



Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Sede La Palma

-

Plan de cuidados individualizado en un
paciente hipertenso en Atención Primaria

Trabajo Fin de Grado
30/ Mayo / 2018

-

Autor: José María Lozano Jimenez

Tutor: Jesús Manuel Quintero Febles

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte evitable en el mundo y nuestro país, la hipertensión arterial mal controlada supone el factor de riesgo más relevante para el desarrollo de complicaciones en los pacientes cardíacos, enfermería cumple un papel decisivo en la detección, prevención y manejo de estas, especialmente en Atención Primaria. Los planes de cuidados pueden ser una herramienta útil para apoyar el proceso enfermero en la práctica clínica contribuyendo a su calidad. Fue desarrollado un plan de cuidados individual para un paciente atendido en consulta de Centro de Salud, derivado por médico de familia para realizarle un lavado de oído, fue detectado un diagnóstico de hipertensión en la Historia Clínica, sin asistencia durante un año, la toma de tensión en consulta reflejó valores peligrosamente elevados, el paciente no presentaba síntomas salvo un ligero edema en miembros inferiores. Mediante la valoración de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA/NIC/NOC se obtuvieron varios diagnósticos de enfermería, entre los que destacaron usando el modelo AREA, gestión ineficaz, conocimientos deficientes y obesidad. Calculando la variación en los indicadores operativizados de los objetivos se aprecia un impacto positivo de las intervenciones en poco tiempo.

1.1) Palabras clave: Cuidados de enfermería en paciente cardíaco – Hipertensión arterial en atención primaria - Enfermería cardiológica - Factores de riesgo cardiovascular

1.2) Descriptores: Rehabilitación cardíaca – Enfermedades cardiovasculares – Prevención secundaria - Prevención terciaria

1.3) Abstract

Cardiovascular diseases are the leading cause of preventable death in the world and our country, poorly controlled hypertension is the most relevant risk factor for the development of complications in cardiac patients, nursing plays a decisive role in the detection, prevention and management of these, especially in Primary Care. Care plans can be a useful tool to support the nursing process in clinical practice, contributing to its quality. An individual care plan was developed for a patient attended in the Health Center, referred by a family doctor to perform an ear washing, a diagnosis of hypertension was detected in the Clinical History, without assistance for a year, the taking of Tension in consultation reflected dangerously high values, the patient had no symptoms except a slight edema in lower limbs. Through the assessment of 11 functional patterns of Marjory Gordon and the NANDA / NIC / NOC taxonomy, several nursing diagnoses were obtained, among which they highlighted using the AREA model, inefficient management, poor knowledge and obesity. By calculating the variation in the operationalized indicators of the objectives, a positive impact of the interventions can be seen in a short time.

Keywords: Nursing care in cardiac patient - hypertension in primary care - Cardiology nursing- cardiovascular risk factors

Descriptors: Cardiac rehabilitation - Cardiovascular diseases - Secondary prevention - Tertiary prevention

Índice

1. Introducción

1.1. Antecedentes.....	5-6
1.2. ¿Qué es la hipertensión?.....	6-7
1.3. Presentación del caso.....	8
1.4. Objetivo.....	8

2. Modelos teóricos

2.1. Proceso enfermero.....	8-11
2.2. Patrones funcionales de Marjory Gordon.....	11-13
2.3. Taxonomía NANDA.....	13-14
2.4. Modelo AREA.....	14
2.5. NOC.....	14-16
2.6. NIC.....	16-17

3. Desarrollo del plan de cuidados

3.1. Valoración.....	18-21
3.2. Diagnósticos.....	22-25
3.3. Planificación.....	25-32
3.4. Ejecución.....	32-33
3.5. Evaluación.....	33-35

4. Conclusiones.....35-37

5. Bibliografía.....37-39

6. Anexos..... 40-44

1.Introduccion

1.1) Antecedentes

Mientras en los siglos anteriores los principales problemas de salud a nivel global estaban relacionados con enfermedades contagiosas, guerras y escasez de recursos, los avances científicos y sociales han conseguido logros, como duplicar la esperanza de vida o erradicar enfermedades que llegaron a diezmar continentes enteros, a pesar de esto se siguen detectando diferencias importantes de salud en función de los recursos. (1)(2)

En la actualidad las enfermedades transmisibles han dado paso a una pandemia de enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares, que a día de hoy son las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, Europa y nuestro país. La hipertensión arterial es una de ellas y también se considera uno de los factores de riesgo más relevantes para sufrir otras vasculopatías y sus complicaciones, lo que relaciona estrechamente esta enfermedad con los principales problemas de salud sobre todo en los países más desarrollados. Añade importancia a este problema el hecho de que la mayoría de hipertensos no conocen que lo son, bien porque no presentan síntomas o porque no los relacionan con ella. (2) (3) (4) (5) (6) (7)

La repercusión de las enfermedades no transmisibles como obesidad, diabetes o hipertensión es más alta que nunca, esto podría atribuirse a la mayor de la esperanza de vida en la historia, pero también se incrementan los casos a edades cada vez más tempranas por lo que se deduce que están relacionadas con comportamientos insalubres, cada vez más frecuentes en sociedades que aún no saben gestionar la abundancia y viven más años. (5) (7) (8) (9) (10) (11) (12)

La situación obliga a replantear la naturaleza de asistencia sanitaria, ubicando el centro de cuidados en el propio paciente y su entorno, cambiando un modelo donde el paciente acude a que manejen su salud cuando tiene un problema, por una asistencia que intenta conseguir que todos los individuos se hagan responsables de su salud en la medida de lo posible y sean capaces de adoptar

conductas que les ayuden a evitar riesgos dentro de un entorno saludable, con enfermería como su principal medio para conseguirlo, esto es más importante si cabe en Atención Primaria donde la prevención y la atención a pacientes crónicos es frecuente (3) (13) (14) (Anexo 1)

