UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

"INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR"

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada de Terapia Física.

Autora: Perugachi Cerna, Monserrat de las Mercedes

Tutora: Dra. Llerena Cepeda, María de Lourdes

Ambato – Ecuador

Marzo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **"INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR"** de Monserrat de las Mercedes Perugachi Cerna, estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2016

LA TUTORA

……..

Dra. Llerena Cepeda, María Lourdes

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico **"INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR"**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2016

LA AUTORA

……..

Perugachi Cerna, Monserrat de las Mercedes

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mismo dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2016

LA AUTORA

……..

Perugachi Cerna, Monserrat de las Mercedes

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Análisis de Caso Clínico Sobre el tema: "**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR**", de Monserrat de las Mercedes Perugachi Cerna, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Marzo del 2016

Para constancia firman

……..

PRESIDENTE/A

…… ……

1er VOCAL 2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

A Dios por nunca dejarme sola y brindarme la fortaleza necesaria para continuar con ésta meta, a mi familia por su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos durante el transcurso de la Carrera; a mi madre por su abnegación y sacrificio, a mi padre por su ejemplo de responsabilidad y comprometimiento, a mis hermanos por sus gestos de cariño y comprensión, a mis tías por su preocupación constante y a mi abuela por sus incontables gestos de amor y cuidado hacia mí.

Mis agradecimientos eternos, a los docentes, quienes fueron parte de mi formación universitaria, quienes supieron compartir sus conocimientos, ya que gracias a ellos, ahora estaré en la capacidad de ayudar a la sociedad.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis padres; Germania Cerna y Patricio Perugachi, este logro les pertenece, ya que en él se ve reflejado el fruto de su sacrificio, de su entrega total, de su apoyo incondicional, no solamente en el transcurso de mi carrera universitaria, sino, durante toda mi vida.

Se lo dedico a mi abuelita; Luz Sandoval, ya que siempre se preocupó por mí, y me enseño que con sencillez y humildad se puede llegar muy lejos.

Por último, a mi ángel, Nelson Cerna, que aunque ya no éste conmigo para compartir este logro, en su vida terrenal me supo enseñar la importancia de la entrega al trabajo.

A todos ellos, esta meta, les pertenece.

ÍNDICE

PORTADA i
APROBACIÓN DEL TUTOR ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN iii
DERECHOS DE AUTOR iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR v
AGRADECIMIENTO vi
DEDICATORIA vii
ÍNDICE viii
ÍNDICE DE TABLAS xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS xii
RESUMEN xiii
SUMMARY xv
INTRODUCCIÓN 1
CASO CLÍNICO 3
TEMA: 3
OBJETIVO GENERAL 3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN 4
DESARROLLO 7
CASO: 7
FACTORES DE RIESGO 26
Factores de riesgo biológico: 26
Hipertensión pulmonar leve. 26
Hipertensión arterial. 27

Enfermedad isquémica crónica del corazón. 28
Cifoescoliosis dorsal: 29
Cardiomegalia. 30
Osteoporosis. 31
Factores de riesgo por estilo de vida: 31
Obesidad. 31
Sedentarismo. 32
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD 34
OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA 34
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (QUITO): 34
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (LATACUNGA): . 34
CENTRO DE REHABILITACIÓN PARTICULAR: 35
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (QUITO): 35
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (LATACUNGA): . 35
CENTRO DE REHABILITACIÓN PARTICULAR: 35
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN: 35
OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN: 37
TRÁMITES ADMINISTRATIVOS: 37
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS: 38
Presencia de enfermedades relacionadas a la situación actual de la paciente. 38
Difícil acceso a médicos especializados para tratamiento y control de la fibrosis pulmonar a nivel local. 39
Escases de centros especializados de fisioterapia respiratoria para alivio y control de síntomas de la enfermedad. 39
Incumplimiento de sugerencias en un cambio en el estilo de vida. 40
Actividad física. 41

Hábitos alimenticios. 41
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA 44
Tratamiento fisioterapéutico 45
Fase I 46
Fase de sensibilización 68
Fase II 47
Primera parte 47
Valoración inicial. 47
Prueba de caminata de seis minutos. 48
Cómo efectuar la prueba. 49
Aplicación del cuestionario respiratorio de St. Greorge. 50
Escala de Borg. 51
Segunda parte. 52
Elaboración del plan de tratamiento, basados en las necesidades obtenidas en la valoración. 52
Para mejorar la tolerancia para realizar ejercicio: 61
Caminata 61
Para el fortalecimiento de miembros superiores e inferiores: 63
Para reducir la sensación de ansiedad: 66
Fase III 70
Ejecución del plan de tratamiento 70
Fase IV 73
Valoración final 73
Fase V 73
Seguimiento 73
CONCLUSIONES: 74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:..... 75

LINKOGRAFÍA 75

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA 78

ANEXOS:..... 79

ANEXO Nº 1. ENTREVISTA AL PACIENTE..... 79

ANEXO Nº 2. ENTREVISTA FAMILIAR..... 86

ANEXO Nº 3. ENTREVISTA AL MÉDICO 89

ANEXO Nº4. ENTREVISTA AL FISIOTERAPEUTA: 91

ANEXO Nº 5. INDICACIONES ESCRITAS..... 94

ANEXO Nº6. ESCALA DE BORG 94

ANEXO Nº 7 TALA DE INFORME 95

ANEXO Nº 8. ESTÍMULOS DURANTE LA PRUEBA: 96

ANEXO Nº 9. CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)..... 97

ANEXO Nº 10. OCIFIO SOLICITUD 105

ANEXO Nº11. OFICIO AUTORIZACIÓN 106

ANEXO Nº 12. APROBACIÓN 107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1. Resumen de historia clínica. 15

Tabla Nº 2. Factores de riesgo..... 26

Tabla Nº 3. Identificación de los puntos críticos:..... 38

Tabla Nº 4. Caracterización De Las Oportunidades De Mejora..... 44

Tabla Nº 5. Fases del tratamiento fisioterapéutico: 46

Tabla Nº 6. Métodos e instrumentos a utilizar en la valoración:..... 48

Tabla Nº 7 Planteamiento de objetivos a corto, mediano y largo plazo. 51

Tabla Nº 8. Tiempo de caminata 62

Tabla Nº 9. Valoración..... 63
Tabla Nº 10. Planificación..... 71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1. Actividad Física 42
Gráfico Nº 2. Hábitos alimenticios 43
Gráfico Nº 3. Hábitos alimenticios 1 43
Gráfico Nº 4. Técnicas de relajación 44
Gráfico Nº 5. Fase de sensibilización 47
Gráfico Nº 6. Prueba de caminata de seis minutos 50
Gráfico Nº 7. Dosificación del ejercicio. 54
Gráfico Nº 8. Paciente en posición sedente 55
Gráfico Nº 9. Paciente en decúbito supino 55
Gráfico Nº. 10. Paciente en decúbito supino inspiración 57
Gráfico Nº. 11. Paciente en decúbito lateral 57
Gráfico Nº. 12. Paciente sentado 58
Gráfico Nº. 13. Paciente sentado 1 58
Gráfico Nº. 14. Paciente en decúbito supino, rodillas flexionadas 59
Gráfico Nº. 14. Paciente en decúbito supino, rodillas flexionadas 1 60
Gráfico Nº. 15. Paciente en decúbito supino, piernas y brazos extendidos 61
Gráfico Nº. 16. Flexión de hombro 64
Gráfico Nº. 16. Para el fortalecimiento de miembros superiores e inferiores 63
Gráfico Nº. 17. Flexo extensión de codo 64
Gráfico Nº. 18. Flexión de cadera 64
Gráfico Nº. 19. Fortalecimiento de isquiotibiales 65
Gráfico Nº. 20. Fortalecimiento de cuádriceps. 65
Gráfico N 21. Para reducir la sensación de ansiedad: 65

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR”

Autor: Perugachi Cerna, Monserrat de las Mercedes

Tutor: Dra. Llerena Cepeda, María Lourdes

Fecha: Enero del 2016

RESUMEN

El presente caso clínico titulado; **“INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR”,** se presentó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 77 años de edad, de ocupación auxiliar de enfermería durante 36 años, 30 años en quirófano y 6 en atención a pacientes en las salas, actualmente se encuentra jubilada desde el año de 1999. En la entrevista realizada a la paciente, refiere que el inicio de su padecimiento comenzó aproximadamente en el año de 1998, un año antes de jubilarse. Ella acude a una casa de salud debido a la presencia de tos persistente junto con estornudos que permanecían en todo el transcurso del día, es diagnosticada con alergia al polvo y a gases. En el año 2002, fue remitida hacia el área de neumología en Quito, en donde describe fue diagnosticada con rinitis alérgica y bronquiectasia por lo cual se le prescribe inhaladores como ventolín. En el año 2008 la paciente es diagnosticada con asma, por lo cual recibe tratamiento. En el transcurso de los años 2009 y 2010, sus

visitas a la casa de salud son recurrentes a causa de infecciones en la vía respiratoria alta. En el año 2012, el mes de enero acude a medicina interna por presentar ataques de asma, días después, acude a medicina general por crisis de cierre de la respiración (asma) nuevamente. Como notas de importancia el médico refiere que la tos no moviliza secreciones y se envía a realizar un electrocardiograma. El 23 de noviembre del 2012 acude al servicio de cardiología para control general, en donde la impresión diagnóstica es obesidad y enfermedad isquémica crónica del corazón.En el año 2013 en el servicio de cardiología se hace hincapié en el problema de obesidad, la enfermedad isquémica del corazón y por lo cual el médico sugiere realizar un tratamiento continuo orientado a cambios de estilo de vida. El mismo año en las diferentes visitas, se sigue insistiendo en el cambio de hábitos ya que no se cumple con la indicación, al mismo tiempo que es diagnosticada también con hipertensión pulmonar leve. En el año 2015, se dirige al servicio de medicina general, para un examen médico general. Con impresión diagnóstica de fibrosis pulmonar y acromegalia.

PALABRAS CLAVE: INFLUENCIA, TRATAMIENTO_FISIOTERAPÉUTICO, CALIDAD_VIDA, ADULTO_MAYOR, FIBROSIS_PULMONAR

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF PHYSICAL THERAPY

“PHYSIOTHERAPY INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WITH PULMONARY FIBROSIS”

Author: Perugachi Cerna Monserrat de las Mercedes

Tutor: Dr. Llerena Cepeda, María Lourdes.

Date: January 2015

SUMMARY

This case report titled; "Physiotherapy INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WITH PULMONARY FIBROSIS", was presented at the Ecuadorian Institute of Social Security Latacunga. The case of a female patient of 77 years old profession of nursing assistant for 36 years, 30 years and 6 surgical care to patients in the wards is presented, is currently retired since 1999. the interview with the patient concerned that the onset of his illness began around the year 1998, a year before retirement. She goes to a nursing home because of the presence of persistent cough with sneezing that remained throughout the course of the day, it is diagnosed with allergies to dust and gases. In 2002, he was sent into the area of Pneumology in Quito, where he describes was diagnosed with allergic rhinitis and bronchiectasis which is prescribed as Ventolin inhalers. In 2008 the patient was diagnosed with asthma, so treated. During 2009 and 2010, visits to the nursing home are recurrent infections because of the upper airway. In 2012, the month of January comes to internal medicine for presenting asthma attacks, days later, he goes to general medicine for crisis closure of breathing (asthma) again. As important medical notes referred to cough does not mobilize secretions and

sent to an electrocardiogram. The November 23, 2012 comes to cardiology for general control, where the diagnostic impression is obesity and chronic ischemic heart disease. En 2013 in the cardiology emphasis on the problem of obesity, ischemic heart disease heart and so the doctor suggested to perform continuous treatment oriented lifestyle changes. The same year in the different views, is still insisting on changing habits as it is not satisfied with the display, while it is also diagnosed with mild pulmonary hypertension. In 2015, he heads the general medicine service, for a general medical examination. With pulmonary fibrosis diagnostic impression and acromegaly.

KEYWORDS: INFLUENCE, PHYSIOTHERAPY, LIFE_QUALITY, OLDER, PULMONARY_FIBROSIS

INTRODUCCIÓN

La fibrosis pulmonar se define como un daño grave y progresivo que afecta al tejido pulmonar como resultado de inflamaciones o irritaciones constantes. Dicha patología consiste en la formación de tejido cicatricial en el tejido conectivo de los pulmones, como consecuencia, la estructura de éste órgano empieza a verse modificada perdiendo su capacidad elástica al momento de la respiración volviéndose rígido y más grueso debido a la formación de cicatrices. (Mosby, 1999)

Ésta condición puede ser diagnosticada en cualquier momento de la vida, sin excepción alguna, aunque la edad promedio de manifestación de los síntomas son los 50 años, siendo los hombres los más afectados. El 50% fallece entre los 4 y 6 años de evolución. Cuando la enfermedad a progresado se puede observar la presencia de hipertensión pulmonar o insuficiencia cardíaca, en ocasiones puede ser tan fulminante con fallecimientos en los tres primeros meses de evolución o tener sobrevida mayor de 10 años. (Gonzalez, 2006)

Sus principales síntomas son la presencia de disnea lentamente progresiva y con frecuencia se asocian cuadros de tos seca, irritativa y persistente que se pueden desencadenar en cualquier momento del día, obligando al enfermo a limitar sus actividades cotidianas por temor a dichos ataques.

En el adulto mayor, muchas veces es mal diagnosticada, debido a que existe confusión entre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y los cambios normales del envejecimiento siendo el impacto de ésta patología de gran importancia en sus hábitos, costumbres, actividades, en el ámbito biopsicosocial, dicho en otras palabras, en su calidad de vida.

Según la OMS la definición de Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de

independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno“. (González Platas, 2015)

Tomando en cuenta lo antes mencionado, la calidad de vida abarca en su totalidad los aspectos importantes para que cada individuo goce de total bienestar, influenciando así, el desenvolvimiento en su vida personal y social.

Al encontrarse estrechamente relacionada a la salud física de la persona, cuando existe carencia o deficiencia, el individuo deja de ser un ente independiente, para convertirse en uno dependiente, ya sea de su familia, medicamentos, ayudas externas, horarios, tratamientos etc. Viéndose afectado en su entorno, como sucede al ser portador de una enfermedad crónica que va debilitando sus capacidades físicas. Esto tiene mayor incidencia cuando se trata de un adulto mayor ya que necesitará de más cuidado y atención por parte de las personas que lo rodean para la ejecución de sus actividades diarias, desde las más simples a las más complejas.

Esto no significa que un adulto mayor no pueda gozar de un nivel de bienestar físico, psicológico y social aceptable incluso con presencia de enfermedades crónicas o los cambios propios del envejecimiento.

Aunque en muchos casos no se pueden revertir los daños provocados por la vejez y directamente por la enfermedad, es de vital importancia buscar tratamientos alternativos, como la fisioterapia, que ayuden al paciente a disminuir las molestias propias de dicha patología, al igual que se puede trabajar de manera integral para que el estado del paciente mejore, enseñándole como llevar su enfermedad de la mejor manera, a manejar cada situación, devolviéndole su funcionalidad, reintegrándole a la sociedad garantizando mayor independencia, una vejez digna y de mejor calidad.

CASO CLÍNICO

TEMA:

“INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR”

OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del tratamiento fisioterapéutico en la calidad de vida de adulto mayor con fibrosis pulmonar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- contextualizar las consecuencias de la fibrosis pulmonar sobre la calidad de vida en el adulto mayor que permita sustentar eficazmente el tratamiento.
- Desarrollar un diagnóstico situacional de la paciente a partir de fuentes primarias y secundarias que permita tener una realidad de la evolución de la enfermedad.
- Generar un tratamiento que permita disminuir los efectos de la fibrosis pulmonar para mejorar la calidad de vida.

.

RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

La información recolectada se basó en datos obtenidos de la Historia Clínica de la paciente, la misma que me fue facilitada por el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga provincia de Cotopaxi, la historia clínica obtenida en dicha entidad no estuvo completa en su totalidad, ya que por protocolos de la institución, la historia clínica se digitalizó a partir del año 2008, y la paciente refirió que la enfermedad se presentó desde años anteriores a éste.

En el historial clínico que me fue facilitado se encontró que la paciente acudió con frecuencia a consultas en medicina general, medicina interna, cardiología y medicina de emergencia, en las cuales se encuentran exámenes complementarios (de haber sido necesarios en cada consulta), medicamentos prescritos, notas médicas de evolución y recomendaciones para la paciente.

La historia clínica fisioterapéutica se obtuvo de consulta privada, la cual se presentó pobre en información y valoración referente a la patología, los datos obtenidos fueron datos generales como antecedentes patológicos personales y familiares, cirugías, ingesta de medicamentos.

IDENTIFICACIÓN Y RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

Al tratarse de información no obtenida en las historias físicas, se procedió a la aplicación de entrevistas al paciente, familiares, y personal médico tratante. Las preguntas de las entrevistas se realizaron tomando en cuenta los vacíos que

quedaban después de revisar detalladamente el historial clínico obtenido, para así completar la información necesaria para el presente caso clínico.

La información obtenida por parte de la paciente, hace referencia a como inició su enfermedad, cuáles fueron las molestias que presentó que hicieron que se acercara a una casa de salud, tomando en cuenta como fue la atención brindada por parte del centro y los médicos que la atendieron cada vez que ella se acercó a consulta médica.

