

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESARROLLADO CON LA TEORÍA DE RANGO MEDIO DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICA

NURSING CARE PLAN DEVELOPED WITH THE MID-RANGE THEORY OF SELF-
CARE OF CHRONIC DISEASES

Alba Rocío Siverio Díaz, Samia Bellahmar Lkadiri

Unidad docente de Enfermería comunitaria de Tenerife-Norte. Canarias, España.

Siverio Díaz, A., & Lkadiri, S. (2023). Plan de cuidados de enfermería desarrollado con la teoría de rango medio de autocuidado de las enfermedades crónicas.. *Revista Ene De Enfermería*, 17(2) Disponible en

<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/2429>

RECIBIDO: Febrero 2023

ACEPTADO: Marzo 2023

Los autores declaran haber hecho contribuciones sustanciales en la conceptualización, análisis y construcción del artículo publicado y estar de acuerdo en la versión publicada

Resumen

El concepto de empoderamiento se ha extendido en nuestra práctica clínica durante los últimos años. Una persona empoderada es aquella que es capaz de deliberar, solucionar sus contratiempos y complacer sus necesidades, con control y juicio crítico sobre su vida y su salud. Para que consigan estas habilidades, nosotros como profesionales tenemos la responsabilidad de informar y formar a los pacientes para que mejoren su conocimiento y habilidades en el autocuidado de sus enfermedades crónicas (1). A propósito de un caso clínico abordado, desde una teoría de rango medio, como podemos abordar a este tipo de pacientes para un correcto mantenimiento de su autocuidado.

Palabras clave: Autocuidado; paciente crónico; enfermería; atención primaria y teoría de rango medio.

Abstract:

The concept of empowerment has spread in our clinical practice in recent years. An empowered person is one who is capable of deliberating, solving their setbacks and satisfying their needs, with control and critical judgment over their life and health. In order for them to achieve these skills, we as professionals have the responsibility of informing and training patients so that they improve their knowledge and skills in self-care for their chronic diseases. Regarding a clinical case, he addresses, from a mid-range theory, how we can approach this type of patients for proper maintenance of their self-care.

Key words: Self-care; chronic patient; nursing; Primary care and mid-range theory.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 87 años natural de Tenerife. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Calendario vacunal completo excepto para la vacuna de la difteria que queda pendiente una dosis desde 2016. Toma más de 6 principios activos. Buena adherencia terapéutica (tabla 1). Antecedentes personales: Fractura distal de Radio en 2008, portadora de prótesis valvular cardíaca por diagnóstico de estenosis aórtica severa con sustitución bioprótesis en 2013 y cataratas en ambos ojos. Problemas activos: dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular anticoagulada, nefropatía en estadio IV, glaucoma crónico de ángulo cerrado, déficit de vitamina B12 y estreñimiento crónico. Dos caídas este año (2022). Ingreso hospitalario el día 15/08/22 en el Servicio de Digestivo por aumento en el número de deposiciones y aspecto oscuro.

En relación a los pacientes de su misma edad, considera su salud como buena. Sin deterioro cognitivo ni quejas amnésicas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, pero utiliza un bastón para deambular. Dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria. Apetito conservado. Tiene problemas con la masti-

cación por lo que lleva una dieta blanda. Patrón intestinal de estreñimiento con uso de laxantes. Patrón urinario de incontinencia de urgencia. Piel hidratada, sin lesiones activas. Sueño con buena cantidad y calidad. Vive en una casa de dos pisos con ascensor y baño adaptado. No hay barreras arquitectónicas. Cuenta con buen apoyo familiar y como recursos externos tiene una pensión de viudedad.

TEORÍA DE RANGO MEDIO (TRM)

El concepto empoderamiento del paciente cobra cada vez mayor en nuestras consultas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como “un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud¹. Por ello, una de las herramientas utilizadas para la valoración del paciente ha sido la teoría de rango medio (TRM) “Self-Care of Chronic Illness” cuya autora es Barbara Riegel (2). El objetivo de esta teoría es recopilar los comportamientos y procesos empleados por las personas que padecen una enfermedad crónica.

