

CASO CLÍNICO: ABORDAJE Y MANEJO DEL PESO EN ATENCIÓN PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO

Samia Bellahmar Lkadiri*, Alba Rocío Siverio Díaz*,
Pilar Pérez Hernández** y Pedro Ruyman Brito Brito**
UDMFyC Tenerife Norte-La Laguna

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son problemas en auge en nuestra sociedad y acarrear graves consecuencias sobre la salud de las personas que los padecen. El tratamiento para estos desequilibrios nutricionales, así como la prevención de estas condiciones de salud, pasa por trabajar los hábitos de vida saludables. La disciplina enfermera, en su preocupación por estos trastornos del peso y sus complicaciones, ha desarrollado todo un marco teórico para el estudio y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. A propósito de un caso clínico se aborda esta problemática poniendo en práctica la TRM *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, que adapta el marco teórico de Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) al control y manejo del peso.

PALABRAS CLAVE: obesidad, sobrepeso, enfermería, manejo del peso, Orem, teoría enfermera déficit de autocuidado, diabetes mellitus tipo II.

CASE STUDY: APPROACH AND WEIGHT MANAGEMENT IN PRIMARY CARE SETTING

ABSTRACT

Overweight and obesity are growing problems in our society and have serious consequences on the health of people who suffer from them. The treatment for these nutritional imbalances, as well as the prevention of these health conditions, involves working on healthy lifestyle habits. In its concern for the mentioned weight disorders and their consequences, the nursing discipline has developed a whole theoretical framework for the study and treatment of overweight and obesity. With regard to a clinical case, this problem is addressed by putting into practice the *Middle-Range Theory Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, which adapts the theoretical framework of Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) to weight control and management.

KEYWORDS: Obesity, overweight, nursing, weight management, Orem, self-care deficit nursing theory, diabetes mellitus type II.



METODOLOGÍA

Para desarrollar el presente trabajo se llevó a cabo en primer lugar una breve revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Para ello, en primer lugar, se eligieron las palabras clave más relevantes y se tradujeron a un lenguaje controlado, por lo que la búsqueda se realizó con los términos DeCs (Descriptor en Ciencias de la Salud) obesidad, sobrepeso, enfermería; siendo los MeSH (Medical Subject Headings) obesity, overweight, nurse. Junto con los términos descritos se utilizaron los booleanos «AND», «OR» y «NOT».

Los campos de búsqueda se delimitaron al título, resumen y palabras clave en la mayor parte de los casos y, entre las páginas consultadas, se incluyen diversas bases de datos, de las que destacan PubMed, Dialnet y Scopus. Además, se utilizó el buscador Google Académico y se realizaron visitas a portales como el de la OMS o el del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

La búsqueda se delimitó a artículos publicados nacional e internacionalmente en los últimos 5-10 años, cuyo idioma fuera el inglés o el español. El proceso de búsqueda finalizó cuando los resultados comenzaron a repetirse con frecuencia y, posteriormente, se llevó a cabo la clasificación de la información en base al contenido de los artículos y documentos seleccionados.

Una vez contextualizado el tema a tratar, se abordó un caso clínico cuya resolución se trabajó mediante el análisis de la Teoría de Rango Medio *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, descrita por las autoras Stephanie Pickett, Rosalind M. Peters y Patricia A. Jarosz. Esta teoría adapta el marco teórico de Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) al control y manejo del peso. Además, para completar la valoración se utilizaron varias escalas, todas ellas validadas para la población española.

Tras la valoración del caso con la Teoría, se realizó el abordaje mediante la metodología enfermera NANDA-NOC-NIC, consultando la evidencia científica más actualizada para cada diagnóstico descrito.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como un estado patológico caracterizado por una adiposidad excesiva que acaba por perjudicar nuestra salud, ya que se asocia a numerosas comorbilidades¹:

* Enfermeras residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente de Tenerife Norte-La Laguna.

** Colaboradores docentes UDMFyC Tenerife Norte-La Laguna.

¹ Organización Mundial de la salud (OMS). Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas [Internet] 2021. [Consultado el 4/11/2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24. OMS.

- Metabólicas: diabetes mellitus tipo II, esteatosis hepática, gota, dislipemia y síndrome de ovario poliquístico.
- Cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, accidente cerebrovascular, enfermedades coronarias e insuficiencia venosa periférica.
- Osteomusculares: osteoartritis, hernias discales y deformidades óseas.
- Oncológicas: cáncer de colon, riñón, próstata, ovario, útero, mama, páncreas y esófago.
- Respiratorias: asma, apnea del sueño y síndrome de obesidad con hipoventilación (SOH).

Diferentes organismos internacionales, como la OMS, así como comunidades científicas y expertos en el tema, catalogan la obesidad como la gran pandemia «invisible» de nuestro siglo. Según los datos extraídos de la Encuesta Europea de Salud realizada en España 2020, el 17% de hombres y el 16% de mujeres mayores de 18 años padecen obesidad. El 45% de hombres y el 30% de mujeres padecen sobrepeso. Esta Encuesta señala que solo el 8% de los hombres y el 7% de las mujeres mayores de 15 años realiza ejercicio físico diario en el tiempo de ocio, subrayando además que el 47% de hombres y el 55% de mujeres no dedican ningún día al ejercicio físico en el tiempo de ocio. Además, según la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en 2021 un 23,1 % de la población canaria tiene obesidad y un 35,1%, sobrepeso².

El gasto sanitario destinado a esta pandemia también se ha disparado en estos últimos años, según la Organización de Naciones Unidas (ONU). Más de 800 millones de personas acuden anualmente a revisiones relacionadas con esta patología, lo que representa un 13% del total del gasto en atención sanitaria. A esto habría que sumarle los gastos indirectos como son la discapacidad derivada, el deterioro de la productividad, los años de vida perdidos y la peor calidad de vida. Se estima que anualmente mueren más de 4 millones de personas por causas relacionadas con sobrepeso y obesidad³.

A pesar de la gravedad de la situación, esta pandemia es reversible. Esto supone un reto a nivel sanitario, político e individual. La sanidad ha de dar respuesta a esta problemática de salud, reforzando la prevención y poniendo en el centro de la

Obesidad [Internet]. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.

² Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Encuesta europea de salud en España 2020 [Internet]. 2020 [Consultado el 5/11/2021]. Disponible en https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.

³ OMS. Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas [Internet] 2021. [Consultado el 4/11/2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24. OMS. Obesidad [Internet]. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.



intervención la promoción de los estilos de vida saludables. Además, la enfermería como ciencia de los cuidados ha de ser capaz de atender estas necesidades de cuidados y con un enfoque centrado en la persona dar respuesta, educación y apoyo con el objetivo de mejorar la situación de salud de nuestros pacientes⁴.

EPICRISIS

Paciente varón (J.D.) de 55 años, natural de Tegueste, que acude derivado por su MAP para trabajar hábitos de vida saludables. AP: NAMC, DM tipo II mal controlada con complicaciones (retinopatía establecida), obesidad grado III, hipertensión arterial, hipertrofia ventricular izquierda, hipercolesterolemia mixta e insuficiencia venosa periférica. Calendario vacunal completo. En seguimiento por AP, oftalmología y psiquiatría, lleva 4 años sin volver a la consulta de endocrinología. Última atención en urgencias por crisis gotosa.