También se indago en el estilo de vida de la paciente, cuál fue su profesión y durante cuánto tiempo la ejerció, su ocupación actual, cómo fue y como es su estado socioeconómico actual, si sus condiciones de vida han mejorado respecto a su situación pasada, cuál es su estilo de vida, si sus hábitos son buenos, si sigue al pie de la letra las indicaciones médicas. Como información actual, se enfocó en su estado subjetivo y físico, en como el tratamiento fisioterapéutico influye en sus actividades diarias, si se siente a gusto o no con las medidas tomadas, como la asistencia por parte de un fisioterapeuta, para la mejoría de su enfermedad, como tratamiento alternativo.

En la aplicación de las entrevista al médico, se enfocó en conocer cuáles son los criterios para el diagnóstico de fibrosis pulmonar (así como los factores de riesgo y antecedentes de la paciente), si pueden existir otras patologías por las cuales se brinde un mal diagnóstico y cómo podría ser un diagnóstico diferencial. Si cree que es indispensable la remisión hacia un fisioterapeuta y cuáles serían los cuidados indispensables en el hogar para un paciente con daño de la función pulmonar.

Con respecto a la entrevista hacia el fisioterapeuta se consultó cuáles son los criterios a tomar en cuenta para planificar un tratamiento fisioterapéutico para el paciente con fibrosis pulmonar, cuáles serían los objetivos a plantearse, y cómo se

podría evidenciar si el tratamiento está teniendo efecto sobre la calidad de vida del paciente.

Para finalizar con la recopilación de información no disponible en la historia clínica, se acudió hacia los familiares para ejecutar la correspondiente entrevista, ya que ellos de una forma ”externa”, nos pueden dar una información que tal vez la paciente no logre percibir de manera personal, es decir, como afecto su enfermedad en un ámbito familiar, si el estado de ánimo de la paciente ha ido variando respecto a la evolución de la enfermedad lo cual ha provocado que la paciente se limite en actividades sociales, si es responsable con la enfermedad y todo lo que ésta conlleva, como son: chequeos médicos, ingesta de medicamentos, cumplimiento de órdenes dadas por el médico y fisioterapeuta; así también como ha percibido su estado físico y emocional después de someterse a fisioterapia.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

CASO:

El presente caso se trata de un paciente de sexo femenino de 77 años de edad, nacida el 17 de agosto de 1938 en el cantón Salcedo, provincia de Cotopaxi, actualmente reside en la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, de raza: Mestiza, Religión: Católica, Lateralidad diestra, instrucción secundaria hasta tercer curso, viuda, madre de tres hijas, de profesión auxiliar de enfermería durante 36 años, 30 años en quirófano y 6 en atención a pacientes en las salas, actualmente se encuentra jubilada desde el año de 1999.

Teniendo como antecedentes patológicos familiares su padre con hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial, hipertensión pulmonar leve, obesidad, asma, enfermedad isquémica crónica del corazón, artritis, artrosis, espondiloartrosis lumbar, cifoescoliosis dorsal, cardiomegalia.

Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía, histerectomía, exéresis de pólipo rectal, plastia de vejiga, herniorrafia.

Hábitos: Ingesta de alimentos tres veces al día (café, almuerzo y merienda), de vez en cuando una fruta), sedentarismo, no fumador, no ingesta de alcohol.

Aspecto socio-económico: Vivienda de hormigón de dos pisos, propia que cuenta con todos los servicios básicos, no tiene mascotas, convive con seis personas, su ingreso económico es bueno, depende de su pensión jubilar.

En la entrevista realizada a la paciente, refiere que el inicio de su padecimiento comenzó aproximadamente en el año de 1998, un año antes de jubilarse. Ella acude a una casa de salud debido a la presencia de tos persistente junto con estornudos que permanecían en todo el transcurso del día, es diagnosticada con alergia al polvo y a gases, por lo cual se le prescribe claretin d como medio de control para los síntomas de dicha alergia.

La paciente refiere que los síntomas se mantenía durante mucho tiempo, no mejoraban ni empeoraban, ella continuaba con la ingesta ocasional de la medicación antes mencionada, sin acudir al servicio médico ya que no creía ser necesario.

En el año 2002, fue remitida hacia el área de neumología en Quito, en donde la paciente refiere se le realizó exámenes complementarios como radiografías y espirometría, en donde describe fue diagnosticada con rinitis alérgica y bronquiectasia por lo cual se le prescribe inhaladores como ventolín.

En el año 2008, en el mes de junio la paciente acude a consulta en medicina general, como motivo de visita el control de asma bronquial, bronquiectasias, en el cual se le prescribe loratadina y salbutamol (inhalador).

En el mes de julio del 2008 la paciente ingresa a la casa de salud por medio del servicio de emergencia por un cuadro de bronquitis aguda para ser hospitalizada durante nueve días.

En el mes de diciembre del 2008 acude a consulta en medicina general por presenciar dolor en el oído derecho dando como diagnóstico rinofaringitis aguda.

En el año 2009, la paciente vuelve a presentar continuas afecciones en la vía superior alta, por lo cual acude a consultas en medicina general, medicina interna con el diagnóstico común de faringitis, bronquitis, amigdalitis. Es remitida hacia el área de otorrinolaringología donde se refiere que la paciente con antecedentes de bronquiectasia no se encuentra en tratamiento específico porque no hay plan de neumología en ese momento.

También ingresa por medio de medicina de emergencia al presenciar alza térmica no cuantificada, cefalea, dolor torácico diagnosticada con neumonía bacteriana por lo cual fue hospitalizada por un periodo de ocho días.

En el año 2010, las visitas son al servicio de medicina de emergencia, por presenciar infecciones en la vía alta, con el diagnostico de faringitis aguda en ambas ocasiones.

En el año 2011, el 21 de noviembre la paciente acude a consulta en medicina general por presentar crisis de tos con expectoración oscura junto con dificultad respiratoria, la impresión diagnóstica fue de asma y bronquitis aguda, como notas de importancia del médico, refiere que la tos no moviliza secreciones, por lo cual se le prescribe salbutamol en jarabe e inhalador. Se remite a la paciente hacia medicina interna.

El 5 de diciembre del 2011 de ese mismo año la paciente acude a medicina interna, con el motivo de consulta de examen médico general, en el cuál se

encuentra como diagnóstico presuntivo bronquitis crónica y se solicita realizar un electrocardiograma de reposo.

El 22 de diciembre del 2011, acude a medicina interna para el control del electrocardiograma, en el cuál se detectan problemas cardiacos, siendo el diagnóstico presuntivo enfermedad cardiaca hipertensiva: enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva). Se prescribe digoxina y furosemida para el problema cardiaco.

En el año 2012, el 20 de enero la paciente acude a medicina interna por presentar ataques de asma, por lo cual se prescribe salbutamol en inhalador y se mantiene el consumo de furosemida para el problema cardiaco.

El 31 de enero del 2012, acude a medicina general por crisis de cierre de la respiración (asma), donde refiere que la crisis más reciente había sido hace quince días antes de esa fecha. Como notas de importancia el médico refiere que la tos no moviliza secreciones y se envía a realizar un electrocardiograma.

El 03 de febrero del 2012 acude a medicina interna por broncoespasmo, se mantiene la medicación anterior y se observa presencia de edema en miembros inferiores.

El 09 de marzo del 2012 la paciente acude a medicina general a control post electrocardiograma con alteraciones en trazo, refiere calambres bajo rodillas de vez en cuando. Como diagnostico presuntivo se encuentra anormalidades del latido cardiaco y asma. Se prescribe salbutamol en jarabe, y complejo B. como notas de importancia se observa que la paciente presenta sobrepeso.

El 10 de abril del 2012 acude a medicina general para control en el cual se refiere poca cantidad de tos y refiere un incremento de dolor en la articulación de manos.

El 10 de mayo del 2012 se dirige a medicina general para control, clínicamente hay mejoría evidente en cuadro respiratorio. Se mantiene con naproxeno y loratadina.

En las fechas de junio 11, julio 22 y julio 26 del 2012 acude a medicina general, medicina de emergencia, medicina general, respectivamente, debido a la presencia de infecciones en las vías superiores con diagnóstico de rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda y faringitis aguda siendo los síntomas de relevancia dolor de garganta, acompañada de tos seca, disnea de medianos esfuerzos, decaimiento general, dolor en la zona dorsal.

El 01 de noviembre del 2012 la paciente acude a cirugía general para chequeo pre quirúrgico de hernia abdominal en donde es remitida a cardiología para chequeo general.

El 06 de noviembre del 2012 acude al servicio de cardiología en donde el motivo de consulta es un examen médico general con hallazgos de importancia como obesidad, cardiomegalia, edemas y taquiarritmia, donde la paciente refiere dolor de brazos, hombros cansancio fácil, disnea, opresión en el pecho y palpitaciones.

Se solicita radiografía de tórax y electrocardiograma en reposo en donde se encuentra en la radiografía de tórax: Tórax de expansibilidad disminuida, cardiomegalia grado II, botón aórtico prominente, hilios pulmonares congestivos, mas incremento de la trama bronco vascular bilateral.

Electrocardiograma en reposo: Anormal. Patrón de necrosis crónica en cara inferior.

El 23 de noviembre del 2012 acude al servicio de cardiología para control general, en donde la impresión diagnóstica es obesidad y enfermedad isquémica crónica del corazón. Se prescribe Atenolo, Gemfibrozilo y Ácido acetilsalicílico.

En el año 2013, el 20 de febrero acude a cardiología para un examen médico general de control, en donde se mantiene la misma medicación, mismo diagnóstico y como notas de importancia médica se puede encontrar que la paciente refiere disnea nocturna de segundos que se acompaña de palpitaciones y cansancio a moderados esfuerzos (8 cuadras).

El 22 de mayo del 2013 la paciente acude al servicio de cardiología, en donde no se encuentran hallazgos relevantes, se mantiene el tratamiento prescrito.

El 24 de agosto del 2013 acude al servicio de cardiología, para control médico, en donde se mantiene la medicación, se hace hincapié en el problema de obesidad, la enfermedad isquémica del corazón y por lo cual el médico sugiere realizar un tratamiento continuo orientado a cambios de estilo de vida.

En el año 2014, en las fechas del 03 de febrero y 10 de febrero acude a medicina de emergencia, medicina general, respectivamente, debido a amigdalitis aguda y laringotraqueitis aguda. En donde se hace referencia como notas de importancia que la paciente no toma medicación como lo ha indicado el cardiólogo.

El 26 de febrero del 2014, acude a cardiología, a un examen médico general de control, en donde refiere dolor en el pecho tipo punzada, disnea de reposo y de

esfuerzo. En donde la impresión diagnóstica es de hipertensión esencial y enfermedad isquémica del corazón. Se solicita realizar ecocardiograma. Como notas médicas de importancia, se sugiere nuevamente tratamiento orientado a cambios de estilo de vida.

El 07 de junio del 2014, se presenta en el servicio de cardiología para control por hipertensión arterial y ecocardiograma. Refiere fatiga de esfuerzo moderado, duerme con dos almohadas, con una le falta el aire. Se insiste en un tratamiento orientado a cambios de estilo de vida.

El 24 de junio del 2014, acude a medicina general para control médico, con alteraciones aparentemente cardiológicas, con un diagnóstico presuntivo de otras enfermedades cardiopulmonares. No se prescribe medicación.

El 19 de agosto del 2014, acude a medicina general, refiere tos con expectoración amarillenta por las mañanas junto con dificultad para respirar. Se diagnostica laringitis y traqueítis aguda.

El 21 de octubre del 2014, acude al servicio de cardiología, en donde la paciente refiere sentirse bien. Niega síntomas. Hipertensión pulmonar leve. Se insiste en un tratamiento a cambios de estilo de vida.

En el año 2015, el 15 de abril se dirige al servicio de medicina general, para un examen médico general. Con hallazgos relevantes como fibrosis pulmonar y acromegalia.

Refiere que hace cuatro días presenta rinorrea verdosa, acompañada de malestar general, tos con flema verdosa, motivo por el cual acude a casa de salud. Con un

diagnóstico presuntivo de bronquitis aguda. Se recomienda nebulizaciones con 1cc de bromuro de ipratropio + 2cc de suero fisiológico, cada 12 horas por cinco días.

El 16 de abril del 2015, acude nuevamente a medicina general, con el motivo de consulta de infección seria, con el diagnóstico presuntivo de neumonía bacteriana, no se prescribe medicación, se solicita realizar radiografía de tórax, dos posiciones, frontal y lateral.

Tabla Nº 1. Resumen de historia clínica.

FECHA	ESPECIALIDAD	MOTIVO DE VISITA	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	INDICACIONES GENERALES	NOTAS DE IMPORTANCIA
12/06/2008	Medicina general	Examen médico general. Asma bronquial, bronquiectasias.	J46 Estado asmático J47 Bronquiectasia	Amoxicilina 500mg Loratadina Salbutamol (1 inhalador)	
08/07/2008	Medicina de emergencia		J20 Bronquitis aguda		La paciente es hospitalizada hasta el 17/07/2008
12/12/2008	Medicina general	Dolor agudo en oído derecho	H60 Otitis externa J00 rinofaringitis aguda (resfriado común)	Paracetamol 500mg Diclofenaco (3ampolleta)	
07/02/2009	Medicina general		J02 Faringitis aguda	Loratadina Amoxicilina (9 ampolletas) Ibuprofeno	
17/02/2009	Otorrinolaringología	Examen médico general. Paciente acude a control.	J47 bronquiectasia		Antecedentes de bronquiectasia sin tratamiento al momento porque no hay plan de neumología.
04/05/2008	Otorrinolaringología	Examen médico general. Paciente acude a control de faringoamigdalitis	J30 Amigdalitis aguda: amigdalitis estreptococica	Amoxicilina Naproxeno 500mg Ácido ascórbico	

		en remisión.			
14/06/2009	Medicina de emergencia	Paciente que acude porque desde hace 10 horas y teniendo como causa aparente, exposición al frío, presenta alza térmica no cuantificada, cefalea, dolor torácico, por lo que acude a consulta	J159 Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte: neumonía bacteriana no especificada.		Paciente es hospitalizada hasta el 21/06/2009.
30/06/2009	Medicina interna	Examen médico general. Paciente con 71 años de edad acude a control de bronconeumonía.	J410 Bronquitis crónica simple y mucopurulenta: bronquitis crónica simple	Loratadina Ibuprofeno	
27/10/2010	Medicina de emergencia	Paciente con dolor de garganta, tos leve con flema verdosa en poca cantidad.	J02 Faringitis Aguda	Clritromicida Naproxeno	

30/10/2010	Medicina de emergencia	Paciente con cuadro de faringitis aguda	J02 Faringitis aguda	Clritromicida Naproxeno	
07/11/2011	Medicina general	Examen médico general. Paciente acude por exacerbación de cuadro respiratorio desde hace cuatro días, luego de haberse mojado. Antecedentes de asma	J20 Bronquitis aguda J45 asma	Amoxicilina Diclofenaco Prednisona 20mg (8) Salbutamol Jarabe 2mg/5ml (1)	
21/11/2011	Medicina general	Examen médico general. Control persistente crisis de tos con expectoración oscura, dificultad respiratoria. Dolores generalizados.	J45 asma J20 bronquitis aguda	Amoxicilina Metilprednisolona acetato 80 mg (1 ampolleta) Prednisona 20 mg Salbutamol (1 inhalador) Salbutamol 2mg/5ml (1 jarabe)	Tos que no moviliza secreciones.
05/12/2011	Medicina interna	Examen médico general.	J42 Bronquitis crónica no especificada	Digoxina Salbutamol (1 inhalador) Salbutamol 2mg/5ml (1 jarabe) Ipratropio bromuro (1 inhalador)	Se envía a realizar un electrocardiograma de reposo.

				Moxifloxacino 400 mg	
22/12/2011	Medicina interna	Examen médico general. Control de electrocardiograma .	I110 Enfermedad cardiaca hipertensiva: enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)	Digoxina Furosemida	Se encuentran problemas cardíacos.
20/01/2012	Medicina interna	Examen médico general. Paciente acude por presentar ataques de asma.	J459 Asma: asma, no 1especificada	Furosemida Salbutamol (1 inhalador)	
31/01/2012	Medicina general	Examen médico general. Paciente acude por crisis de cierre de la respiración (asma), la crisis más reciente, hace quince días.	J45 asma	Ácido ascórbico Complejo B	No hay movilización de secreciones. Se envía a realizar un electrocardiograma
03/02/2012	Medicina interna	Examen médico general. Paciente acude por broncoespasmo.	J45 asma		Se mantiene medicación anterior. Se refiere edema de miembros inferiores.

