



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA



CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

AUTORES:

**Br. Cura, Magelo
Br. Fernández, Ma. José
Br. Miños, Cecilia
Br. Pérez, Ma. Eugenia
Br. Piedra, Eliana**

TUTOR:

**Prof. Adj. Lic. Monge, América
Prof. Adj. Lic. Arada, Ana**

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013



INDICE

AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindados, gracias a las cuales se pudo llevar adelante esta tarea tan importante para nuestra profesión.

Profesores del curso

- Tutoras responsables, Prof. Adj. Licenciada en Enfermería América Monge, Prof. Adj. (s) Ana Arada.
- Profesora Adj. Rosa Espina.
- Directora del Centro de Salud Enrique Claveaux, Doctora Ana María Larrosa.
- Dra. Neumóloga Silvia Cataldi.
- Doctoras Silvia Bazzano y Mariela Bonilla Centro de Salud Aquiles Lanza.
- A los usuarios encuestados que colaboraron en nuestra investigación.
- A nuestros familiares que nos acompañaron en esta aventura.

Profesores de la cátedra

MUCHAS GRACIAS!!

Profesores

Profesores

Profesores

Profesores

Profesores

Profesores



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



INDICE

Abreviaturas y siglas	3
Resumen	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	6
Justificación	6
Marco teórico	8
Tema de investigación	18
Problema de investigación	18
Objetivos de la investigación	18
Metodología	19
Métodos e instrumento recolección de datos	20
Plan de tabulación y análisis de datos	22
Aspectos éticos	25
Resultados	26
Discusión	42
Conclusión	46
Sugerencias	48
Bibliografía	49
Anexos	52



ABREVIATURAS Y SIGLAS

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

OMS: Organización Mundial de la Salud

GOLD: Iniciativa global para la enfermedad obstructiva crónica

PLATINO: Proyecto latinoamericano para la investigación de la enfermedad obstructiva crónica

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

PIAS: Plan Integrar de Atención en Salud

JUNASA: Junta Nacional de Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

RAP: Red de Atención Primaria



RESUMEN

La presente investigación fue realizada por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería; de la carrera de Licenciatura en Enfermería cursando el cuarto ciclo correspondiente al trabajo de investigación.

Cuyo objetivo fue conocer cuál es la perspectiva del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de origen tabaquista en cuanto a la continuidad asistencial relacionado a su vínculo con el equipo de salud, en el centro de salud Dr. Enrique Claveaux (Ex Filtro) de la Red de Atención Primaria (RAP), Montevideo.

Dicha investigación se llevó a cabo en los meses comprendidos entre Octubre y Diciembre del año 2013.

Metodológicamente corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, siendo la población objeto pacientes diagnosticados con EPOC, que hayan presentado el hábito de tabaco o lo mantengan, de ambos sexos, mayores de 40 años.

El instrumento metodológico utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario que se le aplicó a la población objetivo.

Como resultado obtuvimos que un 56% de los usuarios entrevistados manifestaron que existe una continuidad asistencial de relación, predominando los aspectos positivos que favorecen el vínculo como ser una comunicación adecuada, información precisa y clara, confianza del paciente hacia el profesional responsable, e interés de los profesionales hacia sus usuarios.

Como conclusión pudimos determinar cuál es la perspectiva del paciente con EPOC en cuanto a la continuidad asistencial y su vínculo con el equipo de salud.

Palabras claves: EPOC diagnosticado por el hábito de tabaco, continuidad asistencial, primer nivel de atención, equipo de salud.



INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de obtener el grado de la carrera Licenciatura en Enfermería, por cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El mismo fue tutorado por la Prof. Adj. Lic. En Enf. América Monge y Prof. Adj. (s) Lic. En Enf Ana Arada de la Cátedra de Enfermería Comunitaria.

La línea de investigación propuesta fue, la perspectiva del paciente con EPOC en cuanto a la continuidad asistencial de relación con el equipo de salud, en el primer nivel de atención.

La importancia del tema se ve reflejada tanto a nivel mundial como en nuestro país, según las estadísticas epidemiológicas. En base a esto creemos imprescindible ahondar sobre dicho tema ya que en el 2020 se pronostica que será la tercera causa de muerte y el quinto motivo de incapacidad. Así mismo en nuestro País, 20 uruguayos por cada 100 padecen de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y desde el año 1975 hasta el 2009, la mortalidad ha aumentado un 153%.

Siendo esta patología de carácter crónico, requiriendo un continuo seguimiento y supervisión, nos debemos centrar en la prevención y promoción, visión del paciente en forma integral para evitar una recaída del mismo en una atención más especializada, causando una ruptura en la continuidad asistencial, priorizando el trabajo en redes y coordinación entre los servicios de salud.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El usuario con EPOC tabaquista identifica dificultades en el vínculo con el equipo de salud que influya en la continuidad asistencial en el primer nivel de atención?

JUSTIFICACIÓN

El Consumo de tabaco ha aumentado considerablemente en el mundo durante el siglo pasado. En el año 1999 se estimaba que alrededor de 1.100.000.000 de personas eran fumadoras en el mundo, considerándose un aumento de 500.000.000 de fumadores para el año 2025 si la situación no se revierte, es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "epidemia" a la problemática del consumo de tabaco.

A partir de esta problemática, nos introdujimos en el tema donde la búsqueda bibliográfica de nuestro interés nos llevó a conocer la "Iniciativa Global para la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC)" (GOLD), el cual refiere a un proyecto que se puso en marcha en el año 1997 por los Institutos Nacionales de Salud de EEUU y la OMS, llevado a cabo por un grupo de profesionales y funcionarios de salud pública de todo el mundo que tienen como objetivo principal crear conciencia de la EPOC y mejorar la prevención y tratamiento de esta enfermedad. Trabajan para lograr mejorar la calidad de vida de aquellas personas diagnosticadas con esta patología.

Según el estudio Proyecto Latinoamericano para la investigación de la EPOC (PLATINO) 2009 mostró que la prevalencia del EPOC en Latinoamérica en todas las edades en el año 2002 fue estimada en 11.6/1000 en hombres y 8.8/1000 en mujeres. En términos generales en lo que corresponde a estadísticas de este mismo estudio, la prevalencia es 19,7% en Uruguay, 16, 9% en Chile, de 15,8% en México, 12,1% en Venezuela, en Brasil 7,8%. Un punto importante para tener en cuenta en nuestra investigación es que este estudio permitió observar el gran porcentaje de error en cuanto al tratamiento, siendo que el 63.7% no tenían limitaciones en el flujo aéreo por lo que el diagnóstico era erróneo si se tiene en cuenta los aspectos definidos por la GOLD para definir el grado de la patología: Síntomas, Grado de Limitación en el Flujo Aéreo, Riesgo de exacerbaciones, y comorbilidad.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



En nuestro País, según el Profesor Luis Piñeyro de la Cátedra de Neumología de la Facultad de Medicina en una entrevista con el diario El País¹, en Uruguay, casi 20 uruguayos por cada 100 padecen esta patología según el estudio Platino 2005. Se sabe que el 20% de los fumadores mayores de 40 años desarrollan EPOC. Desde el año 1975 hasta el 2009, la mortalidad por esta causa ha aumentado un 153% según dicho Profesor.

En Montevideo, la segunda encuesta nacional de prevalencia de consumo en el año 1998, realizada por la Junta Nacional de Drogas, una encuesta sobre la prevalencia del tabaco, donde se obtuvo como resultado que el 49,5% de la población había experimentado el cigarrillo a lo largo de su vida, y que los fumadores en ese momento correspondería a la tercera parte de la población entre 12 a 64 años donde la edad de inicio promedia en los 14 años en ambos sexos. A partir de este año, la Junta Nacional de Drogas ha realizado una encuesta periódica sobre el consumo de sustancias psicoactivas incluyendo el tabaco. Según esta encuesta los fumadores para el año 2006 eran de 31,8% incluyendo personas entre 14 y 65 años.

Luego de haber hecho una revisión bibliográfica y conociendo las cifras en aumento de esta patología a nivel mundial, así como el gran margen de error en el diagnóstico erróneo, decidimos centrarnos en el usuario con EPOC tabaquista o ex tabaquistas, identificando dificultades en el vínculo con el equipo de salud, que influyan en la continuidad asistencial en el primer nivel de atención.

El análisis nos permitirá situarnos en la perspectiva del otro. Conociendo la percepción del usuario respecto a la continuidad asistencial, podremos aproximarnos al punto de vista del paciente, y con ello, identificar estrategias de mejora.

¹ Herrera Magdalena. Muertos por EPOC aumentaron 153%. El País. (en línea). Montevideo. 28 de Junio, Año 2006. (Fecha de acceso 16 de octubre de 2013). URL Disponible en: http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/09/06/28/sds_426019.asp



MARCO TEORICO

Las enfermedades crónicas no transmisibles han ido aumentando significativamente en el mundo, lo cual establece un gran desafío para los servicios de salud. Se calcula que las enfermedades no transmisibles causaron 35 millones de muertes en el año 2005 alrededor del mundo, lo que representa un 60% del total de defunciones a nivel mundial.² Siendo las principales causas de muertes por enfermedades crónicas: Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Cáncer y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

“La EPOC es actualmente definida como una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación progresiva al flujo aéreo que no es totalmente reversible, aunque puede tener variaciones en su intensidad. La enfermedad es causada por una inflamación pulmonar secundaria a la inhalación de partículas y gases tóxicos, en especial el humo del cigarrillo. Si bien es una afección primitivamente pulmonar, en estadios avanzados presenta manifestaciones sistémicas. En estas circunstancias el enfermo se debilita, aumenta la morbilidad y pierde calidad de vida. En esta etapa, la EPOC tiene una fuerte repercusión socioeconómica sobre la comunidad.”³

La GOLD define cuatro estadios:

ESTADIO I - EPOC leve - En este estadio, se produce una limitación leve del flujo de aire, pero los pacientes no siempre son conscientes de que su función pulmonar es anormal.

² Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial Frente a las Enfermedades No Transmisibles. Documento Temático (en línea). 28 de Mayo 2008. (fecha de acceso 18 de Febrero de 2013). URL Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/

³ Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. vol.21 no.1 (en línea). Montevideo mar. 2005. (fecha de acceso 3 de Abril de 2013). URL Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006

⁴ López Oscar. Día Mundial de la EPOC (en línea). Montevideo, (fecha de acceso 5 de noviembre de 2013) Año 2012. URL Disponible en: www.Suat.com.uy/novedad/114-dia-mundial-de-la-epoc/



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ESTADIO II - EPOC moderada - En este estadio, la limitación del flujo de aire causa síntomas como tos, tos con flema y falta de aire durante el ejercicio físico. Los pacientes que llegan a este estadio suelen acudir al médico.

ESTADIO III - EPOC grave - En este estadio, la limitación del flujo de aire es incluso mayor. Los pacientes empeoran: mayor falta de aire, fatiga, limitaciones en actividades diarias y exacerbaciones repetidas que afectan a la calidad de vida.

ESTADIO IV - EPOC muy grave - Este estadio se caracteriza por una grave reducción del flujo de aire, tan grave que la limitación también afecta al corazón y los vasos sanguíneos. En ocasiones es necesario administrar cantidades diarias de oxígeno suplementario. Las molestias son tan graves que determinados empeoramientos temporales pueden suponer un riesgo para la vida del paciente.⁴

Al hablar de EPOC en fase temprana, nos referimos a los estadios iniciales de la enfermedad, lo cual está caracterizado por una limitación moderada del Flujo aéreo (Estadio II de la GOLD), ésta es la fase más precoz en la cual se observa algunos de sus síntomas, por lo que el paciente busca normalmente por primera vez asistencia médica.

Un Diagnóstico más precoz estaría dado con la identificación de la EPOC antes de que la limitación del flujo aéreo sea tal que lleve al paciente a buscar asistencia profesional.

Una EPOC en estadio I de la GOLD y que no esté diagnosticada, puede presentar signos de deterioro tanto en actividades cotidianas como en la calidad de vida en cuanto a la salud.

A muchos pacientes, se les diagnostica esta enfermedad cuando sus pulmones ya han sufrido daños considerables, lo cual se produce lentamente y los síntomas suelen reconocerse en fases más avanzadas (Estadios III y IV de la GOLD).⁵

La EPOC representa la cuarta causa de muerte y tiene una morbilidad que ocupa el duodécimo lugar de frecuencia en el mundo actual. Para el año 2020 se pronostica que

⁴ Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica (GOLD). Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC. Global Initiative for Chronic Obstruccion Lung Disease, Inc. (en línea). Año 2011. (Fecha de acceso 17 de Agosto de 2013). URL Disponible en: <http://www.goldcopd.org>

⁵ Cleland Jen, Cerasolic Frank, Freeman Daryl, Kaplan Alan, Price David. Diagnóstico y tratamiento precoz de la EPOC en atención primaria (en línea). Copyright, Primary Care Respiratory Society UK. 29 de julio (fecha de acceso 27 de Noviembre de 2013) Año 2010. URL Disponible en: http://www.thepcra.org/journ/vol20/20_1_15_22_spanish.pdf



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



la enfermedad será la tercera causa de muerte, el quinto motivo de incapacidad a nivel mundial.⁶

Los estudios epidemiológicos son complejos y costosos por lo cual en América Latina existe escasa evidencia sobre cifras de prevalencia en estudios bien diseñados. Dada la alta prevalencia de factores de riesgo, en especial el tabaquismo, EPOC puede representar un serio problema de salud pública que todavía no ha sido reconocido como tal por el grupo médico y la población general.⁷

Las enfermedades crónicas son en su mayoría prevenibles, así como también las muertes que éstas provocan. El Diagnóstico temprano y el tamizaje de las principales enfermedades crónicas, es clave para comenzar un tratamiento eficaz que prolongue la vida del paciente enfermo brindándole una mejor calidad de la misma. Preferentemente, el Diagnóstico y las actividades de prevención, deben organizarse de acuerdo al ciclo de vida que transcurre el usuario, ya que, si bien las enfermedades crónicas surgen generalmente luego de los 50 años, la exposición a los factores de riesgo en la población comienzan muy tempranamente en sus vidas, un ejemplo claro es el consumo o exposición al humo de tabaco.⁸

Para llevar a cabo un control de la EPOC se contempla el tratamiento el cual incluye cuatro pilares, los mismos son; evaluación y supervisión de la enfermedad, reducción de los factores de riesgo, tratamiento de EPOC estable y tratamiento de las exacerbaciones.⁹

⁷ Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. vol.21 no.1 (en línea). Montevideo mar. 2005. (fecha de acceso 3 de Abril de 2013). URL Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952005000100006

⁸ Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en inglés I, SBN: 978-92-75-11669-2. Año 2012.

⁹ Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD). Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC. Global Initiativ for Chronic Obstruvtiva Lung Disease, Inc. (en línea). Año 2011. (Fecha de acceso 17 de Agosto de 2013). URL Disponible en: <http://www.goldcopd.org>



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Se busca con el mismo, la prevención de la progresión de la enfermedad, subsanar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio, mejorar la calidad de vida del usuario, prevenir y tratar complicaciones y las exacerbaciones, favoreciendo con esto la reducción de la mortalidad.¹⁰

Un factor fundamental en el tratamiento de la EPOC es la intervención para la cesación del hábito de fumar, deben ofrecerse estrategias de control del tabaquismo y programas de ayuda acompañado de medidas legislativas que promocionan la prohibición de fumar en ámbitos públicos, como la Ley N° 18.256 en nuestro país.

En el caso del tratamiento farmacológico encontramos numerosos tratamientos los cuales colaboran en la supresión de los síntomas. Tratamiento de rehabilitación presentan como objetivo la rehabilitación pulmonar reduciendo los síntomas y proporcionando una mejor calidad de vida de esta manera se aumenta la participación física y emocional del paciente en su vida diaria. Influye negativamente a este tratamiento el sedentarismo, el estado de ánimo, la pérdida de peso, etc. En nuestro país encontramos entre otros el programa Cesación Tabaco que les proporciona dicha rehabilitación.

Otro de los pilares fundamentales, pero que el mismo se utiliza en estadios avanzados es la oxigenoterapia. Esta es la administración a corto o largo plazo de oxígeno en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Con esto se busca mantener un aporte de oxígeno adecuado a los requerimientos de cada paciente.¹¹

El Primer Nivel de Atención debe solidificarse y articularse para trabajar en coordinación con servicios más específicos que permitan brindar apoyo comunitario, ya

¹⁰ Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en inglés I, ISBN: 978.92-75-11669-2. Año 2012.

¹¹ Idem.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



que éste juega un papel fundamental en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, enfocándose en cuatro factores de riesgo: Consumo de Tabaco, Alimentación inadecuada, Consumo excesivo de sal e Inactividad Física.¹²

A partir de la Reforma en el Sistema de Salud del año 2007¹³, se crea la ley N° 18.211 referente al Sistema Nacional Integrado de Salud, siendo una normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación contando con 77 Artículos.¹⁴

Mediante el Modelo Asistencial se propone: *"universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema. Pretendiéndose un nivel de atención multidisciplinario que sea puerta de entrada para toda la población y que satisfaga sus necesidades de forma integral, donde la atención sea en Red y donde se enfoque en la prevención, promoción, rehabilitación, diagnóstico y tratamiento (entre otros)."* Creando programas focalizados en los factores de riesgo en aumento. Este modelo pretende contar con una población bien definida, donde sea posible conocer sus preferencias de salud para permitir el correcto abordaje de las inquietudes que los mismos presenten. La hospitalización de éstos pacientes está dada, muchas veces, a que no han recibido los cuidados óptimos correspondientes durante su seguimiento.¹⁵

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), presenta a partir de esta problemática, un Modelo de Cuidados Crónicos en el cual propone un esquema básico

¹² Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en inglés I, SBN: 978-92-75-11669-2. Año 2012

¹³ MSP. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Reforma de la Salud. (en línea) Montevideo (fecha de acceso 25 de Setiembre de 2013) Año 2007. URL Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

¹⁴ MSP. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley N° 18.211(en línea) Montevideo, 5 de Diciembre de 2007. (fecha de Acceso 26 de noviembre de 2013). URL Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6515,22999

¹⁵ Organización Panamericana de Salud. Sistemas Integrados de Servicios De Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de Mayo 2008.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



pero comprensivo donde se organiza la atención de enfermedades crónicas, basado en la población y centrado en el paciente.¹⁶

Para responder a ésta necesidad, se reorientó a los servicios prestadores de salud para que éstos sean capaces de brindar una atención efectiva y eficiente a las enfermedades crónicas, de manera que se atienda a la demanda de los problemas de salud de la población. A partir de esto, la OPS propone un Enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud el cual está basado en la fragmentación existente hoy en día en estos, la cual dificulta el acceso de los usuarios, haciendo que disminuya su satisfacción en cuanto a la atención brindada.¹⁷

Otro aspecto a destacar del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se refiere al rol del MSP *“como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la política sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.”*¹⁸

Esta nueva perspectiva de cambio en cuanto a la atención, se lleva a cabo en el marco de la reforma de salud establecida en Uruguay, en el año 2007, donde se implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Modifica el modelo de atención avanzando en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en base a la normativa que estimula dichas estrategias y a pagos adicionales por performance.

