

Briones, T., Sumba, V., y Mesa, I. (2025). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Impacto y abordaje no farmacológico. En M. A. Santacruz Vélez (Coord). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 114-136). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.275.c459>



Capítulo 5

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Impacto y abordaje no farmacológico

Tannia Briones, Veronica Sumba, Isabel Mesa

Resumen

La EPOC es una enfermedad crónica prevenible y tratable, caracterizada por limitación del flujo aéreo y síntomas respiratorios persistentes. El ejercicio físico surge como terapia no farmacológica clave, mejorando la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes. Una revisión bibliográfica (2019-2024) reveló una prevalencia del 13.7% en adultos, con mayor afectación en hombres (57.41%) que en mujeres (51.25%), asociada principalmente a edad y sexo. La enfermedad presenta diversas clasificaciones según la capacidad funcional, frecuentemente complicada por comorbilidades como insuficiencia cardíaca e hipertensión. El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la educación del paciente y su familia, promoviendo el autocuidado y la actividad física como estrategia para mejorar su condición física y bienestar general. Palabras clave: EPOC, Ejercicio físico, Calidad de vida, Autocuidado, Enfermería.

Introducción¹

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una condición médica crónica, prevenible y tratable, que se manifiesta clínicamente a través de síntomas persistentes como tos crónica, expectoración y disnea. Estas manifestaciones clínicas derivan principalmente de dos alteraciones fisiopatológicas fundamentales: el estrechamiento progresivo de las vías aéreas y la pérdida de elasticidad del tejido pulmonar. Entre los diversos factores etiológicos implicados en su desarrollo, destaca de manera significativa la exposición al humo del tabaco, reconocido como el principal agente causal (Soto et al., 2021; Umbacía et al., 2020).

El desarrollo y progresión de esta enfermedad en nuestra población guarda una estrecha relación con diversos determinantes sociales y ambientales. Factores como la calidad de vida individual, los hábitos personales y la exposición ocupacional o domiciliaria a diversos contaminantes atmosféricos juegan un papel crucial en su patogénesis (Macías et al., 2018). Un aspecto particularmente relevante en nuestro contexto es la exposición al humo de leña en mujeres de zonas rurales y periurbanas, donde la cocina con estos combustibles sólidos representa una práctica habitual. Esta situación hace imperativo implementar estrategias educativas dirigidas a comunidades de bajos recursos, con el objetivo de reducir el impacto negativo que genera la exposición combinada al humo del tabaco y de la leña sobre el sistema respiratorio (Salabet et al., 2012; Fernandes et al., 2017).

El diagnóstico de la EPOC se establece fundamentalmente mediante pruebas de función pulmonar, siendo la espirometría el examen gold standard para su confirmación. A nivel epidemiológico, esta enfermedad representa actualmente la tercera causa de mortalidad a nivel global. Su prevalencia muestra variaciones significativas en función de diversos factores, entre los que destacan la edad avanzada, el sexo masculino y, muy especialmente, el consumo de tabaco, que sigue siendo el principal factor de riesgo modificable (Casas et al., 2017).

Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 15% y 20% de la población fumadora desarrollará EPOC a lo largo de su vida. La evidencia científica demuestra que los fumadores tienen un riesgo 14 veces mayor de padecer esta enfermedad en comparación con los no fumadores. Este dato subraya la importancia crucial del abandono del tabaquismo como medida terapéutica fundamental, capaz de modificar favorablemente el curso clínico de la enfermedad y mejorar significa-

1 Una versión previa se encuentra en: Briones, T., Sumba, V., & Mesa, I. (2024). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la capacidad física de los pacientes. *Religación*, 9(42), e2401242. <https://doi.org/10.46652/rng.v9i42.1242>

tivamente la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, resulta preocupante constatar que una proporción significativa de pacientes persiste en el consumo tabáquico a pesar del diagnóstico (Blanco et al., 2021).

La actividad física constituye un pilar fundamental en el tratamiento integral de la EPOC. Desde un punto de vista fisiopatológico, se define como el conjunto de movimientos corporales voluntarios producidos por la contracción de los músculos esqueléticos, que generan un aumento del gasto energético. En el contexto específico de la EPOC, múltiples estudios han demostrado que la implementación de programas de actividad física regular produce beneficios significativos, incluyendo aumento de la resistencia física, mejoría en la calidad de vida y, lo que es más relevante, se ha establecido una correlación positiva entre el ejercicio físico regular y la supervivencia en estos pacientes (Baracaldo et al., 2022; Torres et al., 2017).

A nivel global, los estudios de prevalencia indican que la EPOC afecta a más de 384 millones de personas y constituye la tercera causa principal de mortalidad, con una incidencia que aumenta progresivamente con la edad (Burge et al., 2020). Un estudio longitudinal realizado por Wang et al. reveló que la prevalencia en personas mayores de 20 años alcanzaba el 8.6%, lo que representa aproximadamente 99.9 millones de casos a nivel mundial. Este mismo estudio, al analizar específicamente la población mayor de 40 años, encontró una prevalencia del 13.7% en el año 2015, mostrando un incremento significativo respecto al 8.2% reportado por Zhong et al. en 2008, lo que evidencia una tendencia ascendente tanto en la prevalencia como en la mortalidad asociada a esta enfermedad (Wang et al., 2020).

El análisis por sexo revela diferencias significativas en la distribución de la enfermedad. Los estudios muestran una prevalencia del 15.70% en varones frente al 9.93% en mujeres. Desde una perspectiva geográfica, las mayores tasas de prevalencia se registran en el continente americano (14.53%), mientras que las más bajas corresponden a la región del sudeste asiático/Pacífico occidental (8.80%). Datos específicos de España en 2018 muestran una prevalencia general del 9.1%, con una marcada diferencia por sexos: 14.3% en hombres frente a 3.9% en mujeres, confirmando el predominio masculino en la distribución de esta patología (Horta et al., 2020; Pérez et al., 2018).