09/03/2012	Medicina general	Examen médico general. Paciente asiste a control post electrocardiograma con alteraciones en trazo, refiere calambres bajo rodillas de vez en cuando.	J45 asma R00 anormalidades del latido cardiaco.	Ranitidina 300mg ComplejoB (ampolletas) Salbutamol 2mg/5ml (1 jarabe)	Se observa sobrepeso en la paciente y problemas en el latido cardiaco.
10/04/2012	Medicina general	Examen médico general. Control. Poca cantidad de tos. Incremento de dolor en la articulación de manos.	J45 asma M15 poliartrosis	Naproxeno 550mg Ácido ascórbico Salbutamol 2mg/5ml (1 jarabe)	Se refiere problemas articulares.
10/05/2012	Medicina general	Examen médico general. Control. Clínicamente hay mejoría evidente en cuadro respiratorio.	J45 asma	Naproxeno 550mg Loratadina	
11/06/2012	Medicina general	Examen médico general. Control, crisis de tos más síntomas gripales, poca secreción con	J00 rinofaringitis aguda (resfriado común)	Paracetamol 500mg Loratanida Ácido ascorbico	

		estornudos esporádicos.			
22/07/2012	Medicina de emergencia	Paciente refiere que hace un día presenta dolor de garganta, acompañada de tos seca, disnea de medianos esfuerzos, decaimiento general por lo que se automedica diclofenaco	J03 amigdalitis aguda R50 fiebre de origen desconocida.	Amoxicilina + IBL	
26/07/2012	Medicina general	Examen médico general. Control, Refiere persiste molestias respiratorias junto con dolor tolerable en espalda. Excedentes de asma.	J20 bronquitis aguda J45 asma	Amoxicilina Paracetamol	Dolor interescapular.
01/11/2012	Cirugía General	Examen médico general. Paciente con antecedentes de taquicardia y edemas. Asma.	J448 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas: otras enfermedades		Paciente es remitido hacia cardiología para chequeo

			pulmonares obstructivas crónicas especificadas.		prequirúrgico por herniorrafia abdominal.
06/11/2012	Cardiología	Examen médico general. cardiomegalia, edemas y taquiarritmia. Refiere dolor de brazos, hombros cansancio fácil, disnea, opresión en el pecho y palpitaciones.	E66 obesidad	Se solicita radiografía de tórax y electrocardiograma en reposo	Rx tórax: Tórax de expansibilidad disminuida, cardiomegalia grado II, botón aórtico prominente, hilios pulmonares congestivos, mas incremento de la trama bronco vascular bilateral. Electrocardiograma en reposo: Anormal. Patrón de necrosis crónica en cara inferior.
23/11/2012	Cardiología	Examen médico general.	E66 obesidad E782 Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias: Hiperlipidemia mixta. I25 Enfermedad isquémica crónica del	Atenolol 50mg Gemfibrozilo Ácido acetilsalicílico 100mg	Ocurre a control de presión arterial por pedido médico las siguientes fechas: 28/11/2012 19/12/2012

			corazón		
20/02/2013	Cardiología	Examen médico general. Control.	I25 Enfermedad isquémica crónica del corazón E66 Obesidad	Atenolol 100mg Isosorbida mononitrato 20mg Ácido acetilsalicílico 100mg	Refiere disnea nocturna de segundos que se acompaña de palpitaciones. Cansancio a moderados esfuerzos (8 cuadras)
22/05/2013	Cardiología	Examen médico general. Control.	I10 hipertensión esencial (primaria) I25 enfermedad isquémica crónica del corazón	Atenolol 50mg Isosorbida mononitrato 20mg Ácido acetilsalicílico 100mg	Se continúa con el tratamiento prescrito.
24/08/2013	**Cardiología**	Examen médico general. Control.	I10 hipertensión esencial (primaria) E66 obesidad I25 enfermedad isquémica crónica del corazón	Atenolol 50mg Isosorbida mononitrato 20mg Ácido acetilsalicílico 100mg	Se sugiere realizar un tratamiento continuo orientado a cambios de estilo de vida.
03/02/2014	Medicina de emergencia	Examen médico. Paciente acude por presentar odinofagia más	J03 amigdalitis aguda	Amoxicilina + IBL Diclofenaco (1 ampolleta) Ibuprofeno Acetilcisteína	

		disfagia y tos de 24 horas de evolución. Amígdalas hipertróficas.			
10/02/2014	Medicina general	Examen médico general. Control. Paciente acude por odinofagia y disfagia.	I10 Hipertensión esencial (primaria) J042 Laringitis y traqueítis agudas: laringotraqueitis aguda.	Claritromicina 500mg Atenolol 100mg	Paciente no toma medicación como está indicada por el cardiólogo.
26/02/2014	Cardiología	Examen médico general. Control. Refiere dolor en el pecho tipo punzada, disnea de reposo y de esfuerzo	E66 obesidad **Diagnósticos definitivos:** I10 Hipertensión esencial (primaria) I25 Enfermedad isquémica crónica del corazón	Se solicita realizar ecocardiograma Atenolol 100mg Ácido acetilsalecílico 100mg Isosorbida mononitrato 20 mg Complejo B Ibuprofeno 600mg	Se sugiere nuevamente tratamiento orientado a cambios de estilo de vida.
07/06/2014	Cardiología	Examen médico general. Control por hipertensión arterial y ecocardiograma.	I10 Hipertensión esencial (primaria) E66 obesidad J44 otras enfermedades pulmonares	Ácido acetilsalecílico 100mg Clortalidona 50 mg	Refiere fatiga de esfuerzo moderado, duerme con dos almohadas, con una le falta el aire. Se insiste en un tratamiento orientado a cambios de estilo de vida.

24/06/2014	Medicina general	Examen médico general. Paciente con alteraciones aparentemente cardiológicas.	I27 Otras enfermedades cardiopulmonares.	No se prescribe medicación	
19/08/2014	Medicina general	Examen médico general. Control, Refiere tos con expectoración amarillenta por las mañanas, dificultad para respirar.	J040 Laringitis y traqueítis agudas: Laringitis aguda	Diclofenaco Loratadina Metilprednisolona acetato 80mg (1 ampolleta) Complejo B (tab)	
02/09/2014	Medicina general.	Examen médico general. Control.	R00 Anormalidades del latido cardiaco: Taquicardia, no especificada.	Paracetamol 500 mg Loratadina Complejo B (ampollas)	
21/10/2014	Cardiología	Examen médico general. Control.	I10 Hipertensión esencial (primaria) E66 obesidad J44 otras enfermedades pulmonares D751 Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos: policitemia secundaria	Ácido acetilsalecílico 100mg Amlodipina 10 mg simvastatina	Paciente refiere sentirse bien. Niega síntomas. Hipertensión pulmonar leve. Se insiste en un tratamiento a cambios de estilo de vida.

15/04/2015	Medicina general	Examen médico general gripe. Paciente de 76 años, fibrosis pulmonar, acromegalia, refiere que hace cuatro días presenta rinorrea verdosa, acompañada de malestar general, tos con flema verdosa, motivo por el cual acude a casa de salud.	J20 Bronquitis aguda	Ipratropio, bromuro (inhalador) Ipratropio, bromuro (solución) Cefalexina Paracetamol 500 mg	Se recomienda nebulizaciones con 1cc de bromuro de ipratropio + 2cc de suero fisiológico, cada 12 horas por cinco días. Hallazgos de importancia: fibrosis pulmonar
16/04/2015	Medicina general	Infección seria	J159 Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte: neumonía bacteriana no especificada en otra parte.	No se prescribe medicación.	Se solicita realizar radiografía de tórax, dos posiciones, Fontal y lateral.

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –Latacunga

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

FACTORES DE RIESGO

Tabla Nº 2. Factores de riesgo

Factores de riesgo	
Factores de riesgo biológicos.	Hipertensión pulmonar leve
	Hipertensión arterial
	Enfermedad isquémica crónica del corazón
	Cifoescoliosis dorsal
	Cardiomegalia
	osteoporosis
Factores de riesgo por estilo de vida.	Obesidad
	Sedentarismo

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –Latacunga

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Factores de riesgo biológico:

Hipertensión pulmonar leve.

Es una presión arterial anormalmente alta en las arterias de los pulmones, lo cual hace que el lado derecho del corazón se esfuerce más de lo normal.

El lado derecho del corazón bombea sangre a través de los pulmones, donde recoge oxígeno. Luego, la sangre retorna al lado izquierdo del corazón, de donde se bombea hacia el resto del cuerpo. Cuando las pequeñas arterias (vasos sanguíneos) de los pulmones se estrechan, no pueden transportar mucha sangre. Cuando esto sucede, la presión se acumula, lo cual se denomina hipertensión pulmonar.

El corazón necesita trabajar más fuertemente para forzar la circulación de la sangre a través de los vasos en contra de esta presión. Con el tiempo, esto provoca que el lado derecho del corazón se vuelva más grande. Las enfermedades pulmonares como EPOC Y fibrosis pulmonar son causa de dicha patología.

Con frecuencia, la dificultad para respirar o el mareo leve durante la actividad es el primer síntoma. Es posible que se presente frecuencia cardíaca rápida (palpitaciones). Con el tiempo, los síntomas ocurren con actividad más ligera o incluso estando en reposo. (MedlinePlus, 2015)

Hipertensión arterial.

La hipertensión arterial, el término médico para la presión arterial alta, es conocida como «la muerte silenciosa», unos 16 millones de personas ni siquiera saben que tienen esta enfermedad. Sin tratamiento, la presión arterial alta aumenta apreciablemente el riesgo de un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular (o ataque cerebral). (Texas Heart Institute, 2015)

El corazón bombea sangre a través de una red de arterias, venas y capilares. La sangre en movimiento empuja contra las paredes de las arterias y esta fuerza se mide como presión arterial. (Texas Heart Institute, 2015)

La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas «arteriolas» que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. (Texas Heart Institute, 2015)

La hipertensión puede afectar a la salud de cuatro maneras principales:

- **Endurecimiento de las arterias.** La presión en el interior de las arterias puede causar engrosamiento de los músculos que recubren la pared arterial

y estrechamiento de las arterias. Si un coágulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo al corazón o al cerebro, puede producir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. (Texas Heart Institute, 2015)

- **Agrandamiento del corazón.** La presión arterial alta hace trabajar más al corazón. Al igual que cualquier otro músculo del cuerpo que se someta a exceso de ejercicio, el corazón aumenta de tamaño para poder realizar el trabajo adicional. Cuanto más grande sea el corazón, más sangre rica en oxígeno necesitará, pero menos podrá mantener una circulación adecuada. A consecuencia de esta situación, la persona afectada se sentirá débil y (Texas Heart Institute, 2015)cansada, y no podrá hacer ejercicio ni realizar actividades físicas. Sin tratamiento, la insuficiencia cardíaca seguirá empeorando. (Texas Heart Institute, 2015)

- **Daño renal.** La presión arterial alta prolongada puede lesionar los riñones si el riego sanguíneo de estos órganos se ve afectado. (Texas Heart Institute, 2015)

- **Daño ocular.** En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina «retinopatía» y puede causar ceguera. (Texas Heart Institute, 2015)

Enfermedad isquémica crónica del corazón.

La cardiopatía isquémica**,** isquemia cardíaca o enfermedad coronaria es el tipo más común de enfermedad cardíaca. Se produce cuando se reduce el flujo

sanguíneo al músculo del corazón por un bloqueo parcial o completo de las arterias de que suministran sangre al corazón. (Isquemia.org, 2015)

La cardiopatía isquémica puede dañar el músculo del corazón, reduciendo su capacidad de bombear de forma eficiente. Una obstrucción súbita y severa de una arteria coronaria **puede conducir a un infarto**. La isquemia miocárdica también puede causar graves **arritmias**. (Isquemia.org, 2015)

Si bien los síntomas y signos de la cardiopatía isquémica se observan en el estado avanzado de la enfermedad, **la mayoría de las personas no muestran ninguna evidencia de enfermedad durante décadas** cuando la enfermedad avanza antes de la primera aparición de los síntomas. Los síntomas de la cardiopatía isquémica incluyen:

- Angina de pecho. Presión o dolor en el pecho, por lo general en el lado izquierdo, que se produce regularmente con la actividad física o después de las comidas pesadas.
- Dolor en el cuello o la mandíbula
- Dolor en el hombro o en el brazo
- Dificultad para respirar
- Debilidad o mareos
- Palpitaciones (latidos irregulares del corazón)
- Náuseas
- Sudoración
- Disminución de la tolerancia al ejercicio (Isquemia.org, 2015)

Cifoescoliosis dorsal:

La cifoescoliosis, es un trastorno de la columna vertebral relativamente común, afecta a aproximadamente 1 de cada 1 000 personas, y alrededor de 1 de cada 10 000 individuos afectados tiene una deformidad espinal severa. Las deformidades

incluyen una excesiva curvatura espinal en los planos coronal (escoliosis) y sagital (cifosis), así como la rotación del eje espinal. (Columnavertebral.net, 2015)

La cifoescoliosis produce uno de los impedimentos restrictivos más severos de todas las enfermedades del área torácica. La capacidad pulmonar total y la capacidad vital pueden reducirse hasta un mínimo de 30% de los valores previstos. Esta patología restrictiva se vuelve más grave conforme aumenta el grado de angulación de la columna. La edad del paciente, el grado de rotación de la columna vertebral, la presencia de debilidad muscular respiratoria, y la participación de las vértebras torácicas son todos los factores que promueven el proceso restrictivo. La insuficiencia respiratoria es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en pacientes con cifoescoliosis. (Columnavertebral.net, 2015)

Cardiomegalia.

La cardiomegalia es un término medico el cual es utilizado para describir el aumento o engrandecimiento de forma anormal del corazón o conocido también como hipertrofia cardiaca; es uno de los rasgos que aparecen en aquellos individuos que padecen de insuficiencia cardiaca sistólica crónica o diferentes tipos de miocardiopatías. La cardiomegalia es un fenómeno al cual también se le conoce como agrandamiento del corazón, puesto que dicha afección posibilita que aumente de tamaño el corazón, afectando así la disposición de bombear la sangre compuesta de oxígeno a todo el cuerpo. (Venemedia, 2014)

La cardiomegalia puede originarse por diversos factores, aunque cabe destacar que existen varias de ellas que son más habituales que otras. Además puede ser asociada con numerosas enfermedades y condiciones tales como la insuficiencia cardíaca congestiva, la hemocromatosis y el hipertiroidismo, pero es importante señalar que no es causada por estos. (Venemedia, 2014)

Luego de que sea afectada la capacidad de bombear la sangre llena de oxígeno al cuerpo, este intentara compensar los bajos niveles de oxígeno que se obtiene por medio de la sangre y dicha retribución puede dar paso a los síntomas que se asocian a la cardiomegalia. (Venemedia, 2014)

Osteoporosis.

La osteoporosis es una enfermedad sistémica esquelética que se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura de los huesos, lo que supone un aumento de la fragilidad de los huesos y del riesgo de sufrir fracturas.

Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura.

El origen de la osteoporosis debe buscarse en los factores que influyen en el desarrollo y la calidad del hueso. El riesgo de padecer osteoporosis vendrá **d**eterminado por el nivel máximo de masa ósea que se obtenga en la edad adulta y el descenso producido por la vejez. Además del envejecimiento, en su aparición intervienen factores genéticos y hereditarios.

La desnutrición, la mala alimentación, el escaso ejercicio físico y la administración de algunos fármacos también pueden favorecer la aparición de la osteoporosis. Sin embargo, la menopausia es uno de los factores que más influye en su desarrollo en las mujeres, ya que la desaparición de la función ovárica provoca un aumento de la resorción ósea. (DMedicina.com, 2015)

Factores de riesgo por estilo de vida:

Obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica tratable. Se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. Aparte del problema que de por sí

representa la obesidad, los expertos advierten de que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que exagera y agrava a corto plazo y de forma muy evidente patologías graves como la diabetes, la hipertensión**,** las complicaciones cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica), e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales. (DMedicina, 2015)

Hay muchas causas implicadas en la aparición del problema. Aparte, de los malos hábitos de vida (mala alimentación y falta de ejercicio físico) también existen factores genéticos y orgánicos que inducen su aparición. Investigaciones recientes sugieren que, por término medio, la influencia genética contribuye en un 33 por ciento aproximadamente al peso del cuerpo, pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular. (DMedicina, 2015)

Sedentarismo.

El sedentarismo es la falta de actividad física regular, definida como: "menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana". La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona: la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares; así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano puede hacer difícil, si no imposible, empezar a moverse. (Madridsalud.es, 2015)

Se considera que una persona es sedentaria cuando su gasto semanal en actividad física no supera las 2000 calorías. También lo es aquella que sólo efectúa una actividad semanal de forma no repetitiva por lo cual las estructuras y funciones de

nuestro organismo no se ejercitan y estimulan al menos cada dos días, como requieren. (Madridsalud.es, 2015)

Se entiende por actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos. El ejercicio físico es una actividad planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mejorar o mantener los componentes de la forma física. Hablamos de deporte cuando el ejercicio es reglado y competitivo. (Madridsalud.es, 2015)

La falta de ejercicio o sedentarismo disminuye la capacidad de adaptación a cualquier actividad física, iniciando un círculo vicioso. (Madridsalud.es, 2015)

Está comprobado que los estilos de vida sedentarios constituyen una de las 10 causas fundamentales de mortalidad, morbilidad y discapacidad; constituyendo el segundo factor de riesgo más importante de una mala salud, después del tabaquismo. El sedentarismo duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes tipo II y de obesidad; asimismo, aumenta la posibilidad de sufrir hipertensión arterial, osteoporosis, cáncer de mama y colon, entre otros. (Madridsalud.es, 2015)

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (QUITO):

La paciente para su consulta en dicha casa de salud tuvo que esperar aproximadamente un mes a partir de la fecha en la cual solicitó la consulta, al no ser considerado como un caso de emergencia.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (LATACUNGA):

Medicina de emergencia: La atención para la paciente en este servicio fue inmediata, ya que el tiempo de espera fue aproximadamente de un par de horas desde su ingreso a la casa de salud.

Medicina general: Si se trataba de consultas pre programadas luego de haber ingresado por emergencia, o después de haber sido dado de alta los controles fueron cada ocho días. Si se trataban de consultas fuera de las situaciones antes mencionadas el tiempo de espera era de un mes a mes y medio.

Medicina interna: La paciente era atendida en un lapso de tiempo de aproximadamente un mes a mes y medio, este era el tiempo que tardó en conseguir su cita, luego las citas se programaban cada mes aproximadamente.

Cardiología: En este servicio la obtención de la primera cita fue inmediata ya que se trató de un chequeo pre quirúrgico, luego de eso, las citas se programaban cada mes o dos meses.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARTICULAR:

En este centro la atención fue inmediata, no menos de 24 horas.