Le da al sistema a través del MSP una verdadera política de Rectoría y Contralor que tiene una de sus expresiones mayores en la firma de contratos de gestión y su marco

¹⁶ Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en inglés I, SBN: 978-92-75-11669-2. Año 2012

¹⁷ Idem

¹⁸ MSP. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Reforma de la Salud. (en línea) Montevideo (fecha de acceso 25 de Setiembre de 2013) Año 2007. URL Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios.

Nivela la calidad y cantidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que se convierte en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria. Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma, con la participación de usuarios y trabajadores del SNIS en el nivel macro de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y en el nivel micro de los Prestadores Privados y Públicos (Consejos Consultivos Asesores en los prestadores privados y participación en el Directorio de ASSE).¹⁹

Entendemos entonces, por Sistema Integrado de Servicios de Salud *“Una Red de organización que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo de coordinados de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*.²⁰ Las Redes Integrales presentan los servicios necesarios para cubrir todos los niveles de prevención de forma coordinada e integral con otros niveles de atención.

El sistema debe asegurar la continuidad asistencial garantizando la accesibilidad a todos los niveles de acuerdo a las necesidades de cada individuo desde el domicilio, pasando por el primer nivel de atención, hasta los servicios de mayor complejidad.

Cada individuo, familias, grupos y población en su conjunto, debe ser atendido por el mismo equipo de salud, según sus necesidades buscando elevar la calidad de vida, controlar los riesgos y reparar los daños, orientados en la prevención.

“La atención integral a la salud, consecuentemente con el concepto integral de salud, supone el desarrollo de acciones de promoción, protección diagnóstico precoz,

¹⁹ Organización Panamericana de Salud. Sistemas Integrados de Servicios De Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de Mayo 2008.

²⁰ Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en inglés I, SBN: 978-92-75-11669-2. Año 2012



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y reinserción dirigidas a las personas y el ambiente”²¹

“La continuidad asistencial se clasifica en tres tipos: continuidad de la gestión (es la coordinación de la atención, provisión de diferentes tipos de atención sanitaria de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen), continuidad de información (se atribuye al flujo de información, o sea, la disponibilidad, utilización e interpretación de acontecimientos anteriores de un paciente) y continuidad de relación (permanencia de relación interpersonal, relación en el tiempo de un paciente con un proveedor). Cada tipo de continuidad puede verse desde la perspectiva del paciente o de la enfermedad.”²²

En el escenario sanitario e institucional donde se produce el vínculo del equipo de salud, se da un proceso dialéctico en el que interacciona el usuario, la familia y grupos poblacionales con profesionales de la salud. Para una adecuada atención integral es fundamental conocer el modo de ver y actuar del equipo de salud para con él, es decir la perspectiva del paciente.

La Real Academia define la perspectiva como *“Visión, considerada en principio más ajustada a la realidad, que viene favorecida por la observación ya distante, espacial o temporalmente de cualquier hecho o fenómeno”²³*

²¹ Acosta C., Monge A., Basado en Ficha “Atención Integral a la Salud”, Depto. Enfermería Comunitaria. INDE. 1992. Reelaboración. Depto. Enfermería Comunitaria. Facultad. de Enfermería. 2005.

²² Castro Gusmão Renata. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (en línea). Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública. (fecha de acceso 25 de Noviembre de 2013) Barcelona, julio de 2008. URL Disponible en: http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/Renata%20Castro%20Gusmao_2008_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf

²³ Real Academia Española (En Línea). (Consultado el 26 de noviembre de 2013) URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=percepcion>.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



La continuidad asistencial de relación se basa en el vínculo en el tiempo del paciente con uno o más proveedores.

Requiere un vínculo entre el paciente y el profesional de salud brindándole este, la confianza y seguridad necesaria para afrontar su proceso salud enfermedad, siendo el profesional un referente.

Para que se dé una adecuada continuidad asistencial de relación, el paciente debe recibir información clara y precisa sobre la calidad de asistencia donde el profesional le explique el tratamiento a seguir, de forma clara y en un lenguaje adecuado. Se debe contar con un fácil acceso al centro de salud y a los diversos servicios prestados por el mismo, donde pueda obtener una oportuna atención de acuerdo a sus necesidades. Otro aspecto a destacar es la importancia del tiempo y la disponibilidad del profesional durante la consulta siendo este un pilar fundamental en la continuidad asistencial.²⁴

El vínculo paciente proveedor, se mide a través de ciertos aspectos:

Sentimiento de pertenencia (si el paciente tiene un médico regular o habitual), fuerza de la relación (niveles de comunicación, confianza personal y en la capacidad profesional entre el paciente y el proveedor), sentimiento (evaluar si el paciente tiene un vínculo con el médico) y comunicación efectiva (percepción del paciente sobre la habilidad de escuchar y comunicar del proveedor)²⁵

Se constituye con el criterio clave y determinante que inspira la organización, funcionalidad, formas de trabajo, la formación de profesionales, en busca de una atención cronológica (a lo largo de la historia natural de una enfermedad), geográfica (atención en domicilio, médico más cercano al paciente), interdisciplinaria (no

²⁴ Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en Ingles I, SBN: 978-92-75-11669-2. Año 2012

²⁵ Castro Gusmão Renata. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (en línea). Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública. (fecha de acceso 25 de Noviembre de 2013) Barcelona, julio de 2008. URL Disponible en: http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/Renata%20Castro%20Gusmao_2008_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



fragmenta a los individuos para tratarlos, los considera en su conjunto y en su entorno) e interpersonal (relación médico – paciente, médico-paciente- familia). Se busca ofrecer una atención integral, con una única entrada del usuario y una única salida del mismo, que representa la satisfacción de sus necesidades en materia de salud.²⁶

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal analizar el rol del enfermero comunitario en el cuidado de la salud de la población, considerando el contexto social y cultural de la comunidad.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general:

Analizar el rol del enfermero comunitario en el cuidado de la salud de la población, considerando el contexto social y cultural de la comunidad.

Objetivos específicos:

- 1. Describir el rol del enfermero comunitario en el cuidado de la salud de la población.
- 2. Analizar el contexto social y cultural de la comunidad.
- 3. Identificar las necesidades de la población y las estrategias de intervención.

²⁶Ibáñez Gálvez Continuidad asistencial. Análisis Conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de familia. (en línea) Vol.4 No. 1. (fecha de acceso 30 de Mayo de 2013) Febrero. 2003. URL Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf>



TEMA DE INVESTIGACIÓN

- Perspectiva del paciente con EPOC tabaquista o ex tabaquista en cuanto la Continuidad asistencial en el primer nivel de atención en la población del Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux (Ex Filtro) en Montevideo.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- ¿El usuario con EPOC tabaquista identifica dificultades en el vínculo con el equipo de salud que influya en la continuidad asistencial en el primer nivel de atención?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar cuál es la perspectiva del paciente diagnosticado con EPOC de origen tabaquista, en cuanto a la continuidad asistencial con el equipo de salud, en el centro de salud Dr. Enrique Claveaux, en el periodo comprendido entre los meses de Octubre y Diciembre del año 2013.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población diagnosticados con EPOC tabaquistas o ex tabaquistas, en centro de salud Dr. Enrique Claveaux.
- Establecer la perspectiva de la población objetivo en cuanto a la continuidad asistencial
- Identificar si existen aspectos tanto positivos como negativos que influyen en el vínculo con los profesionales encargados de su patología.



METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Cuantitativo, descriptivo, transversal.

Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en Uruguay, en la ciudad de Montevideo, correspondiente al barrio Jacinto Vera, en el Primer Nivel de Atención, centro de salud Dr. Enrique Claveaux (Ex Filtro).

Universo y Muestra:

Universo:

Todos los usuarios diagnosticados con EPOC de origen tabaquista, que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux.

Muestra:

Pacientes de ambos sexos, mayores de 40 años, con EPOC tabaquistas o ex tabaquistas, que concurren al centro Dr. Enrique Claveaux, ubicado en el barrio Jacinto Vera en la ciudad de Montevideo.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Aquellos que acepten responder el cuestionario formulado.
- Diagnosticados con EPOC, que sean fumadores o ex fumadores.
- Mayores de 40 años.
- Ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Diagnosticados con EPOC, no tabaquistas.
- Menores de 40 años.
- Paciente con incapacidad para responder el cuestionario (demencia)
- Pacientes que no acepten completar el cuestionario.



METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para lograr realizar nuestra investigación, se solicitó a las autoridades del Centro de Salud, el permiso correspondiente (Ver anexo 1)

La validez del método de recolección de datos fue realizada a través de un estudio piloto en Centro de Salud Aquiles Lanza el día 2 de diciembre del 2013. Se utilizó una muestra de 5 usuarios. El instrumento resulto ser de amplia validez y confiabilidad, es por esto que el mismo no sufrió cambios para la investigación. (Ver anexo 2).

Al momento de realizar el cuestionario propuesto, se le hizo firmar al usuario un consentimiento informado (ver anexo 3), el mismo que se utilizó al realizar la investigación.

El cuestionario consta de una serie de preguntas, para realizar la caracterización de la población y sobre antecedentes de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Luego nos centramos en el problema de la investigación, donde utilizamos un cuestionario que se evalúa a través de la escala de Likert. El mismo consta de preguntas de respuestas continuas, donde plantea el nivel de acuerdo y desacuerdo, dándole grados de intensidad y se le asigna puntuación del 1 al 3 en cada ítem. Teniendo al final de la investigación un máximo de 30 puntos y un mínimo de 10. La misma se procesó acorde a los valores: del 10 al 16 (se representa en el gráfico de barras por el color rojo) el usuario no identifica la continuidad asistencial en el centro de salud, del 17 a 23 (representado por el color amarillo) se manifiesta parcialmente y del 24 al 30 (representado por el color verde) el usuario manifiesta satisfacción en cuanto a la continuidad asistencial.