Percibe su salud como mala, se muestra en fase contemplativa del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente. Consumo de alcohol de bajo riesgo (8-10 UBE/ semana), no presenta consumo del resto de drogas. Alimentación inadecuada (hipercalórica e hiperproteica). Independiente para las ABVD y parcialmente dependiente para las AIVD (su esposa se encarga de las actividades relativas al hogar), vida sedentaria. Patrón intestinal: una deposición cada 1-2 días, no dificultades urinarias. Dificultad para conciliar el sueño. Refiere no sentirse a gusto consigo mismo y sentir ansiedad respecto a cómo la comida está condicionando su vida. Unidad familiar extensa, conviven en una casa terrera y regentan un negocio familiar de transportes (él trabajaba antes como camionero). Refiere aumento de las situaciones de conflicto con su pareja que lo relaciona con la labilidad emocional de ella. Refiere dejadez en las relaciones sexuales, siendo cada vez más espaciadas en el tiempo. Explica que tiene una vida bastante estresante y que cuando siente estrés se pone a ver la TV o se sienta en el balcón. Considera la familia como un valor pilar en su vida.

Tras la crisis gotosa ha decidido que quiere cambiar de hábitos de vida y perder peso.

⁴ *Ibidem.*

La Teoría de Rango Medio (TRM) de Enfermería *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, descrita por las autoras Stephanie Pickett, Rosalind M. Peters y Patricia A. Jarosz, adapta el marco teórico de Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) al control y manejo del peso⁵.

Stephanie Pickett, enfermera en School of Nursing de la Universidad de Pennsylvania (EE. UU.), es especialista en salud cardiovascular siendo experta en factores psicosociales y de control de peso, así como disparidades de salud. Por su parte, Rosalind M. Peters, enfermera del College of Nursing de Detroit y colaboradora con Wayne State University (EE. UU.), se especializó en prevención y control de la hipertensión, autocuidado preventivo y gestión de estresores. La tercera autora de esta Teoría es Patricia A. Jarosz, enfermera del College of Nursing Detroit y colaboradora con Wayne State University (EE. UU.), especialista en tejido adiposo y obesidad⁶.

Para entender la TRM debemos realizar un repaso de los conceptos básicos que Dorothea Orem expone en la Teoría de Enfermería del Autocuidado, publicada en 1970 y que sirvió para sentar las bases del conocimiento y de la historia del metaparadigma enfermero y del cuidado⁷.

Orem define el Autocuidado como «la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar». Las expresiones de las acciones necesarias para lograr esos objetivos en salud y bienestar reciben el nombre de «Requisitos de autocuidado». El concepto de requisito también se puede asociar al de necesidades, por lo que el objetivo principal será cubrir dichas necesidades de autocuidado⁸.

La autora explica que en el término *autocuidado*, el prefijo «auto» tiene un doble significado, pues supone «cuidados para uno mismo» y «cuidados realizados por uno mismo». De esto se desprende la definición de agencia de autocuidado como «la capacidad de las personas para realizar las acciones necesarias para cuidar de sí mismos». Si la persona no presenta esta capacidad hablamos de la agencia de cuidado dependiente⁹.

Por otro lado, la conducta de autocuidado se ve influida por una serie de factores que condicionan su desarrollo. La autora hace referencia a estos factores como Factores Condicionantes Básicos, que engloba en 10 categorías¹⁰:

⁵ PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.



1. La edad.
2. El sexo.
3. El estado de desarrollo.
4. El estado de salud.
5. La orientación sociocultural respecto a la salud y su cuidado.
6. Los factores del sistema de cuidados de salud (diagnóstico, pronóstico, tratamiento...).
7. Los factores del sistema familiar (relaciones, roles...).
8. El patrón de vida propio de la persona.
9. Factores ambientales.
10. Factores socioeconómicos.

La Teoría de Autocuidado integra a su vez otras dos teorías, la teoría del Déficit de Autocuidado y la teoría del Sistemas de Enfermería¹¹.

El término Déficit de autocuidado hace referencia, no tanto al hecho del diagnóstico de enfermedad, sino a la relación entre la capacidad de autocuidado y las demandas de autocuidado. Este término se destina cuando las capacidades de autocuidado muestran limitaciones para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico¹².

Por su parte, la Teoría del Sistema de Enfermería describe los componentes de la Enfermería y la relación entre las características del paciente y las de la enfermera. Orem explica que la Agencia de Enfermería, definida como la capacidad compleja adquirida mediante el estudio especializado y la experiencia, capacita a la enfermera para ayudar a otras personas a conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico. Se distinguen tres sistemas de enfermería, como formas de intervención¹³:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente a la persona dado que su capacidad de autocuidado es tan limitada que precisa una compensación de esa incapacidad.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: la enfermera satisface algunos requisitos de autocuidado dado que la persona enferma tiene limitaciones parciales para satisfacer dichas necesidades.
- Sistemas de enfermería de apoyo/educación: la capacidad de autocuidado de la persona presenta déficits de conocimientos o habilidades prácticas, por lo que precisa que la enfermera proporcione apoyo, formación y que sea facilitadora de la construcción de una relación terapéutica.

¹¹ *Ibidem.*

¹² *Ibidem.*

¹³ PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.



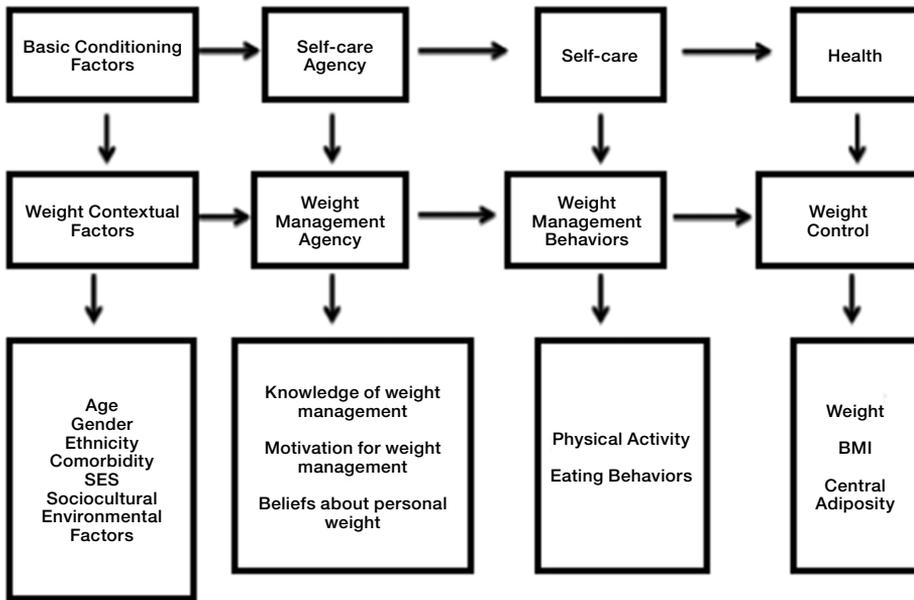


Figura 1. Esquema de la TRM *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*.

