



# **EPOC.1.11. AUTOCUIDADO**

## **Convenio 519 de 2015**

Bogotá D.C. agosto del 2016



MINSALUD

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios**

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**ELKIN DE JESÚS OSORIO S.**  
**Director de Promoción y Prevención**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

**GINA WATSON LEWIS**  
**Representante OPS/OMS Colombia**

**WILMER MARQUIÑO**  
**Asesor Control de Enfermedades y análisis en  
salud**

**ANDRES SUANCA SIERRA**  
**Administrador Representación OPS/OMS  
Colombia**

**LUCY ARCINIEGAS MILLÁN**  
**Oficial de Programas y Gestión de Proyectos**

## REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

**JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ**  
**Seguimiento MSPS**

**JOSÉ VALDERRAMA VERGARA**  
**Subdirección de Enfermedades No Transmisibles - MSPS**

**YOLANDA INES SANDOVAL GIL**  
**Profesional Especializado**  
**Subdirección de Enfermedades No Transmisibles-MSPS**

**ANA MARIA PEÑUELA**  
**Supervisión MSPS**

**DIANA MACELA PLAZAS**  
**Seguimiento MSPS**

**FRANKLYN PRIETO ALVARADO**  
**Consultor Nacional**  
**OPS/OMS**

**PATRICIA VEGA MORENO**  
**Administradora Convenios OPS/OMS**

**MARIA DEL PILAR DUARTE**  
**Seguimiento MSPS**

**JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ**  
**Seguimiento MSPS**

## CONSULTORÍA

### FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ Institución privada

**DARIO LONDOÑO TRUJILLO. MD, MSc.**

**Médico Internista - Neumólogo. Neumólogo Institucional del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá y Director de eje de Salud Pública de la Fundación Santa fe de Bogotá.**

**RAFAEL ACERO COLMENARES. MD.**

**Médico Internista - Neumólogo. Neumólogo Institucional del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor Asociado Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.**

**AUDREY PIOTROSTANALSKI. MD.**

**Medica Internista – Neumóloga. Presidenta del Capítulo del eje cafetero de la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía del Tórax.**

**NESTOR CORREA. MD.**

**Médico Internista. Investigador del eje de Salud Pública de la Fundación Santa Fe de Bogotá.**

**LUISA FERNANDA GÜELL CAMACHO**

**Enfermera especialista en Cuidado respiratorio y Entrenamiento físico para la Salud. Coordinadora del programa de Rehabilitación Pulmonar del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá.**

**XIMENA CORREA**

**Fisioterapeuta especialista en Rehabilitación Cardio-pulmonar.**

**ANGELICA DORADO**

**Química Farmacéutica. Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá.**

**SIMON TOMASI**

**Geógrafo. Investigador visitante del Eje de Salud Pública de la Fundación Santa Fe de Bogotá.**

**CLAUDIA MARCELA MORENO. MSc.**

**Enfermera Epidemióloga. Asesora de estructuración del ASIS.**

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte

## EVALUACIÓN DE AUTOCUIDADO

Nombre: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_ Escolaridad/alfabetización: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_  
 Procedente: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_  
 Barreras emocionales / cognitivas:

### 1. Conocimiento sobre su enfermedad

Califique: (0) Ninguno (1) Incorrecto (2) Incompleto (3) Correcto

<i>Evaluación/ Fecha</i>	<b>Inicial</b>	<b>Visita Domiciliaria</b>	<b>Final</b>	<b>Post trasplante</b>
1.1. ¿Que enfermedad padece?				
1.2. ¿Cómo se manifiesta la enfermedad (signos y síntomas)?				
1.3. ¿Cuáles es la causa de su enfermedad?				
1.4. ¿Sabe reconocer cuando su enfermedad está empeorando?				
1.5. ¿Controla los factores de riesgo?				
Cigarrillo				
Cambios de temperatura				
Procesos infecciosos (vacunación: influenza, neumococo)				
Sustancias Químicas				
Ambiente domiciliario: humo, polvo, vapores, hongos, moho.				
Ambiente laboral / ambiente escolar				