Desde el punto de vista fisiopatológico, Cebollero et al. (2020) describen las alteraciones en la capacidad física característicos de la EPOC, destacando la disfunción muscular periférica como consecuencia de modificaciones a nivel metabólico, morfológico y funcional del sistema esquelético, que afectan tanto a miembros superiores como inferiores. Estas alteraciones se manifiestan clínicamente como debilidad muscular y disminución de la resistencia física. Complementariamente, Osadnik et al. (2018) clasifican los determinantes de la

actividad física en tres categorías: biológicos, clínicos y funcionales, lo que permite un abordaje más integral de las limitaciones físicas en estos pacientes.

La práctica de actividad física en pacientes con EPOC presenta dos componentes fundamentales: la cantidad de ejercicio realizado y las limitaciones asociadas a la actividad, ambos determinantes en la evaluación de las capacidades físicas. La inactividad física en estos pacientes sigue un patrón circular vicioso, caracterizado por molestias en extremidades inferiores secundarias a la afectación del músculo esquelético, sumado a las alteraciones en el sistema respiratorio que incluyen limitación al flujo aéreo y aumento de los requerimientos ventilatorios (Armstrong et al., 2020; Sánchez et al., 2018).

Investigaciones realizadas en China han identificado diversos factores predisponentes para el desarrollo de EPOC, entre los que destacan aspectos relacionados con el estilo de vida, condiciones socioeconómicas y características demográficas específicas de cada comunidad (Torres, 2017). Otros factores de riesgo significativos incluyen el sedentarismo, la obesidad y, como ya se ha mencionado, el tabaquismo. Los pacientes con EPOC muestran patrones de actividad claramente diferenciados de la población sana, con predominio de actividades en posición sedente y notable reducción en la intensidad del ejercicio físico realizado (Torres et al., 2017; Fernandes et al., 2017). Las exacerbaciones de la enfermedad representan una causa frecuente de hospitalización, estimándose que aproximadamente el 10% de los pacientes requieren ingreso hospitalario anual, generando alrededor del 70% de los costos directos asociados al manejo de esta patología (Martínez et al., 2017).

La progresión natural de la EPOC conlleva el desarrollo de diversas complicaciones que impactan significativamente en la capacidad funcional de los pacientes. Entre las más relevantes se encuentra la disminución progresiva de la tolerancia al ejercicio, que a su vez exacerba la disnea durante las actividades cotidianas (Albarri et al., 2020; Gea et al., 2019). Otras complicaciones frecuentes incluyen el acúmulo de secreciones bronquiales, alteraciones en la morfología cardiopulmonar, disminución de la masa muscular y reducción de la capacidad física global, lo que en conjunto determina un deterioro significativo en la resistencia física y calidad de vida de los afectados (Heyden et al., 2020; Varao et al., 2019). La evidencia científica ha establecido claramente la relación entre el sedentarismo en pacientes con EPOC y el desarrollo de diversas comorbilidades, entre las que destacan enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y trastornos metabólicos como la diabetes mellitus (Rodríguez et al., 2019).

Los pacientes con EPOC presentan alteraciones complejas que afectan múltiples aspectos de la fisiología respiratoria, incluyendo la mecánica ventilatoria, el intercambio gaseoso pulmonar y la función cardíaca, además de otras manifestaciones sistémicas características (Hee et al., 2018). Este conjunto

de alteraciones conduce a una reducción progresiva en los niveles de actividad física, con el consiguiente deterioro en la capacidad aeróbica, pérdida de masa muscular y disminución de la fuerza, lo que perpetúa y agrava el ciclo de disnea e incapacidad funcional (Blas et al., 2017; Salabert et al., 2017).

Las intervenciones terapéuticas en EPOC tienen como objetivo principal promover la adherencia a largo plazo a conductas saludables, mejorar la condición física general, aumentar la tolerancia al ejercicio y optimizar el estado psicológico de los pacientes (Osadnik et al., 2018). El personal de salud desempeña un papel crucial en la implementación de estrategias destinadas a prevenir el deterioro funcional, reducir las comorbilidades asociadas y disminuir la frecuencia de hospitalizaciones (Armstrong et al., 2020). En este contexto, Cebollero et al. destacan la importancia de implementar programas estructurados de caminatas, que deberían incorporarse de manera rutinaria en la práctica clínica para prevenir y tratar la disfunción muscular periférica característica de estos pacientes (Pérez et al., 2018).

La educación terapéutica constituye otro componente esencial del manejo integral de la EPOC. Los profesionales de la salud deben capacitar a los pacientes en el uso correcto de dispositivos inhaladores y en la interpretación básica de las pruebas de función pulmonar (Abajo et al., 2017). La evaluación periódica del índice de masa corporal (IMC) y la aplicación de instrumentos validados como el cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) permiten monitorear de manera objetiva la calidad de vida, evaluando cinco dimensiones clave: autocuidado, movilidad, dolor/malestar, actividades cotidianas y ansiedad/depresión (Montserrat et al., 2019; Saldías et al., 2018). Estas intervenciones tienen como objetivo final reducir los procesos fisiopatológicos que conducen al deterioro funcional, aliviar la sintomatología, optimizar la capacidad física y promover la realización de actividad física regular (Albarrati et al., 2020).

Los objetivos terapéuticos en el manejo de la EPOC incluyen la mejoría sostenida de la capacidad física y calidad de vida de los pacientes. La evidencia demuestra que al aumentar la tolerancia al ejercicio se reduce significativamente la disnea, disminuyen las hospitalizaciones y se acortan los tiempos de estancia hospitalaria, además de observarse una mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión frecuentemente asociados a esta condición crónica (Heyden et al., 2021). Las intervenciones en el ámbito asistencial deben incluir el manejo adecuado de espirómetros, programas educativos sobre los riesgos del tabaquismo, identificación precoz de pacientes con alto riesgo de exacerbaciones y optimización continua de los tratamientos mediante programas de formación profesional continuada (García et al., 2017; Camargo et al., 2019).

El rol de la enfermería en el proceso de rehabilitación de pacientes con EPOC resulta indispensable. Las enfermeras especializadas en rehabilitación

respiratoria deben enfocarse en tres áreas clave: optimización de la terapia inhalada (asegurando la técnica correcta y la selección del dispositivo más adecuado para cada paciente), educación tanto del paciente como de su familia, y la implementación de programas de reeducación funcional respiratoria que incluyan entrenamiento físico específico (Mendoza et al., 2021). En el ámbito educativo, el enfoque debe centrarse en las necesidades individuales de cada paciente, trabajando para normalizar la convivencia con la enfermedad, promover el ejercicio físico regular, facilitar el abandono tabáquico, enseñar técnicas de conservación de energía y ofrecer recomendaciones nutricionales adaptadas (Varao et al., 2019; Singh et al., 2019).