A la vez que evoluciona la población, lo hacen sus requisitos de cuidados, y enfermería debe por tanto actualizar su forma de satisfacerlas, adaptándose a este cambio usando estrategias con enfoque humanizado científico, holístico, multidisciplinar y continuo para determinar y mejorar las respuestas humanas respecto a la salud y la enfermedad. (13) (14)

La metodología científica y los marcos teóricos que la estructuran y fundamentan, son fruto del desarrollo profesional y científico a la vez que contribuyen a ellos. Aplicar el proceso enfermero basado en modelos y los instrumentos en los que se apoyan, como el plan de cuidados o el lenguaje estandarizado, es la mejor forma de llevar el método científico a la práctica clínica, lo que posiciona al enfermero como principal nexo entre los cuidados y la ciencia. Los planes de cuidado surgen como herramienta para garantizar la calidad de la asistencia mediante su protocolización, recogiendo la valoración, la propuesta de atención y el seguimiento, estandarizan sus actos respecto a determinados procesos relacionándolos con los casos relacionados, mejoran la gestión y promueven la participación del paciente. (14) (15) (16) (17) (18)

En definitiva, el plan de cuidados junto con el lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC pueden ser instrumentos para mejorar el abordaje de todos los pacientes, especialmente de los que requieren una continuidad de cuidados a largo plazo, mejorando el nivel de autogestión del paciente durante la atención, por lo que son útiles para casos de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial en ámbitos como Atención Primaria. (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25)

1.2) ¿Qué es la Hipertensión?

La hipertensión arterial es una enfermedad que consiste en una elevación permanente de los valores de tensión igual o superior a 140/90 mmhg, estos

miden la relación entre la fuerza de bombeo del corazón y la resistencia de las arterias y su elevación incluso en grados mínimos aumenta el riesgo de complicaciones. (7) (10) (11)

Según su origen puede ser primaria, causa desconocida, o secundaria, causa conocida y origen diverso, su fisiopatología está relacionada con varios factores, el aumento en la resistencia a la insulina, la disminución de la vasodilatación periférica, alteraciones en el sistema nervioso simpático y el autónomo, alteración sistema renina-angiotensina-aldosterona. problemas renales con el sodio, cambios estructurales y funcionales del sistema cardiovascular como las placas de aterosclerosis. Se identifican varios factores de riesgo como genética, raza, sexo, socioeconómicos, peso, sedentarismo, alcoholismo, hipercolesterolemia y tabaquismo. (18)

Se trata de la condición perjudicial para la salud que afecta a más adultos en todo el mundo, su escasez de síntomas unido al daño que produce a multitud de órganos o sistemas han hecho que le clasifiquen como “asesino silencioso”. Se puede controlar en muchos casos con medidas no farmacológicas, como el control del peso, la dieta y la actividad física. (11) (12) (18) (22)

Su prevalencia en España es alta y va en aumento, aun hay muchos casos sin diagnosticar, principalmente por que a menudo no presenta sintomatología, enfermería cumple un rol importante ayudando a la prevención de riesgos, detección de casos y autocontrol de la enfermedad, las complicaciones y el estilo de vida. (7) (10) (19) (21) (22) (23)

Afecta a todos los órganos y sistemas a largo plazo, pero sus efectos sobre el corazón son los más peligrosos. Se ha demostrado que su control reduce la mortalidad y el riesgo de eventos cardiovasculares.

Las nefropatías y retinopatías son otras de las consecuencias de la hipertensión no controlada, que a menudo derivan en insuficiencia renal crónica y problemas de vista como la ceguera. (7) (10) (11) (18) (22)

1.3) Presentación del caso

Varón de 85 años, derivado por médico de familia para lavado de oídos por tapón de cerumen que causaba hipoacusia derecha, a raíz de esto se detecta cambio de cupo reciente y que llevaba sin acudir a consulta durante un año, presenta diagnóstico de y varios factores de riesgo, después del lavado de oídos se procedió a una entrevista donde se averiguó que llevaba prácticamente un año sin tomar la medicación ni seguir las indicaciones terapéuticas, el paciente refiere pensar que tomando la medicación hasta que termine la caja se curaría, se monitorizaron signos vitales donde se observó una crisis hipertensiva con unas cifras de 192/98 mmhg, totalmente asintomático.

1.4) Objetivo

Realizar un plan de cuidados individualizado para un paciente hipertenso en el ámbito de Atención Primaria.

2. Modelos teóricos

2.1) Proceso enfermero

Surge entre los años 50 y 60, cuando empieza a verse la actividad de enfermería como un proceso más que como acciones aisladas, y ha llegado a considerarse su uso como una responsabilidad profesional.

Es una herramienta para gestionar los cuidados de forma metodológica, sistemática y estandarizada mejorando su calidad, centrado en el logro de resultados basado en marcos científicos.

Divide la atención en cinco fases, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Los marcos teóricos en los que se basa hacen referencia al enfoque en forma de modelo sobre el que se construye el pensamiento, a menudo influido por experiencias o creencias que para nosotros tienen valor y que nos hacen organizar nuestra forma de pensar y hacer sobre el paciente, por esto, es importante que los enfermeros sepan que marco están utilizando con el paciente y utilicen modelos ampliamente aceptados de forma imparcial. (14) (15) (16) (17)

2.1.1 Valoración

La valoración es el punto de partida del proceso enfermero, por lo tanto, determina en gran medida las posibilidades de las fases que derivan de ella, su fin es reunir, verificar e interpretar la máxima cantidad de información posible a cerca del estado de salud del individuo, buscando signos de funcionamiento anormal, factores de riesgo y capacidades, la información se obtiene tanto del paciente, mediante entrevista, observación y exploración, como de su historia clínica y entorno cercano.

Es un proceso continuo, organizado, individualizado, sistemático y deliberado que se tiene que aplicar en todas las fases del proceso enfermero y es necesario que la información que extrae sea útil, completa, ordenada, clasificada y orientada a las posibilidades.

La agrupación sistemática de los datos mas relevantes y relacionados entre sí identificándolos en base a un modelo contribuye a detectar los problemas y grados de dependencia sobre los que planificar los cuidados.

