

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de intervención educativa en pacientes con factores de riesgo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

AUTORA: María Candelaria González Díaz

TUTORA: Dra. María del Carmen Arroyo López

Junio 2020

Grado de enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y
Fisioterapia. Universidad de La Laguna.

RESUMEN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las patologías respiratorias con mayor incidencia en nuestro país, y que con mayor frecuencia se observan en las urgencias de los servicios sanitarios, a causa de las agudizaciones o exacerbaciones de la enfermedad. Su aparición se podría prevenir o retrasar su aparición mediante el control de los factores de riesgo: tabaquismo, sedentarismo y obesidad.

En este documento se presenta un proyecto de Intervención Educativa dirigido a las personas mayores de 30 años, que pertenecen a la zona básica de salud de La Orotava II Dehesas del municipio de La Orotava, que presenten alguno de los factores de riesgo de la enfermedad. Con esta intervención se pretende educar a las personas intervenidas sobre la importancia del control de los factores de riesgo para evitar el desarrollo de la enfermedad y un mal pronóstico de ella. Los talleres se realizarán en una muestra de 50 personas para comprobar su efectividad.

La intervención constará de tres sesiones en las que se combinará los contenidos teóricos, en los que se relacionará los factores de riesgo con la EPOC, y actividades prácticas. El objetivo principal de los talleres es concienciar a la población intervenida sobre la importancia del tema y ayudar a modificar sus hábitos para que puedan llevar un estilo de vida más saludable. Para comprobar la efectividad de la intervención, se les entregará a los participantes un cuestionario en la primera y en la tercera sesión, para evaluar los contenidos adquiridos junto con un cuestionario de satisfacción.

PALABRAS CLAVE: EPOC, factores de riesgo, prevención, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, intervención educativa.

ABSTRACT

The Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most incident respiratory pathologies in Spain. That's why patients with COPD are those who most frequently need health care in the emergency room, because of disease exacerbations. This pathology could be prevented by the control of COPD's risk factors: smoking, sedentary lifestyle and obesity.

This document presents a desing of an educational intervention for people over 30, who belong to the basic health area of La Orotava II Dehesas of the town of La Orotava, who have any of COPD's risk factors. This intervention aims to educate the people who will participate in this study about the importance of control of the risk factors to avoid the development of the disease. The intervention will be conducted on a sample of 50 persons to check its effectiveness.

This intervention will have three sessions with theoretical contents about the relationship of the risk factors with the COPD, and practical activities. The main objective of the sessions is making aware the people who will participate in this study about the importance of the topic and help them to change their habits so they can have a healthier lifestyle. To check the effectiveness of the intervention, participants will be given a questionnaire at the first and third session to check the contents learned in the sessions with a satisfaction survey.

KEY WORDS: COPD, risk factors, smoking, sedentary lifestyle, obesity, educational intervention.

1. INTRODUCCIÓN.	5
1.1. Concepto.	5
1.2. Planteamiento del problema.	5
2. MARCO TEÓRICO.	7
2.1. Diagnóstico.	7
2.1.1. Pruebas complementarias.	7
2.2. Clasificación.	8
2.2.1. Agudizaciones.	8
2.3. Tratamiento.	8
2.3.1. Tratamiento farmacológico.	9
2.3.2. Medidas no farmacológicas.	10
2.4. Prevención.	11
2.4.1. El abandono del hábito del tabaco.	11
2.4.2. Promoción de la actividad física.	13
2.4.3. Alimentación saludable.	14
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	16
3.1. Datos epidemiológicos.	16
4. JUSTIFICACIÓN.	18
5. OBJETIVOS.	18
6. METODOLOGÍA.	19
6.1. Diseño.	19
6.2. Población diana y muestra.	19
6.2.1. Criterios de inclusión.	19
6.2.2. Criterios de exclusión.	19
6.3. Método de recogida de datos.	20
6.4. Temporalización.	20
6.5. Intervención educativa.	22
6.6. Recursos.	25
6.7. Cronograma.	26
6.8. Evaluación.	26
7. BIBLIOGRAFÍA.	27
8. ANEXOS.	30
ANEXO 1. Escala de conocimientos sobre la EPOC de COPD-Q.	30
ANEXO 2. Solicitud de ayuda al Ayuntamiento del municipio de La Orotava...	33

ANEXO 3. Solicitud de permiso a la Gerencia de Atención Primaria y al responsable del centro de salud de La Orotava II Dehesas del municipio de La Orotava.	34
ANEXO 4. Tríptico informativo.	35
ANEXO 5. Cuestionario de evaluación de satisfacción.	37

1. Introducción

1.1. CONCEPTO.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es definida por la OMS como un conjunto de alteraciones respiratorias crónicas que desencadena una disminución del flujo de las vías aéreas a causa de una bronquitis crónica y del enfisema pulmonar.

(1)

Se define que un paciente presenta clínica de bronquitis crónica cuando presenta clínica de tos y expectoración durante más de 3 meses al año, a lo largo de varios años consecutivos sin causa aparente. Mientras que, el enfisema pulmonar, se diagnostica al observar que ha aumentado el tamaño de los espacios aéreos distales del bronquio terminal de manera anormal, junto con la destrucción de las paredes alveolares sin fibrosis. La clínica de estas dos enfermedades principales se engloban en la enfermedad obstructiva crónica como tal. (2)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una de las enfermedades del sistema respiratorio que con más frecuencia precisan de asistencia sanitaria. Pero esta asistencia no se lleva a cabo únicamente a nivel hospitalario, sino que también se realiza la atención a nivel de atención primaria junto con la colaboración de la unidad de neumología.(2)

En los centros de salud la asistencia sanitaria del paciente con EPOC no sólo se basa en el cuidado y manejo clínico del paciente, ya que también se realizan las espirometrías, que permiten establecer el diagnóstico y llevar un seguimiento de la enfermedad, sino que también se realiza la educación sanitaria sobre los factores de riesgo de la enfermedad.(2)(3)

El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo activo ya que los efectos tóxicos del humo del tabaco hacen que las personas seamos más vulnerables a padecer EPOC o enfermedades respiratorias graves. Sin embargo, el tabaco no solo es capaz de deteriorar nuestro sistema respiratorio, sino que también pueden desencadenar, enfermedades metales y cardíacas, como la hipertensión o incluso puede llegar a ser un factor predisponente del Infarto agudo de miocardio, además de estar íntimamente relacionado con el cáncer de pulmón y de otros órganos diana. (2)(4)

Junto con el hábito tabáquico, podemos destacar dos factores de riesgo prevenibles, como es el caso de la obesidad y el sedentarismo. Aunque estos factores

estén relacionados con la proliferación de enfermedades cardiovasculares también afectan a nuestro sistema respiratorio. Un paciente obeso posee de base una alteración en su función respiratoria que puede ser leve o puede llegar a desencadenar una enfermedad más grave como es la insuficiencia respiratoria hipercápnica, el síndrome de apnea del sueño y complicaciones en la EPOC, y todo ello desencadenado por la hipoventilación. ⁽⁵⁾

Varios estudios aseguran que para la mejora de la EPOC se recomienda la realización de actividad física ya que influye positivamente en el pronóstico de la enfermedad. Es por ello, que el sedentarismo es considerado también un factor de riesgo debido a que el no realizar actividad física produce una pérdida de elasticidad de los músculos respiratorios lo que afecta directamente en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por esto, en el tratamiento de la EPOC se recomienda la realización de actividad física para así poder fortalecer la musculatura implicada en la respiración. ⁽⁶⁾

También hay factores de riesgo no modificables, a los que el paciente no puede evitar estar expuestos como la contaminación ambiental, o aquellas personas que trabajan con materiales que producen humos tóxicos que pueden llegar a inhalar accidentalmente. Además, si se ha padecido infecciones respiratorias en la infancia también puede hacernos más susceptible, pero con una menor incidencia. ⁽²⁾

Para la realización de esta intervención educativa, se explicarán, a continuación, unas series de nociones básicas sobre la enfermedad como tal y los factores de riesgo, centrándonos en el papel que debe realizar enfermería en la prevención de ellos a nivel de Atención Primaria, con la intención de informar acerca de los efectos negativos que tienen en nuestra salud y el mal pronóstico que pueden llegar a tener en la enfermedad.

