementario.

Elaborado por: Sheyla García Ramírez

**Tabla 6. Pacientes que no son aptos para entrenamiento domiciliario**

- Pacientes con enfermedad cardíaca descompensada, metabólica, hepática o renal.
- Pacientes en fase terminal (cuidados paliativos).
- Pacientes que hayan abandonado el entrenamiento.
- Pacientes con ventilación mecánica en sedación (tubo endotraqueal o traqueotomía) no podrán realizar los ejercicios respiratorios.

Elaborado por: Sheyla García Ramírez.

La seguridad del entrenamiento domiciliario, fue reportada en sólo dos estudios. Murphy y col. relataron en el grupo entrenamiento domiciliario, la incidencia de dolor de hombros y brazos en pocos pacientes, y para Maltais y col. no hubo diferencias entre eventos adversos relacionados al entrenamiento en el grupo domiciliario vs el ambulatorio hospitalario.

Los estudios sobre el entrenamiento domiciliario en la rehabilitación respiratoria realizados en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, según el grado de severa a muy severa. Los programas de entrenamiento domiciliario están basados en los ejercicios de caminatas, en bicicleta y escaleras, con al menos tres sesiones de 30 minutos por semana dependiendo de la tolerancia del ejercicio, sin la supervisión, durante dos meses. Los estudios compararan el entrenamiento domiciliario vs tratamiento estándar farmacológico se demostraron que se alcanzó

mejorías en la calidad de vida y tolerancia al ejercicio respiratorios con el entrenamiento en domicilio.

Por otra parte cuando se realizó la comparación del entrenamiento domiciliario con el hospitalario no se evidenció diferencias en la calidad de vida y tolerancia al ejercicio. Los eventos adversos del entrenamiento domiciliario encontrados fueron leves, las principales ventajas de un programa de rehabilitación respiratoria domiciliaria son la mayor disponibilidad para el paciente y menores costos para el sistema financiador de la salud.

El entrenamiento domiciliario debería ser un complemento al entrenamiento ambulatorio hospitalario o de los subcentro de salud, para aquellas regiones con poca disponibilidad de centros de rehabilitación respiratoria o para aquellos pacientes que padecen enfermedades respiratorias crónicas con problemas de movilidad tanto físicos, sociales y económicos. Su uso permitirá expandir, difundir y ser más accesible la rehabilitación respiratoria.

El Modelo de Atención Integral en Salud enmarca la forma en que interactúa la población y el prestador de servicios, dentro del marco de cumplimiento a la salud, con base en el territorio y la población, se aplicará redes de atención integradas e integrales a nivel institucionales como comunitarias. En este modelo hace énfasis en la participación de la población dentro del proceso de la salud en el marco de una respuesta intercultural y se pueda gestionar los recursos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.

**Prestación de Servicios:** Representa el cumplimiento de las obligaciones del Estado en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación domiciliaria de la salud. El Modelo establece dos componentes fundamentales de la prestación de servicios:

**Salud Pública:** Son las acciones de alcance colectivo que el Estado desarrolla para proteger y mejorar la salud de la población, a través de:

1. La vigilancia de la salud es necesaria para el fortalecimiento de las capacidades de producción, procesamiento y análisis de información, no solo en el ámbito de la salud, sino de las determinantes ambientales, sociales y culturales de la salud,

bajo un enfoque territorial que permita la estratificación de la población de acuerdo a la potencialidad de tener una larga existencia de calidad, o bien por la posibilidad de enfermar o de morir.

2. La promoción de la salud, entendida como las acciones coordinadas y participativas para ofrecer mecanismos que logren que la población incremente su calidad de vida, aumente su capacidad de ejercer control y mejorar su propia salud, cumpliendo con las corresponsabilidades que le competen.
3. La regulación y el control sanitario, a través de la generación, revisión y cumplimiento de normativa que protege la salud de los habitantes de aquellas actuaciones públicas o privadas que generan riesgos o amenazas a la salud.

**Atención en salud:** son acciones de los proveedores de salud Institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, recuperar la salud y rehabilitar el daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria.

**Prevención de las enfermedades:** El modelo abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

**Rehabilitación de la Salud:** Es el conjunto de servicios de atención dirigidos a restituir la salud

La atención a domicilio en sus inicios era la única forma de atención médica, reservada a algunos privilegiados que se la podían permitir. Por su lado los hospitales estaban destinados para cuidados a los indigentes o a quienes no disponían de una familia que les pudiera atender durante la enfermedad o muerte.

El desarrollo de las técnicas diagnósticas y de tratamiento ha favorecido que los hospitales se conviertan en el centro de atención de los problemas de salud, dejando atrás la atención en domicilio. Sin embargo en los últimos años se ha despertado nuevamente el interés por la atención en domicilio, forzados por motivos económicos, y por el aumento de las enfermedades crónicas.

La atención a domicilio, es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente, problemas de salud, que por su

situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de atención primaria y tiene características que la definen y la diferencian de la hospitalización en domicilio.

Para Torra y Bou, la atención a domicilio "es un conjunto de actividades que surgen del contexto de un planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

No debemos olvidar que en el domicilio es el hábitat natural de las personas, en él se ubica la familia, es el sitio de referencia del paciente y llega a constituir la parte más importante de su historia personal. El domicilio se constituye en el espacio de calidez, intimidad, de acompañamiento, de comprensión permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor importancia en el caso de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, cuya carga emocional y espiritual se intensifica en los últimos momentos de su vida. La atención a domicilio se constituye en una opción por parte del usuario dependiente de recibir atención continuada, integral y multidisciplinaria, agrupada en un conjunto de servicios que se prestan desde los equipos de salud, mediante funciones y tareas sanitarias y sociales.

La atención a domicilio tiene como particularidad principal que la consulta se realiza en el domicilio del paciente, fuera del entorno sanitario, por lo que el material complementario para realizar el diagnóstico es limitado. La atención a domicilio se constituye en un servicio planificado, concertado con el usuario que puede surgir por iniciativa de algún miembro del equipo de salud (atención a domicilio programada), o

por requerimiento del paciente y/o algún miembro de su familia (atención a domicilio solicitada).

La atención a domicilio tiene como principio acercar los recursos socios sanitarios de la comunidad y proporcionar asistencia integral en el medio cercano a la persona. En la Conferencia Internacional de Atención Domiciliaria, celebrada en Lombardía en 1995 se establecieron varios principios básicos.

El objetivo de la atención a domicilio, es la atención sanitaria directa, tanto de procesos crónicos, crónicos reagudizados, así como agudos. Es también útil para prevenir y detectar otros problemas de salud, fomentar el autocuidado, acercando los servicios sanitarios a la población, y detectar y abordar los problemas sociales que afectan al paciente domiciliario y su familia.

La atención a domicilio se constituye en un instrumento para conocer el medio en el que viven las personas y su grupo familiar, valorar su capacidad de autonomía y su nivel de dependencia, y proporcionar apoyo en el ámbito del cuidado y la asistencia sanitaria. El aumento de la población de adultos mayores y la dependencia, son dos factores que más influyen en la importancia de esta actividad.

Los modelos de atención a domicilio en función de las características de provisión son tres:

1. Modelos integrados, son los que contemplan la intervención del médico y de la Lic. en enfermería, y se apoyan en programas desde los distintos procesos asistenciales orientados a las personas y sus grupos familiares.

2. Modelos dispensarizados, aquellos donde algunos de los profesionales del equipo de salud se responsabilizan de la atención a domicilio, tanto a demanda como programada.

3. Modelos sectorizados, son aquellos en donde el distrito o zona de salud, se divide en sectores geográficos con el fin de hacer más eficiente el tiempo de desplazamiento.

Múltiples pueden ser las situaciones por las cuales un paciente puede requerir una atención por parte de los profesionales en su domicilio.

## **EVALUACIONES QUE SE PUEDEN REALIZAR EN LA ATENCIÓN A DOMICILIO**

**1. Evaluación del paciente inmovilizado**, es diferente a la que se realiza en el consultorio, requiere ser integral, y no solo en función al diagnóstico clínico. Se deben considerar cinco aspectos a evaluar:

a) Causas de inmovilidad, pueden ser tan diversas como: problemas de salud (Accidente Vascular Cerebral, Enfermedad de Parkinson, artrosis, depresión, etc.), fármacos, miedo a las caídas, alteraciones de los órganos de los sentidos, factores sociales o ambientales (ancianos que viven solos).

b) Grado de inmovilidad, se clasifica de la siguiente forma:

- Enfermo en cama de forma permanente,
- El enfermo se levanta de una silla solo o con ayuda,
- El enfermo está en silla de ruedas,
- El paciente camina con ayuda de otra persona,
- El paciente es relativamente autónomo en su domicilio.

c) Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria

d) Dependencia para las actividades básicas vitales

e) Complicaciones de la inmovilidad, su identificación es importante, a fin de tomar medidas para su prevención.

### **2. Evaluación del medio:**

a) Barreras en el domicilio, como gradas, desniveles, alfombras, muebles en exceso, etc.

b) Barreras arquitectónicas en el edificio, como si existe un ascensor, gradas, etc.

c) Barreras en el entorno o barrio, como aceras estrechas, gradas, paso de peatones o semáforos, etc.

### **3. Evaluación familiar y de la red social**

a) Red familiar, aspecto importante en la evaluación del paciente, se la realiza mediante el genograma,

b) Conviviente: Si el paciente vive solo en el domicilio o con el cónyuge,

c) Ciclo Vital familiar (CVF): Se debe conocer, cuando el paciente vive con un hijo/a, y que repercusiones tiene la presencia en el hogar.

d) Cambios de roles y funciones: Un enfermo crónico puede modificar funciones, roles, y relaciones en una determinada etapa del CVF, y esta modificación puede ser sana o patológica.

e) Cuidador principal: Es importante la identificación de esta figura, ya que es habitualmente la persona de contacto y la que toma las decisiones en salud en todo momento; es el nexo entre el equipo de salud y el paciente, apoyarla es muy importante para evitar haga el síndrome del cuidador.

f) Red social: Con que apoyos cuenta el paciente y su familia por parte de amigos, vecinos, iglesia, y otros.

#### **4. Evaluación de riesgos**

a) Por inmovilidad, son los más frecuentes, como por ejemplo las úlceras por presión, osteoporosis, debilidad muscular, hipotensión ortostática, etc.

b) Desnutrición, es otro importante riesgo, debido a anorexia, dificultada para la preparación de los alimentos en cuanto a calidad y variedad.

c) Otros riesgos: pérdidas sensoriales, incontinencia de esfínteres, y desorientación, aislamiento, desorientación, caídas, etc.

La enfermedad y el cuidado del paciente crónico en el domicilio conllevan una serie de necesidades por parte de la familia. Existen varios instrumentos de valoración de un programa de atención integral a domicilio tanto para el paciente como para el cuidador, como por ejemplo:

a) Valoración de la capacidad funcional física, el índice de Barthel.

b) Las actividades de la vida diaria, índice de Katz.

c) Valoración cognitiva, el mini-mental test de Pfeiffer.

d) Para la estructura y funcionamiento familiar, el genograma

e) Para la valoración del síndrome del cuidador, la escala de Zarit, se tienen también la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, la escala geriátrica de depresión de Yessavage, la escala de valoración de Norton para valorar el índice de riesgo de úlceras por presión, y otros.

El proporcionar asistencia sanitaria en el domicilio del paciente tiene múltiples ventajas ante la posibilidad de una internación en un hospital o institucionalización, las dos más importantes son:

1. Mantener al paciente en su medio más cercano y habitual: el entorno familiar.
2. Facilitar la realización de actividades orientadas a favorecer la inserción y rehabilitación del paciente en su medio habitual y familiar.

Algunos problemas con los que tropieza la atención a domicilio están referidas a la parte logística, principalmente el medio de desplazamiento del médico y/o equipo de salud al domicilio del paciente, la organización de la demanda de la consulta, la formación y la predisposición del profesional en salud para realizarla.

Para enfrentar estos y otros problemas que puedan presentarse a la hora de querer implementar la atención a domicilio y que la misma sea relevante, hay que realizar cambios en la organización de las actividades diarias en el trabajo del médico como:

1. Establecer espacios de tiempo adecuados para la atención a domicilio programada.
2. Utilización de la historia clínica en el domicilio.
3. Mecanismos para la resolución de problemas urgentes.
4. Adecuada relación con otros profesionales (enfermería, trabajo social, fisioterapia, etc.).
5. Cambios de actitud en el médico y su equipo, que deben identificar el domicilio del paciente como un lugar "habitual" para desarrollar su trabajo profesional con calidad tanto en el consultorio como en el domicilio.

La atención a domicilio se caracteriza por tener una serie de particularidades y problemas sobre todo de tipo logístico, que hacen necesaria una buena organización por parte del centro de salud, para que el paciente y su familia se sientan satisfechos con el servicio ya sea este programado o solicitado. El reto de la atención a domicilio consiste en que sea capaz de proporcionar al paciente una asistencia sanitaria con calidad y calidez.

El domicilio puede convertirse en el entorno habitual e ideal para el cuidado de pacientes, siempre y cuando sus problemas de salud no precisen de cuidados especialmente complejos y exista un soporte familiar adecuado para la realización de dichos cuidados. No se debe olvidar el valor de utilizar las visitas domiciliarias para ayudar a determinar las necesidades educacionales del paciente y su familia.