Período considerado

La recolección de datos de esta investigación se realizó entre los días 2 al 6 de diciembre del presente año

Zona o área geográfica

Uruguay, Montevideo, Barrio Jacinto Vera, Calle Novas 3152.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

En primera instancia se plantean cada una de las variables de estudio, destacando la Continuidad Asistencial como una variable compleja de donde se desprenden una serie de variables dependientes, las cuales se estudiarán de forma individual y posteriormente se analizaron

Para la recolección de los datos se utilizó las siguientes definiciones, descripción y categorías de las variables antes enumeradas.

Este análisis se expresa a través de tablas y gráficos de frecuencias absolutas y porcentuales.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CLASIFICACION	INDICADOR
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general.	Cualitativa, nominal.	Masculino, Femenino.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa continúa.	40 a 50 51 a 60 61 a 70 71 a 80 >81
Ocupación	Trabajo, oficio en que se desempeña un individuo.	Cualitativa nominal.	Desocupado, empleado, jubilado, pensionista.
Continuidad asistencial de relación	Perspectiva del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más profesionales del equipo de salud.	Cualitativa nominal.	Si No A veces
Tiempo de	Se define como el tiempo	Cuantitativa	1 a 5 (años)

diagnóstico de la patología.	que hace que un individuo presenta la enfermedad desde el diagnóstico hasta el momento actual.	discreta	6 a 10 11 a 15 16 a 20 >21
Referente de la atención de salud en el primer nivel de salud	Es el integrante referente que lleva a cabo la asistencia en el primer nivel de atención.	Cualitativa nominal.	Médico general Especialista Lic. Enf Aux.Enf.
Seguimiento por el mismo profesional	Equipo de salud referente encargado de la salud de los usuarios mantenido en el tiempo.	Cualitativa nominal.	Si No
Tiempo que se atiende con el mismo profesional	Cantidad de meses que consulta con el profesional referente.	Cuantitativa Discreta.	< 1 año 2 a 5 6 a 9 10 a 13 > 14
Comunicación adecuada con equipo de salud	Vinculo de comunicación que se establece entre el usuario y el equipo de salud. Influyendo en su continuidad asistencial.	Cualitativa nominal.	Si No A veces
Información brindada respecto a su enfermedad por equipo de salud	Conocimiento sobre su EPOC brindado por el equipo de salud.	Cualitativa nominal.	Si No A veces
Habito de fumar	Costumbre o práctica adquirida por la	Cualitativa nominal	Si No

	frecuencia o repetición de inhalación de gases y vapores de hidrocarburos generados por la lenta combustión del tabaco de los cigarrillos.		
Interés del profesional hacia el usuario.	Atención que muestra el/los profesional/es hacia el usuario.	Cualitativa nominal.	si no a veces
Sentimiento de confianza, usuario – equipo de salud.	Seguridad que adquiere el usuario hacia el equipo tratante.	Cualitativa nominal.	si no a veces
Cumplimiento del tratamiento del EPOC	Acto que se lleva a cabo como consecuencia de una orden médica y por su propia voluntad.	Cualitativa nominal.	si no a veces
Dificultades en la obtención de fecha para consulta con el neumólogo.	Obstáculo que se presenta en la obtención de consulta con el especialista por la ausencia de fechas.	Cualitativa nominal.	si no a veces
Requerimiento de internación en los último año por EPOC	Ingreso al segundo nivel de atención en un período de tiempo relacionada a la EPOC.	Cualitativa nominal.	Si No



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Aspectos éticos

Para llevar a cabo nuestra investigación fue necesaria la autorización por escrito de las tutoras a cargo de la instancia, avalando el protocolo, con la finalidad de obtener autorización institucional para concurrir al Centro de Salud, lo que nos permitió proceder con la recolección de los datos.

Se dejó constancia del cuidadoso manejo de la información recabada, así como también la confidencialidad de los mismos.

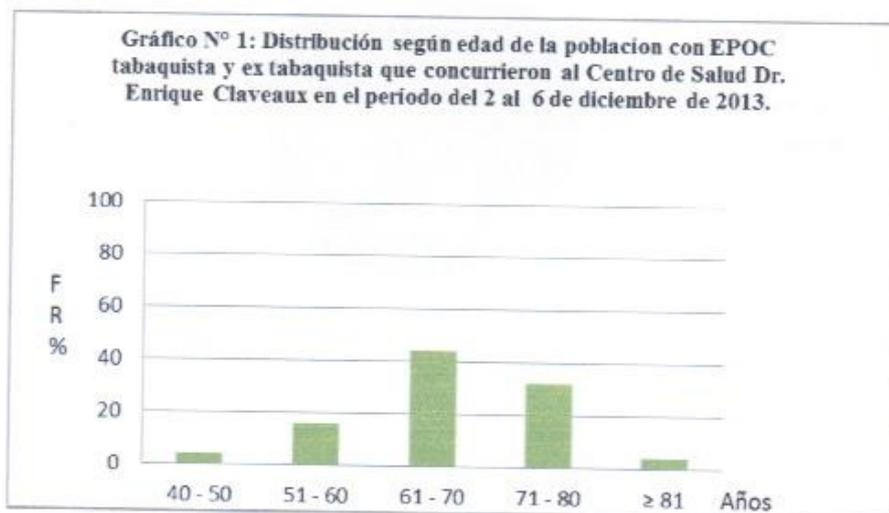
Debía ser llenado por el usuario encuestado un consentimiento informado donde se le detallaban los objetivos y los datos más relevantes.

RESULTADOS

Tabla N°1: Distribución según edad de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Edad (años)	FA	FR(%)
40 – 50	1	4
51 – 60	4	16
61 – 70	11	44
71 – 80	8	32
≥ 81	1	4
Total	25	100%

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

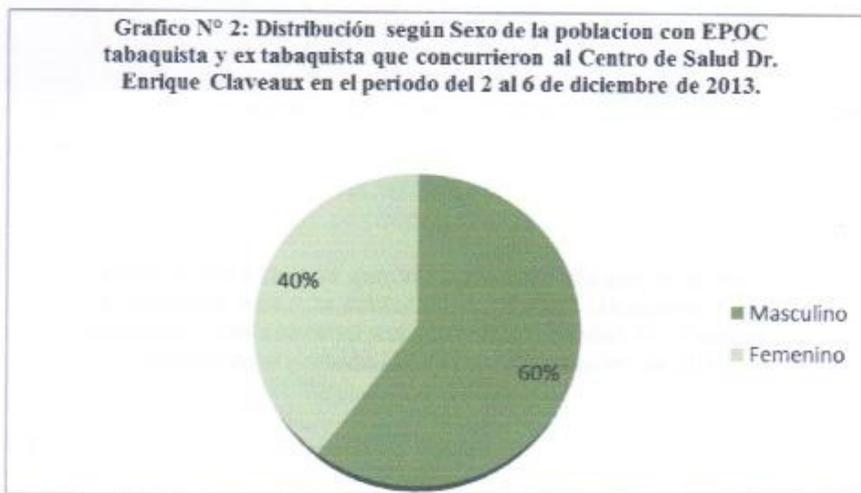


FUENTE: Extraído de Tabla N° 1.

Tabla N°2: Distribución según Sexo de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Sexo	FA	FR(%)
Masculino	15	60
Femenino	10	40
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



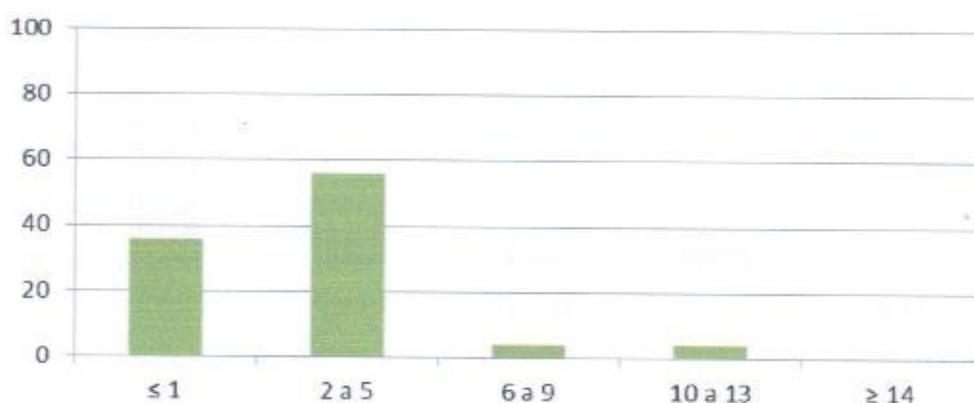
FUENTE: Extraído de Tabla N° 2.