2. Marco teórico.

2.1. DIAGNÓSTICO.

Antes de establecer un juicio diagnóstico, debemos saber reconocer la sintomatología que puede presentar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). En ella, destacan como síntomas principales la tos crónica productiva, la expectoración y la disnea. Pero al tratarse de una enfermedad progresiva, antes de la aparición de estos síntomas hay ciertos factores que nos pueden hacer sospechar que el paciente puede llegar a desarrollar la enfermedad. Estos factores son: ser mayor de 35 años, que sean fumadores activos o exfumadores y que presenten sintomatología leve como: disnea de esfuerzo, expectoraciones habituales, tos bronquitis invernales...Es por ello, que ante la presencia de estos factores se deberá realizar la exploración junto con las pruebas diagnósticas pertinentes para poder establecer un diagnóstico. (7)

2.1.1. Pruebas complementarias.

Entre las pruebas más importantes para realizar el diagnóstico de la enfermedad destacamos:

- La **espirometría**, es la prueba esencial para establecer un buen diagnóstico y así poder comprobar la gravedad de la EPOC. Esta prueba nos permite detectar si existe alteración ventilatoria comprobando los volúmenes de aire que es capaz de espirar y el tiempo que tarda en hacerlo. Sin embargo, no sólo se realiza para diagnosticar la enfermedad, sino que también para comprobar la evolución de la enfermedad.
- El **Test de broncodilatación**, nos permite valorar dependiendo de la obstrucción que posee el paciente si la enfermedad puede llegar a ser reversible o no.

Sin embargo, con estas dos pruebas no se establecería un diagnóstico real, por lo que se deben realizar estas otras pruebas adicionales para completar el juicio diagnóstico. Estas pruebas son:

- La **radiografía de tórax**, que es de gran utilidad para comprobar la existencia de enfisema severo y la detección de bullas. Al contrario de la espirometría, la radiografía de tórax no será necesario repetirla a no ser que aparezcan nuevos síntomas.

- La **gasometría arterial**, se realizará cuando el paciente presente síntomas de insuficiencia respiratoria, con saturaciones por debajo del 92%. Así podremos comprobar si existen anomalías en el intercambio de gases. ⁽⁷⁾

Además de ayudarnos a establecer el diagnóstico, estas pruebas nos permiten clasificar la enfermedad según su gravedad.

2.2. CLASIFICACIÓN.

El criterio principal para poder llevar a cabo una clasificación de la EPOC es la medida de la obstrucción al flujo aéreo. Para ello, al realizar la espirometría, prestaremos especial atención al volumen espiratorio forzado (FEV) que, si es menor del 80% del valor de referencia, puede indicarnos que sí hay obstrucción. Es por ello, que clasificaríamos la enfermedad en tres estadios importantes:

- ❖ EPOC leve: caracterizada por un FEV entre el 60-80%, que puede llegar a presentar o no síntomas crónicos (tos y expectoración).
- ❖ EPOC moderada: caracterizada por un FEV entre el 40-59%, con sintomatología de disnea, expectoración, y tos en algunos casos.
- ❖ EPOC grave: caracterizada por FEV menor del 40%, presentando signos de insuficiencia respiratoria y de fallo crónico. ^{(2) (8)}

2.2.1. Agudizaciones.

Las agudizaciones de la EPOC son el motivo principal de que le paciente requiera asistencia sanitaria de urgencia. En la gran mayoría de los casos la agudización de la enfermedad es a causa de una infección respiratoria, por el contrario también puede producirse como respuesta a una insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar..

La agudización se caracteriza por un empeoramiento de la situación basal del paciente que en muchos casos pone en riesgo la vida del paciente. En la sintomatología de la agudización podemos destacar: aumento de la tos y expectoración, que en algunos casos puede ser purulenta, y un incremento de la disnea. ⁽⁹⁾

2.3. TRATAMIENTO.

El tratamiento de la EPOC trata unas premisas fundamentales:

- Evitar que la enfermedad siga progresando.
- Alivio de los síntomas.
- Aumentar la tolerancia al ejercicio.

- Mejorar el estado general de salud.
- Prevenir y tratar las posibles complicaciones o exacerbaciones de la enfermedad.
- Reducir la mortalidad. ⁽¹⁰⁾

2.3.1. Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico se establecerá en base a la gravedad de la EPOC y a las condiciones basales en las que se encuentre el paciente. ⁽²⁾ Es por esto, que a continuación se describirá el tratamiento farmacológico para los cuatro estadios principales de la enfermedad.

➤ Estadio: EPOC leve.

En los casos de EPOC leve el tratamiento se centrará en el manejo de los síntomas principales, por lo que se utilizará principalmente broncodilatadores en los que destacamos:

- β 2- agonistas de acción corta y prolongada. Indicados para mejorar la función pulmonar, disminuyendo la disnea, además de la probabilidad de desarrollar exacerbaciones de la enfermedad. Sin embargo, no sólo actúa mejorando los síntomas, sino que también son capaces de incrementar la tolerancia al ejercicio mejorando su calidad de vida.
- Anticolinérgicos (antimuscarínicos). Los de acción corta son capaces de mantener un efecto broncodilatador mucho más duradero que los anteriores, es por ello que su uso es puntual, normalmente en casos de rescate. Por otro lado, los de acción prolongada destacan por su acción en la mejora de la calidad de vida del paciente, gracias al efecto que tienen en la función pulmonar.

➤ Estadio: EPOC moderada.

El tratamiento farmacológico de primera elección será uno de los dos broncodilatadores anteriores, en el caso de que sigan persistiendo los síntomas se podrán utilizar los dos broncodilatadores simultáneamente junto con la acción de las Metilxantinas, para así potenciar el efecto de la combinación de anticolinérgicos junto con los β 2- agonistas.

En el caso de que los síntomas sigan persistiendo se valorará la administración de corticoides. Sin embargo, su uso está indicado en casos más graves.

➤ Estadío: EPOC grave.

Se iniciará el tratamiento como si fuéramos a tratar un EPOC moderada, junto con las medidas no farmacológicas que se precisen. En el caso de que persistan los síntomas, se iniciará con los corticoides orales por su acción antiinflamatoria. No obstante, se ha demostrado que tiene mejores resultados en este tipo de pacientes, ya que reduce las exacerbaciones a lo largo de los años y mejorando en general la calidad de vida del paciente. ^{(2) (10)}

➤ Estadío: Agudizaciones.

En el caso de las agudizaciones que precisen de ingreso hospitalario se combinará la acción de los fármacos anteriores junto con la acción de antibióticos. Por el contrario, la administración de antibióticos estará indicada en aquellos casos que el color del esputo haya variado. Además, se combinará con las medidas no farmacológicas que se describirán posteriormente. ⁽⁹⁾

2.3.2. Medidas no farmacológicas.

- Oxigenoterapia.