No podemos hablar de esta TRM sin diferenciarla de la “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” de Dorothea Orem. Esta define el autocuidado

como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio nombre para mantener la vida, salud y bienestar”. Además, incluye aspectos del cuidado que son dependientes de otros, a quienes denomina “agentes de cuidados” (3). Es decir, cuando existe un desequilibrio entre las necesidades de autocuidado y el autocuidado se produce la necesidad de intervención por parte del profesional de enfermería. Por su parte, Bárbara Riegel en su TRM, se centra en los individuos y su autocuidado, enfocándose en las enfermedades crónicas que estos sufren. También, incluye una perspectiva multidisciplinar.

Los conceptos claves de esta teoría son (2):

Mantenimiento del autocuidado: Los comportamientos del paciente para mantener la estabilidad de su enfermedad crónica.

Monitoreo del autocuidado: Observarse a uno mismo en busca de cambios (Signos y síntomas en el contexto de la enfermedad crónica).

Gestión del autocuidado.

La respuesta a signos y síntomas cuando estos aparecen.

Además, define los procesos subyacentes del autocuidado que relacionan la toma de decisiones y la reflexión. El autocuidado puede ser suficiente o insuficiente, deliberado o involuntario,

razonado y reflexivo o automático y no observado. La combinación ideal sería un autocuidado reflexivo y suficiente (2).

Los factores que afectan al cuidado personal, según esta TRM son (2):

Experiencia y habilidad.

Motivación.

Creencias y valores culturales.

Confianza.

Hábitos.

Habilidades funcionales y cognitivas.

Apoyo de otros.

Acceso a la atención.

Podemos concluir en que el autocuidado es un proceso para la gestión de la enfermedad y mantenimiento de la salud a través de la promoción de la salud y manejo de la enfermedad. Esta TRM se puede utilizar para valorar en qué parte del proceso de autocuidado se encuentra cada paciente en particular. Esta evaluación nos ayudará a realizar una intervención personalizada (2).

VALORACIÓN

La valoración del paciente se realizó durante su ingreso hospitalario el día 15 de agosto de 2022 en el Servicio de Digestivo por aumento en el número de deposiciones y aspecto oscuro. Tras la realización de pruebas complementa-

rias se le diagnóstica de: hemorragia digestiva alta y exceso de anticoagulación oral. Nos realizaron una consulta al servicio de SPICA (Subproceso de integración y coordinación asistencial)⁴ para valoración y seguimiento durante el ingreso y organizar cuidados de cara al alta. La primera valoración fue hecha el 23 de agosto. La fecha prevista de alta era para el día 25 de agosto.

Valoración por la TRM:

Experiencia y habilidad: En relación a los pacientes de su misma edad, considera que su salud es buena. Oye adecuadamente con necesidad de aumentar el tono. No usa ayudas auditivas. Visión ligeramente alterada, pero ve televisión a distancia. Utiliza gafas para ver de cerca. Refiere cirugía de cataratas en ambos ojos y tratamiento oftálmico crónico.

Motivación: Se siente tranquila con su ingreso, lo que más le preocupa es la debilidad que siente para movilizarse y ser independiente y los problemas intestinales que tiene (nauseosa en las comidas). Conoce los motivos de su ingreso y no tiene miedo del mismo. Tiene la expectativa de salir pronto, pero salir en buenas condiciones puesto que ahora no se ve con fuerzas para caminar de manera autónoma.

Creencias y valores culturales: Es creyente y la religión tiene importancia

en su vida. Su estado de salud no afecta a esas creencias.

Confianza: Dado que las personas con las que convive son taxistas, pasa mucho tiempo sola. Hasta el día previo al ingreso no tenía problemas con estar sola en casa y realizar sus propios cuidados, pero ahora se siente muy débil y no quiere salir del hospital sin volver a recuperar la movilidad para tener la misma autonomía.

Hábitos: No hábitos tóxicos. Sin alergias medicamentosas ni alimenticias conocidas. Calendario vacunal completo excepto para la vacuna de la difteria que queda pendiente una dosis desde 2016. No identifica antecedentes familiares y personales de enfermedad vascular aterosclerótica o factores de riesgo cardiovascular. Toma actualmente más de 6 fármacos, pero no refiere ningún efecto secundario con estos. Seguimiento terapéutico adecuado. Previo al ingreso sueño conservado, de buena calidad, no refiere insomnio. Durante el ingreso, de buena cantidad y calidad. Niega despertar precoz. **Apetito:** Conservado.

Estado de dentición: bueno, prótesis total. Buena adaptación. **Masticación y deglución:** Problemas con la masticación, tiene que llevar una dieta blanda. No hay problemas de deglución.