En ciertos casos el visitar al paciente en su domicilio puede darle al médico una perspectiva diferente de la capacidad de la persona y la familia para enfrentarse a sus problemas o de su necesidad para la educación para la salud. Finalmente las visitas domiciliarias pueden reducir la posibilidad de que el médico se forme una falsa impresión acerca del estilo de vida del paciente y/o su familia.

### **Marco Contextual**

El trabajo se realizó en la Zona Norte de Guayaquil: Urdesa Central, Guayacanes, Mapasingue Este, Oeste, Alborada, Sauces 6, 8, Garzota, Kennedy y Ferroviaria, gracias al permiso emitido previamente a los pacientes y familiares que colaboraron con la estadísticas.

### **Misión**

Mejorar el manejo de la vía aérea de los pacientes con esta patología, con calidad y eficacia en los cuidados paliativos. Cumpliendo con la responsabilidad de prevención y recuperación de la salud de cada paciente, aplicando la medicación para aliviar la sintomatología de esta enfermedad cuando llegue a su fase terminal.

### **Visión**

Proponer un modelo de atención domiciliaria que deberá realizar el personal de la salud de acuerdo a los niveles de atención de su patología, las evaluaciones a nivel clínica y los tratamientos que se le darán para su enfermedad. Este modelo de atención domiciliaria hará el seguimiento del paciente para saber si se dio la atención que se surgiere en los cuidados paliativos.

Mantener a los pacientes con medicamentos paliativos para aliviar la falta de aire o sed de aire, sus ruidos pulmonares a la auscultación se podra oir sibilancias que es la anomalia que el paciente refiere como dolor a nivel de la espalda.

### **Marco Legal**

## **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR DEL 2008**

### **TITULO II DERECHOS**

#### **Sección séptima**

#### **Salud**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad,

calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

### **Sección primera**

#### **Adultas y adultos mayores**

**Art. 37.-** El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

## **CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD**

### **Capítulo II**

#### **Sección I**

#### **Derecho a la Salud**

**Artículo 3.- Salud.-** La Salud es el estado de completo bienestar, mental, físico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas como son sus necesidades sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud debe ser entendida en una doble dimensión: como producto de los determinantes biológicos, económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales; y, a la vez, como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo.

**Artículo 4.- Derecho a la salud.-** El derecho a la salud consiste en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de salud de manera integral e integrada, de acuerdo a la política establecida por la Autoridad Sanitaria

Nacional, para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo.

## **Sección II**

### **Derechos Específicos a la Salud**

**Artículo 7.- Atención digna.-** Toda persona, familia o comunidad que reciba atención por cualquier prestador de salud tiene derecho a:

- 1) El respeto a su intimidad, cultura, edad, etnia, religión, género y orientación sexual sin discriminación alguna;
- 2) Ser atendido con respeto y amabilidad;
- 3) Recibir atención integral para satisfacer su necesidad y/o intervenir en el problema o riesgo de su salud, relacionado con su ciclo de vida, con calidad, seguridad y efectividad; y,
- 4) El resguardo de la confidencialidad de la información que sobre ella conozcan los prestadores de salud, incluida la transmisión de información médica a través de medios electrónicos.

**Artículo 13.- Cuidado en enfermedad en fase terminal.-** Toda persona que presenta una enfermedad en fase terminal tiene derecho a recibir atención integral que incluya cuidados paliativos y a planificar decisiones anticipadas para el final de su vida incluyendo la decisión de no ser reanimado o reanimada o acciones para el alargamiento o acortamiento innecesario de la vida. El derecho a planificación de decisiones anticipadas para el fin de su vida, en casos de enfermedad en fase terminal, podrá ser ejercido únicamente por las personas que se encuentren en plena capacidad de discernimiento y en completo uso de sus facultades mentales, o por su representante legal en iguales condiciones, de ser el caso.

Este derecho no incluye la práctica de la eutanasia.

**Artículo 18.- Personas adultas mayores.-** Las personas adultas mayores tienen derecho a recibir atención integral de salud preferente y adecuada a su condición, privilegiando las actividades de promoción de la salud orientadas a prevenir la enfermedad y discapacidad; y, a favorecer el envejecimiento y sexualidad saludables, fomentando la autonomía y promoviendo el auto cuidado.

El incumplimiento a lo dispuesto en este artículo por parte de los prestadores de salud, será considerado infracción grave.

### **CAPITULO III METODOLOGIA**

#### **Diseño de la investigación**

El diseño metodológico se refiere al conjunto de acciones y procedimientos que se organizan, planifican y controlan para dar respuesta a la pregunta fundamental de la investigación y comprobar un supuesto hipotético. Se realiza por medio del modelo que muestra el paradigma cualitativo, el cual comprende el análisis de un problema en este caso de salud y las soluciones expuestas son definidas específicamente para la población determinada o un grupo que presente características similares. Así se plantea una solución basada en la interpretación de resultados obtenidos del contexto específico que se analizó.

Este diseño metodológico explica una estrategia ideada para dar respuesta a un problema y alcanzar los objetivos de investigación, por lo tanto; el diseño debe ser acorde a la estructura y organización propuesta por el investigador, con lo que se

logra vincular y controlar las variables de estudio y concreta la manera de dar respuesta a las preguntas de investigación.

Según (Sampieri, 2014): El investigador debe visualizar la manera práctica y concreta de contestar las preguntas de investigación, además de cumplir con los objetivos fijados. Esto implica seleccionar o desarrollar uno o más diseños de investigación y aplicarlos al contexto particular de su estudio. El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema. En el enfoque cuantitativo, el investigador utiliza sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para aportar evidencias respecto de los lineamientos de la investigación.

Para Selltiz, Wrightsman y Cook (2015), los estudios exploratorios pueden ser:

a) Dirigidos a la formulación más precisa de un problema de investigación Dado que se carece de información suficiente y de conocimiento previo del objeto de estudio, resulta lógico que la formulación inicial del problema sea imprecisa. En este orden de ideas, la exploración permitirá obtener nuevos datos y elementos que pueden conducir a formular con mayor precisión las preguntas de investigación.

b) Conducentes al planteamiento de una hipótesis Cuando se desconoce al objeto de estudio resulta difícil formular hipótesis acerca del mismo. La función de la investigación exploratoria es descubrir las bases y recabar información que permita, como resultado del estudio, la formulación de una hipótesis.

### **Tipo de investigación**

**Descriptiva:** Este tipo de investigación busca obtener una descripción completa del estado del problema sin tener las causas o consecuencias.

Para (Sampieri, 2014, pág. 80); “Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos que se refieren.”

Se utilizó este tipo de investigación en la población y muestra para tener datos concretos sobre investigación propuesta.

**Investigación correlacional:** Este tipo de investigación se basa en obtener variables y estrategias concretas para aplicarlas a una población específica.

Para (Sampieri, 2014, pág. 81); “Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, variables en un contexto en particular.”

Se utilizó este tipo de investigación en la operacionalización de las variables y en la población que se determinó en adultos mayores para la investigación

**Explicativa:** Se basa en determinar sus causas y consecuencias de la enfermedad en concreto, se utilizan varios métodos de investigación como la observacional o experimental.

Para (Sampieri, 2014, pág. 79); “Se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio.”

Se utilizó este tipo de investigación en los objetivos tanto general como específico para determinar la problemática de la investigación.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Lugar donde se realiza la recolección de datos de la investigación: Ciudad de Guayaquil zona norte (Sauces 8, 6; Guayacanes, Urdesa Central, Mapasingue Este, Oeste, Alborada, Garzota, Ferroviaria, Kennedy).

### **Población**

La población está constituida por adultos mayores con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas de cuarenta a sesenta y cinco años que se encuentran en su domicilio, consiste en valorar y determinar la necesidad de un modelo de atención óptimo para estos pacientes de forma cualitativa.

Para (Sampieri, 2014, pág. 174), “Se procede a delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Así, una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.”

**Tabla 7. Población**

<b>Ítem</b>	<b>Edad Cronológica</b>	<b>Sexo</b>
1	48	Masculino
2	50	Femenino
3	65	Masculino
4	49	Masculino
5	55	Masculino
6	60	Masculino
7	62	Femenino
8	60	Femenino
9	62	Masculino
10	45	Masculino
11	53	Femenino
12	48	Femenino
13	47	Masculino
14	60	Masculino
15	55	Masculino
16	49	Masculino
17	57	Masculino
18	65	Masculino
19	65	Masculino
20	57	Masculino
<b>Total</b>		<b>20</b>

**Fuente:** Zona Norte de Guayaquil  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

## **Muestra**

Estadística cuantificada de datos obtenidos en la población de adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de cuarenta a sesenta y cinco años.

Para (Sampieri, 2014, pág. 173), “Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población.”

**Tabla 8. Muestra**

<b>Ítem</b>	<b>Estratos</b>	<b>Muestra</b>
1	Familiares	5
2	Pacientes	8
<b>Total</b>		<b>13</b>

**Fuente:** Zona Norte de Guayaquil  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

### **Criterios de inclusión**

- Todos aquellos pacientes que se encuentren en domicilio con el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD 3 y 4, que no reciben atención médica hospitalaria durante la investigación.

### **Criterios de exclusión**

- Aquellos pacientes que presentaron patologías concomitantes con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Pacientes reagudizados.

### **Métodos y técnicas**

Basada en la investigación científica según la bibliografía consultada se hace referencia en dos categorías para los métodos de la investigación, los métodos empíricos y los métodos teóricos, estableciendo que son para demostrar y apoyar la nueva teoría se aplican los métodos estadísticos matemáticos.

Según (Sampieri, 2014), los métodos teóricos posibilitan, a partir de los resultados obtenidos, sistematizarlos, analizarlos, explicarlos, descubrir que tienen

en común, para llegar a conclusiones confiables que nos permitan resolver el problema. Los métodos teóricos se utilizan para la construcción de las teorías científicas, para la elaboración de las premisas metodológicas de la investigación y también en la construcción de las hipótesis científicas.

Según (Sampieri, 2014), los métodos empíricos se utilizan para descubrir y acumular un conjunto de hechos y datos como base para verificar la hipótesis; dar respuesta a las preguntas científicas de la investigación, obtener argumentos para defender una idea o seguir una guía temática, pero que no son suficientes para profundizar en las relaciones esenciales que se dan en los procesos científicos.

**Métodos teóricos:** Permite que se obtenga una interpretación desde lo conceptual de los datos que se proporciona de los métodos empíricos que se han recopilado en la investigación, permitiendo explicar, analizar los fenómenos o hechos del estudio. Profundizando las cualidades y relaciones esenciales que presentan los procesos que no se observan directamente.

- **Inducción – Deducción :** La base de la inducción es la observación de los hechos reales y particulares, de la observación y comparación de ambos casos se descubre de lo que hay en común de los demás de esta manera se generaliza y podremos aplicar un modelo de atención general para los pacientes con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.
- **Análisis – Síntesis:** Se utilizó el análisis en la investigación para tener ideas coherentes acerca del tema de investigación, se sintetizó los conocimientos adquiridos y se integro para dar una información clara, precisa, estableciendo los anexos de los conocimientos adquiridos.

**Métodos empíricos:** Según (Sampieri, 2014) se utilizan en el descubrimiento y acumulación de los hechos en el proceso de verificación del problema de investigación.

- **Encuesta:** Los métodos de investigación empírico conllevan al investigador a una serie de conocimientos prácticos con el objeto y medios de investigación que permiten revelar las características fundamentales y relaciones esenciales del objeto y pueden ser observación, medición y experimento, existen diversas técnicas que posibilitan la recolección de información entre ellos encuesta entrevista, cuestionario.

En esta propuesta vamos a utilizar la encuesta como método de investigación.  
(Anexo 1).

- **Método Estadístico Matemático:** Se implementó de manera particular para la tabulación y obtención de los resultados cuantitativos de los instrumentos de investigación y técnicas aplicadas a la muestra de estudio.

### **Instrumento de la investigación**

Para el presente estudio se utilizó para el instrumento de investigación el Cuestionario que corresponde a la Encuesta y Entrevista:

- **El Cuestionario:** Forma parte de los instrumentos de la Encuesta y Entrevista, es el conjunto de preguntas diseñadas para alcanzar los objetivos propuestos dentro de la investigación, permitiendo integrar y estandarizar el proceso de recopilación de datos.

## **INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

### **Análisis de la encuesta a Pacientes y familiares**

Se realizó la recolección de datos a los pacientes y familiares que estaban presentes al momento que se realizó la encuesta, con el fin de representar gráficamente el porcentaje que nos ayudará para mejorar la atención domiciliaria a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica además de ofrecer los cuidados paliativos en la fase avanzada de la enfermedad.

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?