Muchos de estos pacientes, por su estado avanzado de la enfermedad están en tratamiento con oxígeno domiciliario. La oxigenoterapia en casa puede ser continua en aquellos pacientes con EPOC grave que presenten una insuficiencia respiratoria, o intermitente, ya sea cuando van a hacer ejercicio porque aumenta la tolerancia al esfuerzo y disminuye la disnea, o durante el sueño para así poder evitar las desaturaciones. ^{(2) (10)}

- Rehabilitación respiratoria.

Aunque no existe un criterio de elección para elegir qué paciente es candidato al programa de rehabilitación respiratoria, suele darse prioridad a aquellos pacientes con EPOC moderada o grave en fase estable que a pesar del tratamiento siguen presentando síntomas.

Los objetivos principales de esta medida serán:

- Mejorar y aumentar la tolerancia al ejercicio.
- Mejorar el entrenamiento de los músculos respiratorios.
- Aumentar la calidad de vida del paciente.
- Disminución de la disnea y de los ingresos hospitalarios.
- Mejoría de la supervivencia.

Para conseguir estos objetivos se establecerá un plan de actividades adaptado a cada tipo de paciente, pero se basará en una serie de premisas fundamentales como son:

- Entrenamiento de ejercicios con el fin de aumentar la resistencia y fuerza muscular.
- Consejos para evitar el cansancio.
- Técnicas de respiración.
- Apoyo psicológico mediante terapias grupales.⁽¹⁰⁾

Estas dos medidas se las que sirven principalmente de apoyo junto con el tratamiento farmacológico, pero una de las partes más importantes del tratamiento a nivel de atención primaria es la prevención y la educación sanitaria.

2.4. PREVENCIÓN.

En la prevención de la enfermedad es fundamental la educación sanitaria, llevada a cabo por el personal sanitario, pero especialmente por las enfermeras, ya que son las que tienen un trato más frecuente con los ciudadanos que acuden al centro de Salud. La educación sanitaria puede ir dirigida a la población de riesgo que aún no ha desarrollado la enfermedad, o a los pacientes con EPOC ya diagnosticada en estadio leve, que siguen sin ser conscientes de su enfermedad. En el primer caso, la educación irá más enfocada a la eliminación o control de los factores de riesgo principales, mientras que en el segundo caso se centrará más en informar al paciente en cómo puede afectar su estilo de vida actual en el pronóstico de su enfermedad, en las complicaciones que puede llegar a desarrollar y en la expectativa de vida que le espera.

Esta intervención educativa va dirigida a aquellos pacientes que aún no han desarrollado la enfermedad o están en una fase leve, pero tienen los factores de riesgo presentes que animan a la proliferación de EPOC, va tratar cada uno de ellos individualmente.

Intervención educativa dirigida hacia:

2.4.1. El abandono del hábito del tabaco.

El tabaquismo está considerado por la OMS una de las epidemias más amenazadoras para la salud pública, pues a nivel de nuestro país, es la principal causa de morbimortalidad.⁽¹¹⁾

El tabaquismo es considerado factor de riesgo de muchas más enfermedades de diferente etiología, aunque mayoritariamente afecta más al sistema respiratorio. Puede llegar a ser precursor de enfermedades periodontales, afecta a nuestra salud mental favoreciendo la depresión y los trastornos mentales, e incluso puede afectar a la disfunción sexual en los hombres.

Además, entre el 75-80% de los cánceres humanos, aunque el más común sea el de pulmón, puede provocar cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón, uréter, vejiga... (12)

En el caso de la prevención de la EPOC, el abandono del hábito del tabaco es la primera medida más eficaz, tanto para evitar su aparición, como para evitar que siga progresando. Una de las estrategias que más se lleva a cabo cuando tratamos a un paciente fumador es la “Estrategia de las 5 A” para dejar de fumar.

Este método consiste en:

- ❖ AVERIGUAR: el consumo de tabaco que hace el paciente diariamente.
- ❖ ACONSEJAR: la cesación del hábito tabáquico.
- ❖ APRECIAR: la etapa de fumador en la que se encuentra el paciente y el grado de motivación para dejar de fumar.
- ❖ AYUDAR: en lo que sea necesario para que el paciente por fin deje el hábito.
- ❖ ACORDAR: un plan de seguimiento.

Para terminar de completar este método, también deberemos de comprobar el grado de dependencia que tiene hacia la nicotina. Para valorar el grado de dependencia utilizaremos el Test de Fagerström, que es el más utilizado a nivel mundial. En este cuestionario evalúa 6 ítems: el consumo de cigarrillos por día, el tiempo que tarda tras despertarse en tener la necesidad de fumar, el nivel de ansiedad que le causa el estar en lugares en los que no se permite fumar y si continúa fumando a pesar de estar enfermo. Los resultados de este test pueden oscilar entre los 0y los 10, si se obtiene una puntuación entre los 0-4 puntos la dependencia hacia la nicotina es baja, si es de 5-6 puntos se trata de una dependencia media, mientras que si los resultados oscilan entre los 7-10 puntos la dependencia puede llegar a ser patológica.

(10) (13)

Una vez hayamos recolectado los datos necesarios podremos educar a los pacientes realizando una intervención mínima en aquellos fumadores con baja dependencia a la nicotina o una intervención más intensa en fumadores crónicos.

La intervención mínima consiste principalmente en prevenir, pero también en informar, es por ello que en las sesiones de educación sanitaria se les enseñará el verdadero significado de EPOC, como les afectaría a su calidad de vida actual el desarrollar esta enfermedad, mostrándoles el efecto que tendría en el pronóstico de la enfermedad el continuar fumando, ya que entre el 30-70% de los pacientes diagnosticados, continúan haciéndolo. Principalmente se hará hincapié en el abandono del hábito ya que es la medida terapéutica más eficaz para evitar la enfermedad. Sobre todo, es muy importante que la persona quiera eliminar el tabaco de su vida, ya que, si están motivados en la eliminación del hábito, la intervención tendrá mejores resultados.

Por otro lado, en el caso de fumadores crónicos se llevará una intervención educativa más prolongada en el tiempo, que sería en el caso de que los pacientes no sean conscientes de lo que les provoca el tabaco y que no tienen intenciones de dejar de fumar. En estos casos el personal sanitario tendrá que mostrarse mucho más cercano y empático, pero sobretodo más pacientes, ya que son un grupo de personas menos receptivas. Es por ello, que se les ofrecerán diferentes estrategias para ir disminuyendo poco a poco su consumo. En estas terapias se les ofertará la terapia sustitutiva con nicotina (TSN). En la TSN encontramos parches chicles, spray nasal e incluso comprimidos que reemplazarían a la nicotina y fármacos como la vareniclina y el bupropión que les ayudarán previniendo el síndrome de abstinencia y disminuyendo poco a poco la necesidad de tabaco. En caso de que estas estrategias se lleven a cabo, es recomendable que la enfermera haga un seguimiento más frecuente de estas personas, buscando el tratamiento y la dosis más adecuada a sus necesidades, además se tendrá que tener un control más exhaustivo de cómo va respondiendo a la TSN. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

2.4.2. Promoción de la actividad física.

El sedentarismo está muy relacionado con la EPOC, ya que muchos pacientes suelen ser sedentarios a causa de la disnea que presentan cada vez que realizan un esfuerzo, lo que irá empeorando a medida que avanza su enfermedad. La actividad física en los pacientes con EPOC ha demostrado resultados positivos tanto en la rehabilitación pulmonar, como en la evolución y pronóstico de la enfermedad. Varios estudios afirman que la actividad física ayuda a disminuir los valores de disminución de la función pulmonar en pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El personal sanitario de salud deberá intentar sacar a la persona fumadora de ese círculo vicioso, ya no sólo por cómo afecta en su enfermedad de base, sino porque el sedentarismo es uno de los problemas de la salud pública, junto con el tabaquismo, más importantes. El hábito de llevar una vida sedentaria nos hace más susceptible al desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares y a desarrollar obesidad.