ACCESO

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (QUITO):

El inconveniente fue geográfico, ya que se le presentó problemas para dirigirse a la ciudad de Quito, lo cual dificulto su acceso a la casa de salud.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (LATACUNGA):

No se presentó dificultad alguna para el acceso a dicha casas de salud, la llegada fue inmediata al encontrarse en su lugar de residencia y no hubo presencia de inconvenientes.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARTICULAR:

No se presentó dificultad alguna para acceder al centro de rehabilitación, tuvo todas las facilidades para su llegada, desde transporte hasta ubicación geográfica.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (QUITO):

La atención fue buena, se le atendió de una manera eficaz, ya que los exámenes que se solicitaron fueron realizados el mismo día.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (LATACUNGA):

La paciente refiere que la atención que recibió en todas sus visitas, en promedio fue buena, ya que el personal médico se preocupaba por ella, en todo lo que engloba su estado de salud, tanto físico como mental, al no enfocarse solo en su enfermedad respiratoria, sino también cualquier otro síntoma que haya llegado a presentar, como sus dolores de espalda.

También supo informar que si encontró dificultad alguna fue al momento de conseguir los turnos para los exámenes, ya que muchas veces se presentó que la fecha programada para el examen estaba después de la fecha a la cual ya debía asistir al control con el examen realizado, en ocasiones no se lograba solucionar y los exámenes tenía que hacérselos de manera particular o hablar con el médico y se tenía que postergar la consulta hasta tener los exámenes en mano. En conclusión, supo manifestar que muchas veces el problema era por el sistema que se utiliza en dicha casa de salud, pero con respecto a los médicos, la mayoría, siempre la atendieron con disposición, ya que eran muy profesionales y éticos con su trabajo y el trato hacia la paciente.

CENTRO DE REHABILITACIÓN PARTICULAR:

La paciente califica la atención en éste centro como buena, ya que se preocupan por ella al preguntarle siempre sobre su estado emocional y su estado físico, refiere que siempre están dispuestos a ayudarle.

También supo manifestar estar conforme con el servicio que brindan, ya que al momento de solicitar un turno, se le otorgó de inmediato, tiene un horario ya establecido por días y hora, la cual es solo para ella.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN:

- Al principio la paciente fue remitida a Quito hacia el área de neumología para chequeo y exámenes complementarios, en dónde se le supo brindar el servicio oportuno y un diagnóstico, con el cuál se le trató en Latacunga todo el tiempo.
- Las veces en las cuales fue hospitalizada, se le remitió a medicina general para controles sin presentar dificultades.
- La remisión a cardiología, se la realiza después de un chequeo pre quirúrgico, lo cual facilitó la obtención de la cita médica.

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

Relacionado a los trámites administrativos, las ocasiones que se encontró hospitalizada, al ser ingresada por emergencia, los trámites fueron agilitados por el personal médico.

Haciendo referencia a los exámenes complementarios, hubo demora en la realización de los exámenes, ya que las citas programadas

Los trámites administrativos de hospitalización fueron oportunos y sin mayor complicación según las necesidades de la paciente, sin embargo en ciertas casas de salud a las que la paciente acudió hubo demora de aproximadamente 3 semanas para agendar las citas médicas y de entre 1 y 2 semanas para recibir los resultados de los exámenes de laboratorio.

Los trámites administrativos de hospitalización y la obtención de resultados de estudios realizados al paciente no presentaron demora, lo cual ayudo a que el cuadro del paciente sea tratado con la brevedad debida.

Sin embargo en ciertas casas de salud a las que la paciente acudió hubo demora de aproximadamente una semana para agendar las citas médicas

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

Tabla Nº 3. Identificación de los puntos críticos:

Puntos críticos	Presencia de enfermedades relacionadas a la situación actual de la paciente.
	Difícil acceso a médicos especializados para tratamiento y control de la fibrosis pulmonar a nivel local.
	Escases de centros especializados de fisioterapia respiratoria para alivio y control de síntomas de la enfermedad.
	Incumplimiento de sugerencias en un cambio en el estilo de vida.

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –Latacunga

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Presencia de enfermedades relacionadas a la situación actual de la paciente.

El corazón y el pulmón forman una unidad anatomofuncional interconectada por una red de vasos que conforma la circulación pulmonar. Las enfermedades de estos dos órganos están íntimamente relacionadas y se influyen mutuamente, fundamentalmente a través de alteraciones en la regulación de la circulación pulmonar.

En aquellos pacientes que presenten una patología cardiaca o pulmonar significativa se debe evaluar el estado de ambos órganos y sus interacciones. El síndrome de hipertensión pulmonar representa el modelo principal de las interacciones patológicas entre las enfermedades respiratorias y el corazón. Una vez que se desarrolla hipertensión pulmonar arterial significativa, el abordaje terapéutico es similar independientemente de la etiología. (Sociedad de Pediatria de Asturias, 2011)

Difícil acceso a médicos especializados para tratamiento y control de la fibrosis pulmonar a nivel local.

Los padecimientos pulmonares de hoy, no son siempre atendidos por un especialista en enfermedades pulmonares. Por lo que se ha observado, ni al tratarse de padecimientos crónicos. Como en éste caso, la fibrosis pulmonar, ni **en** los casos de neumonías hay una conciencia clara de que deben ser tratados por un médico especialista como un neumólogo.

Para que la patología respiratoria que vislumbramos sea atendida por un neumólogo y así se justifique el aumento de ellos, hay que encontrar las estrategias necesarias para que este especialista ofrezca más al enfermo en el diagnóstico y tratamiento que otros médicos y así se haga indispensable su ejercicio En el oficio del neumólogo, tanto en los casos agudos como en los crónicos, un estudio de la función respiratoria debe ser un estudio de rutina (Rivero Serrano, 2010)

Escases de centros especializados de fisioterapia respiratoria para alivio y control de síntomas de la enfermedad.

Lamentablemente en nuestro país, los servicios especializados para fisioterapia respiratoria no son muy comunes, por ese motivo, es de gran dificultan acceder a un centro especializado, los fisioterapeutas especialistas como parte del equipo multidisciplinar, son los encargados de realizar y supervisar el reentrenamiento al esfuerzo, la fisioterapia respiratoria y el entrenamiento global de las extremidades, así como de aconsejar al paciente en la correcta realización de sus actividades diarias. (Solofisio.com, 2013)

El correcto funcionamiento de la respiración es indispensable ya que está presente en cada situación, desde la realización de ejercicios, la adaptación a climas y

condiciones geográficas o las simples actividades de la vida diaria, son llevadas a cabo dentro de los límites de esta capacidad.

Por una gran cantidad de factores, nuestro aparato respiratorio puede verse afectado y disminuye la posibilidad de respirar libremente. Si estos factores no son atendidos se corre el riesgo de provocar un daño mayor y permanente. Para ayudar a devolver el bienestar respiratorio surge la especialidad de la terapia respiratoria, se define a esta como el conjunto de técnicas manuales, aparatología, medicamentos y procedimientos que poseen un efecto terapéutico en el aparato respiratorio. Es importante destacar que el funcionamiento del aparato respiratorio va ligado al sistema circulatorio y viceversa, cualquier afección puede alterar el funcionamiento de los dos sistemas. Por esta razón el enfoque del tratamiento debe ser global y multidisciplinario tratando de apuntar a la prevención en todo caso que se pueda, evitar las recidivas y la cronicidad de los síntomas para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de la persona. (Segurisima, 2013)

Incumplimiento de sugerencias en un cambio en el estilo de vida.

Si el médico sugiere un cambio en el estilo de vida, es de importancia llevar a cabo dicha indicación, ya que el estilo de vida juega un papel importante en el tratamiento de la patología. Al realizar cambios significativos en el estilo de vida se puede llegar a disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida. Dentro de las sugerencias generales que recibirá un paciente con fibrosis pulmonar se tomarán en cuenta las siguientes:

- Hacer ejercicio regularmente
- Consumir una dieta saludable
- Evitar el contacto cercano con personas que tengan infecciones respiratorias
- Evitar el exceso de calor, frío, y muy grandes altitudes
- Evitar la exposición a irritantes ambientales
- Aprender técnicas de respiración

- Aprender técnicas de relajación

Actividad física.

La actividad física regular brindará al paciente una sensación general de bienestar. Debe ser supervisada por el personal capacitado, ya que se cumplirá bajo los niveles de capacidad de cada paciente, es por eso que cada plan de tratamiento debe ser personalizada cubriendo las necesidades del paciente. Los ejercicios y técnicas de respiración se enfocan en fortalecer y reeducar a los músculos respiratorios para facilitar la respiración

Gráfico Nº 1. Actividad Física

Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico.

Hábitos alimenticios.

Los hábitos alimenticios deben ser primordiales, ya que el exceso de peso hace que los pulmones y el corazón trabaje más duro, ahí radica la importancia de una dieta saludable, la dieta debe ser baja en grasas saturadas, también debe ser rica en frutas, verduras y alimentos integrales.

Gráfico Nº 2. Hábitos alimenticios

Fuente: Gonzalez, L. (2006). Patología y Clínica de Las Enfermedades Respiratorias

- Puede ser difícil comer por tener sensación de saciedad, aunque no sea por haber ingerido algún alimento, es recomendable tener varias comidas pequeñas durante el día en lugar de pocas comidas grandes.
- Ralentizar el ritmo de comer. Esto hará que sea más fácil respirar.
- Hablar con un nutricionista sobre la cantidad de calorías que necesita cada día.

  Trate de evitar el polvo y humos.

Evitar toda exposición al humo del cigarrillo u otros contaminantes ambientales. Evitar las actividades al aire libre cuando la calidad del aire es particularmente pobre y contaminado. Al momento de realizar ejercicio, evitar hacerlo en áreas contaminadas, donde los niveles de escape de los automóviles son altos, preferencial buscar un lugar despejado, con buena temperatura.

Gráfico Nº 3. Hábitos alimenticios 1

Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico.

Las técnicas de respiración son también conocidas como reentrenamiento respiratorio. Incluyen respiración diafragmática o labios fruncidos respiración. Esto es primordial ya que ayudará al alivio de los síntomas como la falta de aliento, ayudará a respirar de manera más eficiente teniendo como consecuencias el sentir más comodidad con las actividades diarias. Un terapeuta respiratorio será el indicado para enseñar éstas técnicas.

Aprender técnicas de relajación y otros métodos para controlar el estrés. Estos pueden ayudar a reducir la falta de aliento y la preocupación por la dificultad para respirar. La ansiedad aumenta la tasa de respiración. Esto hace que la respiración sea más intenso. (EBSCO Publishing, 2015)

Gráfico Nº 4. Técnicas de relajación

Fuente: Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla Nº 4. Caracterización De Las Oportunidades De Mejora

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora
Acceso a Controles periódicos	Buscar médicos particulares para chequeos oportunos
Contar con un listado de especialistas próximos a la localidad	• Buscar referencias de tratamientos en otras localidades. • Realizar viajes para visitas médicas con el especialista
Acercamiento a fisioterapeutas con conocimientos generales de la patología.	Preparación de un tratamiento personalizado en función a las necesidades y carencias a causa de la enfermedad.
Existencia de personal multidisciplinario en centros asistenciales.	Acatamiento a las sugerencias realizadas por el equipo médico llevando un registro periódico de la asistencia junto con el avance.

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –Latacunga

Elaborado por: Monserrat Perugachi

PROPUESTA DE TRATAMIENTO

Si nos referimos al método principal de tratar las patologías respiratorias crónicas, estamos hablando del tratamiento farmacológico, el cual tiene un efecto directo en el control de los síntomas, al mismo tiempo que disminuye la evolución de la enfermedad; por ésta razón, se dejó de lado las consecuencias que tiene la

enfermedad en un ámbito de incapacidad y desventaja sobre el paciente para ejecutar sus actividades cotidianas relacionadas en un ambiente laboral, social, emocional, dando como consecuencia un deterioro en su calidad de vida.

La fibrosis pulmonar es una enfermedad crónica, es decir, que desde el momento en el cual el paciente es diagnosticado con dicha patología, estará bajo sus síntomas y complicaciones por el resto de su vida, ya que esta no es una patología reversible, por esa razón es primordial, la búsqueda de tratamientos alternativos, que ayuden de manera integral a las personas que la padecen. La fisioterapia, es una buena alternativa, ya que no es invasiva, es personalizada a las necesidades de cada paciente y si se la pone en práctica de manera correcta, no presentará ningún efecto secundario negativo sobre el paciente.

El tratamiento fisioterapéutico debe tener como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, seguido por el control y alivio de los síntomas, devolviendo así la seguridad y autonomía al paciente para que este se reintegre como un ente activo de la sociedad. (Solofisio.com, ¿Qué es la Fibrosis Pulmonar Idiopática?, 2013)

Tratamiento fisioterapéutico.

Para facilidad de ejecución, el tratamiento se encontrará dividido en cinco fases, de las cuales cuatro se basan en 24 sesiones divididas en ocho semanas (tres veces por semanas, de una a dos horas diarias). La última fase, es decir la fase número seis, empezará luego de culminar con las 24 sesiones.

Tabla Nº 5. **Fases del tratamiento fisioterapéutico:**

Fases del tratamiento fisioterapéutico:				
Fase	Actividades	Número de sesiones	Tiempo de duración (h/min)	Involucrados
Fase I	Primera parte Fase I			
	Valoración inicial y planteamiento de objetivos a corto y largo plazo.	Dos sesiones	Día 1 de valoración física: De 1 hora 30 minutos a 2 horas.	Fisioterapeuta Paciente
			Día 2 de valoración a base de test: 1 hora 30 minutos.	Fisioterapeuta Paciente
	Segunda parte Fase I			
	Elaboración del plan de tratamiento, basados en las necesidades obtenidas en la valoración	(Un día, no incluido en las 24 sesiones).	A consideración del fisioterapeuta	Fisioterapeuta
Fase II	Sensibilización al tratamiento.	Dos sesiones	Día 1: 1 hora	Fisioterapeuta Paciente
			Día 2: 1 hora	Fisioterapeuta Familiares
Fase III	Ejecución del plan de tratamiento.	18 sesiones	Cada sesión con un tiempo estimado de 1 hora 30 minutos máximo.	Fisioterapeuta Paciente
Fase IV	Evaluación final	Dos sesiones	Día 1 de valoración física: De 1 hora 30 minutos a 2 horas.	Fisioterapeuta Paciente
			Día 2 de valoración a base de test: 1 hora 30	Fisioterapeuta Paciente

			minutos.	
Fase V	Seguimiento	Una sesión cada mes, luego de culminar con las 24 sesiones, durante un año.	Una hora.	Fisioterapeuta Paciente Familiares

Fuente: Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Fase II

Primera parte

Valoración inicial.

Los datos que obtendremos en esta valoración serán el punto de partida ya que desde ellos veremos las debilidades del paciente, por consiguiente, sus necesidades así como también se tendrá el sustento para la valoración de su evolución.

Para los pacientes con fibrosis pulmonar, el síntoma principal de su padecimiento es la disnea, presentando como consecuencia la intolerancia para realizar actividad física, el deterioro de la calidad de vida, depresión y ansiedad.

Para ésta valoración utilizaremos pruebas como la de caminata de seis minutos, escalas de disnea y fatiga, cuestionarios de calidad de vida y su relación con la actividad física, todo esto en conjunto nos dará una idea global del estado físico y como éste afecta a la calidad de vida del paciente. (Colombiana, 2008)

Tabla Nº 6. Métodos e instrumentos a utilizar en la valoración:

Métodos e instrumentos a utilizar en la valoración:	
Prueba de caminata de seis minutos	Valora la capacidad del organismo para la actividad física.
Escala de Borg	Valora la percepción de fatiga-disnea frente al ejercicio físico.
Cuestionario de St. Greorge	Cuantifica el impacto de la patología sobre su estado de salud y bienestar

Fuente: Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Prueba de caminata de seis minutos.

Gráfico Nº 6. Prueba de caminata de seis minutos

Fuente: Gutierrez Clavería, M. (2009). Prueba de caminata de seis minutos.

Si queremos tener una idea de la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria de nuestro paciente, esta prueba es la correcta, ya que nos permitirá evaluar globalmente la respuesta del organismo frente al ejercicio.

Este test consiste en medir la distancia que una persona puede caminar a velocidad constante, en un periodo de seis minutos continuos. Es de gran utilidad para personas con patologías cardiacas y respiratorias, ya que no se necesita que realicen un esfuerzo máximo como correr.

Los datos que obtendremos en la prueba son los siguientes:

- Distancia caminada en minutos (de no completar los seis minutos).
- Velocidad (metros/segundo).
- El número de detenciones (de ser necesarias).
- Disnea
- Fatiga muscular
- Frecuencia respiratoria
- Frecuencia cardiaca
- Presión arterial
- Saturación de oxígeno en la sangre (opcional). (Torax, 2014)

Cómo efectuar la prueba.

1. Se necesitara un pasillo largo, de preferencia de 30 metros, mínimo 20, en el cual se procederá a marcar cada tres metros con cinta o conos, sin olvidar el inicio y el final.
2. El paciente deberá estar en reposo durante diez minutos antes de la prueba, si el pasillo se encuentra lejos, es recomendable el uso de una silla de ruedas para el transporte del paciente ya que no debe realizar esfuerzo alguno que altere los datos.
3. Confirmar con el paciente si ha cumplido las indicaciones, que previamente se las presento por escrito. (Anexo).
4. Valorar la presencia de disnea con la escala de Borg (anexo), frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno al comenzar la prueba y al finalizar, anotar todos los valores en la tabla de informe (Anexo). *NOTA: Para realizar la valoración de avance se recomienda realizarla a la misma hora y en las mismas condiciones.*
5. Alistar el cronómetro y dar la orden de que el paciente inicie con la caminata a lo largo del pasillo.
6. Anotar las vueltas que el paciente realice.