En conclusión, la investigación continua sobre la EPOC resulta fundamental para comprender mejor su epidemiología, características clínicas y abordaje terapéutico. El estudio de su prevalencia permite dimensionar el impacto real de esta enfermedad en la población. El análisis detallado de las clasificaciones de capacidad física según la evidencia científica resulta esencial para adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada paciente. La investigación sobre los factores de riesgo, particularmente el tabaquismo como principal causa evitable, sigue siendo una prioridad en salud pública. El conocimiento profundo de las complicaciones asociadas, especialmente las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, permite desarrollar estrategias preventivas más efectivas. Finalmente, el estudio y optimización de las intervenciones de enfermería en el manejo de la discapacidad física asociada a la EPOC constituye un pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Metodología

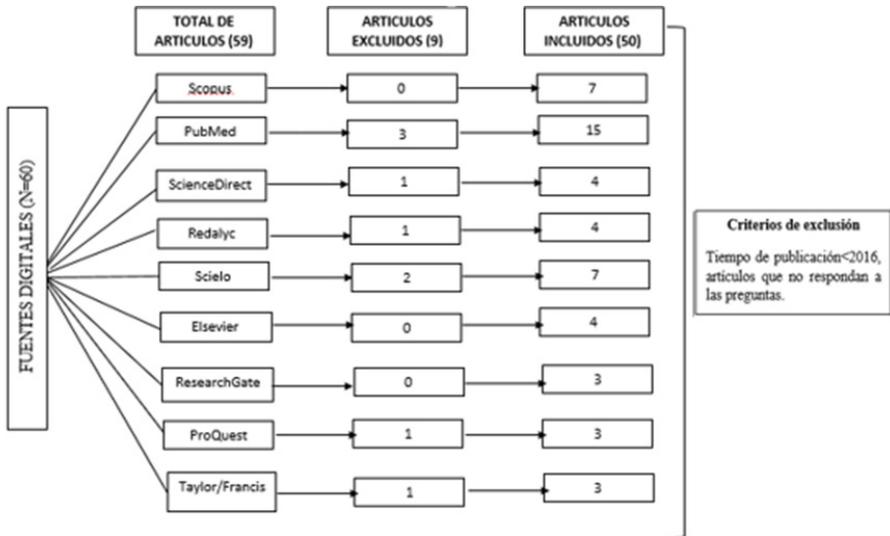
La presente investigación es una narración de tipo descriptiva porque brinda al lector información veraz y certera de forma directa con la realidad a través de búsquedas en bases bibliográficas y artículos, con el objetivo de adquirir una indagación sobre las intervenciones en las capacidades físicas en los pacientes con EPOC porque se manifiesta con detalle cada uno de los ejercicios a realizar. La búsqueda en las bases de datos se procedió a través de diferentes bases científicas e idiomas (español, inglés, y portugués) en el que se obtuvo la mayor cantidad de información posible con lo que se desarrolló esta investigación. La información adaptada a la investigación fue mediante la búsqueda de datos como: Scopus, Pubmed, Scienedirect, Redalyc, Scielo, Elsevier, ResearchGate, ProQuest, Taylor & Francis Online, Research Gate y repositorios de bibliotecas digitales de la Universidad Católica de Cuenca, se utilizaron palabras claves según los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS: “Capacidad Física”, “Cuidados de Enfermería”, “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”, “Adultos”,

“Prevalencia”, “Pulmonary Disease”, “Chronic Obstructive”, “Nursing Care”, “Prevalence”, “Physical Endurance”.

Para la selección de artículos de revisión bibliográfica se especificó el tema propuesto: Capacidad Física en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cuyos criterios de inclusión fueron: artículos originales de estudio, que respondan a las preguntas planteadas en la investigación, varios idiomas, temática: enfermería, medicina, profesionales la salud, personas adultas, farmacología, artículos realizados en el año 2019 al 2024, cuidados de enfermería en pacientes con EPOC, mientras que los criterios de exclusión fueron: publicaciones anteriores al año 2016, editoriales, tesis, estudio de caso, informes de experiencia, artículos que no respondan a las preguntas de investigación, monografías, artículos científicos aplicados que no sean de bases fiables.

Para la elaboración de la revisión bibliográfica se basó en encontrar información que responda nuestras preguntas de investigación planteada en el desarrollo del mismo, aplicando los operadores booleanos, obteniendo como resultado 59 artículos, de lo cual se descartó 9 debido a que no cumplían con los criterios seleccionados y así finalmente obteniendo un total de 50 artículos que son de interés para el desarrollo de este estudio, representada a continuación (Figura 1).

Figura 1. Diagrama sobre la búsqueda de información.



Fuente: elaboración propia

Desarrollo

Prevalencia del EPOC

Según Wang R et al, la prevalencia de la enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC) habría aumentado durante este último año con rapidez, lo cual habría alcanzado una taza epidémica en China debido a que la tasa de mortalidad ha incrementado, por lo que datos estadísticos indican que el 8,6% fue de la población mayor a 20 años lo que él suponía un 99,9 millón de usuarios y en la población mayor a 50 años se obtuvo como resultado un 13,7% (Wang et al., 2022).

De acuerdo con et al. (2021), esta patología ha llegado a ser una de las más frecuentes a nivel mundial y su prevalencia se debe a diferentes factores que se encuentran relacionados como es la edad, el sexo más en el género masculino, por el consumo excesivo del tabaco, del tal motivo, que para el 2020 el EPOC podría llegar a ser la tercera causa de muerte. Estos factores pueden llegar afectar su capacidad física que limita a que puedan realizar sus actividades cotidianas, de igual manera Blanco E et al, afirmó que el 65% corresponde a adultos, donde 59,26 % resultan ser fumadores y el sexo que más prevalece es el masculino con un 57.41% (Blanco et al., 2021).