Es importante que la actividad física se adapte a las condiciones físicas de estas personas, ya que no se puede comenzar con ejercicios de alta intensidad, sino que se tiene que ir incrementando poco a poco, sobre todo en las personas sedentarias. Además, el propio paciente debe escoger la actividad con la que se sienta más cómodo, pero sobre todo la que más le guste. Entre las actividades que pueden realizarse destacan: aeróbico, ciclismo, trekking, deportes de equipo, baile, crossfit... En los casos de personas que no han realizado actividad nunca y su estilo de vida es sedentario se puede ir incrementando la actividad física modificando algunas actividades cotidianas como subir la escalera en lugar de coger el ascensor, limitar el uso del coche o del transporte público, ir caminando al trabajo si es posible...

Una de las ventajas que tiene la realización de actividad física es que sus efectos positivos se notan con gran rapidez. Pues mejora la autoestima, calma la ansiedad, disminuye la incidencia de depresión... Y a largo plazo no sólo tiene buen pronóstico en la capacidad pulmonar del paciente, si no que ayuda a fortalecer sus huesos, reduce la probabilidad de desarrollar múltiples enfermedades y ayuda a prevenir la obesidad, que es el último factor de riesgo que nos falta por desarrollar.^{(6) (16)}

2.4.3. Alimentación saludable.

La obesidad es una de las pandemias que se ha expandido por el mundo afectando tanto a países desarrollados como a los subdesarrollados. Al igual que el sedentarismo, la obesidad es precursora de distintas enfermedades pulmonares, cardiovasculares, metabólicas... Incluso se han encontrado evidencias en las que se relaciona a la obesidad como factor de riesgo principal para desarrollar cáncer. La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) y la World Cancer Research Fund (WCRF) han realizado varios estudios en los que se asegura que la obesidad puede afectar en el desarrollo de adenocarcinoma de esófago, cáncer de páncreas, colo-rectal, de mama en mujeres postmenopáusicas, endometrio, renal y de vesícula. El cáncer con más relación con la obesidad ha sido el de endometrio con un 39% frente al 37% de cáncer de esófago. ⁽¹⁷⁾

Varios estudios afirman que los pacientes obesos tienen más tendencia a que su enfermedad se vea más comprometida que en los pacientes con un peso saludable.

La obesidad puede tener graves consecuencias en nuestro sistema respiratorio, pues la grasa acumulada puede causar trastornos de la ventilación, los músculos respiratorios pierden su fuerza, lo que puede llegar a provocar que se reduzcan los volúmenes pulmonares. En relación con la EPOC, una persona obesa es más susceptible a desarrollar asma bronquial lo que empeora el pronóstico de la enfermedad, ya que, se produce una obstrucción del flujo de aire. ⁽¹⁸⁾

Por el contrario, en pacientes con EPOC también es muy común que sufran alteraciones en su nutrición que lleguen a provocar pérdidas de peso graves que pueden desembocar en un estado de desnutrición. Es por ello que mediante la educación sanitaria debemos asegurarnos que los pacientes diagnosticados tengan un buen estado nutricional, ya que una mala nutrición afecta directamente en nuestro sistema respiratorio y en especial a nuestros músculos respiratorios. ⁽¹⁹⁾

Es por ello, que la intervención que se realizará con los participantes se basa en la promoción de una alimentación saludable. Una de las dietas más nombradas en España, la dieta Mediterránea, es un claro ejemplo de una alimentación sana. Las premisas fundamentales de esta dieta son:

- Consumo de verduras, legumbres, frutas, frutos secos y cereales integrales a diario en las cantidades adecuadas.
- Utilizar el aceite de oliva tanto para cocinar como para aliñar.
- Bajo consumo de grasas saturadas.
- Consumir como fuente proteica más pescado que carne.
- Disminución del consumo de lácteos.
- Se permite acompañar las comidas con un vaso de vino.
- Beber fundamentalmente agua.

A estas recomendaciones debemos de añadirle el evitar el consumo en medida de lo posible de los productos ultraprocesados o comida rápida, ya que son alimentos hipercalóricos y son la fuente principal de grasas saturadas. El incremento del consumo de este tipo de alimentos ha sido una de las causas del aumento de la obesidad en la población en los países desarrollados, es por ello que debemos aprender a comer como lo hacían nuestros abuelos, ya que se ha demostrado que en esa época se llevaba una alimentación más saludable que la actual. ⁽¹⁹⁾

3. Antecedentes y estado actual del tema.

En la actualidad, la OMS considera la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) como una de las enfermedades con mayor índice de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Se estima que en un año mueren a causa de esta enfermedad 2,9 millones de personas. En nuestro país en el año 2019, fue la tercera causa de muerte afectando al 9,1% de la población entre los 40 y 69 años. Sin embargo, la incidencia de esta enfermedad podría haberse disminuido con la disminución o eliminación del hábito tabáquico.

Se prevé que para el 2030 la incidencia de la EPOC seguirá aumentando causando el 7,8% de las muertes que se produzcan al año, y el tabaco será el causante del 27% de esas muertes. Es por esto la importancia de educar en la prevención de los factores de riesgo, especialmente del hábito tabáquico. ⁽¹⁾ ⁽²⁰⁾

3.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

La principal causa de la EPOC, es el tabaquismo, y es que según los criterios de la European Respiratory Society, el 15% de los diagnosticados eran fumadores activos y el 12,8% exfumadores. La incidencia del consumo de tabaco, al igual que la prevalencia de la EPOC no para de aumentar en nuestro país. Según los últimos datos de la Comisión de Salud Pública del año 2019 la prevalencia del consumo de tabaco nos deja estas cifras: 24'4% de fumadores activos (diarios y ocasionales) mayores de 15 años. ⁽¹⁰⁾ Sin embargo, según la última Encuesta Nacional de Salud, que data del año 2017, esta cifra ha ido disminuyendo muy despacio a lo largo de los años, y curiosamente se debe a las mujeres. Aunque el porcentaje de hombres fumadores sea mayor (25,6%), frente al de mujeres (18,8%), a lo largo de los años, los hombres han sido capaces de ir disminuyendo el consumo mucho más rápido que ellas. ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾

Aunque el sedentarismo no sea una de las causas principales de desarrollo de la EPOC, sí que está relacionado con el pronóstico que pueda tener en la enfermedad. Un estudio realizado en la Comunidad Valenciana, en pacientes con EPOC, demostró que aquellos pacientes que realizaban a la semana un gasto energético inferior a 1.000 Kcal, tendían a desarrollar más complicaciones en su enfermedad, mientras los que realizaban un gasto energético entre 2000-3000Kcal o incluso más, solo desarrollaban el estadio leve de la enfermedad, ofreciéndoles una mejor calidad de vida y un mejor manejo de su enfermedad. ⁽²³⁾

Al igual que el hábito tabáquico, el sedentarismo en España no ha parado de aumentar a lo largo de los años, ya que la gran mayoría de la actividad laboral es sedentaria. El 38% de la población trabaja desde una silla, es cierto que esta cifra es inmodificable.