### 2. Aerosolterapia Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Califique: (0) No ejecuta (1) Incorrecto (2) Incompleto (3) Correcto

Equipo utilizado: oxígeno: ( ) Micronebulizador ( ) kit de nebulización ( )  
 espaciador ( ) otro ( )

<i>Evaluación/ Fecha</i>	<b>Inicial</b>	<b>Visita Domiciliaria</b>	<b>Final</b>	<b>Post trasplante</b>
2.1. Utiliza la dosis adecuada de medicamento?				
2.2. Utiliza la cantidad adecuada de Solución Salina? Cuantos cm? _____				
2.3. Utiliza los litros de Oxígeno adecuado? Cuantos litros? _____				
2.4. Respira correctamente durante la MNB, toma el aire por la boca, sosteniéndolo durante 10 segundos y botándolo por la nariz?				
2.5. Cuidado del equipo de micronebulización				

2.6. El equipo de micronebulización se cambia cada 3 meses (según uso)?				
2.7. Lava y seca el equipo de micronebulización?				
2.8. Almacena el equipo de micronebulización seco en una bolsa cerrada y marcada con fecha?				
2.9. Utiliza sistema unidosis o jeringas pre-embasadas para la solución salina ?				
2.10. Si utiliza jeringa se desecha periódicamente? ¿cada cuanto tiempo lo realiza?				
2.11. Si utiliza bolsa de Solución salina se desecha periódicamente? ¿cada cuanto tiempo lo realiza?				
2.12 Los medicamentos son almacenados correctamente?				
2.13 Los medicamentos se desechan según fecha de vencimiento?				

### 3. Utilización de Inhaladores

Califique: (0) No ejecuta (1) Incorrecto (2) Incompleto (3) Correcto

Nº total de inhaladores que utiliza \_\_\_\_\_ Nº de inhaladores en polvo seco \_\_\_\_\_

No. de IDM \_\_\_\_\_

<i>Evaluación/ Fecha</i>	<b>Inici al</b>	<b>Visita Domicili aria</b>	<b>Final</b>	<b>Post traspla nte</b>
3.1. Utiliza la dosis indicada por el médico?				
3.2. Conoce el mecanismo de acción de cada inhalador?				
3.3. Reconoce los efectos secundarios de los inhaladores?				
3.4. Técnica para aplicar los inhaladores				
1. Agita vigorosamente el inhalador antes de usarlo				
2. Retira la tapa del inhalador. PS: prepara la dosis				
3. Coloca el espaciador al inhalador si lo usa.				
4. Toma aire y lo bota lentamente. PS: IDEM				
5. Coloca el inhalador en la boca PS: IDEM				
6. Inicia la inspiración activando el inhalador.				
7. Hace una inspiración lenta y profunda hasta llenar completamente los pulmones PS: IDEM				
8. Sostiene el aire por 10 segundos. PS: IDEM				
9. Bota lentamente el aire por la nariz. PS: IDEM				
10. Espera 30 segundos para realizar una nueva inhalación. PS: IDEM				
3.5. Cuidados del inhalador				
1. Almacena adecuadamente el inhalador?				

2. Identifica el contenido del inhalador?				
3.6. Utiliza espaciador? Si ( ) No ( ) / se encuentra limpio?				
3.7 Técnica de uso del espaciador				



**4. Oxigenoterapia:** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Tiempo indicado: \_\_\_\_\_  
**Sistema de administración:** Cilindro de oxígeno \_\_\_\_\_ Concentrador \_\_\_\_\_  
**O2 Líquido** \_\_\_\_\_  
**Califique: (0) Ninguno (1) Incorrecto (2) Incompleto (3) Correcto**