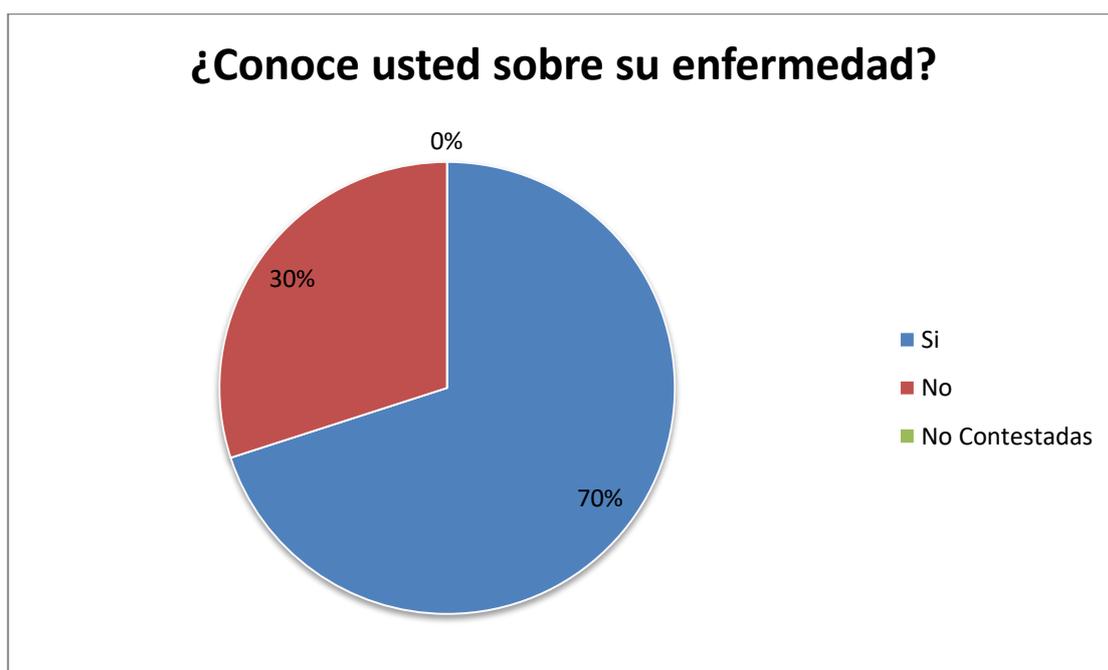
Tabla 9. Datos obtenido de la pregunta 1

PRIMERA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	7	70%
	No	3	30%
	No Contestadas	0	0%
	<b>Total</b>		<b>20</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 1**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

### **Análisis de resultados:**

En la primera pregunta realizada en la encuesta el 70% personas conocen acerca de la enfermedad, el 30% personas no saben nada sobre su enfermedad, 0% personas no contestaron.

### **2. ¿Cuántas veces ha acudido a la emergencia de un hospital?**

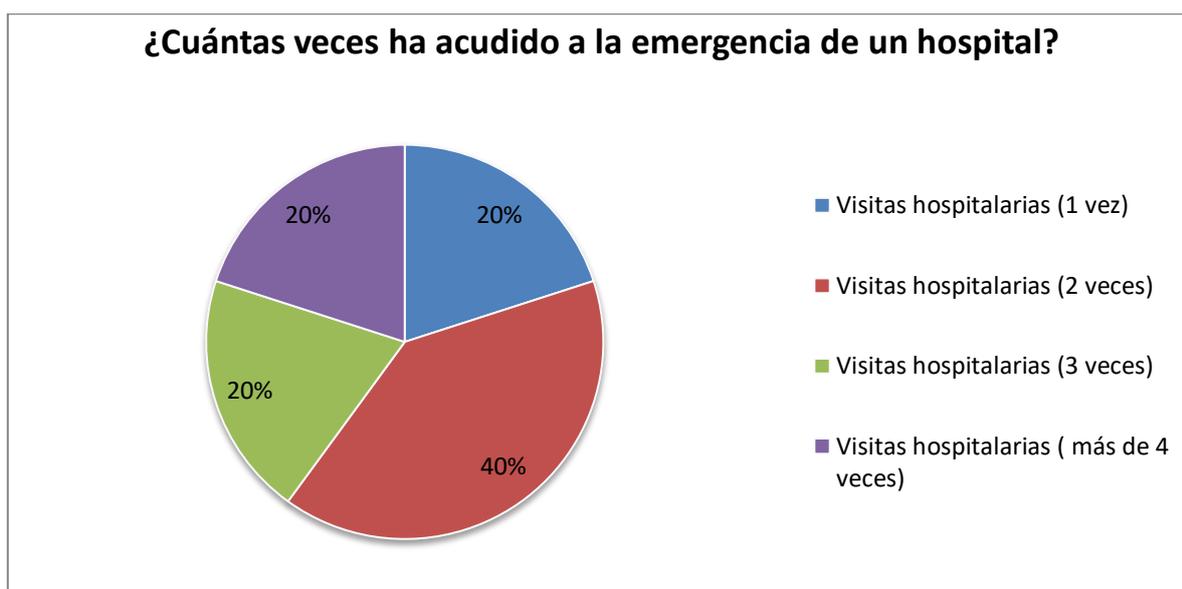
**Tabla 10. Datos obtenido de la pregunta 2**

<b>SEGUNDA PREGUNTA</b>			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1</b>	Visitas hospitalarias (1 vez)	2	20%
	Visitas hospitalarias (2 veces)	4	40%
	Visitas hospitalarias (3 veces)	2	20%
	Visitas hospitalarias ( más de 4 veces)	2	20%
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**GRAFICO 2**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

### **Análisis de resultados:**

En la segunda pregunta realizada en la encuesta el 20% de las personas respondieron que han acudido a la emergencia de un hospital 1 vez, el 40% de las personas han acudido a la emergencia de un hospital 2 veces, el 20% de las personas han acudido a la emergencia de un hospital 3 veces y el 20% de las personas respondieron haber ido a la emergencia de un hospital más de 4 veces.

### **3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?**

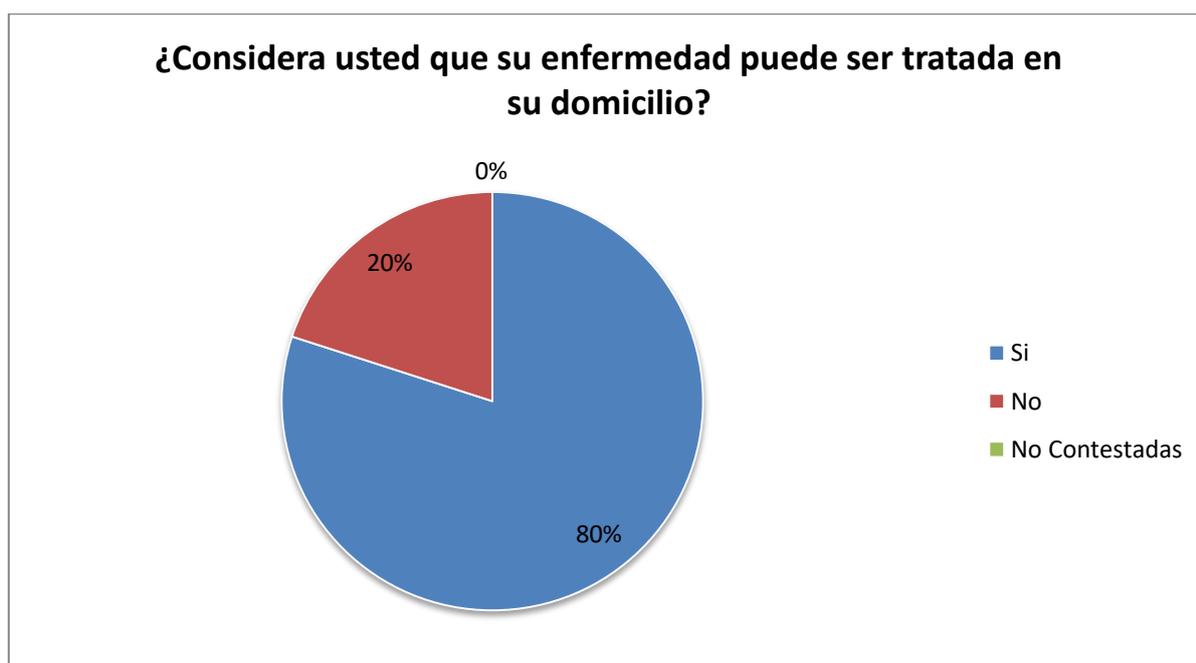
**Tabla 11. Datos obtenido de la pregunta 3**

<b>TERCERA PREGUNTA</b>			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1</b>	Si	8	80%
	No	2	20%
	No Contestadas	0	0%
	<b>Total</b>		<b>20</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 3**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la tercera pregunta el 80% de las personas contestaron que su enfermedad se puede tratar en el domicilio, el 20% de las personas considera que su enfermedad no se puede tratar en el domicilio, 0% de las personas no contestaron.

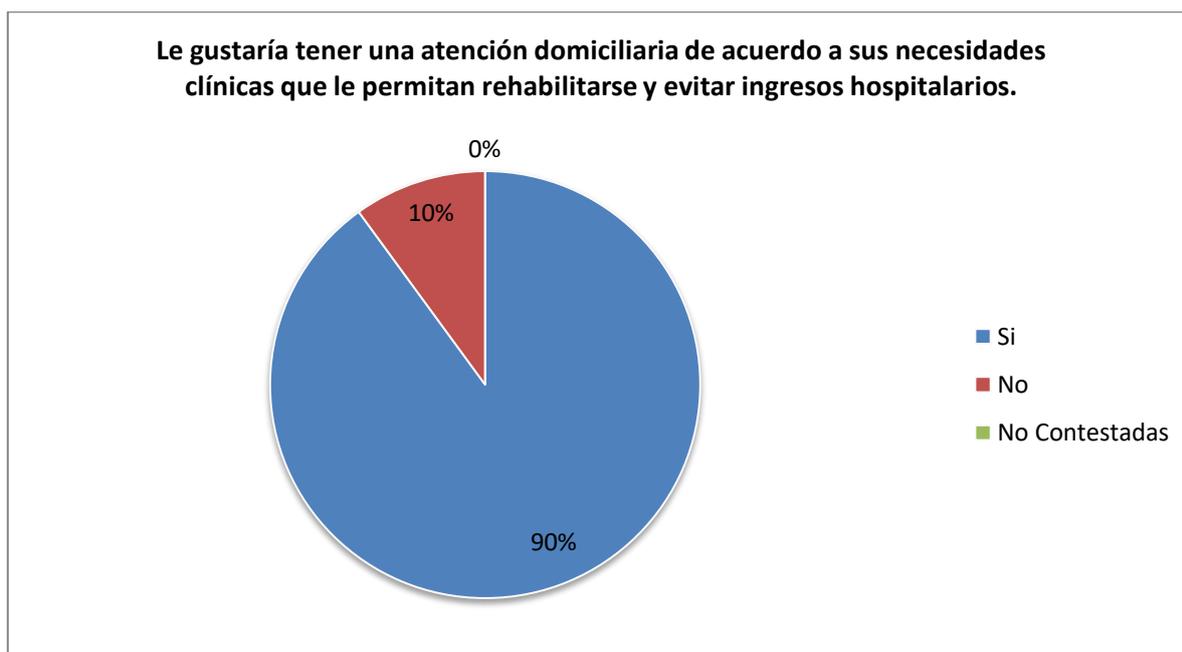
**4. Le gustaría tener una atención domiciliar de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios.**

**Tabla 12. Datos obtenido de la pregunta 4**

CUARTA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	9	90%
	No	1	10%
	No Contestadas	0	0%
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 4**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la cuarta pregunta el 90% de las personas contestaron que le gustaria recibir atención domiciliar de acuerdo a sus necesidades clínicas, el 10% de las personas que no le gustaria recibir atención domiciliar de acuerdo a sus necesidades clínicas, el 0% de las personas no contestaron.

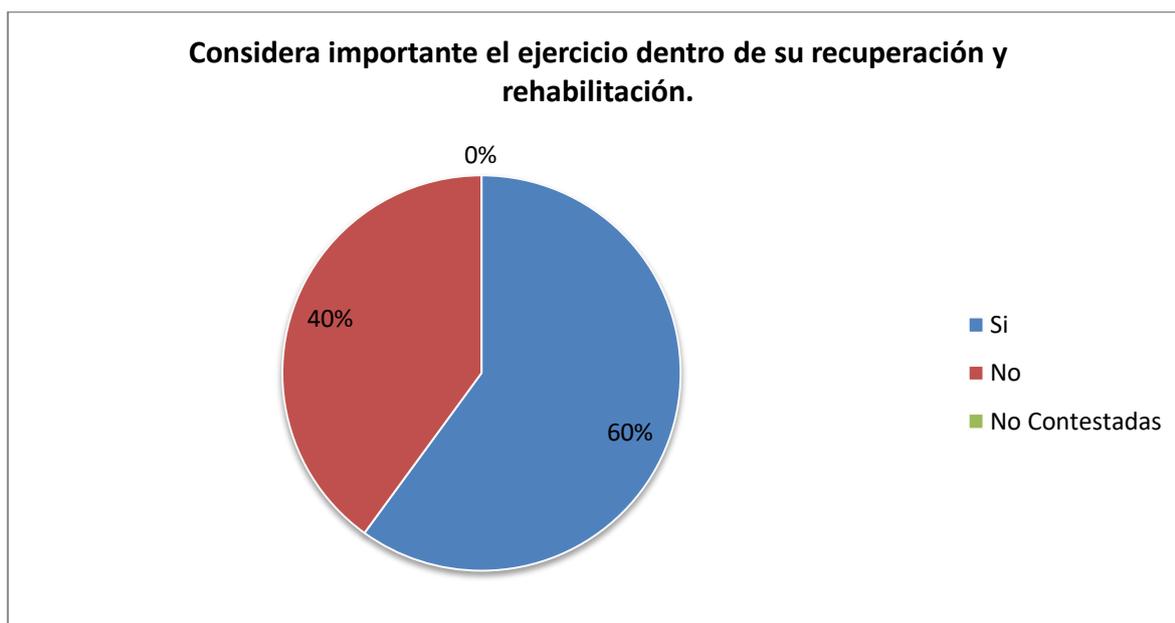
**5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación.**

**Tabla 13. Datos obtenido de la pregunta 5**

QUINTA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	6	60%
	No	4	40%
	No Contestadas	0	0%
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 5**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la quinta pregunta el 60% de las personas contestaron que si consideraban importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación, el 40% de las personas contestaron que no era importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación, el 0% de las personas no contestaron.