Lo que verdaderamente es preocupante es que el 35'3% de la población entre 15 y 69 años no realiza la actividad física recomendada por la OMS. En el caso del sedentarismo, las mujeres se ven mucho más afectadas que los hombres, pues en España el porcentaje de mujeres es el del 30'5% frente al 22'9% de los hombres, según el informe de la OMS esta diferencia se debe a "las normas culturales, los roles tradicionales o la falta de apoyo social". (22)

El sedentarismo y la obesidad están íntimamente relacionados, es por ello que si aumentan la población sedentaria, aumentará la población obesa. En los últimos 30 años no ha parado de aumentar el porcentaje de población que sufre obesidad o sobrepeso, llegando a multiplicarse la cifra por 2'4 desde 1987 hasta el 2017. En los últimos datos de la encuesta nacional de salud se data de que más de la mitad de la población española (54'5%) sufre obesidad o tiene exceso de peso, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Otro dato que nos preocupa, y que no para de aumentar es la obesidad infantil, de la que se ve afectado 1 de cada 10 menores (10'3% en niños de 2 a 17 años). (22)

4. Justificación.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) genera un impacto no sólo en la salud del paciente, sino que también en su estilo de vida y entorno. El número de afectados por EPOC no ha parado de aumentar a la largo de los años a pesar de ser una enfermedad previsible, y se prevé que este número siga afectando, estimándose que en 2030 llegue a ser la tercera causa de morbilidad y mortalidad. ⁽²⁰⁾

El pilar fundamental para evitar el aumento de los afectados por la EPOC, es el control de los factores de riesgo. Para ello, es imprescindible la educación sanitaria en la población que es más susceptible a desarrollar la enfermedad, motivo por el cual se decide poner en práctica este proyecto de intervención educativa enfocado a la población de riesgo, fumadores obesos y con un estilo de vida sedentaria. La principal intención es aportar la información necesaria para la erradicación de los malos hábitos y así conseguir un estilo de vida más saludable. De este modo, concienciaremos a la población del efecto negativo que puede tener en su salud y en el pronóstico de su enfermedad, y se les aportará las ayudas y el apoyo necesario para el abandono del hábito tabáquico, trabajando a su vez la promoción de la actividad física e inculcándoles las bases de una alimentación saludable.

5. Objetivos.

Los objetivos de esta intervención educativa, deberán ser medibles y alcanzables, por lo que el objetivo principal será:

❖ **Objetivo general:**

- Concienciar a las personas susceptibles de sufrir una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la existencia de alternativas para poder modificar sus hábitos, referidos al tabaquismo y una inadecuada alimentación junto con la falta de ejercicio.

❖ **Objetivos específicos:**

- Dar a conocer a los grupos de riesgo susceptibles de desarrollar EPOC, de cómo sus hábitos afectan al pronóstico de la enfermedad.
- Ofrecer las alternativas y estrategias necesarias para el abandono del hábito tabáquico.
- Conocer el grado de satisfacción de los sujetos, una vez haya sido finalizada la intervención educativa.

6. Metodología

6.1. DISEÑO.

Se llevará a cabo una Intervención Educativa, que se centrará en la importancia del abandono del hábito tabáquico y en la promoción de la realización de actividad física junto con una alimentación saludable. Estará dirigida a los adultos de riesgo que son más susceptibles a desarrollar EPOC, con el objetivo principal de evitar la progresión de la enfermedad. Es por ello, que además de los talleres y las actividades que se llevarán a cabo en la intervención se realizará una charla informativa sobre la enfermedad y cómo afectan sus malos hábitos al pronóstico de la enfermedad.

Esta intervención constará de tres fases principalmente: una pre-intervención, en la que se repartirá un cuestionario para la evaluación de los conocimientos que tienen las personas que participarán en el taller sobre la EPOC (Anexo 1), una intervención de educación sanitaria y una última fase de evaluación de los conocimientos adquiridos.

6.2. POBLACIÓN DIANA Y MUESTRA.

El proyecto de intervención educativa recoge a todos los sujetos, mujeres y hombres, mayores de edad, que pertenezcan a la zona básica de salud de La Orotava II Dehesas. Se realizará una prueba piloto con una muestra de 50 participantes para comprobar la efectividad de la intervención.

Cada taller estará formado por un grupo máximo de 10 personas, por lo que se formarán 5 grupos ya que el aforo máximo de asistentes a la intervención será de 50 personas.

6.2.1. Criterios de inclusión.

- Capacidad suficiente para leer a nivel de estudios primarios.
- No poseer alteraciones auditivas, visuales y de expresión oral.
- Ser paciente de riesgo para desarrollar EPOC (fumador, sedentario y obeso).
- Solicitar la inclusión en los talleres.

6.2.2. Criterios de exclusión.

- Personas que presenten barrera idiomática.
- Pacientes diagnosticados de EPOC.
- Ser menor de 30 años.

6.3. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.

Para llevar a cabo esta intervención se presentará una solicitud de ayuda económica al Ayuntamiento del municipio de La Orotava (Anexo 2) para su realización. A su vez, se solicitará un permiso al centro de salud de Las Dehesas y a la gerencia de Atención Primaria, para gestión y realización de los talleres con los ciudadanos que pertenecen a esta área básica de salud. (Anexo 3)

Para la recogida de datos se empleará un cuestionario de *Chronic Obstructive Pulmonary Disease knowledge Questionnaire* (COPD-Q) que está validado en español y que consta de 13 ítems sobre conocimientos básicos de la enfermedad, de fácil comprensión para las personas con bajo nivel de conocimientos sobre la salud. (23)

La divulgación de la intervención se realizará desde el 3 de agosto hasta el 7 de septiembre de 2020. Se repartirán los trípticos (Anexo 4) para la promoción de la intervención por las distintas zonas comunes del centro de salud, salas de espera, urgencias, consultas, en los mostradores de administración... A su vez, los enfermeros y médicos de consulta recomendarán la asistencia de la intervención a las personas que presenten alguno de los principales factores de riesgo de la EPOC, explicándoles en qué va a consistir la intervención, los talleres y cuando se llevará a cabo. Los interesados deberán apuntar su nombre, apellidos y número de teléfono para confirmar la asistencia a la intervención.

6.4. TEMPORALIZACIÓN.

Esta intervención educativa tendrá una duración de nueve días. Comenzará el 9 de septiembre y finalizará el 18 de septiembre de 2020.

Las personas que se hayan apuntado a la intervención se dividirán en 5 grupos (grupo 1, grupo 2, grupo 3, grupo 4 y grupo 5), cada grupo estará formado por un máximo de 10 personas. Los grupos no deberán acudir al centro los nueve días que dura la intervención, si no que cada grupo acudirá tres días al centro, en los que se explicarán los contenidos teóricos y se realizarán las actividades prácticas. A excepción, del grupo 5 que simplemente deberá acudir al centro dos días.

Para la facilitación de la asistencia a aquellas personas que trabajen en turno de mañana se establecerán dos grupos de mañana (grupo 1 y 3) y dos de tarde (grupo 2 y 4), el grupo 5 tendrá las sesiones en horario de mañana y tarde.