7. Dar información y estímulos verbales claros al paciente después de que cada minuto finalice (Anexo).
8. Al culminar con la prueba, inmediatamente volver a realizar la valoración inicial, luego a los cinco y diez minutos, y marcar en el lugar que se finalizó.
9. Si la prueba se culmina antes, escribir a los cuantos minutos y metros recorridos se ha suspendido la prueba y las razones por las cueles se tomó la decisión. (Gutierrez Clavería , 2009)

Aplicación del cuestionario respiratorio de St. Greorge.

Este cuestionario aplicado en los pacientes con enfermedades pulmonares nos permite cuantificar el impacto de la patología sobre su estado de salud y bienestar, la importancia radica en que la información proporcionada no será la que percibe el fisioterapeuta, sino la que posee el paciente desde su percepción, reflejando los cambios que sufre en el transcurso de la enfermedad.

Está constituido por cincuenta ítems, los cuales se dividen en tres niveles:
Síntomas: éste ítem nos proporcionará información acerca de la frecuencia y gravedad de las molestias respiratorias.

Actividad: En éste ítem se valorará las actividades afectadas debido a la presencia de disnea.

Impacto: En éste ítem se valoran los cambios ocasionados en el ámbito psicológico y social como consecuencia de la enfermedad.

Éste lo puede realizar el paciente por sí solo, pero para evitar confusión alguna, se recomienda que el fisioterapeuta lo ejecute como una entrevista, así puede colaborar de resultar incomprensible.

Los resultados serán obtenidos de cada nivel, y también de los 50 ítems en general; siendo 0 no presenta alteración en la calidad de vida y 100 máxima alteración en la calidad de vida. (Hernandez & González Vergara, 2013)
Cuestionario completo (Anexo)

Escala de Borg.

La escala de Borg ayudará a conocer el nivel de fatiga que presente el paciente luego de la actividad física. Esta escala nos permite medir cómo reacciona nuestro organismo frente a la intensidad del trabajo realizado para así dosificar la intensidad del ejercicio sin llegar al sobre entrenamiento. (Anexo). (PFBalonMano, 2013)

Tabla Nº 7 Planteamiento de objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Objetivos a corto plazo	Objetivos a mediano plazo	Objetivos a largo plazo
Disminuir la sensación de disnea. Mejorar la tolerancia para realizar ejercicio. Fortalecer miembros superiores e inferiores. Reeducación de músculos respiratorios.	Reducir la sensación de depresión. Disminuir las visitas a casas de salud.	Mejorar la calidad de vida. Implementar lo aprendido en los hábitos diarios del paciente.

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –Latacunga

Elaborado por: Monserrat Perugachi

Segunda parte.

Elaboración del plan de tratamiento, basados en las necesidades obtenidas en la valoración.

Para disminuir la sensación de disnea y reeducación de músculos respiratorios:

Reeducación diafragmática.

- Ejercicio 1. Bipedestación.

Posición del paciente: Paciente en bipedestación (para favorecer al músculo por efecto de la gravedad).

Ejecución del ejercicio: realiza inspiración nasal, patrón diafragmático (el abdomen se protruye, es decir, se dirige hacia afuera), después del cual se realiza una espiración con los labios fruncidos donde el abdomen debe proyectarse hacia adentro de manera pasiva, sin contractura abdominal.

Fisioterapeuta: Ubicado en bipedestación junto al paciente, brinda las órdenes para la inspiración y espiración de manera clara y precisa al momento de dar la orden de "inspire", controlar que en la inspiración se realice el patrón diafragmático para que el ejercicio cumpla con su finalidad, y que la espiración sea de manera pasiva con los labios fruncidos.

Recomendaciones: El ejercicio se puede realizar frente a un espejo para que el paciente tenga una consciencia visual de su ejecución.

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: De siete a ocho, según tolerancia del paciente (evitar hiperventilación). Seguido por un periodo de recuperación antes de continuar con la próxima serie.

Gráfico Nº 7. Dosificación del ejercicio.

Fuente: Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar.

- Ejercicio 2. Sedente.

Posición del paciente: Paciente en posición sedente.

Ejecución del ejercicio: Se realiza inspiración nasal, patrón diafragmático (el abdomen se protruye, es decir, se dirige hacia afuera), después del cual se realiza una espiración con los labios fruncidos donde el abdomen debe proyectarse hacia adentro de manera pasiva, sin contractura abdominal. Puede presentarse dificultad mecánica por la flexión de cadera, pero será tomado como algo favorable, ya que constará como una primera carga sobre el músculo.

Fisioterapeuta: Ubicado en bipedestación junto al paciente, brinda las órdenes para la inspiración y espiración de manera clara y precisa al momento de dar la orden de "inspire", controlar que en la inspiración se realice el patrón diafragmático para que el ejercicio cumpla con su finalidad, y que la espiración sea de manera pasiva con los labios fruncidos.

Recomendaciones: Se recomienda colocar la mano sobre el abdomen para comprobar que el ejercicio se ejecuta correctamente, ya que puede sentir como se dirige hacia afuera. El ejercicio se puede realizar frente a un espejo para que el paciente tenga una consciencia visual de su ejecución

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: De seis a ocho, según tolerancia del paciente (evitar hiperventilación). Seguido por un periodo de recuperación antes de continuar con la próxima serie.

Gráfico Nº 8. Paciente en posición sedente

Fuente: Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar.

- Ejercicio 3. Decúbito supino.

Posición del paciente: Paciente en decúbito supino, en ésta posición se empieza a trabajar en contra de la gravedad, apareciendo el efecto de sobrecarga generado por el desplazamiento del contenido abdominal en sentido cefálico.

Ejecución del ejercicio: Realiza inspiración nasal, patrón diafragmático (el abdomen se protruye, es decir, se dirige hacia afuera después del cual se realiza una espiración con los labios fruncidos donde el abdomen debe proyectarse hacia adentro de manera pasiva, sin contractura abdominal.

Fisioterapeuta: De pie, junto al paciente, brinda las órdenes para la inspiración y espiración de manera clara y precisa, al mismo tiempo que controla que el patrón diafragmático se efectúe de manera correcta.

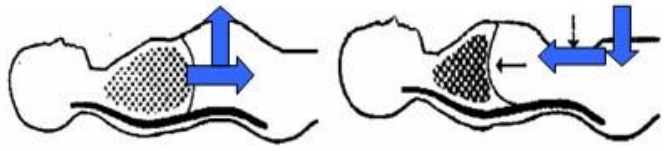
Recomendaciones: colocar la mano sobre el abdomen para comprobar que el ejercicio se ejecuta correctamente, ya que puede sentir como se dirige hacia afuera

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: De seis a ocho, según tolerancia del paciente (evitar hiperventilación). Seguido por un periodo de recuperación antes de continuar con la próxima serie.

Gráfico Nº 9. Paciente en decúbito supino



Fuente: Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar.

Ejercicios diafragmáticos contra carga.

Ejercicio 4. Fortalecimiento diafragmático.

Al llegar a la mitad de sesiones, cuando el paciente ya ha evolucionado en el manejo de la técnica y su capacidad para realizarla, se proseguirá a empezar con el fortalecimiento de diafragma con la aplicación de cargas de peso progresivas, así lograremos trabajar en la mejoría de la fuerza muscular.

Posición del paciente: Paciente en decúbito supino.

Ejecución del ejercicio: Colocamos un peso de 2kg sobre el abdomen, pedimos que efectúe inspiración profunda, utilizando patrón diafragmático, la espiración la realizará contra labios fruncidos.

Fisioterapeuta: De pie, junto al paciente, brinda las órdenes para la inspiración y espiración de manera clara y precisa.

Ejercicios de ventilación dirigida.

- Ejercicio 1. Decúbito supino. Ejercicio inicial de la técnica de ventilación dirigida:

Posición del paciente: Paciente en decúbito supino.

Ejecución del ejercicio: Realiza inspiración nasal lenta y profunda, patrón diafragmático (el abdomen se protruye, es decir, se dirige hacia afuera), seguido de un periodo de apnea, después del cual se realiza una espiración máxima prolongada con labios fruncidos, acompañada de depresión abdominal pasiva.

Fisioterapeuta: De pie, junto al paciente, brinda las órdenes para la inspiración y espiración de manera clara y precisa, controlando que el período de apnea se mantenga para ejecutar de manera correcta la espiración máxima.

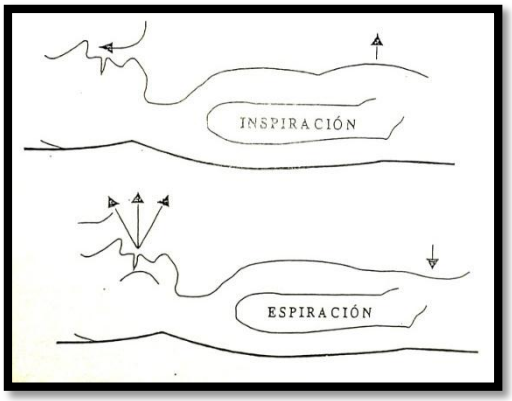
NOTA: cuando el paciente haya progresado en el control de la técnica, la espiración se acompañara de contracción abdominal para conseguir un vaciado alveolar próximo a lo óptimo.

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: De seis a ocho, según tolerancia del paciente (evitar hiperventilación). Seguido por un periodo de recuperación antes de continuar con la próxima serie.

Gráfico Nº. 10. Paciente en decúbito supino inspiración



Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

- Ejercicio 2. Decúbito lateral.

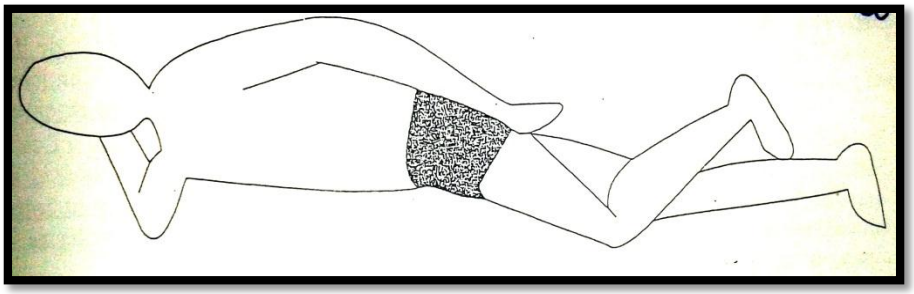
Posición del paciente: Paciente en decúbito lateral (derecho e izquierdo), se coloca el miembro inferior que se apoya en la camilla estirado, y en flexión el miembro colocado arriba. En el miembro superior ocurre lo contrario, el miembro que se apoya en la camilla se encuentra en flexión, y debajo de la cabeza, el situado arriba se coloca estirado. Este ejercicio permite la relajación del paciente, trabajar de mejor manera el hemi difragma colocado en infralateral, lo que facilita la ventilación dirigida hacia la zona declive del pulmón, trabajando a volúmenes fisiológicos.

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: De seis a ocho, según tolerancia del paciente (evitar hiperventilación). Seguido por un periodo de recuperación antes de continuar con la próxima serie.

Gráfico Nº. 11. Paciente en decúbito lateral



Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

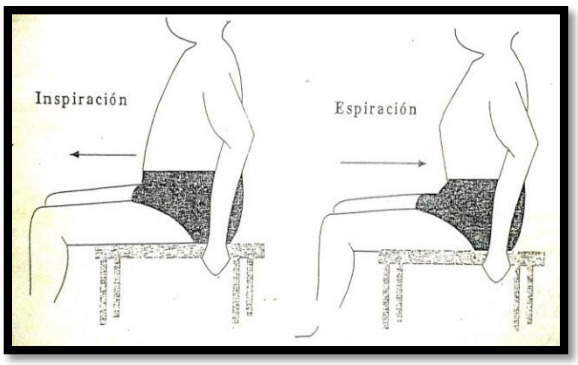
- Ejercicio 3. Sedente.

Posición del paciente: Paciente sentado, con los hombros hacia atrás, ésta posición es favorable para el desplazamiento del diafragma hacia caudal.

Ejecución del ejercicio: Realiza inspiración nasal lenta y profunda, patrón diafragmático (el abdomen se protruye, es decir, se dirige hacia afuera), seguido

de un periodo de apnea, después del cual se realiza una espiración máxima prolongada con labios fruncidos, acompañada de depresión abdominal pasiva.

Gráfico Nº. 12. Paciente sentado



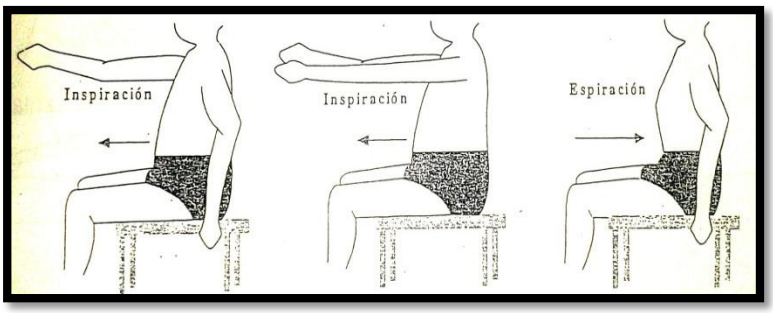
Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

Fisioterapeuta: Cada tres minutos, vamos a pedir al paciente que realice una inspiración más profunda denominada suspiro dirigido, este ejercicio ayudara a incrementar el volumen corriente, en la cual, lleva hacia adelante, primero un brazo y posteriormente el otro, durante la espiración, lleva los brazos a la posición inicial.

Dosificación del ejercicio. Series: tres series

Repeticiones: De seis a ocho, según tolerancia del paciente (evitar hiperventilación). Seguido por un periodo de recuperación antes de continuar con la próxima serie.

Gráfico Nº. 13. Paciente sentado 1



Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

Ejercicios de fortalecimiento abdominal.

Para esto, hay que tomar en cuenta, que por la condición del paciente, al ser un adulto mayor, los ejercicios elegidos serán los más aptos para su situación física.

- Ejercicio 1.

Posición del paciente: Paciente en decúbito supino, con las rodillas ligeramente flexionadas.

Ejecución del ejercicio: Durante la inspiración, mientras el abdomen se eleva, al mismo tiempo se comprime la pared posterior de la cavidad contra el plano de apoyo, lo que exige contracción isométrica del grupo abdominal.

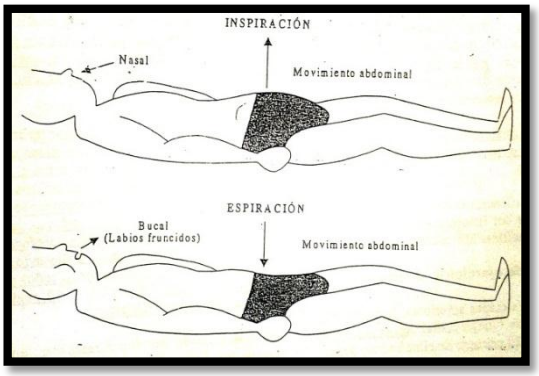
Fisioterapeuta: De pie, junto al paciente, brinda las órdenes para la inspiración y espiración de manera clara y precisa, se recomienda colocar la mano bajo la zona lumbar para controlar que al momento de la inspiración esta se omprima sobre la zona de apoyo.

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: Siete repeticiones cada ejercicio.

Gráfico Nº. 14. Paciente en decúbito supino, rodillas flexionadas



Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

- Ejercicio 2.

Posición del paciente: Paciente en decúbito supino, piernas y brazos extendidos.

Ejecución del ejercicio: Se realiza inspiración con patrón diafragmático, al momento de la inspiración se elevan las piernas del plano de apoyo con las rodillas en extensión.

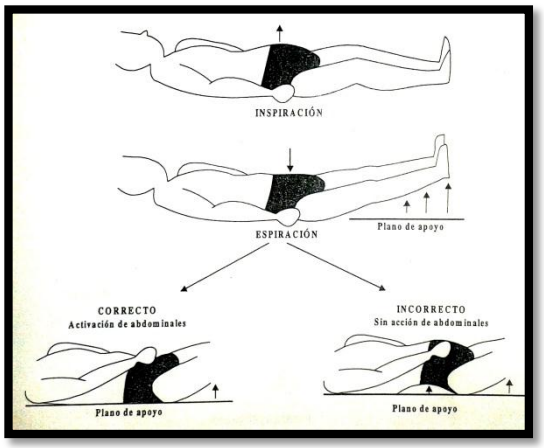
Fisioterapeuta: Se coloca de pie junto al paciente, controla que al momento de flexionar las caderas con las piernas en extensión, la zona lumbar no se levante del plano de apoyo, ocurriendo una compensación, ya que el ejercicio perdería su finalidad.

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: Siete repeticiones cada ejercicio.

Gráfico Nº. 14. Paciente en decúbito supino, rodillas flexionadas 1



Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

- Ejercicio 3.

Posición del paciente: Paciente en decúbito supino, piernas y brazos extendidos.

Ejecución del ejercicio: Se realiza inspiración con patrón diafragmático la inspiración, debe ser prolongada, se elevan las piernas del plano de apoyo, inmediatamente se realiza movimientos de flexo extensión simulando un pedaleo de bicicleta durante 15 segundos.