Las autoras de la TRM *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management* adaptaron la Teoría de Orem al manejo del peso (figura 1). De esta forma podemos definir¹⁴:

- Factores comportamentales para el control del peso. Es el concepto derivado del de autocuidado. Los comportamientos de control de peso hacen referencia a las acciones que lleva a cabo la persona para mantener el equilibrio calórico, principalmente la actividad física regular (trabajo, deportes, tiempo libre) y los patrones alimenticios.
- Agencia del manejo del peso. La capacidad de proporcionar cuidados para el manejo de peso es conceptualizada como agencia de control del peso, que deriva del concepto de agencia de autocuidado. Este concepto se estructura en tres pilares:
 - Las creencias sobre peso personal.
 - La motivación para controlar el peso.
 - El conocimiento de control de peso.

¹⁴ *Ibidem*.

- Factores contextuales para el manejo del peso. Este concepto se deriva del de factores básicos condicionantes de la Teoría del Autocuidado. Estos factores influyen en la capacidad para controlar el peso, así como en los requisitos del individuo relacionados con el peso (ingesta de alimentos, equilibrio entre actividad y descanso). Los factores contextuales del peso incluyen la edad, el género, las comorbilidades, la orientación cultural, los recursos socioeconómicos y los ambientales.
- El control del peso se conceptualiza como salud. En la Teoría de Orem la salud se define como un estado de totalidad o integridad estructural o funcional. El control de peso se evidencia de forma empírica mediante la valoración de tres mediciones antropométricas: el peso corporal, el índice de masa corporal y la adiposidad central (perímetro abdominal).

APLICANDO LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: VALORACIÓN MEDIANTE LA TRM

1. Factores contextuales del peso

Se trata de un hombre caucásico de 55 años que presenta las siguientes comorbilidades:

- DM tipo II mal controlada con complicaciones (retinopatía, neuropatía establecidas).
- Obesidad grado III.
- Hipertensión arterial.
- Hipertrofia ventricular izquierda.
- Hipercolesterolemia mixta.
- Insuficiencia venosa periférica.

Respecto al estatus socioeconómico, el paciente refiere que los ingresos son suficientes para suplir sus necesidades del día a día, tiene una empresa familiar de transportes y alcanzó estudios secundarios. A nivel sociocultural, hablamos de una persona de la generación del «Baby boom», nacida en la posguerra española e inmerso en la cultura mediterránea aunque con connotaciones propias canarias como la gastronomía rica en carnes. Nuestro protagonista además vive en una zona rural cerca de grandes urbes.

Se cree oportuno valorar en este epígrafe una serie de Factores Básicos Condicionantes de la Teoría del Autocuidado que no contempla la TRM:

- *Factores del sistema de cuidados.* El paciente presenta una mala adhesión terapéutica con el servicio de endocrinología, dejando de ir a las citas desde 2016.
- *Patrón de vida.* El paciente verbaliza que el patrón de vida llevado en los últimos años se ha basado en el «desenfreno y el sedentarismo».
- *Sistema familiar.* Se trata de una familia extensa en la que conviven cuatro generaciones y que se encuentra en fase de contracción. Refiere recibir gran apoyo de su familia aunque comenta que con su mujer la relación es más conflic-

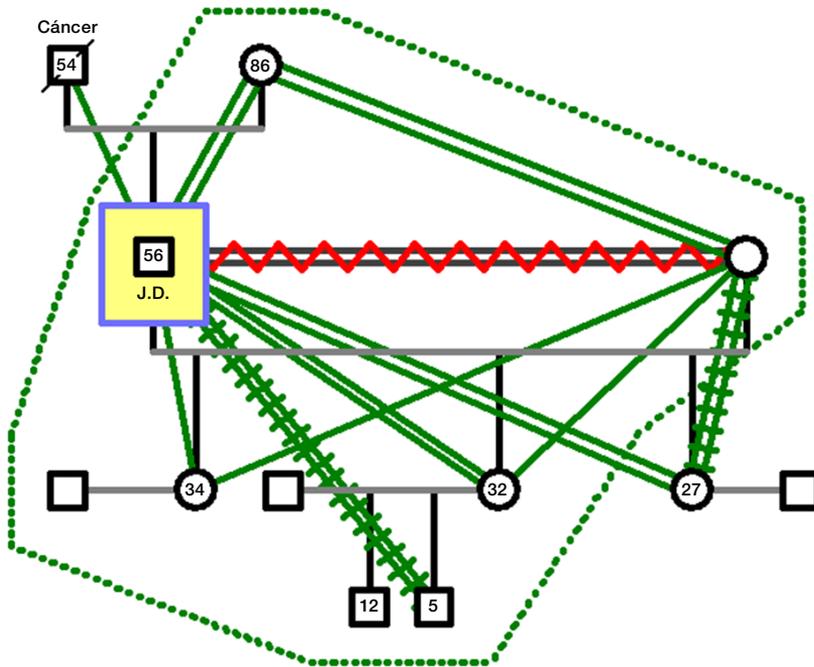


Figura 2. Genograma.

tiva. Tiene una relación estrecha con su familia, especialmente con sus dos hijas menores, y su madre y refiere que «adora» su nieto menor. Explica que le preocupa el patrón de alimentación familiar, especialmente en sus nietos, quienes presentan sobrepeso. Su padre falleció de cáncer de pulmón a la edad de 54 años y no refiere duelo complicado (figura 2. Genograma). La vivienda es una casa terrera con huerto.

2. Agencia del manejo del peso

Recordemos que este término hace referencia a la capacidad de proporcionar cuidados para el manejo de peso y deriva del concepto de agencia de autocuidado. Este concepto se sostiene en tres pilares: la motivación para controlar el peso, el conocimiento para el control del mismo y las creencias sobre este¹⁵.

¹⁵ PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.

a) Motivación para el manejo de peso

Para hablar de motivación no podemos no citar el Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, que presenta la motivación para el cambio como un proceso que engloba diferentes fases por las que el individuo ha de pasar¹⁶:

- *Precontemplación*. En esta fase no hay intención de cambiar la conducta.
- *Contemplación*. Hay una intención de cambio y, potencialmente, se hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. No hay un compromiso.
- *Preparación*. Hay una intención de pasar a la acción, existe un compromiso propio; las personas realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato.
- *Acción*. El paciente lleva a cabo cambios objetivos, mensurables y exteriorizados de su comportamiento (de uno a seis meses).
- *Mantenimiento*. Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es la fase en la que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída.
- *Cambio sostenido o terminación*. Para considerar que el cambio de conducta ha sido alcanzado debe mantenerse al menos 6 meses.
- *Recaída*. Consiste en volver a caer en hábitos o comportamientos previos.

Según este modelo transteórico nuestro paciente se encuentra en la etapa de preparación, siendo él el demandante de ayuda para la mejora de hábitos de vida, además de haber iniciado en el momento de la valoración pequeños cambios sobre la dieta y el ejercicio.

Para una valoración más exhaustiva se cree conveniente utilizar dos escalas validadas para la población española que evalúan el componente motivacional en el proceso fisiopatológico de la diabetes, los cuestionarios ATT-19¹⁷ y PAID¹⁸.

El cuestionario ATT-19¹⁹ valora la actitud frente a la diabetes evaluando el ajuste psicológico sobre el estrés asociado a la propia patología, la receptividad al tratamiento y la confianza en el mismo, la eficacia personal, la percepción sobre la

¹⁶ CABRERA, G. «El modelo transteórico del comportamiento en salud». *Revista facultad nacional de salud pública* [Internet]. 2000 [Consultado el 5/11/2021]; 18(2). Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>.