A sí mismo, Torres et al. (2017), la prevalencia realizada según estudios platinos en el 2005 un 16.9% resultaron ser mayores de 40 años, mientras tanto, en América latina según el estudio realizado se pudo observar que en Montevideo existió un 19,7%, seguido de Chile con un 15,9% y en Brasil con un 15.8%, por lo cual se ha podido observar cómo ha aumentado los casos de esta enfermedad llegando a convertirse en un problema actual de salud debido a que el 80% de estas muertes se dieron en países medios y bajos.

Tabla 1. Prevalencia de la depresión en el adulto mayor en Latinoamérica.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2022	Wang et al.	China	Shanxi	5636	La prevalencia de EPOC más de 20 años fue del 8,6%. Wang et al. En el año 2015 observo que la prevalencia era de un 13.7% en personas con edades de 40 años.
2021	Godoy et al.	España	Lleida	761	Él (EPOC) se considera como una enfermedad común y su prevalencia aumentaba en algunos factores como el sexo masculino, y con el consumo excesivo de tabaco, y como resultado se obtuvo que en el 2020 fue como la tercera causa de muerte.
2021	Blanco et al.	Perú	Lima	80	65% corresponde a adultos, donde 59,26 % resultan ser fumadores, donde prevalece el sexo masculino con un 57.41%.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Torres et al.	España	Barcelona	104	La prevalencia reportada en el año 2005 mediante un estudio platino que fue analizado se estimó que un 16,9% eran usuarios mayores de 40 años

Fuente: elaboración propia.

Clasificaciones de la capacidad física

Existen varias clasificaciones que afectan a los pacientes con cuadro de EPOC, en la cual, New York Heart Association (NYHA) la clasifica en cuatro clases funcionales y estas son la clase I que se refiere a la capacidad que tiene la persona para poder realizar una actividad si tener dificultad, la clase funcional II es la capacidad que tienen para resolver actividades a pesar de las dificultades que se puedan presentar, clase funcional III se define como la capacidad para realizar algunas actividades existiendo una incapacidad total y por último la clase funcional IV en la que el paciente presenta una inmovilización de alto grado o inmovilización completa, en la cual, el paciente necesita de ayuda para realizar sus actividades (Sánchez et al., 2018).

Mientras que, Cebollero P et al, en su estudio la capacidad física se clasifica en la distinción muscular periférica que principalmente se caracteriza por presentar alteraciones a nivel funcional, metabólico, y morfológico del músculo esquelético, debido en este nivel funcional se observa lo que es la fuerza y la resistencia muscular (Cebollero et al., 2020). Otros estudios la clasifican de otra manera que implica los conocimientos de los determinantes que se relacionan con la actividad física, clasificándolos en biológicos, clínicos y funcionales (Gimeno et al., 2019).

Armstrong M. afirma que la inactividad física se clasifica en un modelo de círculo vicioso que ocasionando afectaciones en miembros inferiores debido a que se genera un desgaste del músculo esquelético y a aquí también se ve implicado las vías respiratorias que se encargan de limitar el flujo de aire aumentando los requisitos de ventilación. La salud se puede ver afectada por diferentes condiciones, entre ellas están las biológicas, físicas, psicológicas o socioculturales que determinan diferentes conductas y que ejercen influencia en las mismas (Armstrong et al., 2020).

Tabla 2. Clasificaciones de la capacidad Física según la literatura científica.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2018	Sánchez et al.	Colombia	Medellín	100	La clasifica en cuatro clases funcionales y estas son la clase I que es la capacidad para poder realizar una actividad si tener dificultad, entre otros.
2020	Cebollero et al.	España	España	44	Las clasificaciones de la capacidad física son la disfunción muscular periférica caracterizada por alteraciones a nivel metabólico, funcional y morfológico en general de los miembros superiores e inferiores. Se observó que en la parte funcional existe una reducción de la resistencia y de la fuerza.
2019	Gimeno	España	Barcelona	50	En las clasificaciones de los conocimientos capacidad física están los de los determinantes de la actividad física que son biológicos, clínicos y funcionales
2020	Armstrong.	EE. UU.	EE. UU.	90	La inactividad física se puede clasificar en; Un modelo del círculo vicioso de la inactividad física, lo cual son molestias en las piernas que son el desgaste del músculo esquelético, la remodelación de las vías respiratorias que se encargan de limitar el flujo de aire y aumentan los requisitos de ventilación.

Fuente: elaboración propia

Por lo cual, una de las clasificaciones como la disfunción muscular periférica ocasionada por una incapacidad en la realización de actividades que afecta la parte funcional, metabólica y morfológica se relaciona con la clasificación de la NYHA debido a que la misma hace referencia a los aspectos antes mencionados generando que en la primera clase los individuos puedan cumplir su autocuidado, mientras que en la cuarta clase llegan a depender de terceras personas para su cuidado, se puede observar en otra clasificación como afecta a los músculos tanto de miembros superiores como inferiores deteriorando así su capacidad ocasionando una disminución en el flujo aéreo afectando así la resistencia física del individuo y además existen factores determinantes (biológicos, clínicos y funcionales) que se correlaciona con las clasificaciones de la capacidad física.

Factores de Riesgo de disminución de la capacidad física de los pacientes con EPOC

De acuerdo con Wang et al. (2022), los factores de riesgo difieren en distintas áreas en el país de China lo que puede deberse a uno de los factores que es el

socioeconómico, al estilo de vida y las características demográficas que presentan alguna población en dicho territorio, también existen otros factores que se encuentran involucrados estos se deben a la inactividad física que presenta la persona, a la obesidad y al consumo del tabaco más en el sexo masculino que hoy en día es un problema de salud que mediante la promoción de salud se pretende erradicar.

Estos factores influyen en personas que son sedentarias que no practican ninguna actividad de ocio y la intensidad de su actividad es menor a la de un sujeto sano, ocasionando así que su cuerpo se acostumbre a no realizar ningún tipo de actividad física originando también un riesgo de mortalidad. Sin embargo, datos señalan que no solo hay que tener en cuenta el uso del tabaco, ya que existen otros factores de riesgo que son fundamentales y que tendrían un peso significativo en el desarrollo del EPOC que son menos estudiados y entre ellos está la combustión de biomasa, contaminación, exposición ocupacional y estos varían según su sitio de estudio (Gimeno et al., 2019).