Cifras antropométricas: Peso: 82 kg (marzo 2022) e IMC: 32,03 (marzo

2022) – Valores analíticos (22/08/22): Proteínas totales 5,5 mg/dl y albúmina 3,1 mg/dl.

Patrón intestinal de 2-3 días. Uso de laxantes y enemas. En cuanto al patrón urinario, hace referencia a varios despertares nocturnos para micción. Además, refiere incontinencia de urgencia por lo que usa pañales como medida de protección.

Estado de la piel: Hidratada. No lesiones. Vía periférica permeable y sin signos de flebitis.

Test utilizados para la valoración de hábitos:

Valoración nutricional subjetiva (V.N.S.): 0/10 (Miembros superiores 0; Miembros inferiores 0; temporal 0; bola de bichat 0; grasa abdominal 0) - Sin riesgo. MNA: 8 puntos (ha comido menos, no refiere pérdida de peso, autonomía en interior, no enfermedades agudas, sin problemas psicológicos, $IMC \geq 23$) – Riesgo de malnutrición.

Escala Norton: 13 puntos (Estado físico general medio, alerta, actividad mayoritaria sentada, movilidad muy limitada e incontinencia urinaria) – Riesgo de úlceras por presión.

Habilidades funcionales y cognitivas: Previo al ingreso, test KATZ: H – Independiente para todas las funciones excepto para la movilización y continencia. Utilizaba un bastón como dispositivo

de ayuda en la deambulación en exterior, en su casa deambula sin ayuda. Necesitaba que alguien estuviera en casa para ducharse para sentirse segura. Test de LAWTON Y BRODY: 2 ptos - Dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria. Era capaz de utilizar el teléfono por sí sola y de usar medios de transporte si lo hacía acompañada. Es su nuera quien se encarga de los cuidados de la casa y de preparar la comida. Además, se encarga de poner su medicación en el pastillero y del manejo económico. Durante el ingreso: KATZ E – Independiente para todas las funciones excepto el lavado, el vestido, el uso del retrete y la movilización debido a su inestabilidad en la marcha.

Test utilizados para la valoración de hábitos:

Test Downton: 4 puntos – Riesgo alto de caídas. Factores intrínsecos: 2 caídas en el último año. Factores extrínsecos: Toma de tratamiento hipotensor y antiarrítmico, trastorno de la marcha y déficit visual.

Cuestionario FRAIL: 4 puntos (se encuentra cansada, es incapaz de subir un piso de escaleras, tiene más de cinco enfermedades, es incapaz de caminar una manzana) – Frágil).

Colaboradora y abordable durante la entrevista, aunque refiere estar algo cansada. Psicomotrizmente tranquila.

Lenguaje fluido y coherente. Centrada durante la entrevista. No se aprecian alteraciones en el curso ni contenido del pensamiento. Eutímica. Previo al ingreso: no constan alteraciones cognitivas según su familia ni en HCE. Durante el ingreso tampoco consta alteración cognitiva.

Test utilizados para la valoración:

Test pfeiffer 2 errores (fallo en nombre del presidente del gobierno y número de teléfono/dirección) – Funcionamiento intelectual normal.

Apoyo de otros: Familia extendida. Viuda desde hace 10 años. Vive con su hijo y con su nuera (figura 1). Como recursos internos, tiene buen apoyo familiar. Como recursos externos, tiene una pensión de viudedad. La principal cuidadora previo al ingreso era su nuera.

Convive con ella y con su hijo. Son quienes se encargan de los cuidados de la casa, la alimentación y los asuntos económicos. El único problema es el tiempo de soledad por culpa de la situación laboral de ambos.

Acceso a la atención: Hasta hace 2 años vivía sola. Actualmente vive en casa de su hijo y nuera en la zona céntrica. Estos se encargan de llevarla a las visitas médicas. Vive en una casa adaptada con ascensor. Baño con plato de ducha con agarraderas. No tiene butaca de baño. Utiliza un bastón en exterior

para la deambulaci3n. Buena iluminaci3n de la vivienda. No hay alfombras en la casa, solo una antideslizante en el ba1o. Animal de compa1a (perro) que se encuentra localizado siempre en la terraza.