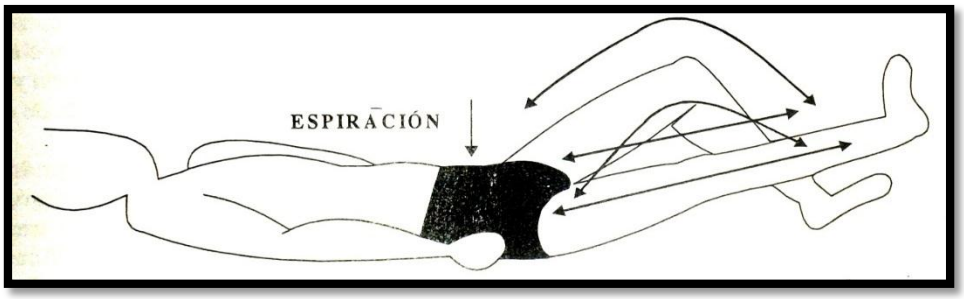
Fisioterapeuta: Es recomendable que el fisioterapeuta controle que la espalda no se levante del plano de apoyo ya que el ejercicio perdería su finalidad y que la flexo extensión no cause dificultad para el paciente produciendo alguna molestia secundaria.

Dosificación del ejercicio.

Series: tres series

Repeticiones: Seis repeticiones cada ejercicio. (Casadellibro.com, 2004)

Gráfico Nº. 15. Paciente en decúbito supino, piernas y brazos extendidos



Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

Para mejorar la tolerancia para realizar ejercicio:

Caminata.

Caminata de los seis minutos.

La prueba realizada anteriormente como parte de la valoración, ahora será incorporada como parte del tratamiento, con una variación, se la realizara en una

banda sin fin o caminadora, a una velocidad constante. Mientras el paciente va aumentando su tolerancia al ejercicio, se aumentara el tiempo, lo ideal es alcanzar los 20 minutos de caminata para lo cual, se parte con los seis minutos de la prueba, cuando el paciente logre terminarlos, se irán incrementando poco a poco minutos por semana culminada, como sugiere la tabla a continuación (los minutos incrementados podrán variar, es decir, ser más por semana, según tolerancia del paciente).

Tabla Nº 8. Tiempo de caminata

Semanas	Minutos incrementados por semana
Primera semana	6 minutos
Segunda semana	8 minutos
Tercera semana	10 minutos
Cuarta semana	13 minutos
Quinta semana	16 minutos
Sexta semana	20 minutos

Fuente: Gutierrez Clavería, M. (2009). Prueba de caminata de seis minutos.

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Para conocer la frecuencia cardíaca máxima que nos servirá de guía para poder trabajar de mejor manera, es recomendable calcularla con la fórmula de Karvonen, ya que ésta nos permite calcularla al porcentaje (intensidad del ejercicio) necesario al tratarse de un adulto mayor. Este cálculo se realizará solo una vez al iniciar el tratamiento y será constante en las seis semanas. La fórmula es la siguiente: ***FCmedia = (FCmáx – FC basal) × %RFC + FC basal***

FCmáx= Frecuencia cardiaca máxima, la cual calculamos de la siguiente manera; 220-edad del paciente.

FC basal= Frecuencia cardiaca basal, son las pulsaciones por minuto tomadas en reposo (se recomienda tomarla por la mañana cuando el paciente sigue en la cama).

%RFC= reserva funcional cardiaca, es la intensidad del músculo cardiaco, se la calcula con el 50-60% que es lo recomendable para personas que están iniciando o con mal estado físico. (Boullosa, 2013)

Para tener un plan ordenado y controlado, se recomienda anotar todos los datos obtenidos antes y después de cada caminata de la siguiente manera:

Tabla Nº 9. Valoración

Valoración de la caminata	Fecha:	Día de terapia #:	FCM:
Valoración inicial:	Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia respiratoria:	Presión arterial:
Valoración final:	1er control (Inmediato) FC:	2do control (5minutos) FC:	3er control (5minutos) FC:
	Puntuación de la escala de Borg:		

Fuente: Gutierrez Clavería, M. (2009). Prueba de caminata de seis minutos.

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Para el fortalecimiento de miembros superiores e inferiores:

Dentro del trabajo de fuerza muscular de tipo isotónico se contemplan diferentes modalidades de trabajo de la fuerza: fuerza explosiva, fuerza máxima y fuerza resistencia. Ésta última es la más aconsejada cuando hablamos de trabajo muscular para programas donde el objetivo es preservar la salud. Para la consecución de dicho objetivo trabajaremos con cargas generalmente pequeñas y realizando repeticiones numerosas, normalmente entre 12 y 15. Como mínimo se realizará un trabajo de 2 días por semana. (Garcia Gil, 2013).

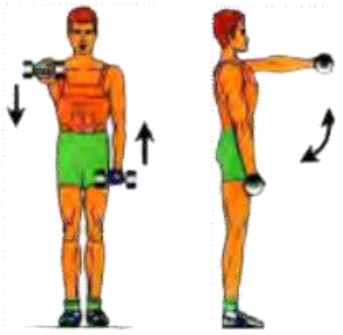
Para saber el peso adecuado con el cual trabajar efectuaremos una prueba. Pediremos al paciente que sostenga con la mano izquierda la mancuerna al ser diestro. Daremos la orden de que efectúe 15 abducciones de hombro. Un peso adecuado provocará que el esfuerzo lo comiences a notar a partir de la ejecución número 10. Si los problemas han aparecido antes, es que las mancuernas son demasiado pesadas y, por el contrario, si llegaron después o, simplemente, no produjeron esfuerzo alguno, las mancuernas son muy ligeras. De ésta manera encontraremos el peso ideal para que el ejercicio brinde los mejores resultados.

Miembros superiores:

Con mancuernas.

Flexión de hombro.

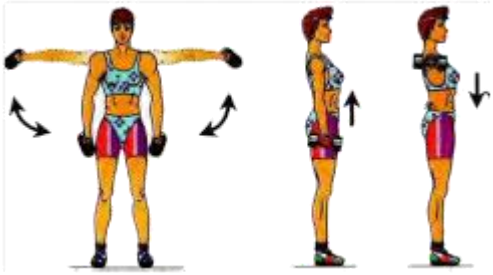
Gráfico Nº. 16. Para el fortalecimiento de miembros superiores e inferiores



Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico

Abducción de hombro

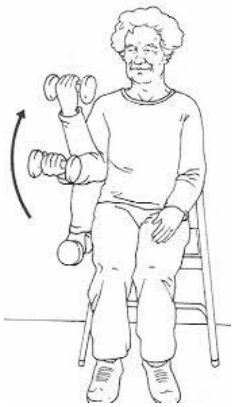
Gráfico Nº. 16. Abducción de hombro



Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico

Flexo extensión de codo

Gráfico Nº. 17. Flexo extensión de codo



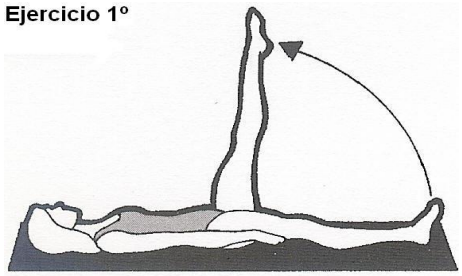
Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico

Miembros inferiores:

Colocando pesas en los tobillos realizar lo siguiente:

Flexión de cadera

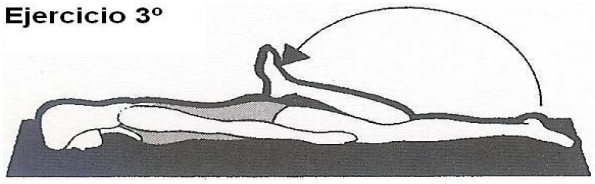
Gráfico Nº. 18. Flexión de cadera



Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico

Fortalecimiento de isquiotibiales

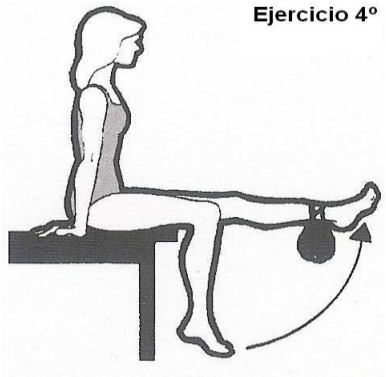
Gráfico Nº. 19. Fortalecimiento de isquiotibiales



Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico

Fortalecimiento de cuádriceps

Gráfico Nº. 20. Fortalecimiento de cuádriceps.



Fuente: Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico

Para reducir la sensación de ansiedad:

Para lograr la relajación del paciente utilizaremos la técnica de Schultz.

Posición del paciente: En decúbito supino en una colchoneta, con los brazos reposando sobre esta. Concentrándose en la respiración. Se puede utilizar una cuña y una almohada para que el paciente este más cómodo

Gráfico N 21. Para reducir la sensación de ansiedad:

Fuente: Casas Requejo, C. (2010). Las técnicas de relajación en fisioterapia.

Terapeuta:

Posición: No hay una postura determinada pero hay que mantener una higiene postural y estar cerca del paciente para que éste nos pueda oír

Desarrollo de la técnica:

- Empezaremos pidiendo al paciente que cierre los ojos y sienta su respiración.
- Dirigiendo su pensamiento al miembro superior dominante, le pedimos que empiece a notar su hombro muy pesado. Continuamos diciendo que note el codo muy pesado, y también la mano y los dedos. Se realizan las mismas indicaciones para el miembro superior contralateral.
- Al igual que hemos hecho con los miembros superiores, la haremos sentir dicha relajación muscular en su cabeza, tronco y miembro inferiores, empezando siempre por el dominante.

- Jugaremos con la regulación vascular, pidiendo al paciente que sienta una plácida sensación de calor por todo su cuerpo.
- Seguimos con la regulación cardíaca pidiendo al paciente que sienta el latido de su corazón de forma lenta.
- Para el control de la respiración se le indicará al paciente que respire tranquilo.
- Para finalizar incidimos en la regulación de la región cefálica diciendo al paciente que sienta su frente agradablemente fresca.
- Tras acabar la sesión le diremos al paciente que vaya poco a poco abriendo los ojos y que él sea el que decida ir levantándose según el se encuentre

Indicaciones de la técnica:

Indicaciones. Estados de ansiedad, de estrés y de fatiga. En problemas del aparato circulatorio (HTA, arritmias, taquicardia…). En problemas del aparato respiratorio (Hiperventilación). En problemas del sueño (insomnio) Regulación emocional. Pacientes con patología psicosomáticas.

Contraindicaciones: Falta de colaboración por parte del paciente. Narcolepsia. Diabetes descontrolada. Epilepsia. Operaciones recientes. Trastornos emocionales graves. Tratamiento psiquiátrico. Utilización de psicofármacos importantes. (Casas Requejo, 2010)

Fase II

Fase de sensibilización

Gráfico Nº 5. Fase de sensibilización

Fuente: BID. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica.

Tomando en cuenta que uno de los derechos humanos más importantes, es el derecho a estar informado, es primordial que el fisioterapeuta comunique al paciente y a su familia acerca del estado actual de su patología, así como del plan de tratamiento a poner en práctica, despejando cualquier tipo de duda que alguno de los involucrados pueda llegar a tener, todo esto se realizará de manera adecuada sin ocultar información, planteándolo de manera práctica, valiéndose de cualquier material de apoyo como imágenes, videos, charlas, diapositivas, todo esto en palabras que sea de fácil comprensión, evitando el uso de terminología técnica poco familiar que pueda llegar a producir temor o confusión.

Que el paciente tenga toda la información necesaria, será de crucial importancia para que el tratamiento brinde buenos resultados, ya que tendrá basto conocimiento de los riesgos potenciales que acarrea una enfermedad crónica, de sus factores agravantes, de los efectos negativos de llevar un mal estilo de vida o de no poner en práctica lo que se enseñara en los siguientes días, dándole a notar que las siguientes sesiones serán también de aprendizaje, ya que lo aplicado en las 18 sesiones próximas deberá incorporarlo a su rutina diaria, aun cuando el tratamiento haya terminado, así el paciente aprenderá a percibir a su enfermedad de manera menos catastrófica y que ésta no sea impedimento para continuar con su vida.
Los familiares o personas cercanas al paciente deben conocer acerca de los cuidados en el hogar y la importancia del apoyo familiar durante el proceso de la enfermedad y el tratamiento.

Esta fase está programada para ejecutarla en dos días; cada día con un tiempo estimado de una hora, el día uno será solo con el paciente brindando toda la información antes mencionada, para el día dos se necesitará la presencia de su familia o personas con las que conviva, dando a conocer la importancia de su rol en el tratamiento, ya que ellos se encargaran de brindar apoyo, controlar los hábitos y más recomendaciones relacionadas al ambiente familiar.

El fisioterapeuta debe estar abierto a despejar cualquier inquietud en el transcurso de las 24 sesiones, así como tendrá la responsabilidad de brindar información acerca de la evolución del paciente. (BID, 2008)

Fase III

Ejecución del plan de tratamiento

Se pondrá en práctica lo planificado, en un número de 18 sesiones, es decir, tres veces por semana durante seis semanas. Controlar con la tabla de planificación. El cumplimiento de lo planificado en conjunto, nos hará llegar al objetivo principal de mejorar la calidad de vida. Al mismo tiempo el paciente estará instruido en los métodos para realizarlos en casa como parte de su rutina.

Tabla Nº 10. Planificación

PLANIFICACIÓN			
Semanas	**Día 1**	**Día 2**	**Día 3**
Semana 1	• Caminata • Reeducación diafragmática • Técnica de Schultz	• Caminata • Ejercicios de ventilación dirigida. • Técnica de Schultz	• Caminata • Fortalecimiento de miembro inferior • Técnica de Schultz
Semana 2	• Caminata • Reeducación diafragmática • Técnica de Schultz	• Caminata • Ejercicios de ventilación dirigida. • Técnica de Schultz	• Caminata • Fortalecimiento de miembro superior • Técnica de Schultz
Semana 3	• Caminata • Reeducación diafragmática • Técnica de Schultz	• Caminata • Ejercicios de ventilación dirigida. • Técnica de Schultz	• Caminata • Fortalecimiento de miembro inferior • Técnica de Schultz
Semana 4	• Caminata • Ejercicios diafragmáticos contra carga • Técnica de Schultz	• Caminata • Ejercicios de fortalecimiento abdominal • Técnica de Schultz	• Caminata • Fortalecimiento de miembro superior • Técnica de Schultz
Semana 5	• Caminata • Ejercicios diafragmáticos contra carga • Técnica de Schultz	• Caminata • Ejercicios de fortalecimiento abdominal	• Caminata • Fortalecimiento de miembro inferior Técnica de Schultz

		• Técnica de Schultz	
Semana 6	• Caminata • Ejercicios diafragmáticos contra carga • Técnica de Schultz	• Caminata • Ejercicios de fortalecimiento abdominal • Técnica de Schultz	• Caminata • Fortalecimiento de miembro superior • Técnica de Schultz

Fuente: Cristancho Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

Elaborado por: Monserrat Perugachi.

Fase IV

Valoración final

Al culminar con las 18 sesiones de rehabilitación, se utilizará los mismos métodos planteados en la valoración, para comparar los datos obtenidos durante todo el tratamiento.

Fase V

Seguimiento

Es de importancia insistir al paciente en la necesidad de continuar con la rutina, a pesar de ya no asistir a las terapias, ya que solo así se logrará mejorar su estado actual, para ello es imprescindible realizar visitas mensuales para control de su estado físico.