Tabla 3. Factores de Riesgo de disminución de la capacidad Física.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2022	Wang et al.	China	Shanxi	5636	Los factores de riesgo son diferentes en algunas áreas en el territorio de China, lo cual puede verse afectado por el estilo de vida, las características demográficas y la economía.
2019	Gimeno.	España	Barcelona	50	Los factores de riesgo que más influyen son las personas sedentarias, y la cantidad de actividad es menor que la de los sujetos sanos
2021	Blanco et al.	Perú	Lima	80	Se ha señalado una variedad de factores que influyen que pueden ocasionar el deseo de fumar y en ellas se debe también la posibilidad que tenga el sujeto de adquirir un cigarro.

Fuente: elaboración propia.

De tal motivo, Blanco E et al, describió una serie de factores que se relacionan con el uso del tabaco debido a que indica que hay la posibilidad económica en la que se pueda adquirir un tabaco, el estrés laboral o personal que se encuentran sometidos, lo ven también como una forma de aliviar algún problema o como un facilitados de relaciones interpersonales (Blanco et al., 2021).

Complicaciones de los pacientes con disfunción de la capacidad física por EPOC

Rocha F et al, menciona en su investigación que un paciente que tiene un cuadro de EPOC y que ha ido progresando genera algunas complicaciones como es la capacidad de hacer ejercicio en la cual se disminuye y así de esta manera aumenta la disnea al querer realizar los mismos (Rocha et al.,2017). Mientras que Torres et al. (2017), dice que según evidencia se demostró que la actividad física que se ve reducida predispone a que se desarrolle enfermedades cardiovasculares como son la diabetes mellitus, entre otras patologías crónicas.

Existen varias comorbilidades que afectan el cuadro del EPOC entre ellas está la Hipertensión arterial, Cardiopatía Isquémica, Diabetes Mellitus, enfermedad cerebrovascular, cáncer, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca entre las más prevalentes. La prevalencia de pacientes con EPOC que presentan insuficiencia cardíaca es de un 14,2%, de insuficiencia renal fue de un 18.52% y los que tienen hipertensión arterial un 75,4%, por lo tanto, se puede analizar que existen un porcentaje mayor de pacientes que presentan HTA (Torres et al., 2017).

Actualmente, Gimeno et al. (2019), señala que lo niveles disminuidos de la actividad física se asocian con un mayor riesgo de mortalidad y que se ven sujetas a hospitalizados las exacerbaciones, ya que según su estudio la mortalidad es 4 veces mayor en sujetos que son sedentarios al dedicar 8 horas en actividades que implican estar sentada o acostada.

Tabla 4. Complicaciones más prevalentes.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Rocha et al.	Brasil	Brasil	25	Se sabe que en paciente con EPOC y con la progresión de la enfermedad tiene complicaciones como: la capacidad de hacer ejercicio, lo cual disminuye en estos pacientes, de esta manera aumenta la disnea al realizar sus actividades.
2017	Torres et al.	España	Barcelona	104	La evidencia ha demostrado que la actividad física reducida predispone a enfermedades cardiovasculares o a presentar otras enfermedades

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2019	Gimeno.	España	Barcelona	50	La evidencia actual confirma consistentemente que la actividad física se asocia con un gran porcentaje de mortalidad y de ingresos hospitalarios debido a exacerbaciones, aumentando la mortalidad, por lo que se estima que va a hacer mayor en personas que no realizan alguna actividad.

Fuente: elaboración propia.

Intervenciones de Enfermería en pacientes con alteración en la capacidad física de los pacientes con EPOC

Rocha et al. (2017), refiere que el personal de salud evita la disminución de la condición física, lo cual de esta manera existe un menor número de comorbilidades y hospitalizaciones. De igual manera, Cebollero et al. (2020), indica realizar un programa en la cual se pretende desarrollar una caminata en la cual se incluirá en la práctica clínica habitual para prevenir o mejora la distinción muscular periférica en los pacientes con EPOC debido a que realizando actividades podríamos mejorar su condición de vida y así no existiera ninguna comorbilidad que afecte su cuadro de enfermedad.

Mientras que Gimeno et al. (2019), dice que las Intervenciones se refieren a promover la adherencia a largo plazo a conductas que llegan a ser beneficiosas para la salud, por lo que mejoran la condición física con la tolerancia al ejercicio habitual y el estado psicológico de los pacientes. Así mismo, el personal de enfermería deberá educar como usar los inhaladores y el tratamiento con espirometría para el manejo de su salud, por lo que es importante que el paciente conozca cómo se usa y lo importante que llega a ser para su salud cuando presenta alguna crisis en su enfermedad.

Tabla 5. Intervenciones de Enfermería.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Rocha et al.	Brasil	Brasil	25	Como personal de salud se evita la disminución de la condición física y de esta manera existe un menor número de comorbilidades y hospitalizaciones.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Cebollero et al.	España	España	44	Deberá de aplicar un programa de caminar, la cual el personal de salud sé involucrados mediante la promoción y prevención con el fin de mejorar la disfunción muscular.
2019	Gimeno.	España	Barcelona	50	Las intervenciones son promover la adherencia a largo plazo a conductas beneficiosas para la salud, además de mejorar la condición física con la tolerancia al ejercicio y el estado psicológico de los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Necesidad de reforzar el autocuidado en los pacientes se utiliza la teoría de Marjory Gordón.