2.1.2 Diagnostico

Se trata de utilizar el juicio crítico de una forma dinámica para detectar las respuestas y riesgos detectados para priorizar de una forma sistemática y organizada la toma de decisiones, dando significado a los datos clínicos recogidos en la valoración. Mediante una reflexión de la relación entre los factores relacionados con la situación, se expresan las necesidades de cuidado, en definitiva, es la justificación de la asistencia de enfermería.

Identificar los problemas que necesitan ser resueltos por el plan de cuidados a partir de la información clave extraída en la valoración permite obtener:

-Diagnósticos de enfermería: Síntesis del juicio que enfermería hace sobre la situación en la que identifica actividades que deben ser realizadas por ella con total control, autonomía y responsabilidad, su función es ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de necesidades básicas

-Problemas interdependientes: Complicaciones que requieren a enfermería realizar actividades básicas para el paciente por indicación de otro profesional

-Problemas de autonomía. El individuo es incapaz de satisfacer sus necesidades, enfermería las realiza por el o capacita a un agente de autonomía asistida, no están causados por falta de voluntad o conocimiento.

2.1.3 Planificación

En ella se establece la prioridad de los problemas, los objetivos en forma de resultados, las intervenciones con sus actividades asociadas y se registra el plan de cuidados. Se consideran prioritarios los problemas que amenazan la vida, los considerados prioritarios por el paciente y su entorno, los que contribuyen a la aparición de otros problemas, problemas de enfermería y problemas multidisciplinares.

Los objetivos deben estar expresados en forma de conducta observable en el paciente y dirigir la actividad de enfermería.

Las intervenciones buscan prevenir, disminuir o eliminar los problemas encontrados en la fase diagnóstica, los objetivos son las respuestas esperadas del paciente gracias a las intervenciones de enfermería y las actividades son la forma de ayudar a este a dar esas respuestas, son dependientes por lo que su planificación está ligada, las intervenciones están determinadas por las metas que persiguen, deben ser claras, medibles y adaptadas al estado del paciente, valorando las posibles transiciones del paciente hasta los avances esperados, actuando sobre los factores relacionados en diagnósticos reales y factores de riesgo para los diagnósticos de riesgo.

El registro del plan de cuidados establece las bases para la evaluación de progresos, siendo clave para la planificación y continuidad de los cuidados facilitando la comunicación entre profesionales

2.1.4 Ejecución

En esta fase se ponen en práctica las actividades que se planificaron, intentando seguir las pautas y el orden previsto, requiere de una preparación que permita determinar si el plan de cuidados es adecuado, valorar si el paciente va a poder realizarlo, reunir los recursos y entorno necesarios, después de comprobar esto se ejecutan las actividades evaluando continuamente la respuesta del paciente a las mismas y que el plan sigue siendo válido, por último se registran esas intervenciones y respuestas.

2.1.5 Evaluación

Se aplica a las cuatro fases anteriores del proceso, buscando algo concreto en cada una:

-Valoración. Datos suficientes y correctos para elegir el diagnóstico de enfermería

-Diagnóstica. El diagnóstico es adecuado

-Planificación. Los objetivos e intervenciones son alcanzables

-Ejecución Las respuestas del individuo y basado en ellas decidir la continuidad y términos de esta del plan de cuidados,

En esta etapa se determina el grado en que el paciente ha conseguido cambiar la situación inicial gracias a la acción de enfermería, midiendo el logro de los objetivos se determina en que grado se ha cumplido su propósito. (15) (16) (25)

2.2) Valoración por Patrones funcionales

Existen varias formas de valoración dependiendo del modelo enfermero, pero todas se centran en buscar, identificar, problemas, percepciones y actitudes del paciente frente a la salud, la enfermedad y los procesos vitales, estructurando una visión holística de su salud que permita llegar a los diagnósticos enfermeros, por lo que comparte la finalidad del resto de formas de valoración.

Su particularidad es que aporta algunas ventajas por su forma de organización que se realiza en base a 11 áreas con importancia sobre la salud interactivas e independientes, estas son llamadas patrones funcionales, y fueron definidos por Marjory Gordon como comportamientos bastante comunes que contribuyen a la salud, calidad de vida y potencial humano dándose secuencialmente en el tiempo.

Este sistema de valoración es independiente de la edad, nivel de cuidados o patología del paciente y está relacionada con la clasificación por dominios de la NANDA facilitando la fase diagnóstica.

Los patrones deben entenderse como una división artificial del funcionamiento humano por lo que obligatoriamente están relacionados hasta el punto de que algunos comparten información, que no deberá ser recogida en ambos. Esta información debe obtenerse de la forma mas imparcial posible, sin asignar juicios de valor personales como bueno o malo.

Los patrones considerados funcionales, son los que demuestran un funcionamiento adecuado, los disfuncionales o potencialmente disfuncionales son los que presentan alguna alteración o tienen riesgo de sufrirla, no siendo lo correspondido o esperado para una persona en esa situación con una salud plena.

1. Percepción / Manejo de la salud:
Como percibe y maneja lo referente al mantenimiento o recuperación de la salud, incluye adherencia y medidas preventivas
2. Nutricional / Metabólico
Consumo de líquidos y alimentos en base a sus necesidades, horarios de comida, suplementos, problemas en la ingesta, altura, temperatura, peso, condiciones de piel, mucosa y membranas.
3. Eliminación
Funciones excretoras urinarias, intestinal y dérmica.
4. Actividad
Plan de ejercicio, actividad, tiempo libre y de recreo, requerimientos energéticos y capacidad funcional.
5. Sueño / Descanso
Capacidad de dormir, descansar y relajarse, percepción de la calidad del sueño y nivel de energía, ayudas para dormir.
6. Cognitivo / Perceptivo
Conciencia de la realidad, funcionalidad de órganos sensoriales, compensación o prótesis, percepción y tratamiento del dolor, lenguaje y ayudas a la comunicación, memoria, juicio, comprensión de ideas y toma de decisiones.
7. Auto percepción / Autoconcepto
Actitudes a cerca de uno mismo, percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas, imagen corporal y social, identidad, valía, patrón emocional, postura corporal y movimiento, contacto visual, patrón de voz y conversación
8. Rol relaciones
Relación con las demás personas, rol en familia y sociedad, responsabilidad en su situación, satisfacción en familia trabajo y relaciones sociales.