CONCLUSIONES:

- El inadecuado abordaje clínico de la fibrosis pulmonar afecta la calidad de vida del adulto mayor, tanto en su dependencia para realizar las actividades físicas relacionadas con su vida diaria, al mismo tiempo que lo vuelve propenso a contraer otras enfermedades cardiopulmonares.
- El paciente con fibrosis pulmonar, generalmente es tratado de manera convencional, es decir, con medicamentos, dejando de lado la búsqueda de tratamientos complementarios, como la terapia física, que ayuden de manera integral a las personas que la padecen, mejorando su estado físico junto con su estado de ánimo.
- El adulto mayor, desvaloriza los tratamientos complementarios, frente a los clínicos, debido a que los efectos no son inmediatos ya que sus resultados son a largo plazo, haciéndose necesario, generar un proceso de sensibilización individualizado en pacientes que presentan enfermedades crónicas.
- Es indispensable conocer la vida del paciente, es decir, hábitos, estilo de vida, enfermedades, para establecer un diagnóstico de su situación actual para de esta manera planificar el tratamiento que más se adecue a sus necesidades.
- El cumplimiento del tratamiento fisioterapéutico tiene un efecto directo en el estado anímico del paciente, ya que produce armonía en sus actividades cotidianas, dándole seguridad para ejecutar las actividades físicas, reintegrándose positivamente en su entorno, devolviéndole su independencia y autonomía, mejorando así su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LINKOGRAFÍA

1. BID. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. Obtenido de http://bid.ub.edu/21/vall2.htm
2. Boullosa, D. (2013). La Verdadera Fórmula de Karvonen. Obtenido de http://g-se.com/es/fisiologia-del-ejercicio/blog/la-verdadera-formula-de-karvonen
3. Casadellibro.com. (2004). Fundamentos De Fisioterapia Respiratoria Y Ventilacion (En Papel). Obtenido de http://www.casadellibro.com/libro-fundamentos-de-fisioterapia-respiratoria-y-ventilacion/9789589446072/977820
4. Casas Requejo, C. (2010). Las técnicas de relajación en fisioterapia. Obtenido de http://www.efisioterapia.net/articulos/las-tecnicas-relajacion-fisioterapia
5. Colombiana, F. N. (2008). Rehabilitación pulmonar. Obtenido de http://www.neumologica.org/rehabilitacion.htm
6. Columnavertebral.net. (2015). Epidemiología y Biopatología. Obtenido de http://columnavertebral.net/cifoescoliosis/
7. DMedicina. (2015). Obesidad. Obtenido de http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/obesidad.html
8. DMedicina.com. (2015). Osteoporosis. Obtenido de http://www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/osteoporosis.html
9. EBSCO Publishing. (2015). Lifestyle Changes to Manage Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Obtenido de http://tridentsurgerycenter.com/your-health/?/19325/Cambios-en-el-estilo-de-vida/sp
10. Garcia Gil, M. (2013). Manual de ejercicio físico. Obtenido de http://www.bizkaia.net/home2/archivos/DPTO4/Temas/manual-cast-ultima.pdf?idioma=CA

11. González Platas, M. (2015). Neuróloga. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Obtenido de http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-maltiple/calidad-vida-esclerosis-maltiple/definician
12. Gonzalez, L. (2006). Patología y Clínica de Las Enfermedades Respiratorias - Echegoyen Carmona. Obtenido de http://es.scribd.com/doc/256872759/Patologia-y-Clinica-de-Las-Enfermedades-Respiratorias-Echegoyen-Carmona#scribd
13. Gutierrez Clavería , M. (2009). Prueba de caminata de seis minutos. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482009000100003&script=sci_arttext
14. Hernandez, T., & González Vergara. (2013). Calidad de vida aplicada a la neumología. Obtenido de http://www.neumosur.net/files/EB04-08%20calidad%20vida.pdf
15. Isquemia.org. (2015). Cardiopatía isquémica. Obtenido de http://isquemia.org/cardiopatia-isquemica/
16. Madridsalud.es. (2015). Sedentarismo y Salud. Obtenido de http://www.madridsalud.es/temas/senderismo_salud.php
17. MedlinePlus. (2015). Hipertensión pulmonar. Obtenido de https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000112.htm
18. Mosby. (1999). Diccionario Mosby de medicina, enfermería y ciencias de la salud. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=hUoEAAAACAAJ&dq=diccionario+mosby&hl=es&sa=X&ved=0CC0Q6AEwA2oVChMI29PNjoWbxwIVidIeCh0N0gUX
19. PFBalonMano. (2013). Escala de Borg (percepción del esfuerzo). Obtenido de http://pfbalonmano.blogspot.com/2015/09/escala-de-borg-percepcion-del-esfuerzo.html
20. Rivero Serrano, O. (2010). Reflexiones sobre la Neumología como especialidad. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt102a.pdf

21. Segurisima. (2013). Importancia de la Terapia Respiratoria. Obtenido de http://www.corplitoral.com/web/component/content/article/40-medicos/65-importancia-de-la-terapia-respiratoria
22. Sociedad de Pediatria de Asturias. (2011). Corazón y pulmón: buenos amigos, peores enemigos (I). Etiología y fisiopatología de las interacciones cardiopulmonares. Obtenido de http://sccalp.org/documents/0000/1709/BolPediatr2010_51_011-027.pdf
23. Solofisio.com. (2013). ¿Qué es la Fibrosis Pulmonar Idiopática? Obtenido de http://www.solofisio.com/especialidades/articulo/que-es-la-fibrosis-pulmonar-idiopatica-168
24. Solofisio.com. (2013). ¿Qué es la Fibrosis Pulmonar Idiopática? Obtenido de http://www.solofisio.com/especialidades/articulo/que-es-la-fibrosis-pulmonar-idiopatica-168
25. Texas Heart Institute. (2015). Presión arterial alta (hipertensión arterial). Obtenido de http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm
26. Torax, F. A. (2014). Prueba de caminata en seis minutos. Obtenido de http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/metodos-de-diagnostico/404-prueba-de-caminata-en-seis-minutos
27. Venemedia. (2014). Definición de Cardiomegalia. Obtenido de http://conceptodefinicion.de/cardiomegalia/

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

EBRARY: Ceballos, G. O. (2012). Actividad física en el adulto mayor. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado el 16 de Octubre del 2015. Disponible en http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10832071&p00=adulto+mayor

EBRARY: Lamas, R. H., Lara, G. M., & Lamas, L. C. (2009). Educación comunitaria del adulto mayor. Argentina: El Cid Editor | apuntes. Recuperado el 16 de Octubre del 2015. Disponible en http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10327842&p00=adulto+mayor

EBRARY: Zapata, F. H. (2005). Adulto mayor: participación e identidad. Chile: Red Revista de Psicología. Recuperado el 15 de Octubre del 2015. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10102936&p00=adulto+mayr

PROQUEST: Carapia, F. (2001, Jul 19). Buscan para el adulto mayor mejorar su calidad de vida. Recuperado el 15 de Octubre del 2015. Disponible en http://search.proquest.com/docview/374305712/EB228C5835F64E17PQ/2?account id=36765.

PROQUEST: Integración y calidad de vida: Prioridades para el adulto mayor en nuestro país. (2007, Oct 02). Recuperado 15 de Octubre del 2015. Disponible en http://search.proquest.com/docview/378472574/citation/EB228C5835F64E17PQ/1 ?accountid=36765.

ANEXOS:

ANEXO Nº 1. ENTREVISTA AL PACIENTE

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

ENTREVISTA AL PACIENTE

Respecto a la enfermedad:

¿Hace cuánto tiempo empezaron las molestias?

Empezaron en el año de 1998, un año antes de jubilarme.

¿Cómo fue que acudió a atención médica, que molestias presentaba?

Presencia de tos persistente junto con estornudos que me molestaban durante el día.

¿Cuál fue el diagnóstico en ese momento?

Alergia al polvo y a los gases (claretine d).

¿Sintió que sus síntomas mejoraban, o sucedía lo contrario?

Los síntomas se mantenía durante mucho tiempo, no mejoraban ni empeoraban.

¿Acudía seguido a consultas médicas en ese periodo?

No, porque no veía que sea necesario.

¿Fue remitida a otras especialidades?

Sí, en el año 2002 fui remitida a quito a neumología.

¿Tuvo que esperar mucho para el turno en la institución de dicha ciudad?

La espera fue aproximadamente un mes.

¿Qué diagnóstico tuvo ahí? ¿Qué exámenes se le realizo?

Se me realizo exámenes como radiografías, espirometrías el mismo día que acudí a consulta, y me dio el diagnóstico de rinitis alérgica y bronquiectasias, se me empezó a enviar inhaladores como el ventolín.

¿Estuvo internada por problemas relacionados a su patología? ¿Con qué frecuencia?

Sí, muchas veces se me ingresó aproximadamente, unas siete veces con suministro de oxígeno y nebulizaciones.

¿En qué momento se decidió el cambio de diagnóstico médico?

Luego de la alergia de los gases y polvo, se me diagnóstico asma, por el cual estuvo en tratamiento por un largo periodo de tiempo.

¿El diagnóstico de fibrosis pulmonar no fue de inmediato?

No. Los médicos me seguían tratando como un cuadro de asma.

¿Siempre tuvo la información necesaria acerca de su enfermedad?

Sí, sobre todo los cuidados que debía tener como evitar el polvo, humo, olores fuertes porque ellos empezaban ataques de tos.

¿Siguió de manera correcta las indicaciones de ingesta de medicamentos, así como las recomendaciones médicas?

Sí, ingería la medicación que se me prescribía, al mismo tiempo que evitaba frecuentar lugares donde las personas fumaban porque eso me hacía daño.

¿Su patología ha traído consigo alguna otra enfermedad como consecuencia? ¿Cuál(es)?

Sí, problemas cardíacos.

¿En la actualidad, está recibiendo algún tratamiento médico específico para la fibrosis pulmonar?

No, ninguno, principalmente me tratan para el corazón.

¿Fue remitida en algún momento a fisioterapia?

Sí, pero por traumatología, no para mi problema respiratorio. Las veces que fui internada se me enviaban un inspirómetro para que haga en la casa, pero no hacía porque me provocaba tos.

¿Cómo decidió empezar con el tratamiento fisioterapéutico?

Por el problema que me falta la respiración, y me comentaron que con eso se puede mejorar.

¿Siente que la fisioterapia ayuda con su enfermedad? ¿Por qué?

Sí, porque me siento más segura, y aprendo a respirar mejor.

Respecto a estilo de vida:

¿Cuál era su profesión antes de jubilarse?

Auxiliar de enfermería.

¿Durante cuánto tiempo desempeño su profesión?

Durante 36 años. 30 años en quirófano y 6 en atención a pacientes en las salas.

¿Tuvo los cuidados necesarios dentro de la institución en la que trabajaba?

No, no me daban los instrumentos necesarios para nuestra protección, después de las cirugías se desinfectaba con formol, talqueábamos guantes para volver a esterilizar y el talco siempre nos cubría todo, no usábamos mascarillas. Trabajábamos con éter porque eso se utilizaba para la anestesia.

¿Cuál era su horario de trabajo?

No tenía horario, vivía en el hospital y cuando nos llamaban teníamos que ir, sin importar la hora que sea.

¿Su situación económica era estable?

No, los sueldos eran muy bajos, por eso no podíamos arrendar una casa.

¿Tenía servicios básicos en su lugar de residencia?

No, teníamos que caminar por largas distancias para poder acarrear agua.

¿Las condiciones de vida eran las ideales? ¿Por qué?

No, porque no tenía el tiempo necesario para mí. No tenía horarios de trabajo y el trabajo que realizábamos era muy duro, la paga no era justa, no nos alcanzaba para pagar una vivienda con todas las facilidades, por ejemplo cuando nacieron mis hijas, de inmediato tuve que entrar a trabajar, no tenía horario para lactancia materna, trabajaba mucho tiempo y no tenía una vivienda con las cosas necesarias. Al no tener una cocina con gas, cocinábamos con leña y muchas veces lavaba la ropa en el río.

¿En la actualidad, sus condiciones de vida han mejorado? ¿Por qué?

Sí, completamente, porque tengo vivienda propia, mi familia está conmigo, y tengo el tiempo necesario para dedicarme a ellos, tengo mi mensualidad, la casa es cercana a todo, cuento con todos los servicios básicos,

¿En qué ocupa su tiempo hoy en día?

Colaboro con la familia, me preocupo por los demás, cuido de mi casa.

¿Su enfermedad se ha convertido en un impedimento para realizar ciertas actividades? ¿Cuáles?

Sí, caminar mucho, integrarme donde hay aglomeración como fiestas, desfiles, incluso cuando voy a misa, busco lugares cercanos a las puertas o ventanas, no me

siento segura cuando salgo, porque repentinamente pueden darme ataques de tos o asfixia.

¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?

No, ninguno

¿Se auto medica? ¿Cuándo?

Sí, tomo medicamentos que m recetaron antes como por ejemplo cuando presento algún dolor como de cabeza, de espalda, o de piernas.

¿Consume medicamentos prescritos? ¿Para qué?

Sí, como analgésicos, antiinflamatorios, para mi problema cardiaco. Aunque a veces no porque de todos mis controles llego a tener aproximadamente nueve pastillas al día y tampoco me siento cómoda con eso.

¿Cómo son sus hábitos alimenticios?

Café, almuerzo y merienda. De vez en cuando una fruta.

¿Sigue algún tipo de dieta?

No, tengo que disminuir la sal, el azúcar y el consumo excesivo de carbohidratos y carnes rojas. Me recomiendan comer pescado pero no es de mi agrado.

¿Siente que ha mejorado su estado físico y anímico después de someterse al tratamiento fisioterapéutico?

Me siento más animada a realizar mis actividades, como salir, con más seguridad.

¿Seguiría usted con el tratamiento fisioterapéutico? ¿Por qué?

Sí, porque siento que me está ayudando, pero a veces soy descuidada con las indicaciones.

Respecto a la calidad del servicio:

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:

¿La atención en la casa de salud, llenó sus expectativas? ¿Por qué?

Sí, la atención que recibí fue buena, porque el personal médico se preocupaba por mí, y todas las molestias que presentaba como mis dolores de espalda, siempre que acudía a alguna consulta, se preocupaban por todo mi estado de salud, tanto físico y mental, incluso me ayudaban mucho con la medicación que necesitaba.

¿En algún momento tuvo problemas con la obtención de citas médicas?

Fue complicado conseguir las citas, pero si me pudieron atender aunque a veces tenía que esperar mucho. Ahora, los mismos médicos me dan fecha, a veces me preguntan mi disponibilidad, y ellos me ayudan con los turnos.

¿Tuvo que esperar mucho?

Cuando se trataba de emergencia, máximo un par de horas. Si se trataba de alguna otra especialidad la espera si era superior a una semana o dos.

¿Tuvo siempre las facilidades para acceder al centro médico?

Cuando iba por emergencia siempre me atendían de inmediato para la colocación de oxígeno. Si la situación era complicada, ese momento me internaban.

Para lo que tenía que esperar o era complicado conseguir turnos, era cuando me enviaban a realizar exámenes, ya que muchas veces se presentó que el examen estaba para después de la fecha a la cual ya debía asistir a la cita o control con el examen realizado, en ocasiones no se lograba solucionar y el examen tenía que realizarlo particularmente o hablar con el médico y se tenía que postergar la consulta hasta tener los exámenes en mano.

¿Siente que los profesionales de dicha casa asistencial, se encuentran preparados para brindar un servicio bueno?

Si, muchas veces el problema es por el sistema que se utiliza, pero con lo que respecta a los médicos, siempre me atienden con disposición, son muy profesionales y éticos en su trabajo y en el trato hacia mí.

Centro Privado:

¿Tuvo facilidad al encontrar un centro de rehabilitación que llene sus expectativas?

Sí, la ventaja es que encontré algunos centros a los cuales pueda dirigirme, cerca de mi lugar de residencia.

¿Cómo fue la atención por parte del centro?

Buena, se preocuparon por mí, me preguntaron sobre mi estado de ánimo y mi estado físico, siempre están dispuestos a ayudarme en lo que necesite.

¿Tuvo facilidad para su atención? Sí, la ventaja de acercarme a un centro particular fue esa, que me dieron un horario, qué día, qué hora, entonces ese turno ya era para mí.

¿Esperó mucho tiempo?

No, menos de 24 horas. La atención fue inmediata, no tuve que esperar para alguna cita.

¿Cree que el personal de fisioterapia está correctamente capacitado para brindar un servicio de calidad?

Sí, están capacitados, y por sobretodo, siempre están dispuestos a ayudarme, dándome indicaciones, aunque muchas veces cuando tengo alguna duda, no saben explicarme bien, o en palabras que yo entienda.

ANEXO Nº 2. ENTREVISTA FAMILIAR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Parentesco: Hija

Edad: 43

¿Cómo ha influido la enfermedad en el ámbito familiar?

Debido a la enfermedad, se empezó a aislar de cualquier reunión familiar, o paseos, a pretexto de que el frío o el viento le hacen daño.

¿El estado de ánimo de la paciente ha cambiado mientras va progresando la enfermedad?

No, pero tiene una actitud de resignación frente a la enfermedad, con el tiempo ha aprendido a convivir con la enfermedad, de una manera hasta con poca importancia sobre ella.

¿Hay episodios de quebrantamiento en la salud de la paciente? ¿Cuándo?

Sí, cuando no cumple con los cuidados que debería, como por ejemplo cuando quiere lavar la ropa y se expone al frío y al viento a pesar de que posee lavadora y una persona que le ayuda con los quehaceres domésticos

¿La paciente se ha puesto limitaciones en sus actividades cotidianas?

No, la paciente las realiza a pesar de que le pueden llegar a producir daño y le producen fatiga.

¿Qué actividades se han visto afectadas debido a la presencia de la enfermedad?

En especial en su parte social, ya que se limita a compartir con la familia.

¿Comparte con ustedes de paseos, fiestas, otro tipo de actividad social?

Ocasionalmente, por ejemplo solo acude cuando los familiares son cercanos o realmente importantes.

¿Fueron recurrentes las visitas al centro médico?

Si son regulares, debido a que va a varias especialidades, o por emergencia, mínimo unas tres veces al mes.

¿La paciente colabora con las indicaciones médicas?

Ocasionalmente, cuando siente que la medicación no le hace daño.

¿Usted tiene control alguno sobre la ingesta de los medicamentos?

No.

¿Si la paciente presenta alguna molestia física, acude de inmediato al chequeo médico?

No, solo acude cuando ya la apciente se siente muy mal.

¿Han optado por tomar algún tipo de medidas en el hogar respecto a la enfermedad que presenta la paciente?

No tener mascotas.

¿Puede usted notar algún cambio después de haber iniciado con el tratamiento fisioterapéutico?

¿Cree que la paciente al someterse a un tratamiento fisioterapéutico como mantenimiento, ayudara a mejorar el estado tanto físico como emocional?

Sí, porque de ésta manera ella tiene deseo de reintegrarse a las actividades familiares, le ayuda en su autoestima.

ANEXO Nº 3. ENTREVISTA AL MÉDICO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

¿Se han presentado a su consulta pacientes con Fibrosis Pulmonar?

Sí [X] No [ ]

¿Qué criterios son tomados en cuenta para el diagnóstico de dicha patología?

- Tos seca y en ocasiones con expectoración.
- Dificultad respiratoria
- Cianosis
- Duerme sentada

¿Qué es importante valorar en un paciente con fibrosis pulmonar?

- Ventilación pulmonar
- Capacidad pulmonar
- Saturación de oxígeno
- Expansibilidad pulmonar

¿Cuál es el protocolo de tratamiento médico en un paciente con fibrosis pulmonar?