PATRONES FUNCIONALES	Que valora	Como se valora	Resultado del Patrón
Patrón 1: Percepción y manejo de la salud	Percepción de la salud y del bienestar como el individuo maneja su salud.	Motivo de ingreso Antecedentes personales Alergias Hábitos como el consumo de alcohol y otras sustancias como el tabaco o las drogas Consumo de algún tipo de fármacos Estilos de vida Vacunas Ingresos hospitalarios	Se altera si: El individuo estima que su salud es mala Inadecuado manejo de su salud Toma en exceso o fuma. No es vacunado Tiene una higiene inadecuada.
Patrón 2: Nutrición y metabólico	Determina el consumo de los alimentos en relación con sus necesidades.	Mediante el IMC Número de comidas que ingiere. Ganancia o pérdida de peso Intolerancias alimenticias Alergias Alteraciones a nivel de la piel Deshidratación	Está alterado si: Está alterado el IMC Presenta una nutrición desequilibrada Existe dificultad para deglutir Necesita sonda de alimentación Alteraciones de la piel Presenta problemas digestivos Intolerancia Alergias

PATRONES FUNCIONALES	Que valora	Como se valora	Resultado del Patrón
Patrón 3: Eliminación	Describe la capacidad que tienen los riñones para una correcta eliminación.	Intestinal: Consistencia, frecuencia, dolor, presencia de sangre, incontinencia Urinaria: Micción por día, caracteriza, problemas de micción. Cutáneas: Sudor excesivo	Está alterado si: Presenta estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, retención, distribución, policia, polaquiuria y si hay sudoración excesiva.
Patrón 4: Actividad y ejercicio	Describe la actividad física o actividades recreativas y la cantidad de ejercicio.	El estado cardiovascular respiratorio, Estilo de vida, Ocio, tolerancia a la actividad.	Está alterado si: Presenta problemas en la circulación o a nivel respiratorio Presenta cansancio, Debilitamiento a nivel motor Y alteración a nivel funcional.
Patrón 5: sueño y descanso	Describe el sueño, descanso y relajación	Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente Valora el modelo habitual del sueño Trastornos del sueño Problemas de salud Exigencias laborales	Está alterado si: Usa ayuda farmacológica. Dificultad para conciliar el sueño Hay somnolencia diurna. Existe confusión o cansancio. Tiene conducta irritable
Patrón 6: cognitivo-perceptual	Describe la parte sensitivo-perceptual y cognitivo. También las formas sensoriales (órganos de los sentidos)	Valora Nivel de conciencia, orientación, memoria, fármacos utilizados, alteraciones de conducta, alteraciones perceptivas	Está alterado si: La persona se encuentra desorientada Deficiencia en algún órgano de los sentidos Presencia de dolor Dificultades de comprensión por el idioma Depresión Fobias
Patrón 7: autopercepción- autoconcepto	La percepción de sí mismo como su imagen corporal, identidad, autoestima y sentido personal	Alteración de la autoestima, de la ansiedad, del conocimiento y percepción Problemas conductuales Problemas con su imagen corporal Cambios frecuentes de estado de ánimo.	Está alterado si: Presenta problemas con su imagen corporal Toma mucha importancia a su imagen corporal Existen problemas conductuales

PATRONES FUNCIONALES	Que valora	Como se valora	Resultado del Patrón
Patrón 8: rol y relaciones	Describe las relaciones con el medio y su rol.	Valora la comunicación y su interacción con los demás, ya sea en un ambiente laboral, familiar, entre otros. También se valora su conducta.	Está alterado si: No interactiva con los demás. Se siente solo. Falta de comunicación No existe motivación Violencia doméstica Abusos
Patrón 9: sexualidad y reproducción	Alteraciones percibidas en las relaciones sexuales y la seguridad	Monarquía, su ciclo menstrual, la menopausia Los métodos anticonceptivos, Influye también los embarazos o abortos.	Esta alterado si: Refiere preocupación por su sexualidad, Relaciones de riesgo, Problemas en la reproducción.
Patrón 10: adaptación y tolerancia al estrés	Describe la adaptación que tiene el sujeto ante distintos acontecimientos y su tolerancia al estrés.	Valora situaciones que provocan estrés Si existe alteración en la participación social Cambios en el patrón de la comunicación, El uso del cigarro en exceso, Consumo excesivo de alcohol Consumo de tranquilizantes.	Está alterado si: Refiere sensación de estrés cambios o situaciones difíciles de la vida Si recurre al consumo de fármacos, alcohol u otras sustancias para superar el daño.
Patrón 11: valores y creencias	Describe los valores, creencias tanto espirituales como culturales.	Valora Si posee planes en el futuro Religión Preocupaciones relacionadas con la muerte o dolor	Existe conflictos de creencias, problemas en prácticas religiosas.

Fuente: elaboración propia.

Conclusión

El EPOC actualmente es considerado como un problema de salud por ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial y su prevalencia va a depender de diferentes factores, entre los que se mencionan: procedencia, la edad y el sexo, por lo general son más propensos de adquirir la enfermedad los hombres mayores de 40 años, así también el uso excesivo del tabaco, factores ambientales y

comorbilidades respiratorias ocasionando alteraciones en la capacidad funcional a nivel fisiológico causando una reducción de las vías aéreas y una pérdida de la elasticidad del pulmón.

Según la investigación que realizamos se estima que el EPOC es la tercera causa de mortalidad a nivel mundial, esta patología, disminuye la capacidad física, misma que se clasifica de diferentes maneras según las clases funcionales, la cantidad de actividad física y dificultad con la actividad física, que mide las capacidades físicas y describe la capacidad que tienen las personas de realizar alguna actividad a pesar de su movilidad.

Para reducir la tasa de complicaciones en la inactividad física de pacientes con EPOC se debe tener presente que el personal de salud debe estar capacitado adecuadamente para brindar estos cuidados centrados en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para reforzar el autocuidado, por lo que el equipo de salud deberá educar al paciente y/o familia cómo usar los inhaladores, y el tratamiento con espirometría para el manejo de la salud, como personal de enfermería se pretende mejorar la capacidad de ejercicio y de la calidad de vida relacionada con la salud; la tolerancia al ejercicio, dificultad para respirar; reducción de ingresos hospitalarios, presencia de ansiedad y la depresión asociada al (EPOC).