¹⁷ MARTINS GIROTTI, P.C., DE LIMA SANTOS, A. y SILVA MARCON, S. «Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria». *Enfermería Global* [Internet] 2018 [Consultado el 5/11/2021]; 17(52). Disponible en <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.267431/250181>.

¹⁸ WELCH, G.W., JACOBSON, A.M. y POLONSKY, W.H. «The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility». *Diabetes Care* [Internet] 1997 [Consultado el 8/11/2021]; 20(5). Disponible <https://doi.org/10.2337/diacare.20.5.760>.

¹⁹ MARTINS GIROTTI, P.C., DE LIMA SANTOS, A. y SILVA MARCON, S. «Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria».

salud y la aceptación social. Consta de 19 cuestiones respondidas con una escala de tipo Likert de cinco puntos, haciendo que la puntuación varíe entre los 19 y los 95 puntos. Una puntuación mayor de 70 puntos indica una actitud positiva sobre la enfermedad. J.D. obtuvo una puntuación de 63 puntos, haciendo hincapié en los ítems relacionados con el estrés asociado a la diabetes, la eficacia personal y la percepción sobre la salud²⁰.

Dada la evaluación anterior, se decide profundizar en las áreas problemáticas en el control de la diabetes, por lo que se administra el cuestionario PAID²¹. Este consta de 20 preguntas que se valoran con una escala tipo likert del 0 al 4, siendo el cero «no es un problema» y el cuatro «un problema grave». Las puntuaciones se suman y se multiplican por 1,25, generando una puntuación total de entre 0 y 100. Una puntuación mayor que 40 puede implicar «agotamiento emocional». Nuestro paciente obtuvo una puntuación total de 53,75 puntos, destacando los sentimientos de culpabilidad, ansiedad y la preocupación sobre el pronóstico²².

b) Conocimiento del manejo del peso

Los conocimientos para el manejo del peso implican nociones sobre alimentación y ejercicio principalmente; sin embargo, en este caso no pueden quedar sin valorar los conocimientos que el paciente tiene acerca de su proceso fisiopatológico, ya que un buen control glucémico es indispensable en una bajada de peso saludable. Por ello, evaluaremos los conocimientos mediante 2 escalas diferentes (ambas validadas en español) con el objetivo de detectar correctamente los campos deficientes.

La escala de conocimientos en diabetes DKQ²³ consta de 24 preguntas cerradas que se contestan con «sí», «no» o «no sé». J.D. obtuvo 14 respuestas correctas y 10 errores, observando mayor concentración de los errores en los conocimientos sobre nutrición/alimentación²⁴.

La escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col.²⁵ consta de 25 preguntas tipo test con cuatro posibles respuestas. J.D. obtuvo 20 respues-

Enfermería Global [Internet] 2018 [Consultado el 5/11/2021]; 17(52). Disponible en <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.267431/250181>.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ WELCH, G.W., JACOBSON, A.M. y POLONSKY, W.H. «The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility». *Diabetes Care* [Internet] 1997 [Consultado el 8/11/2021]; 20(5). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.20.5.760>.

²² *Ibidem*.

²³ GARCÍA, A.A., VILLAGOMEZ, E.T., BROWN, S.A., KOUZEKANANI, K. y HANIS, C.L. «The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire». *Diabetes care* [Internet] 2001 [Consultado el 5/11/2021]; 24(1). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ SANTOS-ROIG, M. de los, FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M., GUARDIA-ARCHILLA, T., RODRÍGUEZ-MORALES, S., MOLINA, A., CASARES, D. y RUIZ-GONZÁLEZ, I. «Efectos diferenciales de los



tas correctas y 5 errores, observando la misma problemática que en la escala anterior, los errores se concentran en los conocimientos sobre nutrición/alimentación²⁶.

c) Creencias sobre el peso

Las creencias sobre el manejo del peso influyen en los comportamientos de control del peso. Son el componente cognitivo subyacente a las actitudes y se consideran una predisposición a la acción. Estas pueden basarse en el conocimiento sobre uno mismo o tener una influencia sociocultural e influyen en los objetivos que se marque la persona, así como en la voluntad de aceptar la responsabilidad de los comportamientos de control y manejo del peso. Para evaluar las creencias del paciente utilizaremos dos escalas, ambas validadas en español, la OASIS²⁷ y la IFBS²⁸.

La escala OASIS²⁹ evalúa el nivel de conciencia subjetiva en la obesidad, valorando la conciencia general sobre la enfermedad, la atribución en los síntomas, la conciencia de la necesidad de tratamiento y la conciencia sobre las consecuencias negativas. La escala tiene 8 enunciados que se valoran con una escala tipo Likert de 10 puntos y se puntúan atendiendo la fórmula recogida en el manual en el que se incluye. El paciente presentó gran conciencia sobre la enfermedad³⁰.

Por otro lado, la versión en español de la escala de creencias alimentarias irracionales o IFBS³¹ analiza las distorsiones cognitivas y las actitudes y creencias inapropiadas sobre la comida. La escala consta de 57 ítems, de los cuales 41 detectan las creencias irracionales y 16 manifiestan creencias racionales. Llama la atención

programas de educación en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 37(2). Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200006>.

²⁶ SANTOS-ROIG, M. de los, FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M., GUARDIA-ARCHILLA, T., RODRÍGUEZ-MORALES, S., MOLINA, A., CASARES, D. y RUIZ-GONZÁLEZ, I. «Efectos diferenciales de los programas de educación en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 37(2). Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200006>.

²⁷ Centre for Addiction y Mental Health (CAMH) of Toronto. «Obesity awareness and insight scale» [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <http://illnessawarenessscales.com/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/index.html>.

²⁸ JÁUREGUI LOBERA, I. y BOLAÑOS, P. «Spanish version of the irrational food beliefs scale». *Nutricion hospitalaria* [Internet] 2010 [Consultado el 6/11/2021]; 25(5). Disponible en https://scielo.isci.ii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500026&lng=pt&tlng=en.

²⁹ Centre for Addiction & Mental Health (CAMH) of Toronto. «Obesity awareness and insight scale» [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <http://illnessawarenessscales.com/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/index.html>.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ JÁUREGUI LOBERA, I. y BOLAÑOS, P. «Spanish version of the irrational food beliefs scale». *Nutricion hospitalaria* [Internet] 2010 [Consultado el 6/11/2021]; 25(5). Disponible en https://scielo.isci.ii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500026&lng=pt&tlng=en.

al administrarse al paciente las creencias o conocimientos deficientes en torno a los grupos de alimentos y los nutrientes de los que estos se componen³².

3. Conductas en el manejo del peso

La TRM explica que las conductas para el manejo y el control del peso son aquellas encaminadas a mejorar los hábitos dietéticos y de actividad física. Sin embargo, dadas las necesidades de nuestro paciente, se cree conveniente iniciar la valoración de las conductas con la escala SDSCA-Sp o versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure³³ (Anexo 7). Esta escala valora mediante 7 ítems los autocuidados llevados por el paciente en los últimos 7 días para gestionar su diabetes. Cada ítem se puntúa del 0 al 7 y cuanto menor puntuación se obtiene, menor adherencia a las conductas de autocuidado favorables. Es una escala que no presenta punto de corte, necesitando valorar cada ítem de forma individual³⁴.