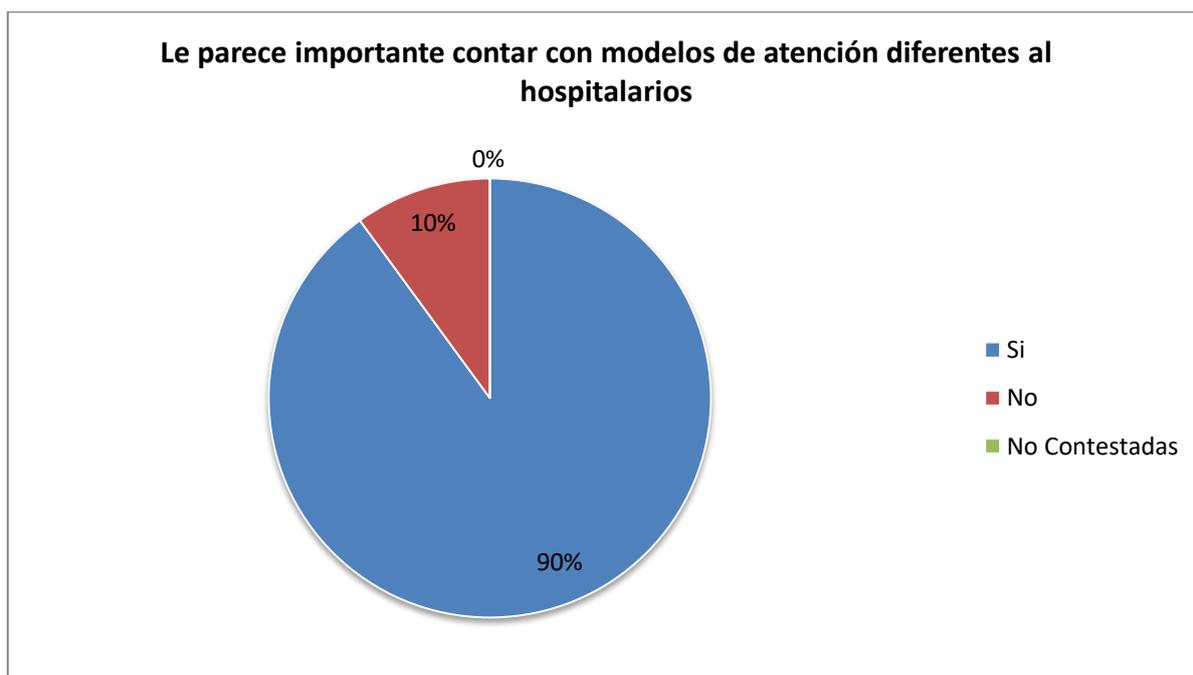
**6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios**

**Tabla 14. Datos obtenido de la pregunta 6**

<b>SEXTA PREGUNTA</b>			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1</b>	Si	9	90%
	No	1	10%
	No Contestadas	0	0%
	<b>Total</b>		<b>20</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 6**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la sexta pregunta el 90% de las personas contestaron que están de acuerdo que se realice modelos de atención diferentes al hospitalario, el 10% de las personas contestaron que no le gustaria contar con otros modelos de atención diferentes al hospitalario, el 0% de las personas contestaron.

**7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM**

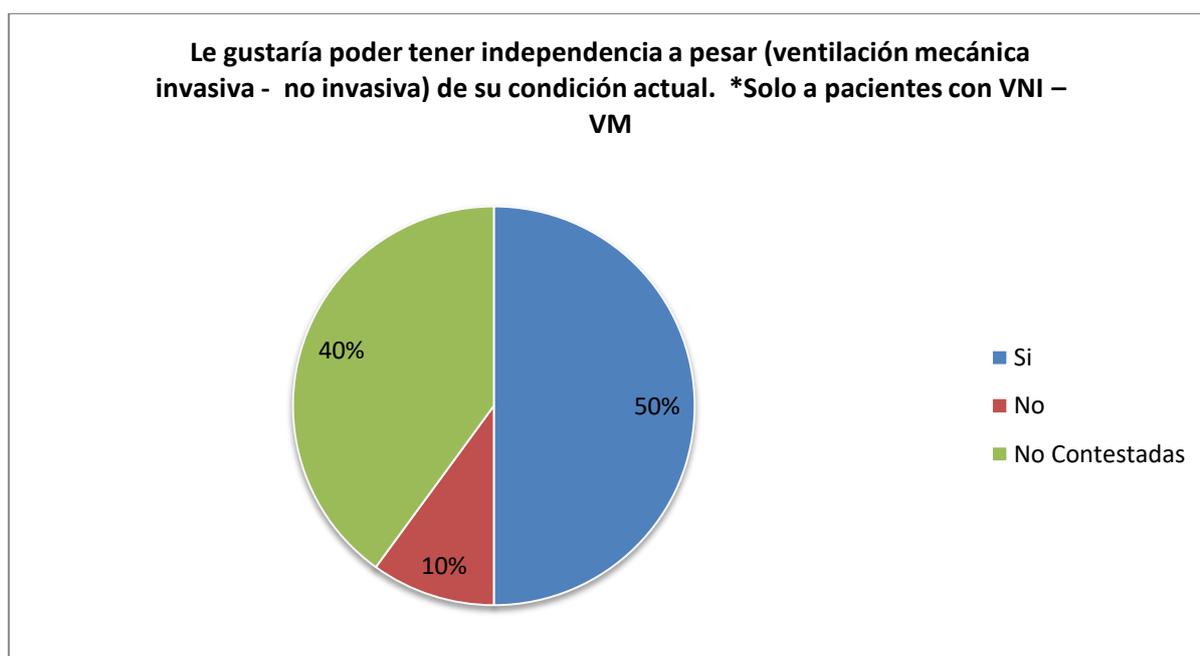
**Tabla 15. Datos obtenido de la pregunta 7**

<b>SEPTIMA PREGUNTA</b>			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1</b>	Si	5	50%
	No	1	10%
	No Contestadas	4	40%
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

Elaborado por: Sheyla García Ramírez.

### GRAFICO 7



Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

Elaborado por: Sheyla García Ramírez

#### Análisis de resultados:

En la séptima pregunta el 50% de las personas respondieron que le gustaría tener independencia del Ventilador Mécanico o Ventilación No Invasiva, el 10% de las personas respondieron que no le gustaría tener independencia del Ventilador Mécanico o Ventilación No Invasiva, el 40% de las personas no contestaron.

#### 8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad

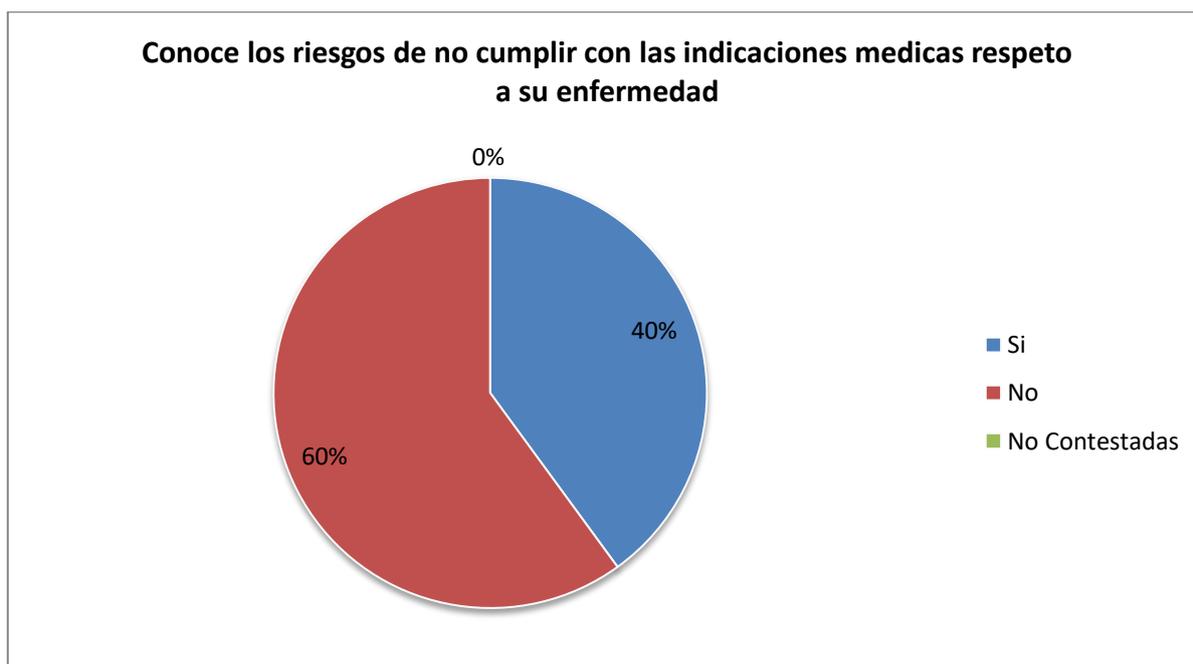
Tabla 16. Datos obtenido de la pregunta 8

OCTAVA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	4	40%
	No	6	60%
	No Contestadas	0	0%
	<b>Total</b>		<b>20</b>

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

Elaborado por: Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 8**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la octava pregunta el 40% de las personas si conocen los riesgos al no cumplir con las indicaciones médicas sobre su enfermedad, el 60% de las personas no conocen los riesgos al no cumplir con las indicaciones médicas sobre su enfermedad, el 0% de las personas no contestaron.

**9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los equipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?**

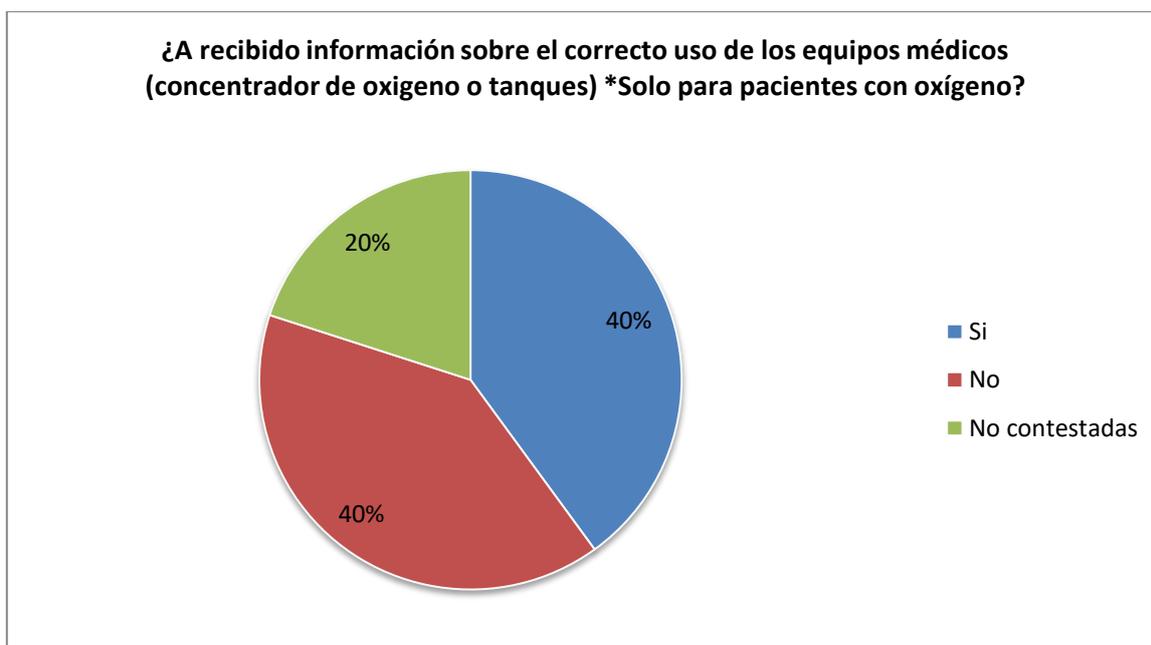
**Tabla 17. Datos obtenido de la pregunta 9**

<b>NOVENA PREGUNTA</b>			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1</b>	Si	4	40%
	No	4	40%
	No Contestadas	2	20%
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

Elaborado por: Sheyla García Ramírez.

GRAFICO 9



Fuente: Datos obtenidos en la investigación.  
Elaborado por: Sheyla García Ramírez

#### Análisis de resultados:

En la novena pregunta el 40% de las personas si han recibido información sobre el correcto uso de los equipos médicos, el 40% de las personas no conocen sobre la información sobre el correcto uso de los equipos médicos, el 20% de las personas no contestaron.