9. Sexualidad / Reproducción

Satisfacción sexual, alteración en sexualidad o relaciones sexuales, seguridad durante las mismas, patrón reproductivo, premenopausia y postmenopausia, problemas percibidos por la persona.

10. Tolerancia / Manejo del estrés

Respuestas habituales ante situaciones que le estresan, capacidad de aceptación y adaptación al cambio, soporte individual y familiar del individuo, percepción de habilidades para controlar el estrés.

11. Valores y creencias

Consideraciones personales del bien, mal, lo bueno y lo malo, percepción de lo importante en la vida, percepciones de conflicto en valores o expectativas de salud, decisiones propias a cerca de tratamiento, prioridades en salud, vida o muerte y las prácticas religiosas. (26) (27)

2.3) Taxonomía NANDA

Es un lenguaje de diagnóstico universalmente organizado, surge cuando la escuela de enfermería de Saint Louis detecto la necesidad de trabajar de una forma más formal en la clasificación y desarrollo de los diagnósticos de enfermería, así que organizaron junto con la Asociación Americana de Enfermería (ANA) la conferencia de clasificación de diagnósticos enfermeros, a partir de estas reuniones surge en 1982 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que posteriormente pasó a ser internacional, el fin del lenguaje estandarizado es universalizar conceptos para aplicarlos a la práctica clínica, la investigación y la educación, también contribuye a los sistemas de información de enfermería.

NANDA permite clasificar ideas creadas por enfermería para explicar observaciones clínicas que cuentan con bases teóricas precisas siguiendo un proceso donde se recoge, analiza, agrupa e interpreta para ubicarla en una etiqueta como problema de salud que representa la mayoría de datos relevantes. Los diagnósticos pueden ser reales, si ya existen, y potenciales, si tienen probabilidades de aparecer, y se enuncian comenzando por el nombre o etiqueta y colocando a continuación los factores relacionados y manifestaciones para los reales y solo los factores relacionados en el caso de los potenciales

En la actualidad se utiliza la versión NANDA-I (2015-2017) que cuenta con 235 diagnósticos vigentes, 13 Dominios y 46 Clases. (28) (29) (30) (31)

2.4 Modelo AREA

El modelo AREA es una herramienta para aplicar el marco teórico a la práctica clínica para ayudar a que el proceso enfermero sea operativo. En este caso la naturaleza limitada de los recursos, especialmente el tiempo, hace imprescindible priorizar correctamente su uso, y para esto es importante cribar los diagnósticos eligiendo los más determinantes en función de su relación con el resto de diagnósticos y el elemento central, mediante la creación de una red de razonamiento lógica para el juicio clínico en forma gráfica, que a pesar de estar presente en todas las actuaciones enfermeras no siempre es visible.

A través de esta red se pueden detectar cosas que no se aprecian de forma consciente porque determinar las relaciones implica analizar al individuo en todas sus dimensiones.

La detección del problema principal se basa en analizar la red lógica para determinar cual cuenta con un número mayor de relaciones, a veces varios coinciden en la cantidad de relaciones, siendo probable que queden incluidos dentro de otro con el mismo número.

En conclusión, sirve de apoyo al trabajo intelectual facilitando la detección del problema principal contribuyendo al juicio clínico para la emisión del diagnóstico de enfermería. Se considera juicio clínico al proceso de pensamiento reflexivo, concurrente, crítico, sistemático y complejo relacionado con la práctica de enfermería, utilizado para enmarcar la situación del paciente en su transición desde el estado actual hacia los resultados del objetivo esperado. (32)

2.5 Nursing Outcomes Classification (NOC)

La clasificación de resultados de enfermería (NOC) permite identificar, definir, validar y clasificar los resultados del cuidado enfermero convirtiéndose en uno de los lenguajes estandarizados más utilizados actualmente, este surge en 1987 en la universidad de Iowa como complemento a NANDA y NIC para la mejora del proceso enfermero, cuantificando el estado del paciente antes y después de las

intervenciones y monitorizar el progreso, o dicho de otra forma, transforma el problema (NANDA) en un resultado en forma de estado diana en el paciente (NOC), midiendo el avance hasta ese estado usando indicadores.

Los resultados incluyen, una etiqueta de identificación, una definición, un grupo de indicadores que describen estados, y percepciones o conductas relacionadas con el resultado, en la 5ª edición de esta clasificación se incluyen 490 resultados enfermeros vigentes.

2.5.1 Indicadores para medir objetivos

Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que mide conductas, percepciones o estados que guardan relación con el resultado, estos están expresados en una escala de 5 puntos tipo Likert en la que el número más bajo corresponde con el estado menos deseado y el 5 con el más deseable.

Estos indicadores son la forma de medir los avances en los pacientes fruto de las intervenciones, es necesario determinar una puntuación diana para los resultados antes de comenzar las intervenciones, las puntuaciones no siempre dependen de la posibilidad de mejora ya que a veces son usadas para medir el mantenimiento de una condición.

Para facilitar el uso de los NOC se seleccionan indicadores con puntuaciones que se puedan interpretar como resultado para determinar el estado del paciente, para esto, los indicadores y sus puntuaciones deberán estar adaptados a las características propias del caso, escogiendo los que midan las variables más relevantes para la evaluación del objetivo, y posteriormente operativizando esos indicadores para hacerlo más específico.

La finalidad de operativizar los indicadores es sensibilizar y delimitar mejor el rango que cada uno abarca y por lo tanto mejorar la efectividad de su uso y el de objetivos dentro del proceso enfermero aportando resultados más completos. Esto se realiza asignando a los puntos de la escala del indicador características relevantes para averiguar si se consiguen resultados acordes con las necesidades del paciente y al tipo de escala que se usa, así por ejemplo las conductas se miden con una escala de demostración y de nada serviría utilizar la escala de gravedad, en resumen, definir cada puntuación para hacerla más objetiva y específica.