El paciente marcó los ítems relacionados con la dieta y el ejercicio con puntuaciones entre 2 y 3; sin embargo, los ítems de análisis de sangre marcaron una puntuación de 7 puntos.

Respecto a la actividad física, el paciente expresó que su patrón de ejercicio se limitaba a una vida sedentaria o con actividad ligera, salía una o dos veces por semana a andar 30 minutos. Es independiente para las ABVDs y para las AIVDs.

Se decidió realizar un EKG, observándose un bloqueo incompleto de rama derecha. Además, se calculó el riesgo cardiovascular mediante la ecuación de Framingham adaptado a la población canaria, obteniéndose 36 puntos, lo que implica un riesgo alto. La probabilidad del paciente de evento cardiovascular a los 10 años fue del 42%, siendo el riesgo general de la población general para su edad y sexo del 7%. El paciente refería disnea de esfuerzo que se confirmó con cambios en las constantes vitales tras subir un piso de escaleras³⁵.

Por otro lado, se realizó un breve estudio de la alimentación que llevaba el paciente, recogiendo un diario de comidas y analizando calórica y nutricionalmente la dieta de un día tipo.

La tabla 1 recoge la dieta de un día tipo, el análisis de los macro- y micronutrientes de la misma y a su derecha los requerimientos nutricionales para su edad,

³² *Ibidem*.

³³ CARO-BAUTISTA, J., MORILLA-HERRERA, J.C., VILLA-ESTRADA, F., CUEVAS-FERNÁNDEZ-GALLEGO, M., LUPIÁÑEZ-PÉREZ, I. y MORALES-ASENCIO, J.M. «Adaptación cultural al español y validación psicométrica del summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2». *Atención Primaria* [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]; 48(7). Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005>.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ PETEIRO, J. y BOUZAS-MOSQUERA, A. «El tiempo en subir 4 tramos de escaleras da información relevante sobre la capacidad funcional y resultados en una prueba de ejercicio». *Revista Española de Cardiología* [Internet] 2021, 74(4), 354-355. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.028>.



sexo y peso. De esta tabla se destaca fundamentalmente que la dieta del paciente fue hipercalórica e hiperproteica³⁶.

En este epígrafe de conductas para el manejo del peso, punto de la Teoría en el que se adapta el concepto de Autocuidado de la Teoría de D. Orem; se cree necesario analizar, como parte de estas conductas generadoras de salud, el tratamiento farmacológico, sobre todo teniendo en cuenta el uso de medicamentos hipoglucemiantes, especialmente la dulaglutida, que reduce el apetito. La adhesión farmacológica se analizó tanto en la entrevista con el paciente como en una visita domiciliaria en la que se revisó la medicación que tomaba, clasificando la adherencia como muy buena. En la tabla 2 se recoge un resumen del tratamiento farmacológico³⁷.

4. Control de peso

El control del peso se conceptualiza como salud. Dentro de la teoría de D. Orem, se conceptualiza el término *salud* como un estado de totalidad o integridad estructural o funcional.

Las autoras de esta TRM consideran que el resultado de las conductas de control del peso es el control del peso y para estudiar la evolución de este control hacen uso de tres mediciones: el peso corporal real, el índice de masa corporal y la adiposidad central.

Sin embargo, dada la complejidad y comorbilidad que presenta el paciente se cree conveniente analizar otros parámetros antropométricos y analíticos básicos, como son el perfil lipídico o el glucémico, así como el control de las cifras de tensión arterial.

En la tabla 3 se recogen estos parámetros antropométricos y analíticos básicos. Entre los hallazgos analíticos se señala un perfil lipídico alterado destacándose un valor analítico de 589 mg/dl de triglicéridos (siendo los valores normales inferiores a 150 mg/dl³⁸) y un perfil glucémico patológico con una HbA1C del 9,05% (siendo los valores normales inferiores a 5,7%³⁹), además de un cociente albúmina-creatinina del 564,19 mg/g (siendo los valores normales inferiores a 30 mg/g creatinina⁴⁰)

³⁶ Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Calculadora de dietas. composición de alimentos [Internet] 2010. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://calculadora.dieta.ienva.org/composicion.php>.

³⁷ Vidal Vademecum Spain. Vademecum [Internet] [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/>.

³⁸ Uptodate. Medidas del colesterol y de los triglicéridos utilizadas en EE. UU. y en los demás países [Internet] 2022. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/es-419/image/print?imageKey=PI%2F76734>.

³⁹ CDC. Todo acerca de la A1c. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada [Internet] 2019. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/a1c.html>.

⁴⁰ LEVEY, A.S., DE JONG, P.E., CORESH, J., EL NAHAS, M., ASTOR, B.C. *et al.* «The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference

y la presencia patológica de proteínas en orina. Respecto a las constantes vitales se aprecia una hipertensión grado II no controlada con el tratamiento farmacológico y en cuanto a los datos antropométricos se destaca un IMC de 46,1 (obesidad grado III, mórbida⁴¹) y una perímetro abdominal de 135 cm (siendo los valores normales inferiores a 102 cm en hombres⁴²).

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

Las hipótesis diagnósticas resultantes de la valoración integral del paciente son las siguientes⁴³:

- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado.
- 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud.
- 00276 Autogestión ineficaz de la salud.
- 00292 Conductas ineficaces para el mantenimiento de la salud.
- 00232 Obesidad.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición.
- 00296 Riesgo de síndrome metabólico.
- 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- 00298 Tolerancia disminuida a la actividad.
- 00168 Estilo de vida sedentario.
- 00267 Riesgo de tensión arterial inestable.
- 00311 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.
- 00095 Insomnio.
- 00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones.
- 00146 Ansiedad.
- 00065 Patrón de sexualidad ineficaz.
- 00069 Afrontamiento ineficaz.

Analizando las características definitorias y los factores relacionados de cada etiqueta NANDA, se seleccionaron una serie de problemas y al enunciar en

report». *Kidney Int.* 2011;80(1):17-28. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21150873/>.

⁴¹ LECUBE, A., MONEREO, S., RUBIO, M.A. *et al.* Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) Consenso 2016. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Posicionamiento Seedo [Internet] 2016. [Consultado el 4/11/2021] Disponible en <https://demo.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>.

⁴² *Ibidem.*

⁴³ Elsevier. NNNconsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.



formato PES (problema, etiología y signos y síntomas) se formularon los siguientes diagnósticos de enfermería:

- 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida.
- 00232 Obesidad r/c patrones anormales de la conducta alimentaria y comportamiento sedentario ≥ 2 horas al día m/p IMC 46,1.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición m/p verbalización del deseo de mejorar la nutrición.
- 00298 Tolerancia disminuida a la actividad r/c malnutrición y estilo de vida sedentario m/p tensión y frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad.
- 00168 Estilo de vida sedentario r/c disminución de la tolerancia a la actividad m/p actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- 00311. Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, obesidad, y sedentarismo.
- 00095 Insomnio r/c obesidad, actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad y consumo de bebidas azucaradas m/p expresiones de insatisfacción con el sueño.
- 00069 Afrontamiento ineficaz r/c estrategias de relajación ineficaces (ver la televisión o sentarse en el balcón) m/p verbalización de sensación de control inadecuada.