DIAGN3STICO

Gracias a esta valoraci3n, obtuvimos los siguientes posibles diagn3sticos de enfermería (5,6):

00085 Deterioro de la movilidad.

00155 Riesgo de caídas.

00108 Déficit autocuidado: ba1o.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

00102 Déficit autocuidado: alimentaci3n.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00206 Riesgo de sangrado.

00257 Síndrome de fragilidad del anciano.

00054 Riesgo de soledad.

00011 Estreñimiento.

00179 Riesgo de glucemia inestable.

00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades

00133 Dolor cr3nico

Se utiliz3 el modelo AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual), pro-

pulsado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, para la priorización de diagnósticos (figura 2). Como resultado se primó la actuación sobre los diagnósticos: 00257.-Síndrome de fragilidad del anciano y 00155.-Riesgo de caídas.

Nanda 00257: Síndrome de fragilidad del anciano: “Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad” (5,6).

Características definitorias (5,6):

- Déficit de autocuidado en el baño.
- Déficit de autocuidado en el vestido.
- Déficit de autocuidado en el uso del inodoro.
- Deterioro de la movilidad física.
- Aislamiento social.

Factores relacionado (5,6):

- Disminución de la fuerza muscular.

- Deterioro del equilibrio postural.

- Temor a las caídas.

NOC 0300: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD): “Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda”. Los indicadores planteados y su evaluación inicial y previa al alta se muestran en la tabla 26.

NIC 1800: Ayuda con el autocuidado: “Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria”. Actividades realizadas (6):

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Alentar la independencia animando a la paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad, pero interviniendo si la paciente no puede realizar la acción dada.

NOC 03012: Preparación para el alta: vivir con apoyo: “Preparación de un paciente para volver de una institución

de asistencia sanitaria a un nivel más bajo de soporte en su vida”. Los indicadores planteados y su evaluación inicial y previa al alta se muestran en la tabla 36.

NIC 7370: Planificación para el alta: “Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual”. Actividades realizadas (6):

- Determinar las capacidades de la paciente para el alta.
- Ayudar en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital (sugerir que se organicen sus familiares y convivientes para evitar que pase el menor tiempo sola).
- Desarrollar un plan que tenga en cuenta las necesidades de cuidado, sociales y económicas del paciente.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
- Coordinar las derivaciones relevantes para el enlace entre

los profesionales sanitarios (UAF).

Recomendaciones basadas en la evidencia para este diagnóstico (7):

- Controlar la pérdida de peso ya que se considera un componente principal del síndrome de fragilidad.
- Desarrollar una relación de confianza y receptiva con pacientes frágiles.
- Reconocer que el deterioro del equilibrio y la marcha son características de la fragilidad y son un riesgo.
- Preservar el funcionamiento físico a través de planes de actividad física individualizados.
- Evaluar los medicamentos para determinar si aumentan el riesgo de fragilidad. La polifarmacia se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en personas mayores.

Nanda 00155: Riesgo de caídas en el adulto: “Susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud”^{5,6}.

Características definitorias (5,6):

- Inestabilidad postural.
- Enlentecimiento del movimiento.
- Dificultad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Factores relacionados (5,6):

- Disminución de la fuerza muscular.
- Pérdida de la condición física.

NOC 0208: Movilidad: "Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda". Los indicadores planteados y su evaluación inicial y previa al alta se muestran en la tabla 46.

NIC 0221: Terapia de ejercicios: ambulación: "Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión". Actividades realizadas (6):

- Ayudar al paciente con la deambulación inicial y traslado.

- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda.

- Proporcionar un dispositivo de ayuda (muletas) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.

- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación. Inicio de rehabilitación el día 24/08.

- Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura.

- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

- aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación.

NIC 6490: Prevención de caídas: "Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas". Actividades realizadas (6):

- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.

- En domicilio: Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. Disponer superficies de

suelo antideslizantes, anticaídas.
Tener cuidado con las mascotas.

- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.

Recomendaciones basadas en la evidencia para este diagnóstico (7):

- Considerar el miedo autoinformado a caerse que ha demostrado ser un predictor significativamente más sensible para el riesgo de caídas que la herramienta de evaluación del riesgo de caídas.
- Se encontró que las intervenciones de rehabilitación física eran seguras, redujeron la discapacidad y provocaron pocos eventos adversos.
- Referir a fisioterapia para el entrenamiento de la marcha, el fortalecimiento y el entrenamiento del equilibrio.
- Comience la planificación del alta lo antes posible para evaluar la necesidad y coordinar el apoyo en el hogar de dispositivos de asistencia y servicios de salud comunitarios o domiciliarios.
- Brindar apoyo al paciente y a la familia durante la discapacidad a largo plazo. El deterioro

de la movilidad a largo plazo puede requerir cambios de roles dentro de la familia y precipitar el estrés del cuidador.