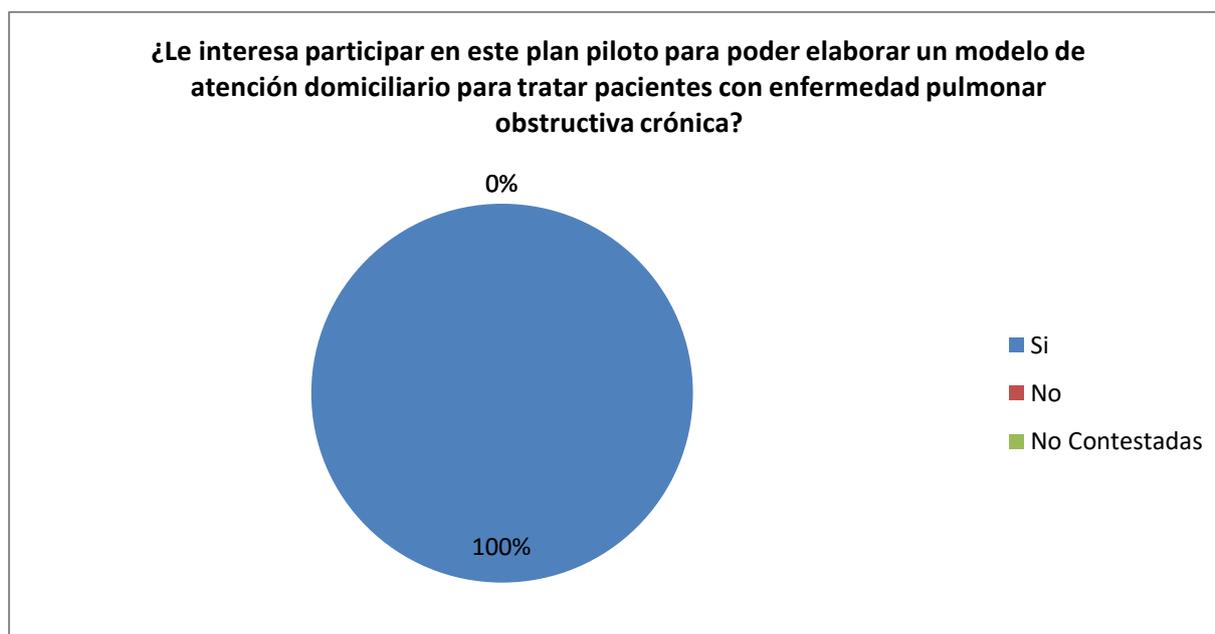
#### 10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliario para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

Tabla 18. Datos obtenido de la pregunta 10

DECIMA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	10	100%
	No	0	0%
	No Contestadas	0	0%
	<b>Total</b>		<b>20</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 10**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

### **Análisis de resultados:**

En la décima pregunta el 10% de las personas si les interesa participar en el plan piloto para la elaboración del modelo de atención domiciliario para pacientes con EPOC, el 0% de las personas si les interesa participar en el plan piloto para la elaboración del modelo de atención domiciliario para pacientes con EPOC, el 0% de las personas no contestaron.

### **Encuestas a Familiares.**

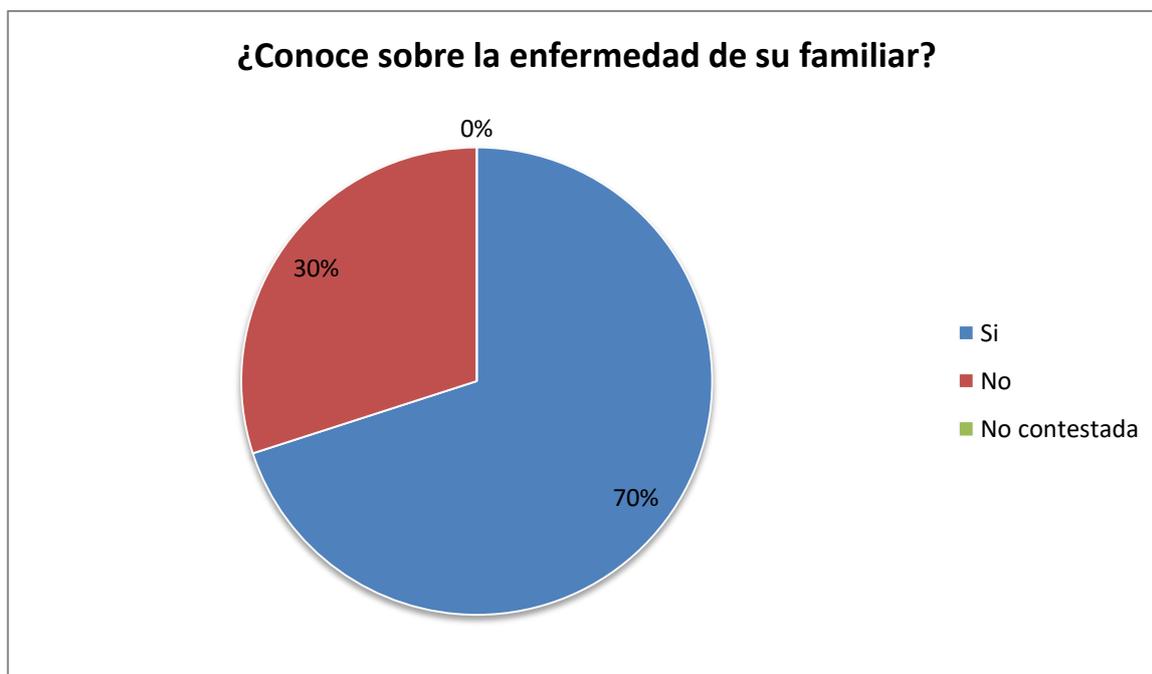
#### **1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?**

**Tabla. 19. Datos obtenido de la pregunta 1**

<b>PRIMERA PREGUNTA</b>			
<b>ÍTEMS</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1</b>	Si	7	70%
	No	3	30%
	No Contestadas	0	0%
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 11**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la primera pregunta el 70% de las personas conocen sobre la enfermedad que tiene su familiar, el 30% de las personas no conocen sobre la enfermedad de su familiar, el 0% de las personas no contestaron.

**2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?**

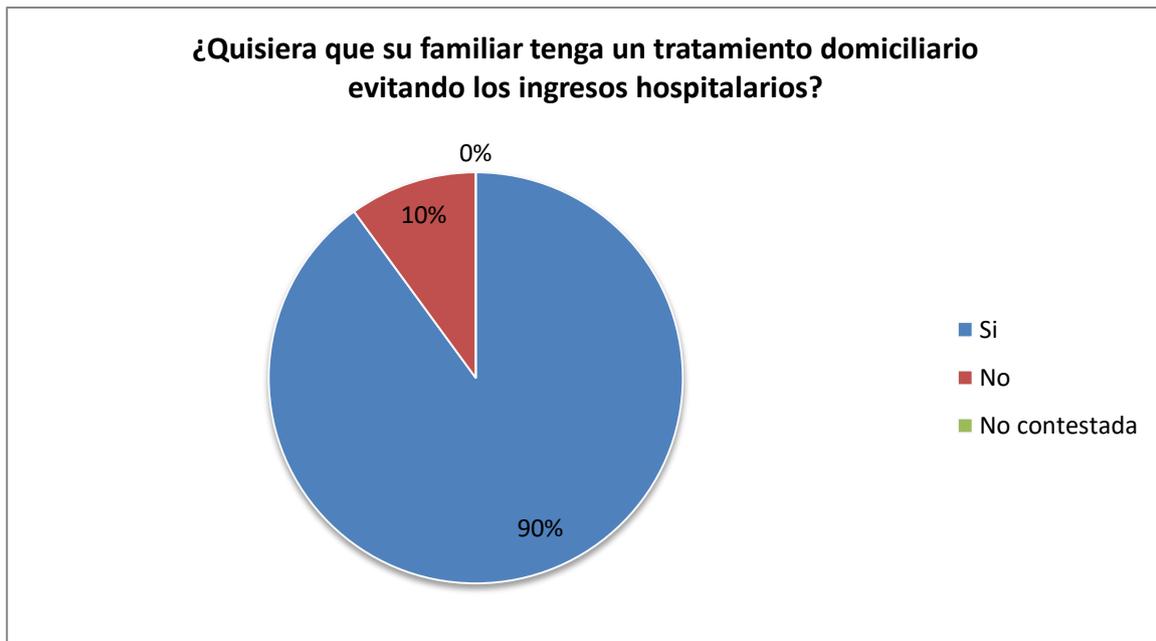
**Tabla. 20. Datos obtenido de la pregunta 2**

PRIMERA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	9	90%
	No	1	10%
	No Contestadas	0	0%

<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
--------------	-----------	-------------

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 12**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

**Análisis de resultados:**

En la segunda pregunta el 90% de las personas si quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios, el 10% de las persona no quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios, el 0% de las personas no contestaron.

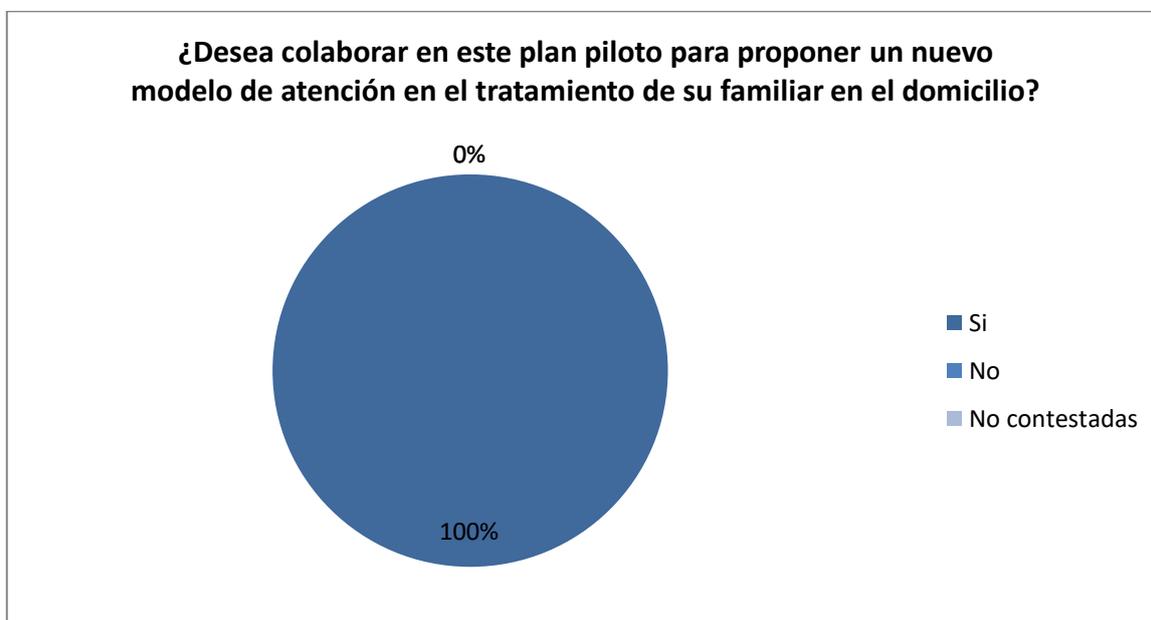
**3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?**

**Tabla. 21. Datos obtenido de la pregunta 3**

PRIMERA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	10	100%
	No	0	0%
	No Contestadas	0	0%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 13**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**Análisis de resultados:**

En la tercera pregunta el 100% de las personas desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio, el 0% de las personas no desean colaborar con este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio domicilio domicilio, el 0% de las personas no contestaron.

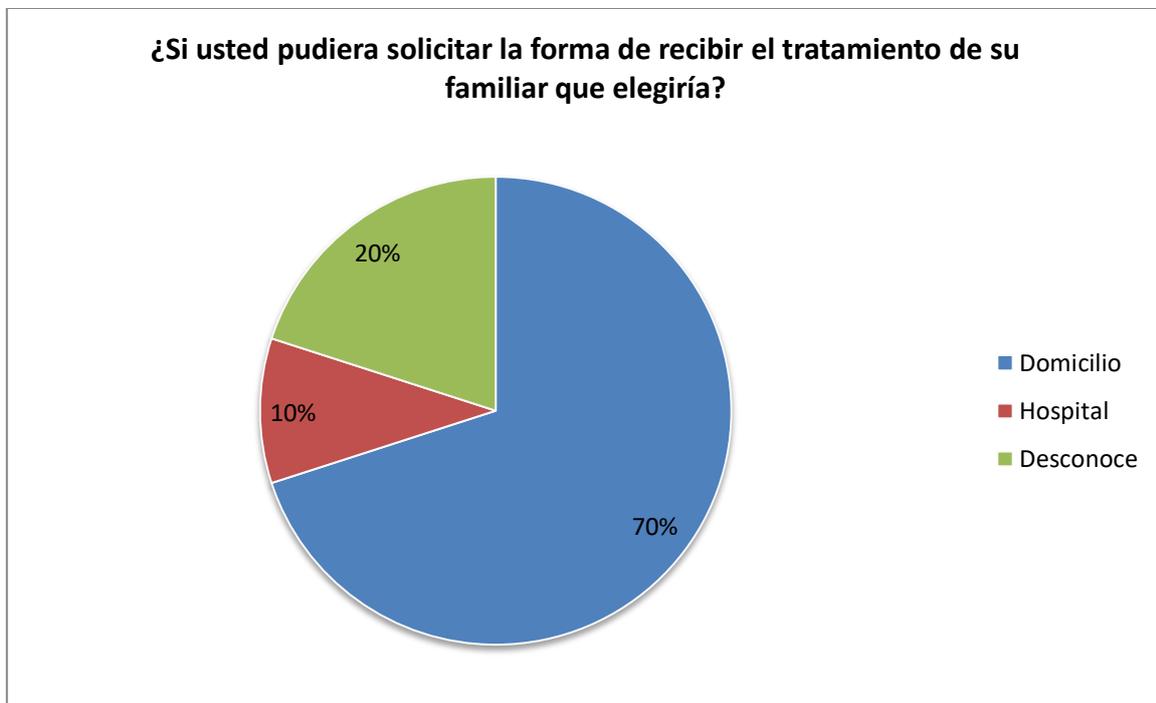
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?