Se aprecia que los indicadores seleccionados son más útiles para la evaluación del paciente si se relacionan las puntuaciones con las de una persona sana de su sexo y edad. (33)

2.6 Nursing Interventions Classification(NIC)

Con el propósito de ordenar las actuaciones de enfermería en grupos y asignarles nombres bajo la etiqueta de intervenciones, ofreciendo lenguaje configurado de forma consensuada para estas intervenciones. Las intervenciones son la forma de conseguir la transición entre el estado actual del paciente y el resultado esperado, en la actualidad recoge 554 intervenciones.

Esta forma de lenguaje estandarizado se utiliza para comunicar información común en casos diferentes facilitando la elección de la intervención correcta, ayudando a cribar y priorizar las intervenciones puesto que normalmente no se pueden realizar todas las que serían recomendables.

La NIC es por tanto útil en si misma, pero mas aun cuando se asocia con otras clasificaciones y es que cuando se utilice el lenguaje estandarizado de forma normalizada se podrá evaluar la efectividad de los cuidados brindados en múltiples situaciones por distintos profesionales de enfermería

Esta clasificación se caracteriza por ser:

-Completa. Abarca toda la gama de intervenciones desde la practica general hasta las especialidades

-Basada en la investigación. Enfocada por métodos múltiples que incluyen, análisis del contenido, cuestionario de ensayo para expertos, revisión de grupos de enfoque, análisis de similitudes o agrupación jerárquica entre otros.

-Desarrollo inductivo basado en la práctica. Las fuentes incluyen libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de cuidados de la práctica clínica apoyados por preparación técnica.

-Refleja la práctica e investigación actuales. Van acompañadas de una bibliografía que apoya la intervención y todas han sido revisadas por expertos

-Organización sencilla. Campos, clases, intervenciones y actividades, se han definido y codificado numéricamente.

-Lenguaje claro y con significado clínico: Se ha seleccionado el más útil para la práctica clínica

-Establece un proceso y estructura de mejora continuas. El compromiso con el proyecto esta evidenciado por años de trabajo y continua implicación

-Probada en campo. Su implantación se ha estudiado en cinco ámbitos que representan las distintas situaciones donde se realizan cuidados de enfermería, muchos centros clínicos y educativos ya lo ponen en práctica.

-Accesible gracias al número de publicaciones. La revisión de libros y artículos, así como de publicaciones realizadas a cerca de su uso destacan su importancia.

-Relacionadas con NANDA y NOC. Existe bibliografía que analiza esta relación, así como los problemas del Omaha System, los RAP de cuidados a largo plazo y el OASIS para asistencia domiciliaria.

-Reconocimiento internacional. Numerosas asociaciones respaldan su uso como clasificación que puede utilizarse para cumplir la norma de datos uniformes.

-Mismo origen que NOC. Se desarrollaron en Iowa y ambas están en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

-Incluidas en sistemas de información clínica de programas. En los sistemas de registro multidisciplinar y sistemas informáticos centrado tanto en entornos hospitalarios como comunitarios.

-Traducida a varios idiomas. Aunque se desarrolló para ser aplicada en Estados Unidos, actualmente esta traducida o traduciéndose al alemán, chino, coreano, francés, holandés, islandés, japonés y portugués. (34)

3.Desarrollo del plan de cuidados

3.1) Valoración por patrones funcionales

1. Mantenimiento / Percepción de la salud

- 1) Antecedentes personales de interés
 - Hipertensión Arterial.
 - Dislipemia
 - Obesidad grado II
 - Sin diagnóstico de diabetes, pero si algunas tomas de glucemia basales y aleatorias elevadas
 - Edemas en MMII
 - Insuficiencia venosa periférica
 - Persona mayor de riesgo
 - Neumonía
- 2) Antecedentes familiares
 - HTA
 - Dislipemia
 - IAM
 - ACV
 - Neoplasia benigna
- 3) Tratamiento farmacológico domiciliario
 - Diosmina 450mg (1-0-1)
 - Ramipril 5mg (1-0-0)
 - Hidroclorotiazida 25mg (1-0-0)
- 4) Percepción subjetiva de salud: Regular
- 5) Manejo-Mantenimiento de salud: Regular
- 6) Adherencia terapéutica: Ninguna
- 7) Vacunación: Completa
- 8) Alergias: N/C
- 9) Hábitos tóxicos:
 - Exfumador: Hace más de 10 años – 20 cigarrillos/día
 - Bebedor moderado de alcohol: 1 vaso de vino en comida y cena
- 10) Ingresos último año: 0
- 11) Accidentes de tráfico: 0
- 12) Operaciones quirúrgicas: 0
- 13) Conocimientos: Inadecuados
- 14) Aceptación de la enfermedad crónica: Totalmente aceptada dentro del obvio desconocimiento de la misma
- 15) Motivación – disposición para cambio de conducta: El paciente refiere y buena motivación para seguir plan terapéutico
- 16) Capacidades y habilidades personales: Adecuadas psíquica y mentalmente, nivel de estudios bajo (leer y escribir), círculo social no muy numeroso y con las mismas capacidades que el paciente.
- 17) Sintomatología: Refiere no tener dolores de cabeza ni mareos de forma frecuente, tampoco sufre catarros o gripes normalmente
- 18) Escalas
 - (1) Cuestionario batalla (Anexo 2)
 - (2) Test Morisky-Green (Anexo 3)
 - (3) Haynes y Sackett (Anexo 4)

2. Nutricional – Metabólico

- 1) Medidas antropométricas
 - Talla: 165cms
 - Peso: 99kgs
 - IMC: 36.4 – Obesidad grado II
- 2) Refiere no tener cambios de peso recientemente
- 3) Valoración de hábitos alimentarios: Parcialmente adecuada
- 4) Comidas al día: 3
- 5) Incluye todos los grupos de alimentos: Si
- 6) Legumbres/Arroz mínimo 1 vez por semana: Si
- 7) Frutas y verduras a diario: Si
- 8) Pica entre horas: No
- 9) Alterna huevos, carne y pescado a lo largo de la semana: Si
- 10) Dieta adaptada a HTA-Dislipemia: No
- 11) Apetito: Alto