Tabla N°3: Tiempo que hace que consulta con el mismo profesional (años), la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Tiempo que consulta con el mismo profesional tratante (años)	FA	FR (%)
≤ 1	9	36
2 a 5	14	56
6 a 9	1	4
10 a 13	1	4
≥ 14	0	0
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°3 : Tiempo que hace que consulta con el mismo profesional (años), la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



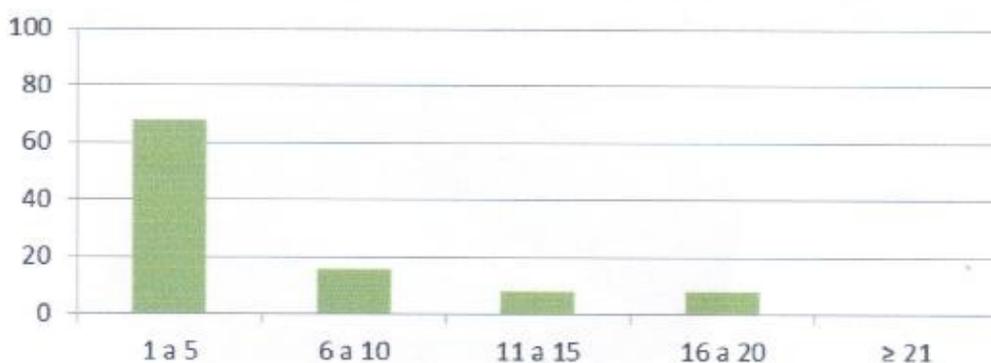
FUENTE: Extraído de Tabla N°3.

Tabla N°4: Tiempo de diagnóstico de la EPOC de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Tiempo de diagnóstico de la EPOC	FA	FR (%)
1 a 5	17	68
6 a 10	4	16
11 a 15	2	8
16 a 20	2	8
≥ 21	0	0
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°4: Tiempo de diagnóstico de la EPOC de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



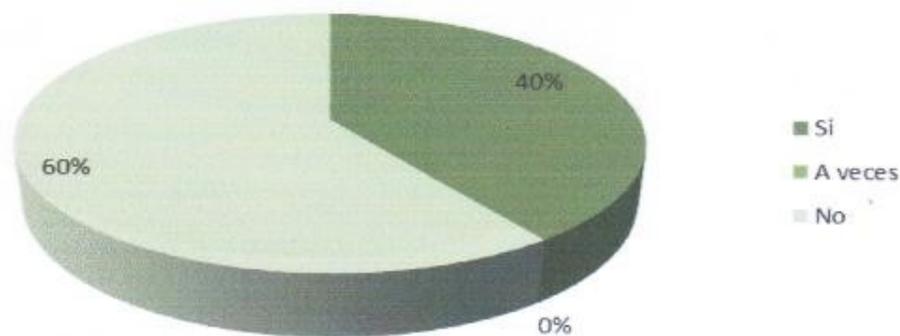
FUENTE: Extraído de Tabla N°4.

Tabla N°5: Requerimiento de internación en el último año por la EPOC de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Requerimiento de internación en los último meses por EPOC	FA	FR (%)
Si	10	40
A veces	0	0
No	15	60
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N° 5 : Requerimiento de internación en el último año por la EPOC de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



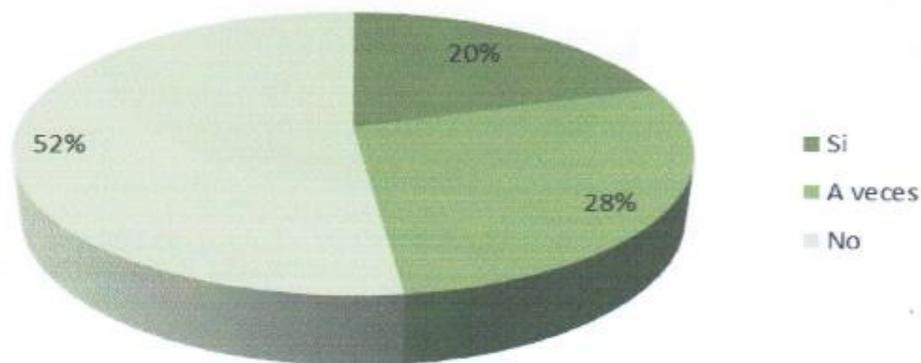
FUENTE: Extraído de Tabla N° 5.

Tabla N°6: Cumplimiento del tratamiento de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Cumplimiento del tratamiento	FA	FR (%)
Si	5	20
A veces	7	28
No	13	52
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Grafico N° 6 : Cumplimiento del tratamiento de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



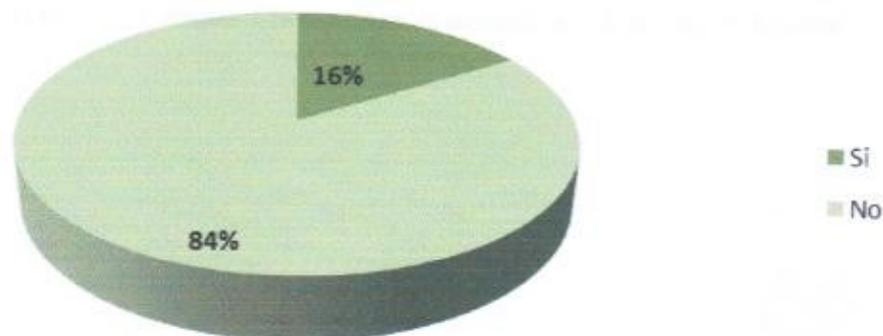
FUENTE: Extraído de Tabla N° 6.

Tabla N°7: Presencia del hábito de fumar de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Habito de fumar	FA	FR (%)
Si	4	16
No	21	84
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°7: Presencia del hábito de fumar de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013



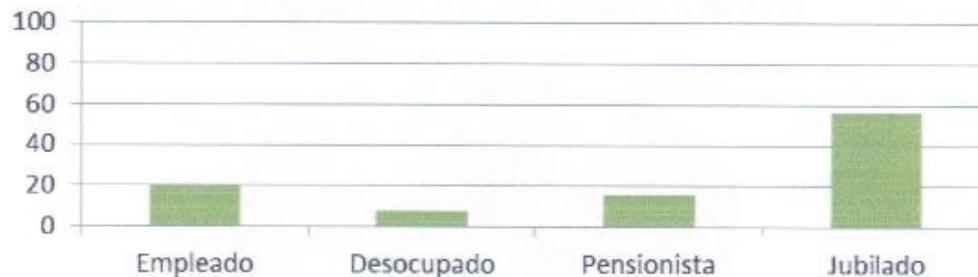
FUENTE: Extraído de Tabla N°7

Tabla N°8: Distribución según ocupación de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Ocupación	FA	FR (%)
Empleado	5	20
Desocupado	2	8
Pensionista	4	16
Jubilado	14	56
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°8: Distribución según ocupación de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



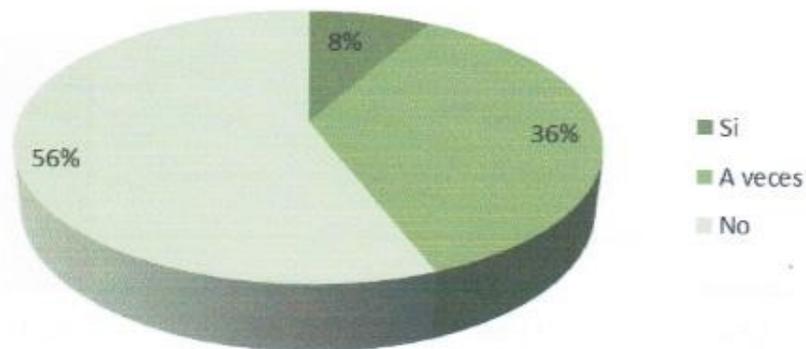
FUENTE: Extraído de Tabla N° 8.

Tabla N° 9: Dificultad de obtención de fecha para neumólogo de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Dificultad de obtención de fecha para neumólogo	FA	FR (%)
Si	2	8
A veces	9	36
No	14	56
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N° 9 : Dificultad de obtención de fecha para neumólogo de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



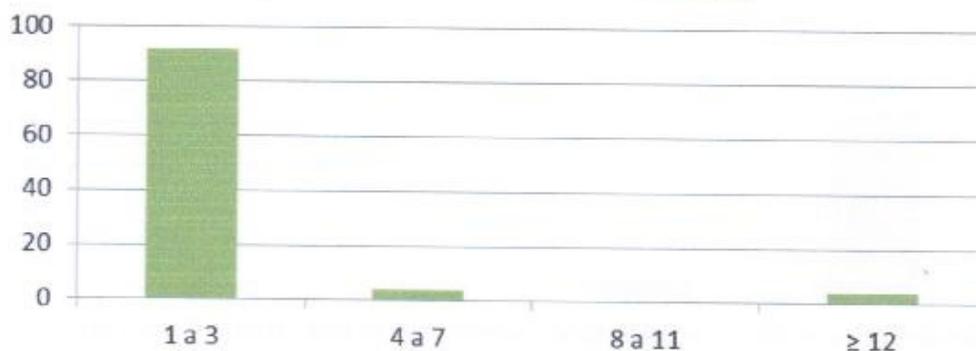
FUENTE: Extraído de Tabla N° 9.

Tabla N°10: Frecuencia de controles con el profesional tratante de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Frecuencia de controles con el Profesional tratante (meses)	FA	FR (%)
1 a 3	23	92
4 a 7	1	4
8 a 11	0	0
≥ 12	1	4
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°10: Frecuencia de controles con el profesional tratante de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.



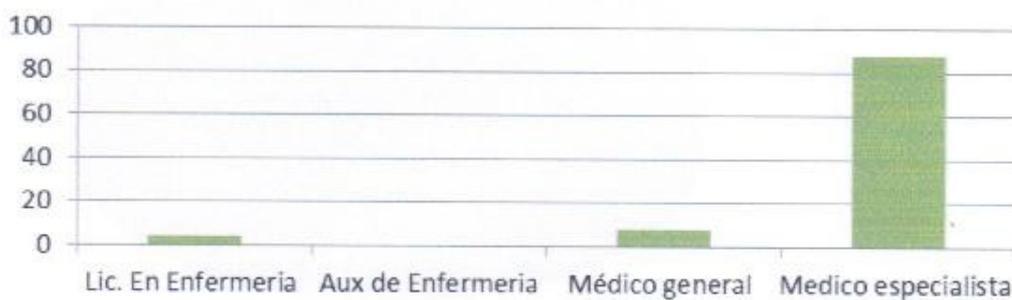
FUENTE: Extraído de Tabla N°10.