La intervención constará de dos sesiones principales dedicadas a los contenidos teórico-prácticos de la intervención, y una sesión para la evaluación de ésta. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Fecha y horario de las sesiones.

	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3
GRUPO 1	9 de septiembre de 2020. 10:00-13:00h.	10 de septiembre de 2020. 10:00-13:00h	11 de septiembre de 2020. 10:00-11:00h.
GRUPO 2	9 de septiembre de 2020. 16:00-19:00h.	10 de septiembre de 2020. 16:00-19:00h.	11 de septiembre de 2020. 16:00-17:00h
GRUPO 3	14 de septiembre de 2020. 10:00-13:00h.	15 de septiembre de 2020. 10:00-13:00h	16 de septiembre de 2020. 10:00-11:00h.
GRUPO 4	14 de septiembre de 2020. 16:00-19:00h.	15 de septiembre de 2020. 16:00-19:00h.	16 de septiembre de 2020. 16:00-17:00h.
GRUPO 5	17 de septiembre de 2020. 16:00-19:00h	18 de septiembre de 2020. 10:00-13:00h.	18 de septiembre de 2020. 16:00-17:00h.

Las sesiones 1 y 2 tendrán una duración de tres horas, mientras que la sesión 3 será mucho más corta con una duración de 30 minutos. La distribución de las actividades según el tiempo de duración de la sesión se hará de la siguiente manera: (Ver tabla 2)

Tabla 2. Distribución del tiempo de las sesiones.

SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3
Presentación. Duración: 15 min.	Resumen de la sesión anterior y resolución de dudas. Duración: 15 min.	Resumen de la sesión anterior y reparto del cuestionario 1. Duración: 30 min.
Presentación y reparto del cuestionario 1. Duración: 30 min.	Contenido teórico: beneficio de la actividad física y alimentación saludable. Duración: 60 min.	Reparto del cuestionario de evaluación. Duración: 20 min.
Contenido teórico: EPOC y tabaquismo. Duración: 60 min.	Descanso Duración: 15 min.	Despedida y agradecimientos. Duración: 10 min.
Descanso. Duración: 15 min.	Taller: “Aprende a cocinar como tus abuelos” Duración: 90 min.	
Terapia grupal. Duración: 60 min.		

6.5. INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

Primera sesión:

- Presentación.

Para intentar que la intervención sea lo más cercana posible, habrá una presentación tanto de la enfermera como de los asistentes al taller. Una vez finalizada las presentaciones, se comenzará con la intervención educativa, exponiendo previamente los objetivos.

- Entrega del cuestionario 1.

Se le repartirá un cuestionario y un bolígrafo a cada uno de los participantes intervenidos. Se leerá el cuestionario en grupo para la resolución de posibles dudas que puedan surgir con él.

- Exposición de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y su relación con el tabaquismo.

Se comenzará haciendo una breve introducción de la EPOC, explicando en qué consiste la enfermedad y cómo afecta a su calidad de vida. Seguidamente se relacionará con el tabaquismo. Se hablará de los efectos negativos que puede acarrear este hábito a su salud, para ello utilizaremos imágenes reales estableciendo una comparativa entre un pulmón sano y el pulmón de un fumador. También se ofertarán las medidas de las que disponen para el abandono del hábito tabáquico y se les repartirá algunas muestras.

Para la exposición de contenidos se utilizará una presentación en PowerPoint en la que se promoverá la participación activa para lograr un feed-back y lograr así un mayor interés.

- Descanso:

Los asistentes dispondrán de 15 minutos para desconectar de la sesión.

- Terapia de grupo:

En esta parte todo el grupo se sentará en círculo para poder establecer contacto visual entre todos. En esta parte del taller, se centrará básicamente en una ronda de preguntas sobre el tabaquismo tales como: “¿qué es lo que verdaderamente te aporta el cigarro?”, “Si continúas fumando, ¿qué expectativas de vida crees que te esperan?”, “¿cómo crees que afecta el fumar a tu vida diaria?”, entre otras. En esta terapia, también podrán exponer sus experiencias, sus miedos a la hora de dejar el hábito, para que en el grupo encuentren el apoyo que necesitan.

- Despedida y resolución de dudas.

Se resolverán las posibles dudas que tengan y se introducirá un poco el tema de la sesión siguiente.

Segunda sesión

- Resumen de la sesión anterior.
- Exposición de los beneficios de la actividad física y alimentación saludable.

Se comenzará con un resumen de los contenidos vistos en la sesión anterior, y se relacionará los beneficios de la actividad física y de una alimentación saludable en la progresión de la EPOC.

A su vez se les expondrá los pequeños cambios que pueden llevar a cabo para llevar una vida más activa, en los casos de las personas que no estén dispuestas a realizar actividad física o algún deporte. También se les explicará las bases de una alimentación saludable, recalcando el movimiento “RealFood” y la dieta mediterránea.

- Descanso.

Los pacientes dispondrán de 15 minutos para desconectar de la sesión.

- Taller “Aprende a cocinar como los abuelos”

En este taller el grupo se dividirá en tres subgrupos (2 de tres personas y 1 de cuatro). Cada grupo dispondrá de una mesa con gran variedad de alimentos, desde frutas y verduras hasta alimentos más procesados. El profesional de la salud que está a cargo de la intervención dispondrá de varios nombres de recetas que solían cocinar nuestros abuelos, en las que cada grupo deberá de escoger los ingredientes que piensan que conforman dicha receta, en el menor tiempo posible.

Al finalizar este taller, podrán disfrutar de un pequeño catering de frutas de temporada.

- Despedida y resolución de dudas.

Se resolverán las posibles dudas que tengan.

Tercera Sesión

- Resumen de la intervención.
- Reparto del cuestionario 1.

Se volverá a repartir de nuevo el cuestionario 1, que se había cumplimentado con anterioridad en la sesión 1. Para así comprobar los contenidos teóricos adquiridos sobre la EPOC una vez finalizados los talleres.

- Cuestionario de evaluación.

Se procederá a la explicación del cuestionario de evaluación y al reparto de este. Dispondrán de 15 minutos para su complementación.

- Despedida.

Se agradecerá la participación de cada uno de los participantes.

6.6. RECURSOS.

En la siguiente tabla se adjuntará los gastos económicos que supondrá la realización de esta intervención educativa.

CONCEPTO	CANTIDAD	IMPORTE INDIVIDUAL	IMPORTE TOTAL
Ordenador	1	250€	250€
Proyector	1	290€	290€
Altavoces	1	19,62€	19,62€
Bolígrafos	75	0,50€	37,5€
Impresión del cuestionario	150	0,10€	15€
Impresión de los trípticos	150	0,30€	45€
Chicles de nicotina (30 unidades)	3	14,10€	42,30€
Compra alimentaria para el taller	3	75€	225€
		TOTAL:	924,42€

Esta intervención educativa supondrá un gasto económico total de 924,42€. Sin embargo, si el ayuntamiento o el propio centro de salud nos facilita el material audiovisual, el presupuesto se reduciría a un coste total de 364,80€. No obstante, se solicitará una ayuda de subvención económica al ayuntamiento de La Orotava, para la realización de la intervención.

También contactaremos con una empresa que se encarga de la promoción de productos para ayudar a dejar de fumar, con el fin de que nos subvencionen muestras de sus productos a cambio de la promoción de estos.