- 12) Ingesta adaptada a gasto: No, superior
- 13) Ingesta de líquidos: Refiere beber agua a menudo
- 14) Mucosa oral: Buen estado, sin prótesis
- 15) Dificultad para tragar-masticar: No
- 16) Nauseas-vómitos o pirosis: No
- 17) Intolerancias-Inapetencias-Alergias: Ninguna
- 18) Suplementos: No toma
- 19) Dependencia para alimentarse: Ninguna
- 20) Valoración de la piel
- 21) Fragilidad: No
- 22) Hidratación: Correcta
- 23) Prurito: No
- 24) Edema: Leve en MMII
- 25) Lesiones: No
- 26) Coloración: Habitual
- 27) Abscesos: No
- 28) Lipomas: No
- 29) Nevus: No
- 30) Verrugas: No
- 31) Manchas: Hiperpigmentación propia de la edad en MMSS
- 32) Patologías: No
- 33) Glucemia aleatoria (Consulta): 161 mg/dl
- 34) Isquemia: Leve en MMII a causa de insuficiencia venosa profunda, pulsos periféricos normales, edemas en MMII
- 35) Última analítica
 - Glucemia basal: 112 mg/dl
 - Colesterol total: 268 mg/dl
 - LDL: 176 mg/dl
 - HDL: 48 mg/dl
 - Triglicéridos: 224 mg/dl

3. Eliminación

- 1) Micciones: 3-4/día, volumen, coloración y olor habituales, sin dolor ni dificultad
- 2) Deposiciones: 1/día, contenido normal
- 3) Dispositivos de ayuda: No necesita
- 4) Incontinencia: No
- 5) Cutánea: Sudoración normal

4. Actividad / Reposo

- 1) Datos analíticos y exploración
 - TA: 192/98 mmhg
 - FC: 74lpm
- 2) Patrón de ejercicio: Caminar y ABDV
- 3) Tipo, cantidad, calidad del ejercicio: Paseo dos veces al día a ritmo suave durante una hora
- 4) Actividad física: Ligera pero adecuada
- 5) Actividad profesional: Ganadero-agricultor jubilado
- 6) Tiempo libre-recreo: Pasear, comer o jugar al dominó con amigos
- 7) Requerimientos energéticos: Actividad ligera-Varón 85 años-99kg= 1800Kcal/día
- 8) Capacidad funcional: Adecuada
- 9) ABDV
 - a. Higiene: Independiente-Adecuada
 - b. Alimentación: Independiente-Superior a necesidades y no adaptada a régimen terapéutico
- c. Vestimenta y calzado: Independiente-Adecuada
- 10) Valoración respiratoria
 - Antecedentes patología respiratoria: Neumonía, hace 4 años, se resolvió sin problema.
 - Ambiente laboral/domestico: Adecuado
 - Disnea: No
 - Tolerancia a esfuerzo: Buena para ABVD
 - Tos nocturna: No
 - Expectoración: No
- 11) Valoración de la movilidad
 - 12) -Debilidad: No
 - 13) -Cansancio: No
- 14) (Anexo 5) Evaluación riesgo cardiovascular

5. Sueño / Descanso

- 1) Dormir, descansar, relajarse: Adecuado
- 2) Percepción calidad-cantidad del sueño: Adecuada
- 3) Percepción nivel de energía: Adecuado
- 4) Ayudas para dormir: No necesita

6. Cognitivo / Perceptual

- 1) Nivel de conciencia: Alerta
- 2) Orientación temporal-espacial-personal: Adecuada
- 3) Órganos de los sentidos: Ligera hipoacusia bilateral por tapón de cerumen
- 4) Prótesis: Ninguna
- 5) Lenguaje: Adecuado
- 6) Comprensión: Adecuada
- 7) Memoria: Adecuada
- 8) Depresión: No
- 9) Ansiedad: No
- 10) Irritabilidad: No

7. Autoconcepto

- 1) Percepción de sí mismo: Adecuada
- 2) Actitudes hacia uno: Adecuadas
- 3) Percepción de capacidades físicas, funcionales, cognitivas y afectivas: Adecuada
- 4) Imagen corporal y social: Adecuada
- 5) Identidad: Adecuada
- 6) Postura y lenguaje corporal: Adecuado
- 7) Contacto visual, patrón de voz y comunicativo: Adecuado
- 8) Cambios frecuentes de ánimo: No

8. Relaciones

- 1) Rol interpersonal: Adecuado, refiere que no tiene problemas para relacionarse con nadie y útil entre los grupos que frecuenta y la sociedad
- 2) Rol en la familia: Refiere tener la familia en su país de origen y echarles de menos
- 3) Rol en la sociedad: Refiere sentirse integrado
- 4) Sensación de soledad: No
- 5) Satisfacción laboral, familiar y social: Adecuada

9. Sexualidad/Reproducción

- 1) Refiere sentirse satisfecho con su paternidad
- 2) Normalidad aparente

10. Afrontamiento / Tolerancia al estrés

- 1) Predisposición a cambios: Adecuada
- 2) Sensación de frustración: Poco frecuente, bien manejada
- 3) Manejo del estrés: Adecuado
- 4) Método más elegido para manejo del estrés: Autocontrol de los pensamientos, consultarlo con amigos
- 5) Recursos de apoyo: No dispone de familia cercana, pero sí de amigos y vecinos que refiere le ayudan cuando lo necesita

11. Valores / Creencias

- 1) Creyente, no practicante, refiere no dar mucha importancia a la religión
- 2) Considera importante: Salud, necesidades básicas cubiertas, entorno colaborativo.
- 3) Objetivos vitales: Mantenimiento de salud, disfrutar de la vida