Tabla N°11: Responsable del tratamiento de la EPOC de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Responsable del tratamiento de la EPOC	FA	FR (%)
Lic. En Enfermería	1	4
Aux. de Enfermería	0	0
Médico general	2	8
Médico especialista	22	88
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°11: Responsable del tratamiento de la EPOC de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.



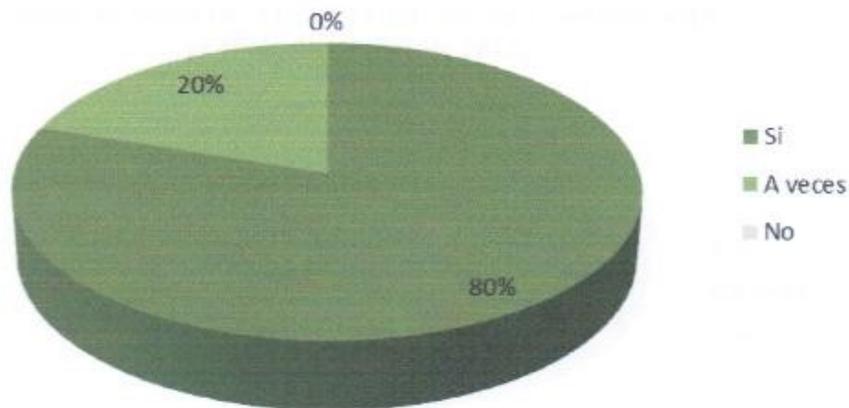
FUENTE: Extraído de Tabla N°11

Tabla N°12: Comunicación adecuada, paciente - equipo de salud de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Comunicación adecuada, paciente - equipo de salud	FA	FR (%)
Si	20	80
A veces	5	20
No	0	0
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Grafico N°12: Comunicación adecuada, paciente - equipo de salud de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el periodo del 2 al 6 de diciembre de 2013.



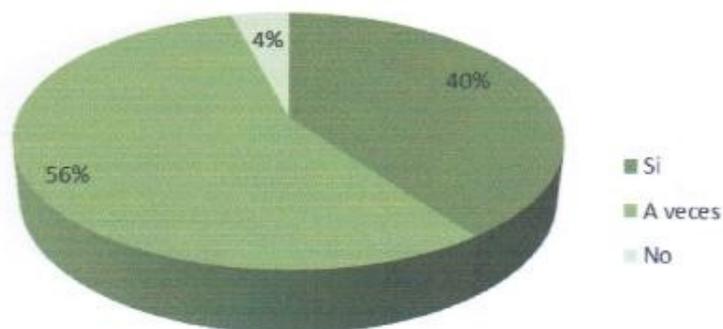
FUENTE: Extraído de Tabla N° 12.

Tabla N°13: Información brindada respecto a su enfermedad por el equipo de salud hacia la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013

Información brindada respecto a su enfermedad por el equipo de salud	FA	FR (%)
Si	10	40
A veces	14	56
No	1	4
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°13: Información brindada respecto a su enfermedad por el equipo de salud hacia la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 1 al 10 de diciembre de 2013.



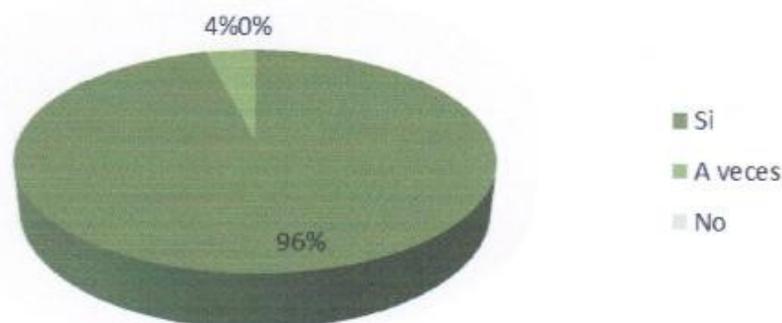
FUENTE: Extraído de Tabla N° 13.

Tabla N° 14: Sentimiento de confianza, usuario - equipo de salud de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Sentimiento de confianza, usuario-equipo de salud	FA	FR (%)
Si	24	96
A veces	1	4
No	0	0
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Gráfico N°14: Sentimiento de confianza, usuario - equipo de salud de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurrieron al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



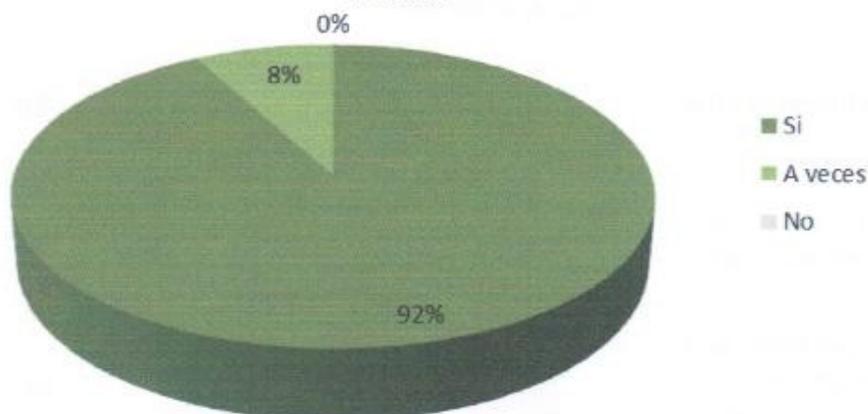
FUENTE: Extraído de Tabla N° 14.

Tabla N°15: Interés del profesional de la salud hacia el usuario con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Interés del profesional hacia el usuario	FA	FR (%)
Si	23	92
A veces	2	8
No	0	0
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Grafico N° 15: Interés del profesional de la salud hacia el usuario con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.



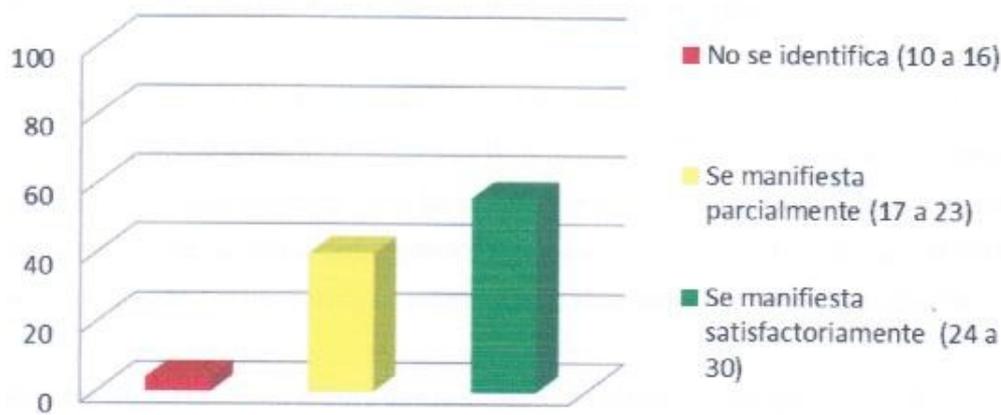
FUENTE: Extraído de Tabla N° 15.

Tabla N°16: Continuidad asistencial de relación de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Continuidad asistencial de relación según Escala Likert	FA	FR (%)
No se identifica (10 a 16)	1	4
Se manifiesta parcialmente (17 a 23)	10	40
Se manifiesta satisfactoriamente (24 a 30)	14	56
Total	25	100

FUENTE: Cuestionarios realizados en el Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de diciembre de 2013.

Grafico N° 16 : Continuidad asistencial de relación de la población con EPOC tabaquista y ex tabaquista que concurren al Centro de Salud Dr. Enrique Claveaux en el período del 2 al 6 de Diciembre de 2013



FUENTE: Extraído de Tabla N°16.



DISCUSIÓN

La investigación tiene como objetivo determinar cuál es la perspectiva del paciente diagnosticado con EPOC de origen tabaquista en cuanto a la Continuidad Asistencial en la relación con el equipo de salud en el centro de salud Dr. Enrique Claveaux.

La recolección de datos para la investigación se llevó a cabo entre los días 2 al 6 de diciembre del corriente año, obteniendo una muestra de 25 pacientes quienes cumplen con los criterios de inclusión planteados al comienzo de investigación.

De la población en estudio se destaca que, al basar la misma en la edad de los encuestados, el mayor porcentaje corresponde a pacientes entre 61 y 70 años (44% de la muestra), seguido por aquellos pacientes que presentan entre 71 a 80 años con un 32% del total, lo cual coincide con las estadísticas a nivel mundial.

Según el estudio Platino realizado en nuestro país en el año 2009, había una prevalencia de ésta patología de 11.6/1000 en hombres, y 8.8/1000 en mujeres. Estos valores concuerdan con los datos recabados en la investigación realizada, donde un 60% de la muestra son hombres y el 40% restante corresponde al sexo femenino.

Basando el análisis en la Reforma de Salud del año 2007, donde se crea la ley 18.211 referente al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual tiene como objetivo garantizar el acceso universal, brindar atención integral en salud a toda la población y lograr niveles de accesibilidad. Podemos decir que, las acciones tomadas por el SNIS, se ven reflejadas positivamente en los resultados alcanzados por dicha investigación.