EVOLUCIÓN DEL CASO

Estado actual de la paciente:

Ha aumentado su autonomía funcional gracias a las sesiones de rehabilitación. Mayor autonomía. KATZ H - Independiente para todas las funciones excepto para la movilización y continencia. Deambula con ayuda de unas muletas y bajo supervisión. Se ve mucho más segura y quiere volver a casa. Se explica y se entregan recomendaciones para evitar caídas en casa. Se prescribe andadora para domicilio. Se gestiona la compra de una silla de baño para mayor seguridad.

Su familia se va a organizar para que esté el menor tiempo posible sola. Se solicita el servicio de teleasistencia de Cruz Roja.

Sin sintomatología de sangrado digestivo activo. Al alta se dan recomendaciones de administración de heparina y se recuerda cita para actualización del calendario de Sintrom. Se dan consejos nutricionales de restricción de alimentos ricos en vitamina K y de buenos hábitos alimenticios en general (dieta sin azúcar y sin sal y método del plato).

Se entrega planilla de tratamiento, citas pendientes al alta y recomendaciones en papel (figura 3). Se explica tanto a la paciente y a la familia.

Se habla con su unidad de atención familiar (UAF) antes del alta para continuidad de cuidados y seguimiento de la paciente.

CONCLUSIONES

Una de las herramientas que se utilizan para gestionar a la población es el modelo de estratificación de riesgos de de Kaiser. Este modelo se basa en el análisis poblacional orientado a estratificar dicha población según su complejidad y las necesidades de atención, permitiendo desarrollar estrategias de intervención para cada grupo (8,9).

En la base de la pirámide se encuentra la población general, donde nuestro objetivo sería la promoción y prevención de la salud. Los niveles 1 y 2 (pacientes crónicos y pacientes de alto riesgo) pueden seguir un enfoque de gestión por procesos, utilizando los protocolos de atención predefinidos para las patologías que puedan presentar nuestros pacientes. La atención al nivel 3 (pacientes de alta complejidad) requiere de un enfoque de gestión de casos (8,9).

Que tiene como objetivos principales (8,9):

Mejorar la calidad asistencial

Mejorar la calidad de vida del paciente y de su cuidador.

Prevenir complicaciones agudas e ingresos hospitalarios

Potenciar la coordinación de los diferentes recursos implicados en la atención al paciente.

Estas estrategias de atención estratificada tienen en común una valoración y seguimiento personalizado e individualizado por parte de los profesionales. Además, recalca la importancia de un enfoque multiprofesional (8,9).

Consideramos que la protagonista del presente caso clínico es una persona en una situación crónica de alta complejidad según el modelo de Kaiser. Como hemos comentado, estos pacientes nos suponen un reto en su manejo, pues presentarán necesidades cambiantes que van a obligar a revalorizaciones continuas por parte de los profesionales. La labor de nosotras, las enfermeras que desarrollamos nuestras funciones en el área de atención primaria es contribuir a mantener a este tipo de pacientes controlados, logrando así que no desarrollen más complicaciones a lo largo de la vida (8,9).

En base a las estrategias de atención a pacientes crónicos complejos tanto de la comunidad autónoma de Canarias como a nivel nacional (Estrategia

para el abordaje de la cronicidad) todo esto se podría controlar desde AP (8,9).

La atención a estos pacientes cobra mayor relevancia en la sociedad actual debido al aumento de los pacientes crónicos relacionado con el incremento de la esperanza de vida y progresivo envejecimiento de la población (8,9).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El relato fue grabado, transcrito y validado por su parte a posteriori. Las frases o palabras entrecorridas y en cursiva corresponden a parte de ese relato.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC; 2013 (internet). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>.
2. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci.* 2012 Jul-Sep;35(3):194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba. PMID: 22739426. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22739426/>
3. Taylor SG, Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1684-1824201400060000400003&lng=es&pid=S1684-18242014000600004>
4. Medicina familiar y comunitaria. Subprograma de integración y coordinación asistencial (SPICA). La Laguna, Tenerife (internet). Disponible en: <https://www.programaspica.es/spica/que-es-spica-presentacion/>
5. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación: 2021-2023 Madrid: Elsevier; 2021.
6. Nnnconsult. Elsevier (internet). Fecha de actualización: 2022. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
7. Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing Diagnosis Handbook*. 12th ed. Elsevier, 2020.
8. Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Entheos; 2015 (internet). Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
9. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Gráficas Naciones, S.L. 2021 (internet). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf

ANEXOS

Tabla 1: Tratamiento domiciliario

Tratamiento domiciliario	
<ul style="list-style-type: none"> - Adolonta retard 1c/12h. - Atorvastatina 20 mg 1c/24h. - Bisoprolol 2,5mg 1c/24h. - Cianocobalamina inyectable 1/Mes. - Ciclopirox tópico (ungueal). - Emuliquen 1c/24h. - Fenofibrato 145mg 1c/24h. - Ferbisol 100 mg 1c/24h. - Furosemida 40 mg 1c/24h. 	<ul style="list-style-type: none"> - Linagliptina 5 mg 1c/24h. - Montelukast 10 mg 1c/24h. - Omeprazol 20 mg 1c/24h. - Paracetamol 1g 1c/8h. - Repaglinida 2 mg 1c/8h. - Timolol gotas oftálmicas. - Dorzolamida gotas oftálmicas - Toujeo. solostar 50ui 1c/24h. - Sintrom 1c/24h.

Tabla 1: Tratamiento domiciliario

Tabla 2: Indicadores para el NOC 0300: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Escala 1 – Grado de deterioro	Puntuación inicial escala likert*	Puntuación final escala likert*
Se viste	1	4
Uso del inodoro	1	4
Se baña	1	4
Deambulaci3n	1	4
Realizaci3n de traslados	1	4
	Encamada y d3bil. El d3a de la valoraci3n empezaba a sentarse. No era capaz de mantenerse estable sin ayuda.	Se logra aplazar la fecha de alta. Es capaz de suplir las ABVD antes del alta. Siempre bajo supervisi3n del personal de planta.
* 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.		

Tabla 3: Indicadores para el NOC 03012: Preparaci3n para el alta: vivir con apoyo

Escala 13 - Frecuencia de aclarar por informe o conducta	Puntuaci3n inicial escala likert*	Puntuaci3n final escala likert*
Describe necesidades especiales <i>“Yo as3 no puedo volver a casa”</i>	5	2 <i>“Me siento m3s segura para volver a casa”</i>
Necesidad de soporte profesional <i>“Necesito ayuda para todo, no puedo estar sola”</i>	5	2 <i>Los primeros d3as su familia har3 que est3 el menor tiempo posible sola</i>
Describe un plan de la continuidad de los cuidados	1	5 <i>“Continuar3 realizando los ejercicios recomendados en casa y los consejos nutricionales para estar lo mejor posible”</i>
* 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado		

Tabla 4: Indicadores para el NOC 0208: Movilidad

Escala 1 – Grado de deterioro	Puntuación inicial escala likert*	Puntuación final escala likert*
Mantenimiento del equilibrio	1	4
Movimiento muscular	2	4
Realización del traslado	1	4
Ambulación	1	4
Coordinación	1	4
Marcha	1	4
	<i>ABVD en cama</i>	<i>Supervisión y uso de muletas</i>
*1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.		

Figura 1: Genograma de la paciente.