3.2) Diagnóstico

1. Mantenimiento / Percepción de la salud

- a. [00078] Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico manifestado por decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud
- b. [00079] Incumplimiento r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico manifestado por conducta de no adherencia
- c. [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud r/c conocimientos insuficientes manifestado por conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud
- d. [00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud manifestado por su deseo de mejorar la gestión de la enfermedad
- e. [00228] Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión
- f. [00257] Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano r/c edad <70 años, enfermedad crónica, obesidad, malnutrición, nivel de estudios bajo y vivir solo
- g. [00155] Riesgo de caídas r/c edad >65años, vivir solo, enfermedad vascular y tratamiento farmacológico

2. Nutricional – Metabólico

- a. [00232] Obesidad r/c tamaño de las raciones superior al recomendado manifestado por IMC>30kg/m²
- b. [00248] Riesgo de deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la circulación
- c. [00026] Exceso de volumen de líquidos r/c mecanismos de compensación comprometidos manifestados por edemas
- d. [00028] Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c agentes farmacológicos y mecanismos de regulación comprometidos
- e. [00200] Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca r/c hipertensión e hiperlipidemia

3. Eliminación

4. Actividad / Reposo

- a. [00094] Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas circulatorios
- b. [00182] Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por deseo de mejorar el

autocuidado

- c. [00201] Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c hipertensión e hipercolesterolemia
- d. [00202] Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz r/c enfermedad vascular y edad >60años
- e. [00203] Riesgo de perfusión renal ineficaz r/c hipertensión
- f. [00239] Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c antecedentes familiares, conocimientos insuficientes, hipertensión, obesidad y edad >65 años

5. Sueño / Descanso

6. Cognitivo / Perceptual

- a. [00126] Conocimientos deficientes r/c información insuficiente manifestado por conocimiento insuficiente
- b. [00161] Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por deseo de mejorar el aprendizaje
- c. [00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones manifestado por deseo de mejorar la comprensión del significado de las opciones
- d. [00199] Planificación ineficaz de las actividades r/c percepción no realista del acontecimiento manifestado por ausencia de un plan

7. Autoconcepto

- a. [00054] Riesgo de soledad r/c deprivación afectiva

8. Relaciones

- a. [00060] Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en los roles familiares manifestado por disminución de la disponibilidad del apoyo emocional.
- b. [00149] Riesgo de síndrome de estrés del traslado r/c traslado a un entorno nuevo

9. Sexualidad

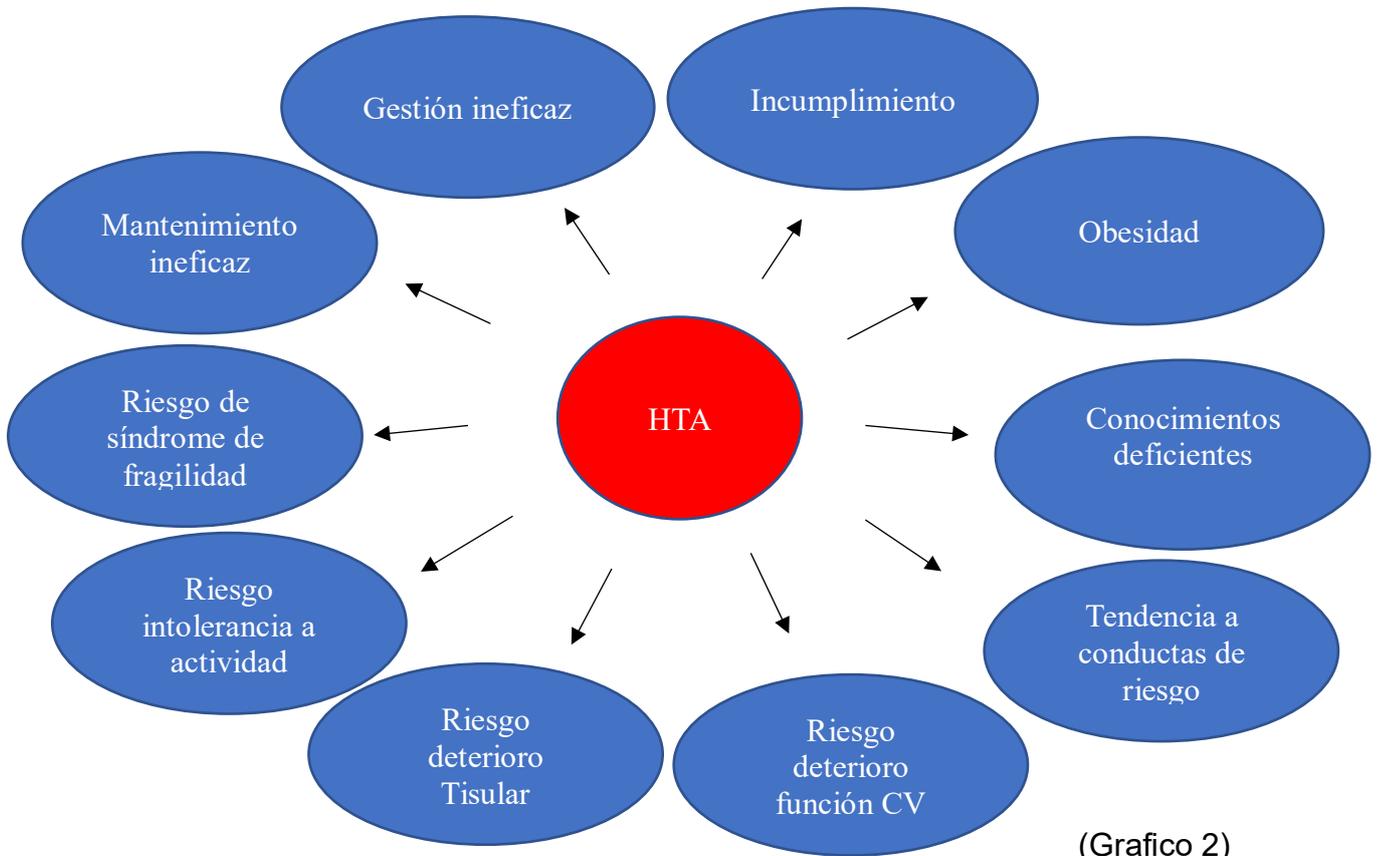
10. Afrontamiento / Tolerancia al estrés

- a. [00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c comprensión inadecuada manifestado por fracaso al emprender acciones que prevendrían la aparición de nuevos problemas de salud.