En Uruguay, se sabe que el 20% de los fumadores mayores de 40 años desarrollan EPOC a lo largo de su vida, según estos datos se destacan la importancia del Primer nivel de Atención en relación con la incidencia de la EPOC, se refleja que gracias a la prevención y promoción, se encuentran valores de la población disminuido en cuanto a la prevalencia de la patología. Lo que llevo a que los usuarios concurren con frecuencia a dicho nivel y se sientan motivados por los programas de salud implementados.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Al momento de la entrevista, el 36% planteó que era la primera vez que consultaban o que hace menos de un año consultan con el mismo profesional en este Centro de Salud, por haber sido derivados por su médico tratante. Por éste motivo se visualizó el avance notorio en cuanto al trabajo en redes y la accesibilidad a los diferentes servicios de salud en contraste con el anterior modelo de asistencia sanitaria, donde el paciente se diagnosticaba cursando estadios tardíos en la enfermedad, es decir, cuando el paciente presentaba limitaciones en las actividades de la vida diaria que disminuían su calidad de vida.

A su vez es necesario destacar el tiempo de diagnóstico de la patología, ya que el mismo debe de ser en forma precoz; de la muestra se obtuvo que el 68% de la población cuenta con un diagnóstico detectado en los últimos 5 años y el 16% diagnosticado entre 6 y 10 años. Es necesario abarcar a esta población para concientizar sobre la patología y evitar la evolución de la misma. Estos valores demuestran claramente la evolución que se ha generado como consecuencia de la reforma, ya que en los últimos cinco años se ha logrado diagnosticar un porcentaje cuatro veces mayor en comparación con un periodo similar anterior a la misma.

Este es un punto fundamental a destacar ya que, es necesario fomentar la importancia del primer nivel de atención haciendo énfasis en la prevención para identificar la EPOC antes de que los signos sean tales que lleven al paciente a requerir asistencia en el segundo nivel de atención. Dentro de la población objetivo, encontramos que el 60% del total no requirió internación en el último año en segundo nivel de atención, frente al 40% restante que si lo requirió, cifra que sigue siendo muy significativa por la cantidad y las características de descompensación de estos usuarios al pasar de un estadio de la enfermedad a otro aunque sea circunstancialmente. De ésta manera vemos reflejada la atención integral de salud consecuentemente con el concepto integral de salud, el cual, supone el desarrollo de acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación.

Para llevar a cabo un control de la EPOC se contempla el tratamiento, el cual incluye: evaluación y supervisión de la enfermedad, reducción de los factores de riesgo, tratamiento de la EPOC estable, y tratamiento de las exacerbaciones.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



El 80% no cumple el tratamiento o lo hace en forma parcial por ende, se resalta la importancia en la relación asistencial, brindando recursos necesarios para que se alcance el objetivo de disminuir la prevalencia e incentivar al 20% que cumple con el tratamiento para que continúe realizándolo.

Se debe tener en cuenta el incumplimiento del tratamiento debido que el 16% de los encuestados refirieron continuar con el hábito de fumar, lo que invalida un correcto tratamiento de la enfermedad. Para esto se les brindan herramientas como ser los programas de cesación de tabaco que se llevan a cabo en centros de primer nivel de atención, sin embargo, se debe concentrar un mayor esfuerzo en este aspecto de modo de disminuir dicho porcentaje.

Un punto fundamental a tener en cuenta, refiere a la ocupación de la población encuestada donde el 20% presenta empleo estable, componiéndose el 80% restante por: el 56% son jubilados, el 16% son pensionistas por vejez y el 8% son desocupados. Estos valores reflejan la predisposición que poseen los pacientes a recaer en el consumo de tabaco y distanciarse del tratamiento de rehabilitación

Enfocando el análisis en la obtención de fecha para la consulta con Neumólogo, se destaca que el 56% no presentó dificultad en lo que respecta a dicho trámite, mientras que un 36% manifestó que en varias ocasiones han tenido inconvenientes para esto. El 8% restante refirió haber tenido problemas en dicha obtención.

Uno de los principios del SNIS está dado en el cumplimiento de la continuidad asistencial, en la investigación se priorizó la relación que existe entre el paciente y el equipo de salud. Este punto lo vemos reflejado en el tiempo que transcurre entre una consulta y otra con el mismo profesional, donde el 92% refirió concurrir a control dentro de un periodo de 1 a 3 meses, mientras que un 4% refirieron hacerlo entre 4 y 7 meses, y el 4% restante lo hace con una frecuencia mayor a un año.

La muestra relata como responsable de su tratamiento al médico tratante (es decir 88% de la misma). Para que exista un vínculo ameno es fundamental al hablar de continuidad asistencial de relación, la existencia de comunicación entre el paciente y el profesional que lo atiende, donde el primero debe recibir información clara y precisa sobre su tratamiento, y en un lenguaje acorde a su capacidad de entendimiento.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



información brindada y un 4% no la entiende en su totalidad. Y el 40% restante no destaca inconveniente.

Otro factor importante de la continuidad asistencial de relación se basa en el estrecho vínculo que presenta el paciente con el equipo de salud, el cual le brinda la confianza y seguridad necesaria para afrontar su proceso salud – enfermedad.

En cuanto a esto, se obtuvo que el 96% reveló que existe dicha confianza y seguridad en el profesional, manifestando “por eso hace tantos años que me atiendo con la doctora”. Vale destacar, que el 4% restante no lo siente por diversos motivos, el más relevante es que consultaron con la neumóloga por primera vez por lo que no se ha establecido un vínculo de confianza.

Este factor también explica que un 92% de la población manifestó creer en el interés que presenta el profesional por ellos y su estado de salud.

Para poder evaluar los resultados de la investigación se utiliza un gráfico representativo haciendo referencia a los colores del semáforo. Con el color rojo se incluyó a los pacientes que creen no ver reflejada la continuidad asistencial de relación (4%). El color amarillo representa a aquellos que creen que se cumple la continuidad asistencial en forma parcial lo que corresponde a un 40% de la muestra. Y por último, mediante el color verde se representa a los pacientes que refirieron que dicha continuidad se manifiesta de forma adecuada (56% del total), cumpliendo con todas sus pautas para ser aceptada como correcta: confianza y seguridad en el profesional y que éste sea su referente, que la información que recibe sea clara, precisa y en un lenguaje adecuado.

Lo cual hace que se produzca un vínculo estrecho profesional - paciente, mediante un proceso dialéctico favoreciendo el proceso salud enfermedad.



CONCLUSION

Como consecuencia de los datos obtenidos y del análisis realizado mediante esta investigación podemos destacar que se cumplió con los objetivos planteados al comienzo de la investigación. Se logró determinar cuál es la perspectiva del paciente con EPOC en cuanto a la continuidad asistencial y su vínculo con el equipo de salud.

En primera instancia se caracterizó a la población diagnosticados con EPOC de origen tabaquista que concurrieron al centro de salud.

Se conoció la perspectiva de la población objetivo en cuanto a la continuidad asistencial.

Se identificó aspectos positivos como negativos que influyen en el vínculo.

En cuanto a los aspectos positivos, se puede resaltar la existencia de un fuerte vínculo que implica que existe un sentido de dependencia entre el paciente y su médico.

Este aspecto conlleva a que el paciente consulte a ese profesional para la mayoría de sus necesidades y que el profesional tenga una sensación de responsabilidad hacia él.

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente se obtiene una mayor consistencia y responsabilidad del cuidado dado que el tratamiento está basado en una mejor información, esto repercute en que el paciente recibe una información clara y precisa sobre su patología así como de los resultados esperados en cuanto a la adherencia al tratamiento

Otros aspectos positivos identificados fueron: la confianza, el mutuo entendimiento, comunicación efectiva y responsabilidad en el tiempo para establecer un vínculo estable y basado en la confianza y la responsabilidad.

Esto genera una mayor satisfacción del paciente y una disminución en la utilización de los servicios de salud y de ingreso en el segundo nivel.

El paciente, al entender la información, reduce sus hospitalizaciones, lo cual arroja como resultado que se cumpla con las características del primer nivel como los son las acciones prevención y promoción, además, por ser una patología crónica, se asocia con una mejora de la atención integral incluyendo un mejor reconocimiento de los problemas, diagnóstico más preciso, y un tratamiento oportuno para evitar las exacerbaciones de la enfermedad.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



Como complemento a lo anterior, esto cumple con los requisitos de la atención integral de salud: mayor utilización de servicios preventivos, menor índice de hospitalizaciones y una mayor satisfacción de los usuarios en cuanto a la salud, fomentando en gran medida el trabajo en redes y la coordinación entre los distintos niveles.

En cuanto a los aspectos negativos, se debe destacar que un porcentaje de los pacientes encuestados no han abandonado el hábito de fumar por lo cual, no cumplen totalmente con el tratamiento, incluso cuando se les brinda a herramientas accesibles, como ser el programa de cesación tabaco.

Como futuros Licenciados en Enfermería dicha investigación nos brindó herramientas para desempeñarnos en el futuro, empezar a buscar mejoras, soluciones en nuestro labor diario integrando la perspectiva de los pacientes articulando con las normas de los servicios que allí desempeñemos nuestra profesión, mediante encuestas de satisfacción a los pacientes.

Estableciendo que esta continuidad de relación sea altamente percibida y evaluada por el paciente.