Referencias

- Abajo, A., Méndez, E., González, J., Capón, J., Díaz, A., & Peleteiro, B. (2017). Estimación de la prevalencia de los fenotipos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. *NutrHosp*, 34(1), 180-185.
- Albarrati, A., Gale, N., Munnery, M., Cockcroft, J., & Shale, D. (2020). Daily physical activity and related risk factors in COPD. *BMC Pulmonary Medicine* 20, 60.
- Armstrong, M. (2020). Increasing physical activity in people with COPD. *Practice Nursing* 31(11), 461. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/pnur.2020.31.11.461>
- Baracaldo, H., & Meneses, D. (2022). Proceso de enfermería para la cesación del hábito tabáquico en paciente con EPOC. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 25(1), 42-51. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4062/3586>
- Bastidas, A., Villán, J., Betancourt, V., Suárez, A., & Hincapié, G. (2017). Prevalencia de síntomas respiratorios y riesgo de obstrucción al flujo aéreo en ginebra- valle del cauca. *Revista médica*, 25(2), 42-54. <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/3207/2701>

- Burge, A., Cox, N., Abramsom, M., & Holland, A. (2020). *Interventions for promoting physical activity in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Wiley.
- Blanco, E., Romero, Y., Cruz, R., & Santaya, J. (2021). Hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del Policlínico Universitario “Luis Augusto Turcios Lima”. *Revista en Internet*, 17(2). <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/710/pdf>
- Blas, L., Castillo, D., Lacalzada, O., & Iturricastillo, A. (2017). Ejercicio aeróbico y de fuerza en personas con una enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC): estudio de caso. *MHSalud*, 13(2), 1-15. <https://www.redalyc.org/pdf/2370/237048702004.pdf>
- Camargo, R., Soacres, L., Barbosa, D., Molina, A., & Cássia, A. (2019). Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC, *Rev enferm UERJ*, 27. <https://lc.cx/arCYL3>
- Casas, F., Arnedillo, A., López, J., Barchilón, V., Solís, M., & Ruiz, J. (2017). Documento de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Andalucía. *Revista española de patología torácica*, 29(2), 2-5. <https://lc.cx/iM-M9N>
- Cebollero, P., Zambom, F., Huetto, J., Hernández, M., Cascante, J., & Antón, M. (2020). Efectos de realizar actividad física en la función muscular en EPOC. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 21(82), 389-401.
- Cheol, K. (2018). Physical activity in chronic obstructive pulmonary disease: clinical impact and Risk factors. *Korean J Intern Med*, 33, 75-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768551/pdf/kjim-2017-387.pdf>
- Fernandes, A., Almeida, J., Fagundes, G., Tavares, M., & Prates, A. (2017). Associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1).
- Figueira, J., & Golpe, R. (2022). Impacto de la pandemia sobre la actividad física del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Open Respiratory Archives*, 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8612851/pdf/main.pdf>
- García, S., Carazo, L., García, J., & Naveiro, J. (2022). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: los pacientes en la vida real. Estudio LEONPOC. *Atención primaria*, 49(10), 603-610.
- Gimeno, E. (2019). Pulmonary Rehabilitation and Long-Term Physical Activity in the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient. *Arch Bronconeumol* 55(12), 615-616. <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S1579212919302873>
- Gea, J., & Martínez, J. (2019). Muscle Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Latest Developments. *Arch Bronconeumol*, 55(5), 237-238. <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S1579212918304324>

- Godoy, P., Bertran, S., Montserrat, J., & Ortega, M. (2021). Incidencia de exacerbación grave en pacientes codiagnosticados de diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención Primaria*, 53(8).
- Han, X., Li, P., Yang, Y., Liu, X., Xia, J., & Wu, W. (2021). An exploration of the application of step counter-based physical activity promotion programs in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8495070/pdf/fpubh-09-691554.pdf>
- Hee, S., Uk, K., Lee, H., Seong, Y., Ki, M., & Kyung, H. (2018). Factors associated with low-level physical activity in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Korean J Intern Med*, 33, 130-137. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768538/pdf/kjim-2016-090.pdf>
- Henroque, C., Rezende, M., Gonçalves, & A., Malezan, T. (2019). Entendendo a funcionalidade de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva e a validação do Comprehensive ICF Core Set da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Cad. Bras. Ter. Ocup*, 27(1), 27-30. https://lc.cx/qn_ysB
- Heyden, F., & Muñoz, D. (2020). Efecto de la rehabilitación pulmonar sobre la función respiratoria y la capacidad de ejercicio en personas con enfermedad pulmonar crónica. *Acta Médica Costarricense*, 62(4), 181-186. https://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/1106/1577
- Horta, R., Mota, L., Bule, M., Bico, I., Anjos, M., & Pinto, M. (2020). Troca de gases prejudicada e intolerância à atividade na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de caso. *Revista investigação em enfermagem*, 9-13.
- Macias, J., Briones, J., Ramírez, G., & Pincay, E. (2018). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 3(1), 95-126.
- Martinez, C., Díaz, A., Meldrum, C., Lynn, M., Murray, S., Kinney, G. (2017). Handgrip Strength in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Associations with Acute Exacerbations and Body Composition. *AnnalsATS*, 8(11). https://lc.cx/Qc8_wG
- Mendonça, D., Calado, A., Santos, M., Pereira, P., & Oliveira, C. (2021). Força muscular, distância percorrida e capacidade pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Saúde em Redes*, 7(1). https://lc.cx/J_7aam
- Montserrat, J., Godoy, P., Marsal, J., Ortega, M., Barbé, F. (2019). Prevalencia y características de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en no fumadores. *Atención Primaria*, 51(10), 602-609. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6930941&blobtype=pdf>
- Noriega, L., & Méndez, J. (2020). Prevalencia de síntomas de enfermedades respiratorias obstructivas, asma y EPOC, en mayores de 18 años de la República de Panamá. *Neumol. cir. Torax*, 40(2), 64-69.