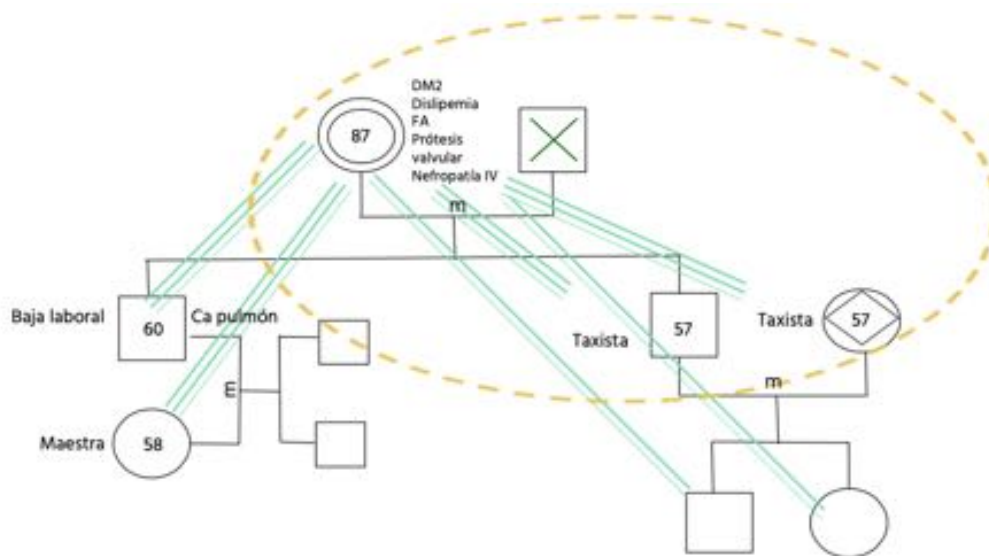


Figura 2: Modelo área.

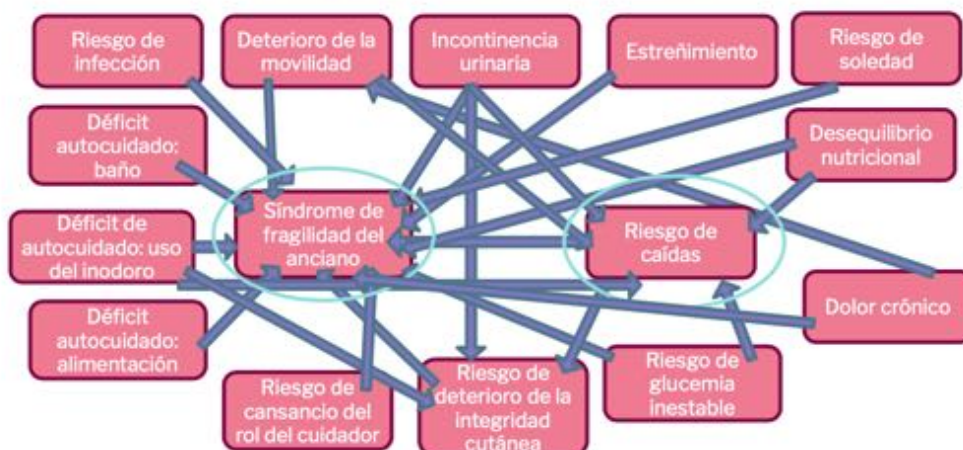


Figura 3: Plantilla de tratamiento actual.

Ministerio de la Salud | Gobierno de Casarías

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUALIZADO

PACIENTE: [REDACTED] | FECHA: 2 de septiembre de 2022

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	OBSERVACIONES
		☼	🍴	🌙	
OMEPRAZOL 20 MG	Protector gástrico	1			
EMULGIÉN SIMPLE 7173,9 mg	Laxante	1			
TOUJEO SOLOSTAR 300 U/ml	Insulina	Stud			
LINAGLIPTINA 5 MG	Para la diabetes	1			
REPAGLINDA 2 MG	Para la diabetes	1	1	1	
FERBISOL 100 mg	Hierro		1		
CIANOCOBALAMINA 1 MG/ML	Vitamina b12				1 inyectable mensual
FUROSEMIDA 40 MG	Diurético	1			
BISOPROLOL 2.5 MG	Para el corazón	1		1	
ATORVASTATINA 20 MG	Para el colesterol			1	
FENOFIBRATO 145 MG	Para los triglicéridos	1			
CICLOPIROX 8% 3 G SOLUCIÓN TOPICA	Para los hongos de las uñas				1 cada dos semanas
ADOLONTA RETARD 50 mg	Para el dolor	1		1	

PARACETAMOL 1 G	Para el dolor	1	1	1	
MONTELUKAST 10 MG	Para la asma y la rinitis	1			
TIMOLOL 0.5% - DORZOLAMIDA 2% 5 ML	Otros oftálmicos	1		1	

CITAS PENDIENTES:

Atención primaria:
07-09-2022 08:00 [REDACTED]
Atención especializada:
13-10-2022 09:00 [REDACTED]
04-10-2022 07:41 [REDACTED]
28-09-2022 08:02 [REDACTED]
28-09-2022 08:02 [REDACTED]
21-09-2022 10:21 [REDACTED]
08-09-2022 10:00 [REDACTED]