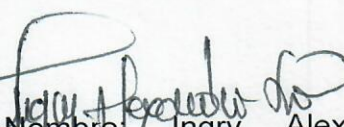
<i>Evaluación/ Fecha</i>	<b>Inicial</b>	<b>Visita Domiciliaria</b>	<b>Final</b>	<b>Post trasplante</b>
4.1. Utiliza el oxígeno durante el tiempo indicado por el médico?				
4.2 Utiliza la cantidad de oxígeno indicada por el médico?				
4.5 Utiliza cilindro portátil para el desplazamiento? Si ( ) No ( )				
4.4. Utiliza extensión de oxígeno en casa?: Si ( ) No ( )				
4.5 Mide más de 15 metros? Si ( ) No ( )				
4.6 Realiza mensualmente prueba de fuga a la cánula de oxígeno?				
4.7 Cambia periódicamente la cánula de oxígeno ¿cada cuánto tiempo?				
4.8 Utiliza humidificador: Si ( ) No ( )				
4.9 Utiliza agua potable en el humidificador?				
4.10 Utiliza la cantidad de agua requerida?				
4.11 Cambia diariamente el agua del humidificador?				
4.12 Maneja en forma independiente el equipo de oxígeno? Si ( ) No ( )				
<b>4.13 Utiliza concentrador de oxígeno Si ( ) No ( )</b>				
4.14 Tiene un cilindro de oxígeno en caso de ausencia de energía eléctrica?				
4.15 Conoce los cuidados del filtro del concentrador?				
<b>4.16 Utiliza cilindro de oxígeno Si ( ) No ( )</b>				
4.17 Reconoce cuando se está terminando y el momento de solicitar el cambio correspondiente a su proveedor?				
4.18 El cilindro se encuentra lejos de fuentes de calor?				
4.19 El cilindro tiene las fechas de mantenimiento actualizadas				
4.20 Cuenta con un extinguidor de incendios disponible				
4.21 Conoce las precauciones de uso de:				
Cilindro de oxígeno (posición, tiempo de duración, fuentes de calor)				
Concentrador (Posición, inicio de uso, cuidados del filtro)				

**5. Otras actividades de autocuidado**  
**Califique: (0) No (1) Incorrecto (2) Incompleto (3) Correcto**



<i>Evaluación/ Fecha</i>	<b>Inicial</b>	<b>Visita Domiciliaria</b>	<b>Final</b>	<b>Post trasplante</b>
5.1. Realiza la técnica de respiración con labios fruncidos?				
5.2. Realiza la técnica de respiración diafragmática?				
5.3. Realiza algún tipo de técnica de relajación?				
5.4. Realiza un programa de entrenamiento físico?				
Equipo utilizado para el entrenamiento aeróbico: _____				
Equipo utilizado para el entrenamiento en fuerza: _____				
Dispone de oxígeno suplementario durante el entrenamiento si _____ No _____				
5.5 Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Cuál? _____				

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<p style="text-align: center;">GUÍA  <b>EPOC.1.11. AUTOCUIDADO</b>  <b>Convenio 519 de 2015</b></p>			
<b>PROCESO:</b> <b>GESTIÓN DEL RIESGO</b>	<b>CODIGO:</b> GDR-S4-G11	<b>VIGENCIA:</b> 27/06/2023	<b>V2</b>	<b>PÁGINA</b> 1 de 1

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento:	17/09/2018
2	Traslado del documento: Guía <b>GDR-S3-G4-V1</b> se traslada debido a que no corresponde al subproceso "Alteraciones cardio-cerebro-vascular" se traslada como adopción al subproceso "Enfermedades respiratorias crónicas" con el código: <b>GDR-S4-G11-V2</b> .	27/06/2023
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">             Nombre: Melissa Paola Plazas Duran.            Agremiada Asistir.         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">             Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta            Contratista del área garantía de la Calidad.         </div> <div style="width: 30%; text-align: right;">             Nombre: Ingrid Alexandra Suarez Castro.            Cargo: Subgerente Técnico Científica.         </div> </div>		
<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**