6.7. CRONOGRAMA

MESES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Elección del tema de investigación									
Estudio bibliográfico y diseño de la intervención educativa									
Redacción del TFG									
Finalización del TFG									
Solicitud de permisos									
Divulgación del tríptico.									
Intervención educativa									

6.8. EVALUACIÓN

La evaluación se realizará en la sesión 3 de la intervención, mediante la repartición de dos cuestionarios: de nuevo el cuestionario que se repartió en la sesión 1 ^{Anexo 1} y un cuestionario de satisfacción ^{Anexo 5}.

El objetivo principal del reparto del primer cuestionario es evaluar los conocimientos adquiridos de los participantes sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y cómo afectan sus hábitos a su pronóstico. Se comparará los resultados de los cuestionarios, para comprobar si la intervención ha resultado efectiva.

A su vez, se repartirá el segundo cuestionario para comprobar el grado de satisfacción de los asistentes tanto con los contenidos teóricos como con las actividades grupales. Además, podrán aportar sugerencias de mejora para tenerlas en cuenta, si los resultados fueran favorables, ya que se plantearía realizar la intervención educativa con otro grupo de pacientes que presenten los mismos factores de riesgo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

7. Bibliografía

1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) [Internet]. WHO.int 2020
Disponible en:
<https://www.who.int/respiratory/copd/es/>
2. Álvarez Sala JL., Cimas E., Masa JF., Miravittles M., Molina J., Naberan K.
Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar
obstructiva crónica. Archivos de Bronconeumología [Internet] Julio 2001, 37(7):
269-78. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289601750892>
3. Naberan K., de la Roza C., Lamban M., Gobartt E., Martín A., Miravittles M.
(2006). Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la
EPOC en atención primaria. Archivos de Bronconeumología [Internet]
Diciembre 2006, 42(12): 638-44. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-utilizacion-espirometria-el-diagnostico-tratamiento-articulo-13095973>
4. Lugones Botell, M.,Ramírez Bermúdez, M., Pichs García L. A., MiyarPieiga E.
Las consecuencias del tabaquismo. Rev. Cubana de Higiene y epidemiología.
[Internet] Septiembre-Diciembre de 2006; 44(3): Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/2232/223220189007.pdf>
5. Rabec C., de Lucas Ramos P., Veale D. (2011). Complicaciones respiratorias
de la obesidad. Archivos de Bronconeumología [Internet] Mayo 2011: 47(5),
252-61. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-complicaciones-respiratorias-obesidad-articulo-S0300289611000494>
6. Monteiviayor, T. Rehabilitación respiratoria en la enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica (EPOC). Medicina Respiratoria [Internet] 2012: 5 (2): 33-42
Disponible en:
<http://www.neumologiaysalud.com/descargas/R5/R5-5.pdf>

7. Martínez Carrasco, J.L., Horrillo García C., Pimentel Leal M. Diagnóstico De La EPOC. Revista Clínica Electrónica En Atención Primaria [Internet] Octubre 2004, (5): 1-5. Disponible en:
<https://ddd.uab.cat/record/98892>
8. Pino Blanco, R., Álvarez Fernández O., Rivero Berovides J. Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica. Revista científica médica de Cienfuegos [Internet] 2012, 10 (número especial): 109-13. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/viewFile/19/17>
9. Grupo de trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Archivos de Bronconeumología [Internet] Junio 2017, 43 (1): 2-64. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-vol-53-num-s1-sumario-S0300289617X72001>
10. Figueroa Casas J. C., Schiavi E., Mazzei J. A., López A. M., Rhodius E., Ciruzzi J. et al. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de LA EPOC en la Argentina. Medicina (Buenos Aires) [Internet] Agosto 2012, 72(4): 1-33. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000500001
11. Tabaco. Who.int [Internet]Who.int 2019. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
12. Martín Ruíz, A., Rodríguez Gómez, I., Rubio, C., Revert, C., Hardisson, A. Efectos tóxicos del tabaco. Revista de Toxicología [Internet] 2004, 40(5): 38-44. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/revista.oa?id=919>
13. Walter L., Arias Gallegos J. C. Huamani Cahua R. C. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. Acta Médica de peruana [Internet] Septiembre 2018. 35 (3):174-9. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1728-591720180003&lng=en&nrm=iso

14. Miravittles M., Soler Cataluña J. J., Calle M., Molina J., Almagro P., Quintano J. A. et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Archivos de Bronconeumología [Internet] 2014, 50(Supl 1): 1-16. Disponible en:
http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_Espanola_EPOC_gesEPOC_Actualizacion_2014.pdf
15. Echave Sustaeta J., Villena Garrido M., Pérez González V. Nuevos avances en el tratamiento de la EPOC. Información terapéutica del sistema nacional de salud [Internet] 2002. 26 (2): 34-42. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/gl/biblioPublic/publicaciones/docs/200202-01.pdf>
16. Márquez Rosa S., Rodríguez Ordax J., De Abajo Olea, S. Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Apuntes [Internet] 2006, 83: 12-24. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/39140933.pdf>
17. Sánchez C., IbáñezC., Klaassen J. Obesidad y cáncer: la tormenta perfecta. Revista médica de Chile [Internet] Febrero 2014. 142 (2): 211-21. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000200010&script=sci_arttext
18. Rabec C., de Lucas Ramos P., Veale D. Complicaciones respiratorias de la obesidad. Archivos de Bronconeumología [Internet] Mayo 2011, 47 (5):252-61. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289611000494>
19. Alcolea Batres S., Villamor León J., Álvarez Salas R. EPOC y estado nutricional. Archivos de Bronconeumología [Internet] 2007. 43(5): 283-8. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-content-articulo-13101956>

20. Soriano J., Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. Archivos de Bronconeumología [Internet] Junio 2007. 43(1): 2-9. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-datos-epidemiologicos-epoc-espana-articulo-13100985>
21. Encuesta nacional de Salud de España. Mscbs.gob.es [Internet] 2017 (actualizado el 26 de junio de 2018) Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
22. Marín Royo M., Pellicer Císcar C., González Villaescusa C., Bueso Fabra MJ., Aguar Benito C., Andreu Rodríguez A. L. et al. Actividad física y su relación con el estado de salud en pacientes EPOC estables. Archivos de Bronconeumología [Internet] Julio 2011. 47 (7):335-42. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-actividad-fisica-su-relacion-con-articulo-S0300289611000895>
23. Puente Maestu L., Chancafe Morgan J., Calle M., Rodríguez Hermosa J. L., Malo de Molina R., Ortega González A. et al. Validación de la versión en español del cuestionario COPD-Q/EPOC-Q de conocimiento de la EPOC. Archivos de Bronconeumología [Internet] Enero 2016. 52 (1): 12-6. Disponible en:
<https://www.archbronconeumol.org/es-validacion-version-espanol-del-cuestionario-articulo-S0300289615001167>

8. Anexos

ANEXO 1. Escala de conocimientos sobre la EPOC de COPD-Q.

CUESTIONARIO 1

1. Sexo:

- a) Hombre.
- b) Mujer

2. Edad:

- a) 30-40 años.
- b) 40-50 años
- c) Más de 60 años.

3. Las personas con EPOC deben vacunarse contra la neumonía.

- a) Verdadero.
- b) Falso.

4. El uso de oxígeno en casa puede ayudar a las personas con EPOC a vivir más tiempo.

- a) Verdadero.
- b) Falso.

5. Los medicamentos para la EPOC evitan que la enfermedad empeore.

- a) Verdadero.
- b) Falso.

6. La EPOC se puede prevenir.

- a) Verdadero.
- b) Falso.