- Antiinflamatorios no esteroides
- Antiinflamatorios corticoides
- Antifibróticos

¿Cuáles son los exámenes complementarios necesarios para confirmar la patología?

- Rx pulmonar
- TAC pulmonar
- Resonancia magnética pulmonar

¿En su opinión, la presencia de asma, puede tener relación directa con un futuro caso de fibrosis pulmonar?

Sí, ya que la fibrosis pulmonar también tiene una causa o etiología conocida.

¿Puede existir confusión en el diagnóstico de fibrosis pulmonar con asma y EPOC? ¿Cuál sería el diagnóstico diferencial entre dichas patologías?

Sí, puede debido existir confusión por los síntomas presentados, el diagnóstico diferencial puede basarse en los periodos de evolución de la enfermedad, ya que estos son diferentes.

¿Cree usted que la exposición constante a gases medicinales puede ser un factor de riesgo para presentar fibrosis pulmonar?

Sí, se han presentado varios casos de fibrosis pulmonar en ex trabajadores hospitalarios, como personal de quirófano, auxiliares de enfermería.

¿Qué recomendaría a un paciente con fibrosis pulmonar para cuidados en el hogar?

- Evitar la exposición a químicos fuertes
- No realizar esfuerzos que empeoren la respiración del paciente
- No exponerse a cambios bruscos de temperatura

¿Cree importante remitir a fisioterapia a un paciente diagnosticado con fibrosis pulmonar?

Sí, ya que la fisioterapia ayudaría a mejorar la respiración, controlar el ritmo ventilatorio y no depender de medicación.

¿En qué aspectos puede ayudar la fisioterapia a un paciente con fibrosis pulmonar?

- Mejorar la ventilación pulmonar
- Mejorar la musculatura torácica
- Facilitar la expectoración
- Mejora la musculatura del cuerpo
- Reintegra al paciente a la sociedad

ANEXO Nº4. ENTREVISTA AL FISIOTERAPEUTA:

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

¿Se ha presentado algún paciente con diagnóstico de Fibrosis Pulmonar?

Sí ☐ No ☒

¿Cuál es el protocolo a seguir en la recepción de un paciente con Fibrosis Pulmonar?

Se empieza con la apertura de la historia clínica, se procede a la revisión de exámenes que el paciente presente, a continuación se ejecuta la valoración del estado del paciente con su enfermedad para elaborar el plan de tratamiento.

¿Qué objetivos se plantea en el tratamiento del paciente con Fibrosis Pulmonar?

Brindar una mejor calidad de vida con la aplicación de un tratamiento terapéutico y terapia respiratoria

¿Qué aspectos toma en cuenta para planificar el tratamiento del paciente con Fibrosis Pulmonar?

La edad del paciente; el estado en que se encuentra y los síntomas a presentar

¿En qué se enfoca principalmente el tratamiento para Fibrosis Pulmonar, tomando en cuenta que se trata de un adulto mayor?

Su tratamiento debe ser encaminado en mejorar su respiración con ejercicios respiratorios adecuados y luego podemos continuar con un tratamiento terapéutico con ejercicios pasivos evitando una dificultad respiratoria

¿Qué recomendaciones tomaría en cuenta para el paciente con fibrosis pulmonar en su hogar?

El uso de un oxígeno para que permanezca en casa y si alguien fuma recomendar que nadie fume dentro de casa

¿Cree que la fisioterapia puede intervenir de alguna manera en la calidad de vida del paciente con fibrosis pulmonar?

Si porque con la ayuda de un tratamiento fisioterapéutico podemos brindarle mas seguridad al paciente al momento de trasladarse de un lugar a otro y así mejorar su calidad de vida

¿Qué avances significativos se puede observar en el paciente sometido a fisioterapia con presencia de dicha enfermedad pulmonar (en cualquier ámbito)?

Que se traslade de un lugar a otro sin dificultad respiratoria

¿El tratamiento fisioterapéutico, cree usted, debe ser por un periodo determinado de tiempo, o debe ser ya parte de su rutina diaria? ¿Por qué?

Debe ser en un periodo determinado de tiempo porque nosotros como profesionales podemos dar algunas recomendaciones tanto para el paciente como sus familiares

¿Cree usted indispensable la remisión del paciente para fisioterapia en problemas respiratorios? ¿Por qué?

Si porque en ocasiones los pacientes pueden presentar dolor a nivel toraxico y perdida de actividad física

¿En opinión, cree que los centros de fisioterapia están adecuados para pacientes con problemas pulmonares?

Algunos centros si están adecuados para tratar pacientes con problemas pulmonares por lo que se ha visto a personas con este tipo de patología que pueden llevar una mejor calidad de vida junto con el tratamiento respiratorio y medicamentoso y otros no por falta de materiales o por falta de información

ANEXO Nº 5. INDICACIONES ESCRITAS

Indicaciones escritas para los pacientes test de caminata en 6 minutos:

- **Venir acompañado**
- **No realizar actividad física dos horas antes de efectuarse la prueba**
- **No suspender ningún medicamento**
- **Consumir alimentos livianos, a la hora habitual.**
- **Venir a la prueba con ropa liviana y zapatos cómodos**

ANEXO Nº6. ESCALA DE BORG

PUNTUACION	VALORACION DEL ESFUERZO
6	Muy, muy ligero
7	
8	
9	Muy ligero
10	
11	Moderado
12	
13	Algo duro
14	
15	Duro
16	
17	Muy duro
18	
19	Muy, muy duro
20	Máximo, extenuante

ANEXO Nº 7 TALA DE INFORME

INFORME			
Prueba de caminata de los 6 minutos			
Nombre: Fecha: Diagnóstico: Edad: Estatura: cm. Presión sanguínea: / mmHg Peso: Kg. Medicamentos tomados antes del examen: Oxígeno suplementario durante el examen: NO….. SÍ…...L/min			
	Inicial	**Final**	**A los cinco minutos**
Tiempo			
Frecuencia cardiaca			
Frecuencia respiratoria			
Disnea (escala de Borg)			
Fatiga de miembro inferior			
¿Se detuvo antes de los seis minutos? NO…… SÍ…… Razón:			
Metros caminados:			

ANEXO Nº 8. ESTÍMULOS DURANTE LA PRUEBA:

El estímulo aumenta significativamente la distancia recorrida. Para lograr buena reproducibilidad del examen este estímulo debe estar estandarizado y debe ser realizado siempre igual.

1. Al iniciar el examen se debe decir al paciente que lo está haciendo "muy bien".
2. Al completar 1 minuto se le debe decir: "lo está haciendo bien, le quedan 5 minutos".
3. Al completar 2 minutos se le debe decir: "siga haciéndolo bien, le quedan 4 minutos".
4. Al completar 3 minutos se le debe decir: "lo está haciendo bien, ha completado la mitad del tiempo".
5. Al completar 4 minutos se le debe decir: "siga haciéndolo bien, le quedan sólo 2 minutos".
6. Al completar 5 minutos se le debe decir: "lo está haciendo bien, le queda sólo 1 minuto".
7. Si el paciente se detiene durante el examen y necesita descansar, se le debe decir: "puede apoyarse contra la pared si lo desea; continúe caminando en cuanto se sienta capaz de hacerlo".
8. Cuando falten 15 segundos se le debe decir: "en un momento le voy a indicar que se detenga donde esté, yo iré hasta donde usted se detuvo".
9. Al finalizar el examen se debe registrar al igual que al inicio la magnitud de la disnea y de fatiga de extremidades inferiores según la escala de Borg, cuidando de no influenciar el resultado.
10. Al finalizar la prueba es importante felicitar al paciente por su esfuerzo. No debe quedar con una mala experiencia después del examen.

ANEXO Nº 9. CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Instrucciones:

- Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.
- Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.
- Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba su estado de salud.

1. Durante el último año, he tenido tos.
    a) Casi todos los días de la semana.
    b) Varios días a la semana.
    c) Unos pocos días al mes.

d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
e) Nada en absoluto.

2. Durante el último año, he tenido expectoración (catarro o flemas).
    a) Casi todos los días de la semana.
    b) Varios días a la semana.
    c) Unos pocos días al mes.
    d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
    e) Nada en absoluto.

3. Durante el último año, he sentido falta de aire o fatiga.
    a) Casi todos los días de la semana.
    b) Varios días a la semana.
    c) Unos pocos días al mes.
    d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
    e) Nada en absoluto.

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos en los pulmones.
    a) Casi todos los días de la semana.
    b) Varios días a la semana.
    c) Unos pocos días al mes.
    d) Solo cuando tuve infección en los pulmones.
    e) Nada en absoluto.

5. Durante el último año, cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables ?.
    a) Más de tres ataques.
    b) Tres ataques.
    c) Dos ataques.
    d) Un ataque.
    e) Ningún ataque.

6. Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios ?. (vaya a la pregunta 7 si no tuvo ningún ataque serio).
    a) Una semana o más.
    b) De tres a seis días.
    c) Uno o dos días.
    d) Menos de un día.
    e) Ninguno.

7. Durante el último año, cuántos días buenos (con pocos problemas respiratorios) tuvo en una semana habitual ?.
    a) Ninguno.
    b) Uno o dos días.
    c) Tres o cuatro días.
    d) Casi todos los días.
    e) Todos los días.

8. Si tiene silbidos en el pecho, son peor por la mañana?.
    a) No
    b) Si

PARTE 2

SECCIÓN 1

Cómo diría usted que está de los pulmones? Por favor, marque una sola de las siguientes frases:

a) Es el problema más importante que tengo.

b) Me causa bastantes problemas.

c) Me causa algún problema.

d) No me causa ningún problema.

Si ha tenido algún trabajo remunerado, por favor marque una sola de las siguientes frases.

a) Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar.

b) Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo.

c) Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron), en ningún trabajo.

SECCIÓN 2

PREGUNTAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE NORMALMENTE LE PUEDEN HACER SENTIR QUE LE FALTA

EL AIRE.

Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente.

RESPUESTAS

1 - Me falta el aire estando sentado o incluso acostado y quieto. SI NO

2 - Me falta el aire cuando me lavo o cuando me visto. SI NO

3 - Me falta el aire al caminar dentro de mi casa. SI NO

4 - Me falta el aire al caminar fuera de mi casa, en terreno llano. SI NO

5 - Me falta el aire al subir un piso por escalera. SI NO

6 - Me falta el aire al subir una cuesta. SI NO

7 - Me falta el aire al hacer algún deporte o jugar. SI NO

SECCIÓN 3

ALGUNAS PREGUNTAS MAS SOBRE LA TOS Y LA FALTA DE AIRE.

Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted últimamente.

RESPUESTAS

1 - Tengo dolor cuando toso. SI NO

2 - Toser me agota. SI NO

3 - Me falta el aire cuando hablo. SI NO

4 - Me falta el aire cuando me agacho. SI NO

5 - La tos o la respiración me molestan cuando duermo. SI NO

6 - Enseguida me agoto SI NO

SECCIÓN 4

PREGUNTAS SOBRE OTRAS CONSECUENCIAS QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE PUEDEN CAUSAR.

Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted últimamente:

RESPUESTAS

1 - La tos o la respiración me dan vergüenza en público. SI NO

2 - Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o vecinos. SI NO

3 - Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar. SI NO

4 - Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios. SI NO

5 - Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar. SI NO

6 - Por culpa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona débil o inválida. SI NO

7 - Hacer ejercicios es peligroso para mí. SI NO

8 - Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo. SI NO

SECCIÓN 5

PREGUNTAS SOBRE SU MEDICACIÓN.

Si no está tomando ninguna medicación, vaya directamente a la siguiente sección (la Nº 6).

RESPUESTAS

1 - Creo que la medicación me sirve poco. SI NO

2- Me da vergüenza tomar la medicación, nebulizar o hacer los puff en público. SI NO

3 - La medicación me produce efectos desagradables. SI NO

4 - La medicación me altera mucho la vida. SI NO

SECCIÓN 6

ESTAS PREGUNTAS SE REFIEREN A COMO SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN AFECTAR SUS ACTIVIDADES.

Por favor, marque todas las respuestas que usted crea adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:

RESPUESTAS

1 - Tardo mucho para lavarme o vestirme. SI NO

2 - Me resulta imposible ducharme o bañarme, o tardo mucho tiempo. SI NO

3 - Camino más despacio que los demás, o tengo que parar y descansar. SI NO

4 - Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o tengo que parar y descansar. SI NO

5 - Para subir un piso por escaleras, tengo que ir despacio o parar. SI NO

6 - Si apuro el paso o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio. SI NO

7 - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por la escalera, caminar durante un tiempo prolongado, arreglar el jardín, bailar o jugar a las bochas. SI NO

8 - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a paso rápido, trotar, nadar, jugar al tenis o trabajar con una pala. SI NO

9 - Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competición. SI NO

SECCIÓN 7

NOS GUSTARÍA SABER AHORA COMO SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE AFECTAN NORMALMENTE EN SU VIDA COTIDIANA.

Por favor, marque con una cruz las respuestas que crea usted adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:

1 - No puedo hacer deportes o jugar.

2 - No puedo salir a divertirme o distraerme.

3 - No puedo salir de casa para ir a comprar.

4 - No puedo hacer el trabajo de la casa.

5 - No puedo alejarme mucho de la cama o de la silla.

A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE OTRAS ACTIVIDADES QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN IMPEDIRLE HACER.
ESTE ATENTO A LA SIGUIENTE INDICACIÓN:
NO TIENE QUE MARCARLAS, SOLO SON PARA RECORDARLE LA MANERA COMO SUS
PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN AFECTARLE.

- Ir a pasear o sacar a pasear el perro.
- Hacer cosas en la casa o en el jardín.
- Hacer el amor.
- Ir a la iglesia, al bar, al club o a su lugar de distracción.
- Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo.
- Visitar a la familia o a los amigos, o jugar con niños.

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:

……
……
……
……
……
……

A CONTINUACIÓN, PODRÍA MARCAR, CON UNA CRUZ, LA FRASE (SOLO UNA) QUE USTED CREA QUE DESCRIBE MEJOR COMO LE AFECTAN SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS?:

- No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer.
- Me impiden hacer una o dos cosas de las que quisiera hacer.
- Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer.

Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer.

MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO. ANTES DE FINALIZAR, POR FAVOR, ASEGÚRESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS NUEVAMENTE.

ANEXO Nº 10. OCIFIO SOLICITUD

Ambato, 10 de Diciembre del 2015.

Lcda. MSc.

Narciza Cedeño

COORDINADORA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Presente.-

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA TERAPIA FISICA
RECIBIDO HOY: lunes HORA: 11:37
DIA: MES: AÑO:
10 DIC 2015
FIRMA DE RESPONSABILIDAD

De mi consideración:

Yo, **MONSERRAT DE LAS MERCEDES PERUGACHI CERNA**, con C.C. 0503800427, estudiante de Décimo Semestre, de la Carrera de Terapia Física, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida, para solicitar se me realice el trámite respectivo, para la autorización del desarrollo del Análisis del Caso Clínico, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga, dirigido por el Doctor Manuel Orfaith Rivera Vaca, quién es el Director Médico de dicha institución.

Por la atención a la presente, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Monserrat Perugachi

Perugachi Cerna Monserrat de las Mercedes.
C.C. 0503800427
Correo electrónico: perugachimm@gmail.com
Número telefónico:0996387302

14- diciembre-2015
Realizar el trámite.
R.

ANEXO N°11. OFICIO AUTORIZACIÓN

TERAPIA FÍSICA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Terapia Física
Calles Salvador y México (Cdla. Ingahurco) Telefax: 3730268 Ext. 5217
Ambato, Ecuador

FCS-TF-1341
Ambato, 15 de diciembre de 2015

Doctor
Manuel Rivera Vaca
Director Médico
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Latacunga

De mi consideración:

Muy comedidamente solicito de usted se sirva autorizar a la señorita Monserrat De Las Mercedes Perugachi cerna con C.C. 0503800427, estudiante de la Carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica de Ambato, el desarrollo de su trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso bajo el tema "INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR", en su distinguida institución.

Por la favorable atención que se dé al presente, agradezco y suscribo.

Atentamente,

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO · COORDINACION TERAPIA FISICA · FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Lcda. Mg. Narciza Cedeño Zamora
Coordinadora Carrera Terapia Física (e)

Anexo: solicitud y fotocopia de la Resolución CD-P-1829

Elaborado por:	ACH	15/12/2015	
Revisado por:	NCZ	15 DIC 2015	
Autorizado por:	NCZ		

ANEXO Nº 12. APROBACIÓN

Oficio Nro. IESS-HLAT-DMED-2016-0005-O

Latacunga, 20 de enero de 2016

Asunto: AUTORIZACION PARA EFECTUAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION "INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA CLIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR"

Licenciada
Narciza Cedeño Zamora
Coordinadora Carrera Terapia Física (e)
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
En su Despacho

De mi consideración:

En atención a Oficio FCS-TF-1341 en el que solicitan la autorización para el desarrollo de su trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso bajo el tema "INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA CLIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR CON FIBROSIS PULMONAR", en calidad de Director Médico de esta Institución me permito indicar que está aprobado que la estudiante Monserrath de las Mercedes Perugachi Cerna con cédula de identidad N.0503800427 efectué el trabajo de investigación en esta Casa de Salud.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

IESS Hospital Latacunga
DIRECTOR MÉDICO

Dr. Manuel Orfaith Rivera Vaca
DIRECTOR MÉDICO IESS HOSPITAL LATACUNGA

Anexos:
- img20012016_0001.pdf

mo

Renovar para actuar, actuar para servir

www.iess.gob.ec / @IESSec IESSecu IESSec

1/1

* Documento generado por Quipux