Para decidir qué diagnósticos de enfermería se debían priorizar se utilizó el modelo AREA (Análisis de resultado el estado actual), propulsado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Este modelo se utilizó para identificar las relaciones entre los diferentes diagnósticos e identificar los problemas clave y como resultado se priorizan las actuaciones sobre los diagnósticos: «00311 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular» (tabla 4) y «00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud» (tabla 5).

Además, el resultado de la priorización se puso en conocimiento del paciente, consensuando con él los diagnósticos a resolver, teniendo en cuenta las necesidades sentidas y referidas y haciendo hincapié en los problemas que más le preocupaban.

PLAN DE CUIDADOS

00311.- RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Esta etiqueta la define la NANDA como «Vulnerabilidad a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio» y los factores relacionados que presenta el paciente y enuncia esta

entidad son el conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, la diabetes mellitus, la dislipemia, la hipertensión, la obesidad y el sedentarismo⁴⁴.

En la tabla 4, podemos observar el desarrollo de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC de este diagnóstico.

El NOC que se asoció a este diagnóstico fue el 1914.- Control del riesgo: enfermedad cardiovascular, del que se seleccionaron seis criterios de resultado para valorar el estado inicial del paciente (color rojo en la tabla 4) y el estado final en el postest (color verde en la tabla 4). Las valoraciones iniciales oscilaban entre una puntuación de 1 (Nunca demostrado) y 3 (A veces demostrado) y las valoraciones finales oscilaron entre el 2 (raramente demostrado) y el 4 (frecuentemente demostrado), apreciándose mejoría en todos los ítems⁴⁵.

Respecto a las intervenciones que se llevaron a cabo se agrupan entre dos NIC 5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad y 4050.- Manejo del riesgo cardíaco (tabla 4)⁴⁶.

Se señala en la evidencia científica disponible (tabla 4) respecto a este diagnóstico los siguientes enunciados⁴⁷:

- Se recomienda «fomentar una dieta que promueva la salud cardiovascular y reduzca el riesgo de hipertensión, enfermedad aterosclerótica, insuficiencia renal, resistencia a la insulina e hipervolemia, dentro del contexto de las preferencias culturales de un individuo».
- Se recomienda «una ingesta reducida de sodio, pérdida de peso, dieta saludable (baja en azúcar, rica en cereales integrales, frutas y verduras y baja en grasas saturadas y totales) y evitar el exceso de ingesta calórica en personas con presión arterial elevada y para la prevención de enfermedades cardiovasculares».
- Se recomienda «educar a los clientes sobre las comorbilidades, incluida la obesidad, la hipertensión, síndrome metabólico, diabetes mellitus e hiperlipidemia, que son comunes en individuos con IC y pueden afectar los resultados clínicos relacionados con la IC si no se controlan».
- Se recomienda, para clientes con diabetes mellitus, educar sobre la importancia del control glucémico».
- Se recomienda «enseñar a reducir el estrés».
- Se recomienda «enseñar la importancia de la actividad física según la tolerancia», ya que está demostrado que «el ejercicio ayuda a controlar la presión arterial y el peso, factores de riesgo modificables más importantes para las enfermedades cardiovasculares. Las personas deben realizar actividad física

⁴⁴ Elsevier. NNNconsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.ª edición. Oxford: Elsevier; 2020.



aeróbica de intensidad variable según la tolerancia e incorporar actividades anaeróbicas como el entrenamiento de resistencia».

00293.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Esta etiqueta la define la NANDA como «Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado» y las características definitorias para este diagnóstico que presenta el paciente y que enuncia esta entidad son expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida⁴⁸.

En la tabla 5, podemos observar el desarrollo de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC de este diagnóstico.

Los NOC que se asociaron a este diagnóstico fueron el 1627.- Conducta de pérdida de peso, el 1619.- Autocontrol: diabetes y el 0004.- Sueño⁴⁹.

El primer NOC, 1627.- Conducta de pérdida de peso (tabla 5.1), se evaluó mediante el análisis de cinco criterios de resultado. Se valoró el estado inicial del paciente (color rojo en la tabla 5) y el estado final en el postest (color verde en la tabla 5). Las valoraciones iniciales oscilaban entre una puntuación de 1 (Nunca demostrado) y 3 (A veces demostrado) y las valoraciones finales oscilaron entre el 3 (A veces demostrado) y el 4 (Frecuentemente demostrado), apreciándose mejoría en todos los ítems. Respecto a las intervenciones que se llevaron a cabo alcanzaron el resultado y se agrupan bajo la NIC 1280.- Ayuda para disminuir el peso (tabla 5)⁵⁰.

Del segundo NOC, el 1619.- Autocontrol: diabetes (tabla 5.2), se escogieron para el estudio cinco criterios de resultado y se evaluaron con el mismo sistema de valoración (estado inicial del paciente en color rojo y el estado final en el postest en color verde en la tabla 5). Las valoraciones iniciales se encontraban entre el 2 (Raramente demostrado) y el 3 (A veces demostrado) y las valoraciones finales oscilaron entre el 3 (A veces demostrado) y el 4 (Frecuentemente demostrado), demostrándose mejoría en todos los ítems. Las intervenciones que se llevaron a cabo para alcanzar los objetivos se agrupan bajo las NICs 4470.- Ayuda en la modificación de sí mismo, 5603.- Enseñanza: cuidados de los pies, 2120.- Manejo de la hiperglucemia y 2130.- Manejo de la hipoglucemia⁵¹.

El último NOC que se valoró fue el 0004.- Sueño (tabla 5.3). Dicha valoración se evidenció mediante dos criterios de resultado que utilizan dos escalas diferentes. El primer ítem, 404 Calidad del sueño, se valora con una escala tipo likert donde el 1 implica «gravemente comprometido» y el 5 se relaciona con un «no com-

⁴⁸ ELSELVIER. NNNconsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.

⁴⁹ *Ibidem.*

⁵⁰ *Ibidem.*

⁵¹ *Ibidem.*

promiso». El paciente obtuvo un 2 (sustancialmente comprometido) en la valoración inicial y un 4 (levemente comprometido) en la final. El otro criterio de resultado fue el 421 Dificultad para conciliar el sueño, que se valora también con una escala del 1 al 5, donde 1 es dificultad grave y el 5 es ninguna dificultad. El paciente pasó de una puntuación de 2 (sustancial) a 4 (leve) gracias a las intervenciones de la NIC 1850.- Mejorar el sueño que se llevaron a cabo⁵².