Tabla. 22. Datos obtenido de la pregunta 4

PRIMERA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Domicilio	7	70%
	Hospital	1	10%
	Desconocen	2	20%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos obtenidos en la investigación.  
Elaborado por: Sheyla García Ramírez.

GRAFICO 14



Fuente: Datos obtenidos en la investigación.  
Elaborado por: Sheyla García Ramírez.

**Análisis de resultados:**

En la cuarta pregunta el 70% de las personas desean recibir el tratamiento de su familiar en el domicilio, el 10% de las persona no desea recibir el tratamiento de su familiar en el hospital,, el 20% de las persona desconoce donde recibir el tratamiento de su familiar.

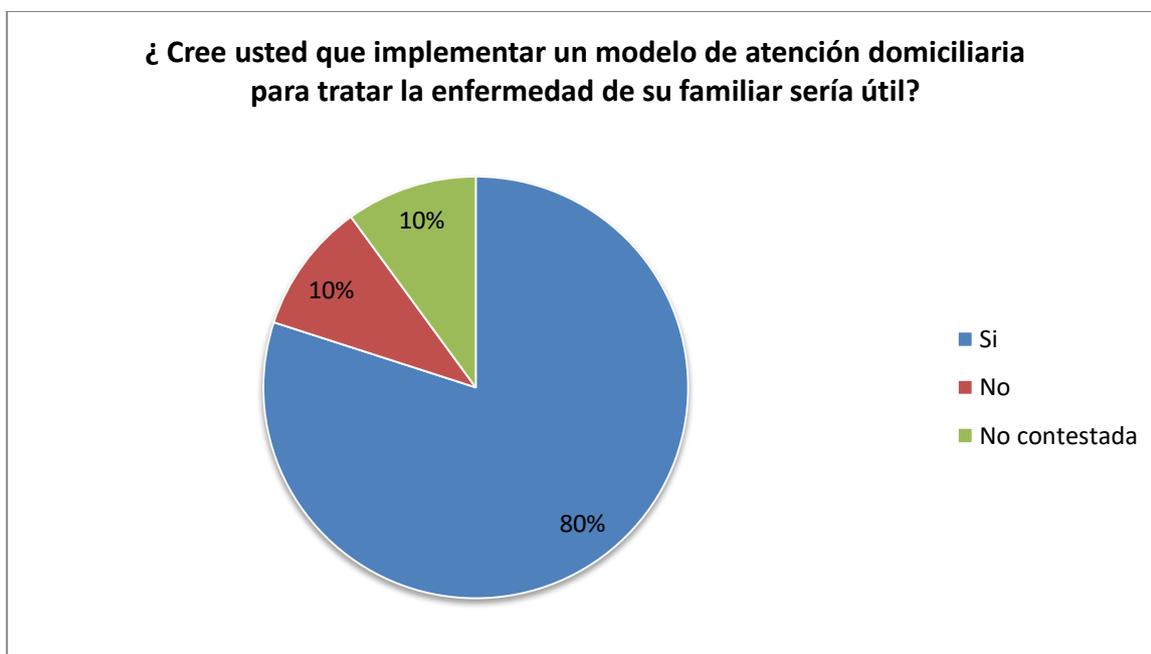
5. ¿ Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?

**Tabla. 23. Datos obtenido de la pregunta 5**

PRIMERA PREGUNTA			
ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	8	80%
	No	1	10%
	Tal vez	1	10%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 15**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.  
**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**Análisis de resultados:**

En la quinta pregunta el 80% de las personas si creen que será útil un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar, el 10% de las persona no cree que al implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil, el 10% de las persona tal vez considera que al implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar será útil.

## PORCENTAJE GENERAL DE LAS PREGUNTAS.

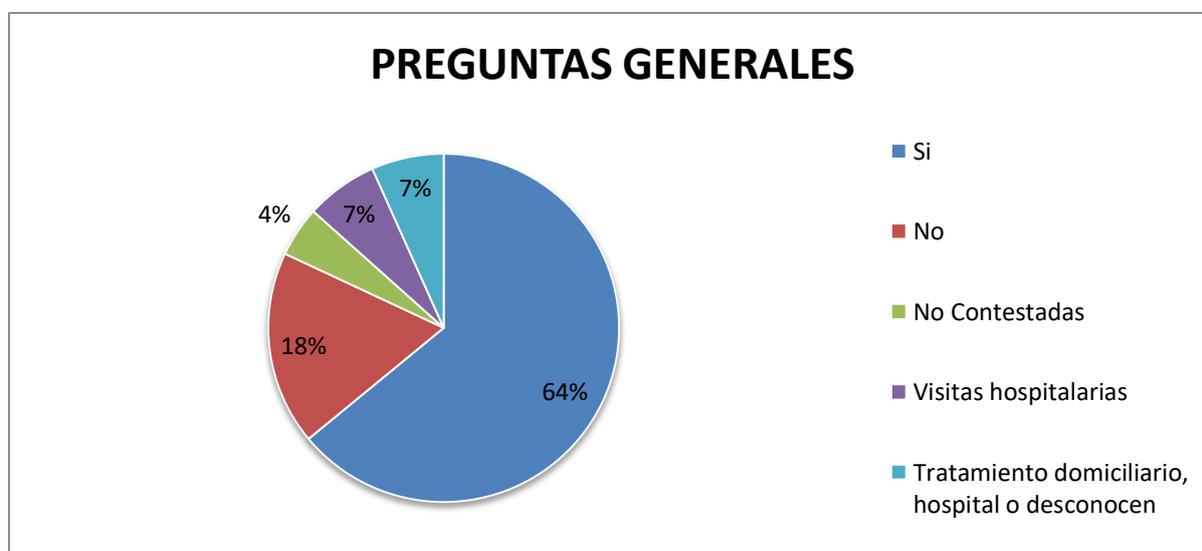
**Tabla 24. Datos obtenido de las preguntas generales**

PREGUNTAS GENERALES			
ITEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Si	96	64%
	No	27	18%
	No Contestadas	7	4%
	Visitas hospitalarias	10	7%
	Tratamiento domiciliario, hospital o desconocen	10	7%
	<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

**GRAFICO 16**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez.

### **Análisis de resultados:**

Dentro de las 10 preguntas realizadas a los pacientes y familiares con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica el 64% de las personas conoce sobre su enfermedad, el 18% de las personas opina que su enfermedad no puede ser tratada en domicilio, el 4% de las personas no contestó a las preguntas realizadas, el 7% de las personas acude a las visitas hospitalarias por las complicaciones de su enfermedad, el 7% de las personas reciben su tratamiento en domicilio, hospital o desconocen.

## **CAPITULO IV PROPUESTA.**

### **Modelo de atención domiciliaria que permita reeducar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.**

#### **Introducción**

El modelo de atención domiciliaria consiste en dar asistencia de cuidados psíquicos, físicos y social, prestados en la estancia domiciliaria de la persona y no tiene la capacidad de independencia para acudir al hospital.

Según (Tolaba, 2013), existen dos tipos de Asistencia Domiciliaria:

Esponánea /Imprevisible: Se da por problemas agudos a iniciativa del paciente que solicita la atención.

Programa /Previsible: Para seguimientos de patologías crónicas por indicación del profesional.

La importancia de la atención domiciliaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los cambios de la población, el deseo de la persona o familia para ser atendido en sus hogares, la escasez de los recursos en los hospitales. Se plantea como una alternativa para abordar la asistencia de las personas con dependencia domiciliaria.

Según (Tolaba, 2013), existen algunos factores que están incidiendo en su desarrollo y demanda.

Desarrollo de la atención primaria: La puesta en marcha de un modelo de salud diferente, basado en la APS ha potenciado la modalidad en atención en salud en el entorno familiar. Los diferentes conceptos de salud, la atención integral, la concepción de la familia como unidad de atención, los nuevos roles profesionales y el trabajo en equipo interdisciplinario, entre otros, a propiciado el auge e importancia de la atención domiciliaria.

Demanda de atención integral en el domicilio: La población tiene nuevas expectativas respecto al cuidado de su salud. No solo preocupa la enfermedad sino, además la promoción de la salud, la prevención eficaz, la rehabilitación y la reinserción social; por ello el hogar parece el lugar más idóneo para conocer los estilos de vida, los factores ambientales, medidas preventivas, para desarrollar el auto cuidado y fomentar el apoyo social.

Para lograr tener una óptima atención domiciliar se debe tener una responsabilidad del equipo multidisciplinario, calificando las necesidades de cada individuo, realizar la reeducación a pacientes, familiares de los ejercicios respiratorios que se dan al individuo para mejorar el proceso de la enfermedad, brindar asistencia y orientación del profesional.

Así también se dará la responsabilidad del médico o profesional, se definirá los objetivos de la intervención, se buscará factores de riesgo sobre la patología de base, se diagnosticará, manejará la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus complicaciones, decidir la necesidad de utilización de los recursos como ventiladores mecánico u oxígeno para el individuo en su domicilio, diseñar y ejecutar planes de reeducación y rehabilitación respiratoria.

### **Objetivos de la investigación:**

#### **Objetivo General:**

- Promover la aplicación del modelo de atención domiciliaria en los hospitales permitiendo reeducar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

#### **Objetivos Específicos:**

- Disminuir incidencia de síndromes de desacomodamiento físico aplicando el programa de rehabilitación respiratoria.
- Demostrar beneficios de cada técnica terapéutica disminuyendo sintomatología y reingreso hospitalario.
- Capacitar o reeducar a familiares y pacientes realizando los ejercicios respiratorios de los programas de rehabilitación respiratoria.

## Justificación

La propuesta de un modelo de atención domiciliaria tendrá una factibilidad para todas las personas, estatus económico, con el fin de ayudar a aliviar sus síntomas, teniendo un buen manejo de los tratamientos para la rehabilitación respiratoria.

La Rehabilitación Respiratoria consisten en programas de ejercicios que van a mejorar el estado físico de las personas y por ende su calidad de vida. Existen tres objetivos para estos ejercicios: aliviar la sensación de ahogo, mejorar las actividades de la vida diaria (pasear, bañarse, caminar, etc), y mejorar el estado de ánimo del individuo. Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que están en fase avanzada pueden realizar los ejercicios asignados. Siendo lo principal realizar la caminata, hay se manejará los ejercicios de la respiración.

Las recomendaciones para realizar los ejercicios son el uso de ropa cómoda, para que no le apriete el abdomen y calzado cerrado que sea deportivo para que no cause molestias. Se le dirá al paciente que cuando realice los ejercicios de la respiración sean con una postura erguida, cogiendo aire por la nariz así logrando inflar el abdomen y botándolo por la boca, como si soplara. Si tiene dificultad para respirar se utilizará el inhalador, se parará los ejercicios y se hará los descansos necesarios.

Lo indicado dentro de la rehabilitación respiratoria es efectuar los ejercicios despacios, que en cada 30 minutos descansen al finalizar los ejercicios, evitar los ejercicios 3 horas después de comer, todos los ejercicios de respiración se realizarán de manera suave y progresiva.

Dentro de la rehabilitación respiratoria se le dirá al paciente como caminar de forma correcta, está debe ser con la postura erguida con hombros relajados y haciendo un movimiento con los brazos. La persona deberá caminar despacio, en un terreno llano, al ritmo que sea tolerable para él o ella, sin esforzarse, evitar los movimientos del día cuando hace demasiado calor o frío, el objetivo principal es caminar 30 minutos a 1 hora diaria, de 3 a 7 días a la semana. Se comenzará por 15

minutos al día y se aumentará 5 minutos cada semana. Es de vital importancia no seguir a la siguiente etapa sino tolera esta fase.

<b>Semana nº</b>	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Minutos mañana/tarde</b>	15	20	25	30	35	40	45	60

Fuente: Manual de Rehabilitación Respiratoria para personas con EPOC.

El programa de bicicleta se dará a los pacientes que tengan los recursos económicos y se aplicará de la siguiente manera:

- Se seguirá las recomendaciones anteriores en cuanto a la vestimenta, tipo de respiración, postura y uso de los inhaladores si es necesario.
- Se realizarán todos los días, 5 minutos en la mañana y 5 minutos en la tarde.
- Se aumentará 5 minutos cada semana.