7. Las personas con EPOC pueden dejar de tomar su medicación respiratoria de mantenimiento (inhaladores) cuando los síntomas de la EPOC mejoran.

- a) Verdadero.
- b) Falso.

- 8. Las personas con EPOC a menudo tienen una tos que no desaparece.**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 9. Dejar de fumar evita que la EPOC empeore.**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 10. La principal causa de la EPOC es fumar o inhalar humo pasivamente.**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 11. Las personas con EPOC pueden sentir falta de aire (fatiga).**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 12. El medicamento salbutamol (inhalador) se puede utilizar en cualquier momento que sienta falta de aire (fatiga).**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 13. Las personas con EPOC deben vacunarse contra la gripe cada año.**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 14. Solo deben usarse los medicamentos para el EPOC (inhaladores) cuando no pueda respirar.**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.
- 15. La EPOC puede revertirse (volver atrás/curarse).**
- a) Verdadero.
 - b) Falso.

ANEXO 2. Solicitud de ayuda al Ayuntamiento del municipio de La Orotava.

Título: Proyecto de Intervención Educativa en pacientes con factores de riesgo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Enfermera: María Candelaria González Díaz.

Teléfono: 608 533 422

Correo electrónico: mariagonzalezescolar@gmail.com

Institución: Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia, universidad de La Laguna.

Por la presente, se solicita:

- Ayuda económica para la realización de una Intervención Educativa con los habitantes que acuden al Centro de salud de La Orotava II Dehesas, del municipio de La Orotava.
- Dicha ayuda económica es para sufragar el material audiovisual como de papelería.

La intervención educativa constará con un programa de educación sanitaria con tres sesiones en las que se tratará contenidos relacionados con la prevención de los tres principales factores de riesgo de la EPOC (tabaquismo, sedentarismo y obesidad). Este estudio está dirigido a la población mayor de 30 años que aún no haya desarrollado la enfermedad y que presente algunos de los factores de riesgo del EPOC.

Objetivo general del estudio: Concienciar a las personas susceptibles de sufrir una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la existencia de alternativas para poder modificar sus hábitos, referidos al tabaquismo y una inadecuada alimentación junto con la falta de ejercicio.

Se adjunta:

- Proyecto de intervención educativa.
- Cuestionario.
- Tríptico.

La intervención educativa será realizada por la enfermera graduada M^a Candelaria González Díaz.

En La Laguna, a __ de _____ de 20__

ANEXO 3. Solicitud de permiso a la Gerencia de Atención Primaria y al responsable del centro de salud de La Orotava II Dehesas del municipio de La Orotava.

Título: Proyecto de Intervención Educativa en pacientes con factores de riesgo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Enfermera: María Candelaria González Díaz.

Teléfono: 608 533 422

Correo electrónico: mariagonzalezescolar@gmail.com

Institución: Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia, universidad de La Laguna.

Por la presente se solicita la petición de permiso para la realización del estudio en sus instalaciones y con la población de la zona básica de salud de La Orotava II Dehesas del municipio de La Orotava. Además, se solicita la colaboración del personal sanitario y no sanitario para poder llevar a cabo la intervención (colocación de material audiovisual, preparación del aula, etc.)

La intervención educativa constará con un programa de educación sanitaria con tres sesiones en las que se tratará contenidos relacionados con la prevención de los tres principales factores de riesgo de la EPOC (tabaquismo, sedentarismo y obesidad). Este estudio está dirigido a la población mayor de 30 años que aún no haya desarrollado la enfermedad y que presente alguno de los factores de riesgo.

Objetivo general del estudio: Concienciar a las personas susceptibles de sufrir una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la existencia de alternativas para poder modificar sus hábitos, referidos al tabaquismo y una inadecuada alimentación junto con la falta de ejercicio.

Se adjunta:

- Proyecto de intervención educativa.
- Cuestionario.
- Tríptico.

La intervención educativa será realizada por la enfermera graduada M^a Candelaria González Díaz.

En La Laguna, a __ de _____ de 20__

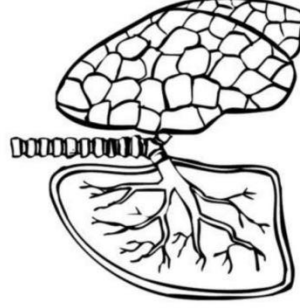
¿Te gustaría modificar esos hábitos y llevar una vida más saludable?

Si te lo has planteado miles de veces y no sabes cómo ponerte manos a la obra, en este taller te daremos las estrategias más adecuadas para ti, para que por fin seas capaz de superar estos malos hábitos.

Información de interés:

- Los talleres se realizarán en las instalaciones del centro de salud.
- El aforo total de la intervención será de 50 participantes.
- Se establecerán 5 grupos formados por 10 personas máx.
- Habrán horarios de mañana y tarde.
- Para más información consulte con su médico o enfermera de consulta.
- Los talleres se llevarán a cabo en las instalaciones del centro de salud.

¿Conoces cómo pueden afectar tus hábitos a la Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica (EPOC)?



El tabaquismo, una mala alimentación y un estilo de vida sedentario, son los principales factores de riesgo de esta enfermedad.

ANEXO 4. Tríptico informativo.

Sesión 1

En esta sesión trataremos conocimientos básicos sobre la EPOC y su íntima relación con el consumo de tabaco.

Se calculará el grado de dependencia hacia la nicotina de cada participante, ofreciéndole la alternativa que más se ajuste a su situación.

Actividad grupal:

En la parte práctica del taller se establecerá una terapia grupal, en la que podrás encontrar el apoyo que te falta en los testimonios de otras personas que están pasando por tu misma situación.

Sesión 2

En esta sesión hablaremos sobre los efectos negativos del sedentarismo en nuestra vida.

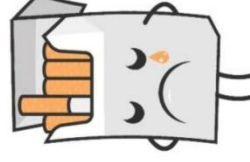
Se ofrecerán múltiples estrategias para ir modificando este hábito poco a poco, ajustado a la edad y condición física de cada participante.

También explicaremos las bases de una alimentación saludable, tomando como ejemplo la dieta mediterránea y el movimiento "RealFood".

Actividad grupal: "Aprende a cocinar como los abuelos"

Sesión 3

Esta será la última sesión del taller y estará dedicada únicamente a la evaluación de los conocimientos adquiridos y a la satisfacción con las actividades realizadas



ANEXO 5. Cuestionario de evaluación de satisfacción.

Con este cuestionario se pretende evaluar el grado de satisfacción de usted con los contenidos teóricos y prácticos de esta intervención educativa y las posibles sugerencias de mejora. El cuestionario será totalmente ANÓNIMO.

1) Señale su sexo:

- a) Hombre.
- b) Mujer

2) Señale su rango de edad:

- a) 30-40 años.
- b) 40-50 años.
- c) <50 años.

3) Claridad y entendimiento de los contenidos teóricos.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

4) Variabilidad de los contenidos.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

5) Aplicabilidad de los contenidos a la vida diaria.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

6) Duración de los contenidos teóricos.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

7) Originalidad de los contenidos.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

8) Compresión de las actividades prácticas de las sesiones.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

9) Satisfacción con las actividades prácticas.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

10) Amabilidad de las sesiones.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

11) Satisfacción general con la intervención.

- a) Muy adecuada.
- b) Adecuada.
- c) Poco adecuada.
- d) Desadecuada.

12) Sugerencias de mejora.

Muchas gracias por su aportación.