Se señalan en la evidencia científica disponible (tabla 5.1) respecto a este diagnóstico los siguientes enunciados⁵³:

- «Evaluar al cliente con exámenes de salud previos a la participación en el ejercicio antes de implementar intervenciones de actividad física».
- «Trabajar con el cliente utilizando intervenciones basadas en la teoría (p. ej., sociales, cognitivas, componentes teóricos como la autoeficacia; modelo transteórico)»
- «Considere el uso de técnicas de entrevistas motivacionales cuando trabaje con ambos niños y clientes adultos para aumentar su actividad».
- «Valorar el significado y la importancia de la comida en la vida del cliente».
- «Ayudar al cliente a desarrollar un sistema de autocontrol, que puede incluir el autocontrol de peso e IMC; establecimiento de objetivos realistas, planificación de acciones para mejorar la ingesta dietética y la actividad física y resolución de problemas».
- «Ayudar al cliente a reformular los deslices en la conducta de pérdida de peso o actividad física como lapsos que son un solo evento y no un regreso completo a comportamientos anteriores poco saludables. Las estrategias de prevención de recaídas incluyen el manejo de las fallos en el comportamiento saludables, la identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas, autocontrol, brindar apoyo social, mejorar las habilidades de afrontamiento y aumentar la autoeficacia para evitar recaídas».
- «Animar a dormir de 7,5 a 8,5 horas todas las noches».

EVOLUTIVO

En noviembre del 2021 se llevaron a cabo tres consultas presenciales. El día 16/11/2021 nuestro paciente acude a la consulta derivado por su médico de Atención Primaria y refiere querer bajar de peso. Tras una entrevista clínica en la que se inicia la anamnesis según la TRM para el Manejo del Peso, se toman constantes y se repasa el manejo del glucómetro, además de enseñar al paciente a recopilar los datos del AMPA (Automediciones de la Presión Arterial) y a llevar a cabo un dia-

⁵² *Ibidem*.

⁵³ ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.^a edición. Oxford: Elsevier; 2020.



rio de comidas. Además, se solicitó analítica para valorar perfil glucémico y lipídico principalmente.

El día 23/11/2021 se volvió a citar al paciente para valorar el AMPA y las curvas glucémicas con el paciente y se comentan los resultados de la última analítica. Se hizo hincapié en la necesidad de cambio y se anima al paciente que inicie pequeños cambios de hábitos de vida. La próxima cita fue el día 30/11/2021, en la que se llevó a cabo una valoración del pie diabético y se dieron recomendaciones de cuidados sobre alimentación y actividad física.

En diciembre se llevó a cabo la mayor parte de la intervención. El día 2/12/2021 se cita al paciente de forma presencial y se pasan las escalas que en la valoración se recogen y se termina de concretar el genograma.

A partir de aquí, la consulta adquiere un carácter marcado formativo; el día 10/12/2021 se explican fundamentos de anatomía, fisiología y fisiopatología del síndrome metabólico y se describen los valores analíticos diana. El día 13/12/2021 analizamos los grupos de alimentos y se explicó el *Método del plato*, haciendo hincapié en el índice glucémico de los alimentos. Aunque el paciente presenta una buena adherencia al tratamiento farmacológico decidimos dedicar una cita presencial el día 17/12/2021 para repasar el tratamiento farmacológico, poniendo especial atención en el uso de la insulina. Además, dado que el paciente refiere haber iniciado actividad física leve/moderada se cree conveniente abordar la relación de las hipoglucemias y el ejercicio, cómo prevenir las y cómo tratarlas (*Regla de los 15*).

En la cita presencial llevada a cabo el 21/12/2021 se abordó a petición del paciente el manejo del estrés y la higiene del sueño en la primera parte de la sesión y continuando con el abordaje de la alimentación se explican nociones básicas sobre el etiquetado de alimentos.

La última cita presencial se llevó a cabo el 14/1/2022 y en ella se resolvieron las dudas generales que tuvo el paciente y se realizaron los postest de conocimientos; obteniéndose en la escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col. 24 respuestas correctas y 1 error y en la escala de conocimientos en diabetes DKQ 20 respuestas correctas y 4 errores; objetivándose mejoría respecto a los conocimientos.

Para reforzar los conocimientos de las sesiones presenciales, se acordó con el paciente el envío por correo de diferentes contenidos multimedia para que visualizase en su hogar. El día 6/12/2021 se enviaron vídeos de fisiopatología básica, un vídeo motivacional y otro de ejercicio aeróbico y de fuerza. El día 14/12/2021 se adjuntó un vídeo para entender mejor la diabetes, otro vídeo motivacional y continuando con la misma estrategia, otro vídeo con ejercicios físicos de intensidad leve/moderada. Por último, el día 05/01/2022 se envió otro vídeo que reforzaba el entendimiento de la diabetes y su abordaje, así como otro vídeo motivacional.

ESTADO ACTUAL Y CONCLUSIONES

J.D. Refirió estar satisfecho con el seguimiento y explicó que sentía mayor control sobre la comida, así como del manejo de sus patologías crónicas. Refirió haber adquirido conocimientos en relación con hábitos de vida saludable y manejo

dietético y se objetivó una mejoría en los conocimientos respecto al abordaje y control de la diabetes mellitus.

Por otro lado, el paciente presentó mejor control glucémico según las curvas de glucemia que aportaba cada semana, aunque seguían sin ser óptimos.

El paciente ha disminuido su perímetro abdominal en 5 cm en total, medición que se hizo el 14/1/2022 y, respecto al control del peso, refiere haber tenido altibajos, especialmente respecto a la actividad física. Se objetivó una bajada de 3kg durante el proceso, refiere tener mayor conciencia de la gravedad de la situación y explica que va a seguir intentando bajar de peso.

Con este caso clínico se subraya la necesidad de un abordaje integral de la persona con alteraciones del peso, así como de sus múltiples comorbilidades y complicaciones; especialmente ahora que hemos regresado a la «normalidad postpandemia». Numerosos estudios han objetivado un empeoramiento de las condiciones crónicas de salud de nuestros pacientes y en este contexto, queremos finalizar el caso clínico citando una de las reflexiones que el paciente verbalizó en una de las consultas: «Estáis curando el covid, pero a los demás nos están matando en vida...».

RECIBIDO: 17/8/2022; ACEPTADO: 20/10/2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.ª edición. Oxford: Elsevier; 2020.
- CABRERA, G. «El modelo transteórico del comportamiento en salud». *Revista facultad nacional de salud pública* [Internet]. 2000 [Consultado el 5/11/2021]; 18(2). Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>.
- CARO-BAUTISTA, J., MORILLA-HERRERA, J.C., VILLA-ESTRADA, F., CUEVAS-FERNÁNDEZ-GALLEGO, M., LUPIÁÑEZ-PÉREZ, I. y MORALES-ASENCIO, J.M. «Adaptación cultural al español y validación psicométrica del summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2». *Atención Primaria* [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]; 48(7). Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005>.
- CDC. TODO ACERCA DE LA A1C. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada [Internet] 2019. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/a1c.html>.
- CENTRE FOR ADDICTION & MENTAL HEALTH (CAMH) OF TORONTO. Obesity awareness and insight scale [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <http://illnessawarenessscales.com/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/index.html>.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CLÍNICA. Calculadora de dietas. composición de alimentos [Internet] 2010. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://calcdieta.ienva.org/composicion.php>.
- ELSELVIER. NNNConsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.
- GARCÍA, A.A., VILLAGOMEZ, E.T., BROWN, S.A., KOUZEKANANI, K. y HANIS, C.L. «The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire». *Diabetes care* [Internet] 2001 [Consultado el 5/11/2021]; 24(1). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>.
- JÁUREGUI LOBERA, I. y BOLAÑOS, P. «Spanish version of the irrational food beliefs scale». *Nutricion hospitalaria* [Internet] 2010 [Consultado el 6/11/2021]; 25(5). Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500026&lng=pt&tlng=en.
- LECUBE, A., MONEREO, S., RUBIO, M.A. *et al.* Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) Consenso 2016. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Posicionamiento Seedo [Internet] 2016. [Consultado el 4/11/2021] Disponible en <https://demo.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>.
- LEVEY, A.S., DE JONG, P.E., CORESH, J., EL NAHAS, M., ASTOR, B.C. *et al.* «The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report». *Kidney Int.* 2011;80(1):17-28. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21150873/>.
- MARTINS GIROTTO, P.C., DE LIMA SANTOS, A. y SILVA MARCON, S. «Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria». *Enfermería Global* [Internet] 2018 [Consultado el 5/11/2021]; 17(52). Disponible en <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>.
- MINISTERIO DE SANIDAD. Gobierno de España. Encuesta europea de salud en España 2020 [Internet]. 2020 [Consultado el 5/11/2021]. Disponible en <https://www.ine.es/ss/Satellite?c=I->

[NESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.](https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs1042/)

- OMS. Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas [Internet] 2021. [Consultado el 4/11/2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Obesidad [Internet]. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- PETEIRO, J. y BOUZAS-MOSQUERA, A. «El tiempo en subir 4 tramos de escaleras da información relevante sobre la capacidad funcional y resultados en una prueba de ejercicio». *Revista Española de Cardiología* [Internet] 2021, 74(4), 354-355. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.028>.
- PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.
- SANTOS-ROIG, M. de los, FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M., GUARDIA-ARCHILLA, T., RODRÍGUEZ-MORALES, S., MOLINA, A., CASARES, D., y RUIZ-GONZÁLEZ, I. «Efectos diferenciales de los programas de educación en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 37(2). Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200006>.
- UPTODATE. Medidas del colesterol y de los triglicéridos utilizadas en EE. UU. y en los demás países [Internet] 2022. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/es-419/image/print?imageKey=PI%2F76734>.
- VIDAL VADEMECUM Spain. Vademecum [Internet] [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/>.
- WELCH, G.W., JACOBSON, A. M. y POLONSKY, W.H. «The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility». *Diabetes Care* [Internet] 1997 [Consultado el 8/11/2021]; 20(5). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.20.5.760>.



TABLA 3. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y ANALÍTICOS					
DATOS ANTROPOMÉTRICOS		PERFIL LIPÍDICA		PERFIL GLUCÉMICO	
Peso	138 kg	Colesterol total	237 mg/dL	Glucemia basal	146 mg/Dl
Talla	1,73 m	Triglicéridos	589 mg/dl	HbA1C	9,05 %
IMC	46,1 (obesidad Grado III)	Colesterol HDL	29 mg/dl	Glucemia media estimada	213 mg/dl
Perímetro abdominal	135 cm	Colesterol LDL	171 mg/dl		
GLUCEMIAS DE UN DÍA TIPO (mg/dl)					
DESAYUNO		COMIDA		CENA	
<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
165	203	136	151	162	215
TA (MMHG)			ORINA		
150	70	<i>Proteínas</i>	+	<i>Cociente Albúmina-Creatinina</i>	564,19 mg/g crea (valores normales: 0-30)

TABLA 4. INTERRELACIONES NNN PARA 00311.- RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Tabla 4. 00311.- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, obesidad, y sedentarismo.

¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA DISPONIBLE DE ESTE DIAGNÓSTICO?

- Dieta que promueva la salud cardiovascular dentro del contexto de las preferencias culturales de un individuo.
- Ingesta reducida de sodio, pérdida de peso, dieta saludable y evitar el exceso de ingesta calórica.
- Educar sobre comorbilidades.
- Control glucémico.
- Reducir el estrés.
- Actividad física según la tolerancia.

NOC: 1914.- CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 3	Siempre demostrado 4
[191401] Reconoce los factores de riesgo personales de la enfermedad cardiovascular			✓	✓	
[191404] Controla la presión arterial	✓		✓		
[191406] Utiliza técnicas para reducir el estrés	✓	✓			
[191408] Sigue dieta cardiosaludable	✓		✓		
[191414] Utiliza la medicación según prescripción			✓	✓	
[191415] Hace ejercicio con regularidad	✓		✓		



NIC

5602.- ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, describiendo los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Explorar recursos/apoyos posibles.

4050.- MANEJO DEL RIESGO CARDÍACO

- Instruir al paciente y la familia sobre:
 - La modificación de los factores de riesgo cardíacos.
 - La realización de ejercicio con regularidad y de forma progresiva.
 - Las estrategias para llevar una dieta cardiosaludable.
 - Los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardíaco (p. ej., fármacos, monitorización de la presión arterial).
- Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.

TABLA 5.1. INTERRELACIONES NNN PARA 00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Tabla 5.1 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida

¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA SOBRE ESTE DIAGNÓSTICO?

- Evaluar exámenes de salud previos antes de implementar intervenciones de actividad física.
- Utilizar intervenciones basadas en la teoría.
- Técnicas de entrevistas motivacionales.
- Desarrollar un sistema de autocontrol.
- Reformular los deslices en la conducta de pérdida de peso como lapsos que no implican un regreso completo a comportamientos anteriores poco saludables.
- Animar a dormir de 7,5 a 8,5 horas todas las noches.

NOC: 1627.- CONDUCTA DE PÉRDIDA DE PESO

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[162704] Selecciona alimentos y líquidos nutritivos		✓		✓	
[162705] Controla la ración de alimentos		✓	✓		
[162706] Establece una rutina de ejercicio	✓		✓		
[162709] Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos			✓	✓	
[162722] Controla el peso corporal	✓		✓		

NIC

1280.- AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO

- Pesar al paciente semanalmente.
- Colocar indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
- Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.
- Fomentar el uso de sustitutos del azúcar.
- Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos.
- Enseñar a seleccionar los alimentos, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.

TABLA 5.2. INTERRELACIONES NNN PARA 00293.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Tabla 5.2 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida.

NOC: 1619.- AUTOCONTROL: DIABETES

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[161901] Acepta el diagnóstico			✓	✓	
[161903] Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies		✓		✓	
[161910] Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia			✓	✓	
[161913] Trata los síntomas de hipoglucemia		✓	✓		
[161929] Utiliza el procedimiento correcto para la administración de insulina		✓		✓	

NIC

4470.- AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas diana sobre su entorno social y ambiental.
- Animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido.

5603.- ENSEÑANZA: CUIDADOS DE LOS PIES

- Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.
- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos.
- Informar sobre la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- Recomendar el lavado diario de los pies y su posterior secado e hidratación.
- Describir los zapatos y calcetines adecuados.



2120.- MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA

- Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Ayudar al paciente a interpretar la glucemia y fomentar el autocontrol de la misma.
- Revisar los registros de glucemia con el paciente y la familia.
- Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.

2130.- MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA

- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento.
- Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.

TABLA 5.3. INTERRELACIONES NNN PARA 00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Tabla 5.3 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida.

NOC: 0004.- SUEÑO

	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
[404]		✓		✓	
Calidad del sueño	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
[421]		✓		✓	
Dificultad para conciliar el sueño					

NIC

1850.- MEJORAR EL SUEÑO

- Explicar la importancia de un sueño adecuado.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.
- Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.