<b>Semana nº</b>	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Minutos mañana/tarde</b>	5	10	15	20	25	30	30	30

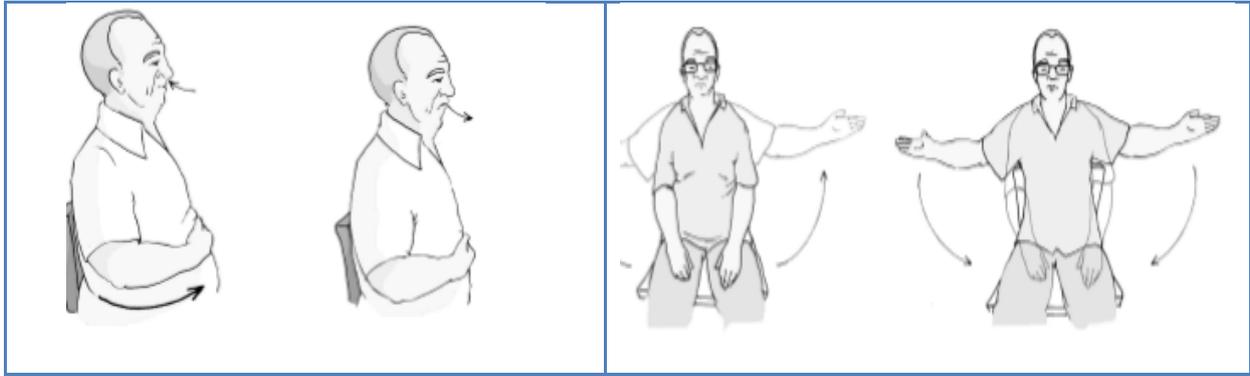
Fuente: Manual de Rehabilitación Respiratoria para personas con EPOC.

### Ejercicios Respiratorios

Su objetivo principal es aumentar la capacidad pulmonar (entrada de aire a los pulmones).

- Respiración con labios fruncidos: El individuo inspirará por la nariz de forma lenta y profunda, inflando así los pulmones, después botará el aire de forma suave, con los labios fruncidos como si soplara.
- Expansión torácica: Levantará los brazos de forma horizontal inspirando por la nariz y al bajar los brazos botará el aire por la boca.

<b>Respiración con labios fruncidos</b>	<b>Expansión Torácica</b>
---	---------------------------



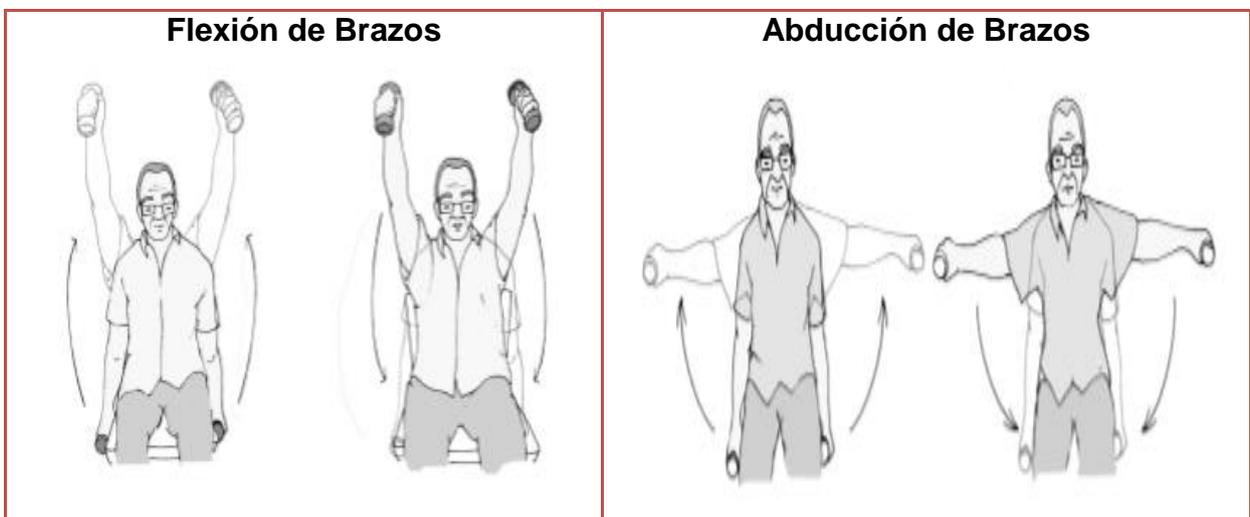
Fuente: Manual de Rehabilitación Respiratoria para personas con EPOC.

### Ejercicios de brazos

El objetivo es tonificar los brazos del individuo y realizar las tareas diarias. Al hacer estos ejercicios se pedirá que inspire por la nariz y bote el aire por la boca.

- Flexión de brazos: Se levantará los brazos delante del tronco, hasta un máximo en el que pueda sostener por encima de la cabeza, se mantendrá por 3 segundos y luego se los bajará.
- Abducción de brazos: Se abrirá los brazos a la altura de los hombros del individuo, se mantendrá de 3 a 5 segundos y luego se los bajará.
- Flexo-extensión de codos: Se flexionará los codos con los brazos extendidos, se mantendrá de 3 a 5 segundos y se extenderá nuevamente.

**Todos los ejercicios de brazos se pueden realizar con peso, es decir pesas de 1 a 2 kg si la persona lo tolera y no causa dificultad respiratoria.**



**Flexo-extensión de codos**



Fuente: Manual de Rehabilitación Respiratoria para personas con EPOC.

**¿Cuándo la persona no debe realizar los ejercicios?**

- Si presenta dificultad respiratoria.
- Si presenta molestia a nivel del torác.
- Si tiene inflamación en las articulaciones.
- Si ha comido 3 horas antes de cada ejercicio.

Para saber que la persona realiza los ejercicios antes mencionados y el tiempo de duración, se lo colocará en la siguiente tabla:

**Tabla 25: Cronograma de Rehabilitación Respiratoria Semanal.**

CRONOGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA SEMANAL						
Nombre del paciente:				Edad:		
Sexo:				Patología:		
FECHA	CAMINAR	BICICLETA ESTATICA	EJERCICIOS RESPIRATORIOS	EJERCICIOS DE BRAZOS	TIEMPO	OBSERVACIONES

**Elaborado por:** Sheyla García Ramírez

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

Se concluye que la población evaluada en el presente estudio fue principalmente adultos mayores de 40 a 65 años, la prevalencia de esta patología (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) se presenta en mayor proporción en el sexo masculino es del 75% del sexo masculino y el 25% del sexo femenino .

Se observa cambios positivos en los principales estadios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en estos pacientes son moderados y graves lo que muestra una clara relación significativa de la importancia de proponer un modelo de atención domiciliario que permita:

1. Evitar reingresos hospitalarios.
2. Evadir Subdiagnósticos.
3. Poca intervención clínica en el hospital.
4. Evitar contaminación cruzada.
5. Disminuir falta de rehabilitación respiratoria.

Todos estos factores conllevan general en el estadio cínico del paciente una desmejora y un retroceso importante dentro de la patología.

## RECOMENDACIONES

1. Promover campañas masivas de información y educación sobre la enfermedad llegando a abarcar a toda la población.
2. Promover campañas sobre la importancia del ejercicio diario en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
3. Educar a los pacientes que por su enfermedad utilizan oxígeno domiciliario para que puedan disfrutar de una vida plena e independiente, se recomienda realizar más proyectos de investigación sobre este tema con el fin de promover y argumentar la validez sobre un modelo de atención domiciliario para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica para permitir obtener rehabilitación, tratamiento y calidad de vida en sus domicilios
4. Mejorar el sistema hospitalario a fin de entener la mejoría y necesidad que tienen los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de ser tratados en sus domicilios a pesar de manejar vías aéreas artificiales, ventilación no invasiva, ventilación mecánica, logando así mejorar la calidad de vida del mismo generando re inserción a la vida normal con las restricciones que tenga la persona.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sivori M, Almeida M, Benzo R, et al. Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria. *Medicina (B Aires)* 2014; 68: 325-44.
2. Garvey C, Spruit M, Hill K, Pitta F, Shioya T. International COPD Coalition Column: pulmonary rehabilitation reaching out to our international community. *J Thorac Dis* 2013; 5: 343-8.
3. R. Casaburi. Exercise training in chronic obstructive lung disease. In *Principles and Practice of Pulmonary Rehabilitation*. WB. Saunders Co. Philadelphia. 1993. 204-24.
4. European Respiratory Society. Pulmonary Rehabilitation. In *White Book of ERS*. Gibson J, Loddenkemper R, Sibille Y, Lundaback B (Eds), 2013, p 340-7.
5. Miller WF, Taylor HF. Exercise training in the rehabilitation of patients with severe respiratory insufficiency due to pulmonary emphysema. *South Med J* 2014; 55: 1216-21.
6. Pierce AK, Taylor HF, Archer R, Miller WF. Responses to exercise training in patients with emphysema. *Arch Inter Med* 2013; 113: 28-36.
7. Pierce AK, Paez PN, Miller WF. Exercise training with the aid of a portable oxygen supply in patients with emphysema. *Am Rev Respir Dis* 1965; 91: 653-9.
8. Paez PN, Phillipson EA, Masangkay M, Sproule BJ. The physiologic basis of training patients with emphysema. *Am Rev Respir Dis* 2016; 95: 944-53.
9. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; CD003793.
10. Bolton C, Bevan-Smith E, Blakey J, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax* 2013; 68:ii1-ii30.
11. Arnedo CF. Modelos de la organización de la atención domiciliaria. *JANO* 2013; 1612:47-48
12. Gómez JM. Organización de la visita médica domiciliaria en atención primaria. *JANO* 2014; 1695:29-31
13. Esteban JM, Ramírez D, Sánchez F. *Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Primaria*. Ed IM & C Organización Médica Colegial de España-Ministerio de Sanidad y Consumo 2016
14. Shires D, Hennen B. *Medicina Familiar: Guía Práctica*. Ed Mc Graw Hill. México D.F. 2015.

15. Aguirreche J, Granadillo B, Lobo O. Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. Médico de Familia 2012; 17(2):21-26
16. Serrana M, Casado V, Bonal P. Medicina de Familia: Guía para estudiantes. Ed Ariel 1ra edición España 2016
17. Mc Daniel S, Camphell T, Seaburn D. Orientación Familiar en Atención Primaria. Ed Springer-Verlag Ibérica, Barcelona; 2013
18. De la Revilla L, Espinoza JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria 2013; 31(9):587-91

# ANEXOS

## Anexo 1: Encuestas a Pacientes

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #1

Edad: 48 años

Sexo: Masculino

### ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si (  )
  - No (  )
  
2. ¿Cuántas veces ha acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 (  )
  - 2 (  )
  - 3 (  )
  - Varios (  )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si (  )
  - No (  )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si (  )
  - No (  )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si (  )
  - No (  )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si (  )
  - No (  )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si (  )
  - No (  )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si (  )
  - No (  )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si (  )
  - No (  )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliaria para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si (  )
  - No (  )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #2

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Cuántas veces ha acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( )
  - 2 ( x )
  - 3 ( )
  - Varios ( )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( x )
  - No ( )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones médicas respecto a su enfermedad
  - Si ( )
  - No ( x )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( )
  - No ( )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliaria para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #3

Edad: 65 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( )
  - 2 ( )
  - 3 ( x )
  - Varios ( )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( )
  - No ( x )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones médicas respecto a su enfermedad
  - Si ( )
  - No ( x )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( )
  - No ( )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliaria para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #4

Edad: 49 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( )
  - 2 ( x )
  - 3 ( )
  - Varios ( )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( x )
  - No ( )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( x )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si ( )
  - No ( x )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliaria para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #5

Edad: 55 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si (  )
  - No (  )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 (  )
  - 2 (  )
  - 3 (  )
  - Varios (  )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si (  )
  - No (  )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si (  )
  - No (  )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si (  )
  - No (  )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si (  )
  - No (  )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si (  )
  - No (  )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si (  )
  - No (  )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si (  )
  - No (  )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliario para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si (  )
  - No (  )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #6

Edad: 60 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( )
  - 2 ( )
  - 3 ( )
  - Varios ( x )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( )
  - No ( x )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( )
  - No ( x )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones médicas respecto a su enfermedad
  - Si ( )
  - No ( x )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliaria para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #7

Edad: 62 años

Sexo: Femenino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( x )
  - 2 ( )
  - 3 ( )
  - Varios ( )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliar de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( x )
  - No ( )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( x )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si ( x )
  - No ( )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliario para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #8

Edad: 60 años

Sexo: Femenino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( )
  - 2 ( )
  - 3 ( x )
  - Varios ( )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( x )
  - No ( )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( x )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si ( x )
  - No ( )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxígeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliar para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #9

Edad: 62 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si (  )
  - No (  )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 (  )
  - 2 (  )
  - 3 (  )
  - Varios (  )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si (  )
  - No (  )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si (  )
  - No (  )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si (  )
  - No (  )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si (  )
  - No (  )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si (  )
  - No (  )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si (  )
  - No (  )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxigeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si (  )
  - No (  )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliario para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si (  )
  - No (  )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN  
Paciente #10

Edad: 45 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sobre su enfermedad?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Cuántas veces a acudido a la emergencia de un hospital
  - 1 ( )
  - 2 ( x )
  - 3 ( )
  - Varios ( )
  
3. ¿Considera usted que su enfermedad puede ser tratada en su domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. Le gustaría tener una atención domiciliaria de acuerdo a sus necesidades clínicas que le permitan rehabilitarse y evitar ingresos hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
5. Considera importante el ejercicio dentro de su recuperación y rehabilitación
  - Si ( x )
  - No ( )
  
6. Le parece importante contar con modelos de atención diferentes al hospitalarios
  - Si ( x )
  - No ( )
  
7. Le gustaría poder tener independencia a pesar (ventilación mecánica invasiva - no invasiva) de su condición actual. \*Solo a pacientes con VNI – VM
  - Si ( )
  - No ( )
  