- Osadnik, C., Loeckx, M., Louvaris, Z., Demeyer, H., Langer, D., & Rodrigues, F. (2018). The likelihood of improving physical activity after pulmonary rehabilitation is increased in patients with COPD who have better exercise tolerance. *International Journal of COPD*, 13, 3515-3527.
- Pérez, A., García, I., Mateos, L., & Pérez, F. (2015). Prevalencia de la EPOC en el área sanitaria de Mérida en la población de 40 a 80 años en el 2015. *Revista española de patología torácica*, 30(3), 254 – 262.
- Polanía, A., Rojas, M., Roa, M., Corredor, S., Pirachán, L. (2020). Caracterización de los pacientes con EPOC clínico en algunos municipios del departamento de Boyacá, Colombia. *Salud UIS*, 54. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/12028/12417>
- Rocha, F., Viera, A., Souza, D., Semperbon, C., Rosal, D., & Paulin, E. (2017). Relação da mobilidade diafragmática com função pulmonar, força muscular respiratória, dispneia e atividade física de vida diária em pacientes com DPOC. *J Bras Pneumol*, 43(1), 32-37. <https://lc.cx/WPhSfO>
- Rodrigues, H., Silva, N., Soares, H., Ribeiro, M., & Andrade, C. (2019). Capacidade funcional em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica em uma cidade do alto paranaíba-mg. *Psicologia e Saúde em Debate*, 5(2).
- Rodrigues, J., Dhein, W., & Sbruzzi, G. (2019). Diferentes intensidades de exercício físico e capacidade funcional na DPOC: revisão sistemática e meta-análise. *J Bras*, 45(6). <https://lc.cx/XH65Kt>
- Salabert, I., Alfonso, D., Alfonso, I., Mestre, A., Valdés, I., & Drake, O. (2018). Factores de riesgo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su enfoque con los niveles de intervención de salud. *Rev. Medica Electrónica*, 40(5), 1629-1646.
- Saldías, F., Gassmann, J., Canelo, A., & Díaz, O. (2018). Variables clínicas y funcionales asociadas al riesgo de muerte en el seguimiento a largo plazo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev. méd. Chile*, 146(4), 422-432.
- Sánchez, E., Vera, C., Aguirre, D., & Vargas, D. (2018). Validación para Colombia del cuestionario para la Medición de la capacidad funcional física en Pacientes con fallas cardíacas. *Rev. Colombiana de Cardiología*, 25(6).
- Sepúlveda, W., Sergio, P., & Probst, V. (2019). Mecanismos fisiopatológicos de la sarcopenia en la EPOC. *Rev. chil. enfermedades respiratorias*, 35(2), 124-132.
- Siddharthan, T., Grigsby, M., Morgan, B., Kalyesubula, R., Wise, & R., Kirenga, B. (2019). Prevalence of chronic respiratory disease in urban and rural Uganda. *Bull World Health Organ*, 9(7), 318-327.
- Silva, G., Dias, M., Cunha, D., & Vincentini, D. Quais tipos de exercícios físicos devem ser prescritos na doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 7(1). <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8665>

- Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., Barnes, P., Bourbeau, J., & Celli, B. (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. *Eur Respir J*, 19. <https://erj.ersjournals.com/content/erj/53/5/1900164.full.pdf>
- Soto, S., Mahecha, S., & Sepúlveda, A. (2021). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y comportamiento sedentario: revisión sistemática. *Rev. chil. enfermedades respiratorias*, 37(3), 8.
- Torres, R., Céspedes, C., Vilaró, J., Vera, R., Cano, M., & Vargas, D. (2017). Evaluación de la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Med Chile*, 145(12), 1588-1596.
- Umbacía, F., Silva, L., Palencia, C., & Polanía, A. (2020). Rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista de investigación en salud*, 7(2), 119-137. <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/421/539>
- Valencia, C., Henao, O., & Gallego, F. (2017). Health promotion behaviors and physical dependence in people with clinical diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Revista trimestral de enfermería*, 48.
- Varão, S., & Saraiva, C. (2019). Impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica –revisão sistemática. *RPER*, 2(2). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/133/86>
- Wang, R., Xu, J., & Wang, Y. (2022). A population-based survey of the prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in Shanxi Province, China. *Revista clínica española*, 222(4), 218–228. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.04.011>

Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Impact and non-pharmacological approach

Doença pulmonar obstrutiva crônica: impacto e abordagem não farmacológica

Tannia Briones

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0009-0002-4725-8116>

maespinozav18@est.ucacue.edu.ec

Diplomada en enfermería, con experiencia hospitalaria, estudiante del master de gestión asistencial de la universidad católica de cuenca.

Veronica Sumba

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1788-4389>

veronikas34@hotmail.com

Enfermera con maestría en Clínica Quirúrgica (UNACH). Experiencia clínica en cuidados intensivos adultos (Hospital Monte Sinaí, 2 años), neonatales (Hospital José Carrasco Arteaga, 3 años) y maternidad (Carlos Elizalde, 1 año). Jefa de áreas críticas en Hospital San Juan de Dios (6 meses). Docente en IDCA School (2022). Actualmente: miembro del Comité de Ética Asistencial (HJCA) y tutora de prácticas de la Universidad Católica de Cuenca (desde 2022).

Isabel Mesa

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-3263-6145>

imesac@ucacue.edu.ec

Doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Andrés Bello, Chile. Especialista en Cuidado del Adulto en Estado Crítico de Salud de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Desempeño clínico durante 10 años como enfermera clínica en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico del Hospital General de Medellín; y especializada en adultos en las clínicas cardiovasculares SOMER INCARE y EMMSA. 10 años de experiencia docente en la Universidad Católica de Cuenca; Coordinadora Académica de Postgrado, maestría en gestión del cuidado. Docente investigador.

Abstract

COPD is a preventable and treatable chronic disease, characterized by airflow limitation and persistent respiratory symptoms. Physical exercise emerges as a key non-pharmacological therapy, improving patients' functional capacity and quality of life. A literature review (2019-2024) revealed a prevalence of 13.7% in adults, with greater involvement in men (57.41%) than in women (51.25%), mainly associated with age and sex. The disease presents various classifications according to functional capacity, frequently complicated by comorbidities such as heart failure and hypertension. The nursing staff plays a fundamental role in the education of patients and their families, promoting self-care and physical activity as a strategy to improve their physical condition and general well-being.

Keywords: COPD, Physical exercise, Quality of life, Self-care, Nursing.

Resumo

A DPOC é uma doença crônica evitável e tratável, caracterizada por limitação do fluxo

aéreo e sintomas respiratórios persistentes. O exercício físico surge como uma terapia não farmacológica fundamental, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes. Uma revisão da literatura (2019-2024) revelou uma prevalência de 13,7% em adultos, com uma prevalência maior em homens (57,41%) do que em mulheres (51,25%), associada principalmente à idade e ao gênero. A doença é classificada de acordo com a capacidade funcional, muitas vezes complicada por comorbidades, como insuficiência cardíaca e hipertensão. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação do paciente e da família, promovendo o autocuidado e a atividade física como uma estratégia para melhorar a aptidão física e o bem-estar geral. Palavras-chave: DPOC, Exercício físico, Qualidade de vida, Autocuidado, Enfermagem.