SUGERENCIAS

En base a lo analizado creemos conveniente sugerir:

- Lograr medidas que colaboren en la captación de los pacientes con la EPOC en etapas iniciales de la enfermedad. Realizando jornadas para la prevención y promoción de hábitos saludables y los signos y síntomas que repercutan en la calidad de vida del usuario.
- Si bien se lleva a cabo el programa cesación tabaco, sugerimos su promoción mediante folletería en el centro de salud para lograr un óptimo cumplimiento del tratamiento de los usuarios EPOC tabaquista
- Asegurar en el tiempo la implementación en el equipo de salud de la continuidad asistencial, para llevarlo a cabo en cada nivel, así lograr que cada individuo sea atendido por el mismo equipo de salud, asegurando su atención integral.
- Continuar fomentando la comunicación del paciente -equipo de salud a través de un proceso dialéctico
- Implementar cuestionarios de satisfacción del usuario para contar con la perspectiva del mismo en cuanto a los avances de la reforma y cumplir en su totalidad lo planteado en el SNIS.
- Lograr adhesión al tratamiento



BIBLIOGRAFIA

- Acosta C., Monge A., Basado en Ficha "Atención Integral a la Salud", Depto. Enfermería Comunitaria. INDE. 1992. Reelaboración. Depto. Enfermería Comunitaria. Facultad. de Enfermería. 2005
- Barceló Alberto, Luciani Silvana, Agurto Irene, Ordúñez Pedro, Tasca Renato, Sued Omar. Organización Panamericana de Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington Edición en inglés I, SBN: 978-92-75-11669-2. Año 2012.
- Castro Gusmão, Renata. La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (en línea). Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública. (fecha de acceso 25 de Noviembre de 2013) Barcelona, julio de 2008. URL Disponible en: http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/Renata%20Castro%20Gusmao_2008_%20Continuidad%20asistencial%20-Master.pdf
- Clelanda Jen, Cerasolic Frank, Fremana Daryl, Kaplanb Alan, Pricea David. Diagnóstico y tratamiento precoz de la EPOC en atención primaria (en línea). Copyright, Primary Care Respiratory Society UK. 29 de julio (fecha de acceso 27 de Noviembre de 2013) Año 2010. URL Disponile en: http://www.thepcrj.org/journ/vol20/20_1_15_22_spanish.pdf
- Herrera, Magdalena. Muertos por EPOC aumentaron 153%. El País. (en línea). Montevideo. 28 de Junio, Año 2006. (Fecha de acceso 16 de octubre de 2013). URL Disponible en: http://www.elpais.com.uy/Suple/DS/09/06/28/sds_426019.asp
- Ibáñez, Gálvez. Continuidad asistencial. Análisis Conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de familia. (en línea) Vol.4 No. 1. (fecha de acceso 30 de Mayo de 2013) Febrero. 2003. URL Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf>
- Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD). Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC. Global Initiativ for Chronic



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



- Obstruvtiva Lung Disease, Inc. (en línea). Año 2011. (Fecha de acceso 17 de Agosto de 2013). URL Disponible en: <http://www.goldcopd.org>
- López, Oscar. Día Mundial de la EPOC (en línea). Montevideo, (fecha de acceso 5 de noviembre de 2013) Año 2012. URL Disponible en: www.Suat.com.uy/novedad/114-dia-mundial-de-la-epoc/
- Magri Raquel, Soc. Héctor Suárez. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS)/Junta Nacional de Drogas (JND) – Secretaría Nacional de Drogas (SND).Tabaquismo. Consumo en el ámbito de la enseñanza media. (Trabajo de Investigación) (en línea) Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta-USA. Año 2002. (Fecha de acceso 3 de Abril de 2013). URL Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/tabaco_2002.pdf
- Menezes, Ana MB. Proyecto Latinoamericano para la investigación de la EPOC. Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) (en línea), Copyright Año 2006, (fecha de acceso 16 de octubre de 2013). URL Disponible en: www.platino-alat.org/docs/libro_platino_es.pdf
- MSP. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Reforma de la Salud. (en línea) Montevideo (fecha de acceso 25 de Setiembre de 2013) Año 2007. URL Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>
- MSP. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley N° 18.211(en línea) Montevideo, 5 de Diciembre de 2007. (Fecha de Acceso 26 de noviembre de 2013). URL Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6515,22999
- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial Frente a la Enfermedades No Transmisibles. Documento Temático (en línea). 28 de Mayo 2008. (fecha de acceso 18 de Febrero de 2013). URL Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/
- Organización Panamericana de Salud. Sistemas Integrados de Servicios De Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de Mayo 2008.
- Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto platino en Montevideo. Rev. Méd. Urug. vol.21 no.1 (en línea). Montevideo mar. 2005. (fecha de acceso 3 de Abril de 2013). URL Disponible en:



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-

[32952005000100006](#)

- Real Academia Española (En Línea). (Consultado el 26 de noviembre de 2013)

URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=percepcion>

URL de la revista de enfermería de la facultad de enfermería

URL de la revista de enfermería de la facultad de enfermería

URL de la revista de enfermería de la facultad de enfermería

URL de la revista de enfermería de la facultad de enfermería



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



ANEXOS

- Nº1 -Carta autorización para recolección de datos.
- Nº2- Método recolección de datos (cuestionario).
- Nº3 -Consentimiento informado.
- Nº4- Carta solicitud de tribunal.
- Nº5 -CD con trabajo de investigación.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ANEXOS



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ANEXO N°1

Carta de autorización para realizar la investigación

Fecha: 2 Diciembre 2013

Sra. Directora Centro de Salud Claveaux

Doctora: Ana María Larrosa.

Presente

Mediante la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar Autorización para realizar el Trabajo final de Investigación con el objetivo de conocer "Cual es la percepción del paciente con EPOC tabaquista, según la continuidad asistencial, en cuanto a la relación paciente - equipo de salud en el Primer Nivel de Atención", llevado a cabo por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería en el centro de salud Dr. Enrique Claveaux en el tiempo comprendido desde el 2 al 6 de Diciembre del presente año.

La Facultad de Enfermería reconoce que ha revisado el protocolo de investigación, autorizándonos a dicho desempeño de la actividad.

Si presenta alguna duda o necesitan información adicional, nos pondremos en contacto y le haremos llegar el protocolo de investigación.

Saluda Atentamente.

Estudiantes Facultad Enfermería

Br. Magelo Cura

Br. M° José Fernandez

Br. Cecilia Miños

Br. M° Eugenia Pérez

Br. Eliana Piedra

Autorizado por: _____

Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ANEXO N° 2 - CUESTIONARIO

Montevideo- Uruguay; Fecha: //

Indique con X en la situación en la que se encuentre.

DATOS PERSONALES

- 1- Edad (en años):
- 2- Sexo: Hombre Mujer
- 3- Ocupación: Empleado Desocupado
Pensionista Jubilado

ANTECEDENTES SOBRE LA EPOC

- 1- En la actualidad: ¿Usted fuma?
Si ___ NO ___
- En caso de que la respuesta sea NO:
- a- ¿Cuánto tiempo hace que dejo de fumar?
- b- ¿Cuántos años fue fumador?
- c- ¿Porque motivo dejo el cigarro?
- Indicación medica
 - Decisión propia
 - Otros.(especificar)
- 2- ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron el EPOC?
- 3- ¿Quién es/son los responsables de tratar su EPOC?
- Licenciado en Enfermería (Nurse)
 - Auxiliar de Enfermería
 - Médico general o especialista
 - Psicóloga
 - Otros
- 4- ¿Cada cuánto usted visita al profesional tratante?
- 5- Desde que le diagnosticaron su patología. ¿Cuánto tiempo hace que consulta con el mismo profesional?



CONTINUIDAD DE RELACION

Para cada ítem, Indique en qué grado está usted de acuerdo o en desacuerdo con la frase

Aspectos a evaluar	NO 1	A VECES 2	SI 3
Cree usted que el profesional que lo atiende se interesa por usted			
Se siente cómodo preguntándole al profesional sus dudas o sus problemas de salud.			
Entiende fácilmente la información que le da el profesional sobre su tratamiento.			
Confía en la capacidad del especialista que lo trata.			
La información que le da el Especialista satisface sus necesidades.			
Cuando concurre a consulta en el centro de salud, consulta siempre con el mismo profesional.			
Cumple usted el tratamiento que le brinda su neumólogo tratante.			
Suele acudir al mismo centro de salud cuando requiere atención médica.			
Encuentra usted dificultad en la obtención de fecha para consulta con su Neumólogo.			
No ha requerido de internación en los últimos meses.			

Muchas Gracias por colaborar en nuestra Investigación.

Estudiantes de Facultad de Enfermería.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ANEXO N° 3 - Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Yo _____ he sido informado (a) por los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, de la Universidad De La Republica, que desarrollan un trabajo de investigación en la zona, acerca de la percepción del paciente tabaquista con EPOC, en cuanto al vínculo con el equipo de salud en el primer nivel de atención, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi vínculo con el equipo de salud en el centro de salud que asisto.
2. Permito que los estudiantes de la Facultad de Enfermería utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilicen con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que los estudiantes de Facultad de Enfermería tengan acceso a mi identidad, la que no será revelada por ellos manteniéndose el anonimato.

Firma.....

Fecha:



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ENFERMERIA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ANEXO N° 4- CARTA SOLICITUD TRIBUNAL

Montevideo, X de diciembre de 2013

Departamento de Educación
Prof. Mgtr. en Educación Fany Rocha

Por intermedio de la presente, nos dirigimos a Uds. para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación.
El mismo fue desarrollado en la Cátedra de Enfermería Comunitaria, siendo el tutor el Prof. Adj. América Monge y Prof. Adj. (s). Ana Arada

El título del estudio es Continuidad Asistencial en Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el Primer Nivel de Atención.
Somos estudiantes cursantes de Gen 2009.

Queremos dejar expresa nuestra renuncia a los 10 días hábiles con los que se cuenta por reglamento para fijar fecha de defensa.
Sin otro particular le saludan cordialmente

Br. Cura Magelo

Br. Fernández Ma. José

Br. Miños Cecilia

Br. Pérez Ma. Eugenia

Br. Piedra Eliana