8. Conoce los riesgos de no cumplir con las indicaciones medicas respeto a su enfermedad
  - Si ( x )
  - No ( )
  
9. ¿A recibido información sobre el correcto uso de los quipos médicos (concentrador de oxigeno o tanques) \*Solo para pacientes con oxígeno?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
10. ¿Le interesa participar en este plan piloto para poder elaborar un modelo de atención domiciliario para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
  - Si ( x )
  - No ( )

## Anexo 1: Encuestas a Familiares

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 53 años

Sexo: Femenino

### ENCUESTA A FAMILIARES #1

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si (  )
  - No (  )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si (  )
  - No (  )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si (  )
  - No (  )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario (  )
  - Hospital (  )
  - Desconoce (  )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si (  )
  - No (  )
  - Tal vez (  )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 48 años

Sexo: Femenino

ENCUESTA A FAMILIARES #2

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( x )
  - Hospital ( )
  - Desconoce ( )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( x )
  - No ( )
  - Tal vez ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 47 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #3

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si (  )
  - No (  )
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si (  )
  - No (  )
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si (  )
  - No (  )
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario (  )
  - Hospital (  )
  - Desconoce (  )
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si (  )
  - No (  )
  - Tal vez (  )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 60 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #4

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( x )
  - Hospital ( )
  - Desconoce ( )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( x )
  - No ( )
  - Tal vez ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 55 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #5

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( x )
  - Hospital ( )
  - Desconoce ( )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( x )
  - No ( )
  - Tal vez ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 49 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #6

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( x )
  - Hospital ( )
  - Desconoce ( )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( x )
  - No ( )
  - Tal vez ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 57 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #7

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si (  )
  - No (  )
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si (  )
  - No (  )
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si (  )
  - No (  )
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario (  )
  - Hospital (  )
  - Desconoce (  )
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si (  )
  - No (  )
  - Tal vez (  )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 65 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #8

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( )
  - Hospital ( x )
  - Desconoce ( )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( x )
  - No ( )
  - Tal vez ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 65 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #9

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( )
  - Hospital ( )
  - Desconoce ( x )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( )
  - No ( x )
  - Tal vez ( )

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS DE GRADO - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre: NN

Edad: 57 años

Sexo: Masculino

ENCUESTA A FAMILIARES #10

1. ¿Conoce sobre la enfermedad de su familiar?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
2. ¿Quisiera que su familiar tenga un tratamiento domiciliario evitando los ingresos hospitalarios?
  - Si ( )
  - No ( x )
  
3. ¿Desea colaborar en este plan piloto para proponer un nuevo modelo de atención en el tratamiento de su familiar en el domicilio?
  - Si ( x )
  - No ( )
  
4. ¿Si usted pudiera solicitar la forma de recibir el tratamiento de su familiar que elegiría?
  - Domiciliario ( )
  - Hospital ( )
  - Desconoce ( x )
  
5. ¿Cree usted que implementar un modelo de atención domiciliaria para tratar la enfermedad de su familiar sería útil?
  - Si ( )
  - No ( )
  - Tal vez ( x )

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

ANEXO 2

Dr. Miguel Veloz  
SR. DIRECTOR DE CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**Acuerdo del Plan de Tutoría**

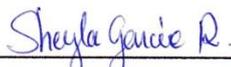
Nosotros, **Lcdo. José Benalcázar Game Msc.**, docente tutor del trabajo de titulación y **Sheyla García Ramírez** estudiante de la Carrera **Terapia Respiratoria / Escuela de Tecnología Médica**, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario 16:00 pm – 17:00pm, el día Miércoles.

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

- Realizar un mínimo de 4 tutorías mensuales.
- Elaborar los informes mensuales y el informe final detallando las actividades realizadas en la tutoría.
- Cumplir con el cronograma del proceso de titulación.

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

Atentamente,

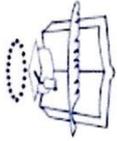


Sheyla Andrea García Ramírez  
**Estudiante**



Lcdo. José Benalcázar Game Msc.  
**Docente Tutor**

CC: Unidad de Titulación.



Universidad de Guayaquil

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

UNIDAD DE TITULACIÓN

### INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

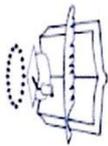
**Tutor:** Lcdo. José Gabriel Benalcázar Game, Msc.

**Tipo de trabajo de titulación:** Modelo de atención domiciliaria que permita educar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Título del trabajo:** Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años.

**Carrera:** Terapia Respiratoria.

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	8/Nov/2017	Asignación del día, de lunes y hora en la que se iba a realizar.	16:00	17:00	Elaboración del capítulo I, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos general y específicos		Sheyla Garcia R.
2	15/Nov/2017	Revisión del capítulo I, corrección del objetivo general, ubicación de los verbos en el objetivo específicos.	16:00	17:00			Sheyla Garcia R.



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD CIENCIAS MEDICAS**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 3

**INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL**

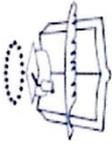
**Tutor:** Lcdo. José Gabriel Benalcázar Game, Msc.

**Tipo de trabajo de titulación:** Modelo de atención domiciliaria que permita educar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Título del trabajo:** Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años.

**Carrera:** Terapia Respiratoria.

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
3	22/11/2014	Apruebasión del capítulo I	16:00	17:00	Elaboración del capítulo II, Antecedentes del estudio, marco teórico, marco conceptual, marco legal.		Sheyla Garcia R.
4	29/11/2014	Corrección y análisis del marco teórico.	16:00	17:00			Sheyla Garcia R.



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD CIENCIAS MEDICAS**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

**INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL**

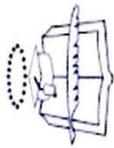
**Tutor:** Lcdo. José Gabriel Benalcázar Game, Msc.

**Tipo de trabajo de titulación:** Modelo de atención domiciliaria que permita educar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Título del trabajo:** Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años.

**Carrera:** Terapia Respiratoria.

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
5	6/Dic/2017	Revisión del marco teórico y aprobación del capítulo II	16:00	17:00	Realizar capítulo III, revisión de las preguntas a realizar en la encuesta a pacientes y familiares.		Sheyla Yucua R.
6	13/Dic/2017	Corrección del capítulo III, análisis y corrección de los criterios de inclusión y exclusión.	16:00	17:00			Sheyla Yucua R.



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD CIENCIAS MEDICAS**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 3

**INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL**

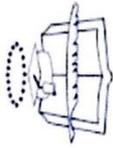
**Tutor:** Lcdo. José Gabriel Benalcázar Game, Msc.

**Tipo de trabajo de titulación:** Modelo de atención domiciliaria que permita educar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Título del trabajo:** Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años.

**Carrera:** Terapia Respiratoria.

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
7	20/Dic/2014	Revisión del capítulo III, Corrección de la interpretación y análisis de resultados.	16:00	17:00			Sheyla Yauco R.
8	5/Enero/2018	Aprobación del capítulo III.	16:00	17:00	Realizar capítulo III, por puesta, según general, según específico y justificación.		Sheyla Yauco R.



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD CIENCIAS MEDICAS**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

**INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL**

**Tutor:** Lcdo. José Gabriel Benalcázar Game, Msc.

**Tipo de trabajo de titulación:** Modelo de atención domiciliaria que permita educar y rehabilitar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Título del trabajo:** Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 40 a 65 años.

**Carrera:** Terapia Respiratoria.

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
9	10/Enero/2015	Revisión del capitulo IV, Diagnóstico general y específicos, Aprobación del capítulo IV.	16:00	17:00			Sheyla Garcia R.

### **Acrónimos**

<b>ATT</b>	a- 1 antitripsina
<b>CP</b>	Cuidados paliativos
<b>CVF</b>	Ciclo Vital Familiar
<b>EPOC</b>	Enfermedad pulmonar obstrcutiva crónica
<b>FEV1</b>	Flujo espiratorio máximo en el primer segundo
<b>FFV</b>	Fase final de la vida
<b>GOLD</b>	The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
<b>MS</b>	Miembros superiores
<b>OMS</b>	Organización mundial de la salud
<b>RR</b>	Rehabilitación Respiratoria
<b>SEPAR</b>	Sociedad Española de patologías respiratorias
<b>VM</b>	Ventilación mecánica
<b>VNI</b>	Ventilación mecánica no invasiva



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA TECNOLOGIA MEDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE 40 A 65 AÑOS. Autor(s): SHEYLA GARCIA RAMIREZ.		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
<b>ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA</b>	<b>4.5</b>	
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera	0.4	0.3
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	0.9
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.3
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.3
<b>RIGOR CIENTÍFICO</b>	<b>4.5</b>	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
<b>PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL</b>	<b>1</b>	
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
<b>CALIFICACIÓN TOTAL *</b>	<b>10</b>	<b>9.6</b>
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

LCDO. JOSE BENALCAZAR GAME, MSC  
No. C.I. 0913537692

FECHA: 5 ENERO 2018

**Anexo 6: Fotos de evidencia de la encuesta a familiares y pacientes**



**Anexo 6: Fotos de evidencia de la encuesta a familiares y pacientes**





ANEXO 7

Universidad de Guayaquil  
**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA TECNOLOGIA MEDICA / CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

Guayaquil, 28 de Febrero del 2018.

**DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO.**  
**DIRECTOR DE LA CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**  
**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de TITULACIÓN **"CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE 40 A 65 AÑOS"** del estudiante **SHEYLA GARCIA RAMIREZ**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 14 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante **SHEYLA GARCIA RAMIREZ** está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

PSC. SEGUNDO PACHERRES SEMINARIO.

C.I. 1707147441



**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**ESCUELA TECNOLOGIA MEDICA /CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

**RÚBRICA DE EVALUACIÓN MEMORIA ESCRITA TRABAJO DE TITULACIÓN**

Título del Trabajo: CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE 40 A 65 AÑOS. Autor(s): SHEYLA GARCIA RAMIREZ.			
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
<b>ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA</b>	3	2.6	
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6	0.5	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6	0.6	
Redacción y ortografía	0.6	0.4	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6	0.5	
<b>RIGOR CIENTÍFICO</b>	6	4.9	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6	0.4	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7	0.5	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7	0.5	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7	0.6	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7	0.5	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4	0.3	
Factibilidad de la propuesta	0.4	0.4	
Las conclusiones expresa el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4	0.3	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5	0.5	
<b>PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL</b>	1	0.8	
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta	0.4	0.3	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3	0.2	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3	0.3	
<b>CALIFICACIÓN TOTAL*</b>	<b>10</b>	<b>8.3</b>	

\* El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.

Psc. Segundo Pacherras Seminario.  
C.I. 1707147441

Fecha: 28/Febrero/2018

## Anexo 9: Formato de Consentimiento Informado a Pacientes y Familiares.

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Sheyla García Ramírez, de la Universidad Estatal de Guayaquil. La meta de este estudio es para la investigación de Tesis y llevar a cabo para cuantificar el porcentaje de la enfermedad a tratar como método de estudio investigativo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 a 8 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, 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 Sheyla García Ramírez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es para datos investigativos de Tesis.

---

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 a 8 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. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Sheyla García Ramírez al teléfono 0978626001.

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 Sheyla García Ramírez al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

**Anexo 9: Formato de Consentimiento Informado para fotografías y videos.**

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS Y/O VIDEOS</b>		
Ciudad: <u>Guayaquil</u>	Fecha (dd-mm-aa): <u>20/12/17</u>	
Nombre: _____	C.I.: <u>0930691670</u>	Edad: <u>65 años</u>
Diagnósticos (CIE-10): <u>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u>		
Descripción de imágenes autorizadas (número de fotos solicitadas, área o ubicación, etc): <u>1 foto solicitada, Indesea formal</u>		
Yo (persona que toma la foto), <u>Sheyla Garcia Ramirez</u> . Ocupación: <u>Estudiante</u> . He explicado al paciente que el propósito y uso de sus fotografías y/o videos es <u>para elaboración de TESIS</u> .		
<u>Sheyla Garcia R.</u> Firma	<u>2400175309</u> Cédula de Identidad	
Fecha (dd-mm-aa): <u>20/12/17</u>		
<b>DECLARACIÓN DEL PACIENTE</b>		
Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente las razones y propósitos para la utilización de mis fotografías y/o videos, aclarándose todas mis dudas al respecto. Por esta razón, autorizo que mis fotografías y/o videos sean utilizadas para fines educativos, investigativos o según lo requiera.		
<u>[Firma]</u> Firma del Paciente	Firma del Cuidador Primario	
C.I.: <u>0930691670</u>	C.I.: _____	
Fecha (dd-mm-aa): <u>20/12/17</u>		
<b>DECLARACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO</b>		
En caso de que el paciente, debido a los diagnósticos médicos que presente, sea declarado inhábil para tomar decisiones o incluso decidir si acepta o rechaza el consentimiento para utilización de fotografías y/o videos.		
Yo, _____, con C.I.: _____ como Cuidador Primario del paciente _____, parentesco _____, conociendo la condición del paciente y la imposibilidad para tomar decisiones por ahora. Certifico que _____, me ha explicado satisfactoriamente los propósitos y el uso que se dará a las fotografías y/o videos, he comprendido todo lo expuesto y autorizo a _____ a utilizar las fotografías tomadas y/o videos del paciente.		
Firma del Cuidador Primario		
C.I.: _____		
Fecha (dd-mm-aa): _____		