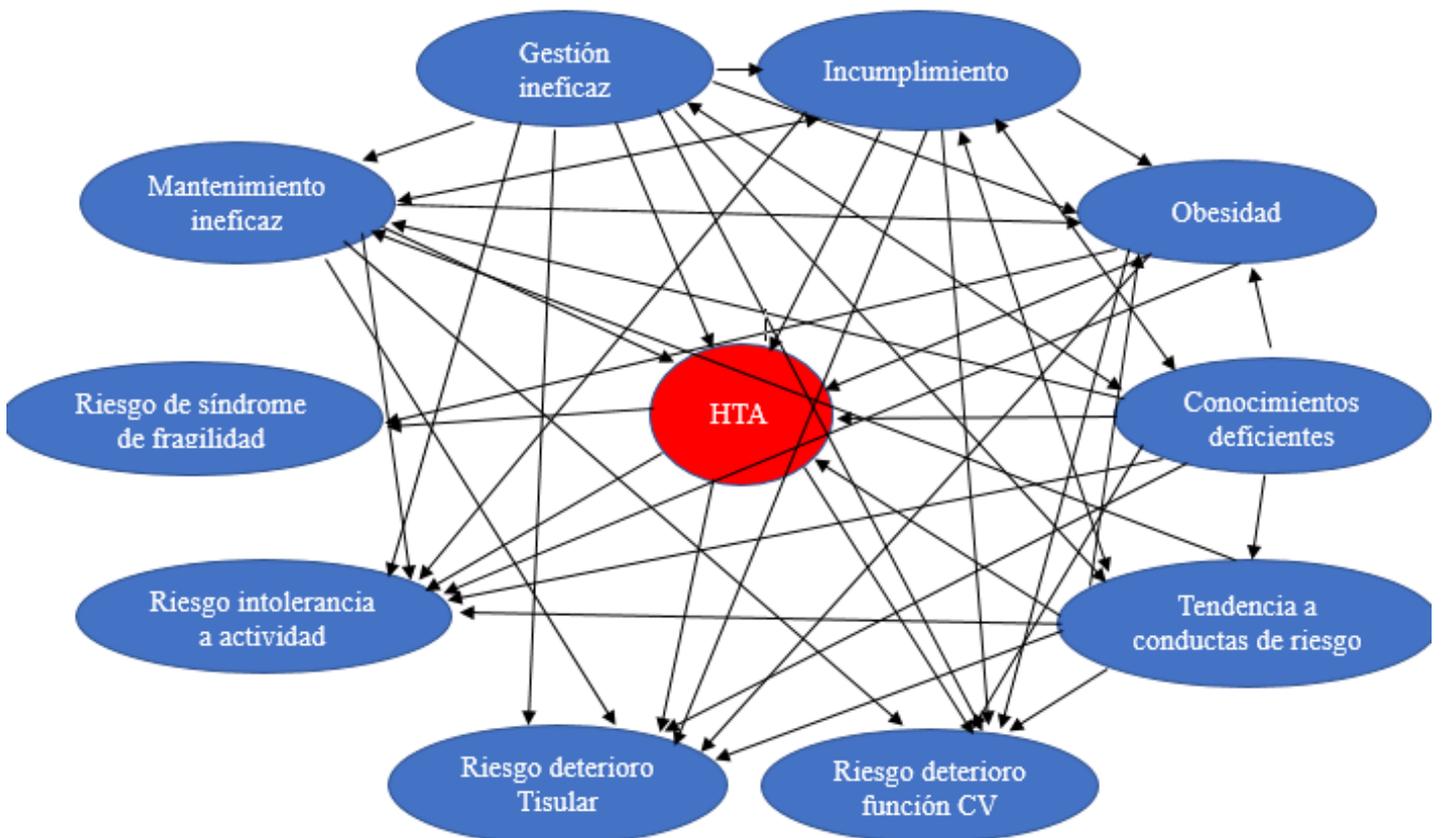
11. Valores / Creencias

3.2.2) Modelo AREA

(Grafico 1)



(Grafico 2)



En este caso observamos que los diagnósticos que cuentan con el mayor número de relaciones son gestión ineficaz (9-9), incumplimiento (9-7), obesidad (9-4) conocimientos deficientes (9-9), tendencia a adoptar conductas de riesgo (9-7) y mantenimiento ineficaz (9-5)

Se eligen gestión ineficaz, conocimientos deficientes y obesidad, también tienen relación entre sí por lo que se pueden trabajar de forma simultánea multiplicando el impacto, con ellos también se pueden repercutir en los diagnósticos no seleccionados.

(Tabla 1)

<p>[00078] Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico manifestado por decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud</p>	<p>Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos</p>	<p>-Dominio: 1 Promoción de la salud -Necesidad: 9 Evitar peligros / Seguridad -Clase: 2 Gestión de la salud -Patrón: 1 Percepción / Manejo de la salud</p>
<p>[00126] Conocimientos deficientes r/c información insuficiente manifestado por conocimiento insuficiente</p>	<p>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico</p>	<p>-Dominio: 5 Cognición / Percepción -Necesidad: 14 Aprender -Clase: 4 Cognición -Patrón: 6 cognitivo / Perceptivo</p>
<p>[00232] Obesidad r/c tamaño de las raciones superior al recomendado manifestado por IMC>30kg/m2</p>	<p>Problema en el cual el individuo acumula un excesivo nivel de grasa corporal que excede el sobrepeso</p>	<p>-Dominio: 2 Nutrición -Necesidad: 2 comer y beber -Clase: 1 Ingestión -Patrón: 2 Nutricional-Metabólico</p>

3.3) Planificación

1. [00078] Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico manifestado por decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud

(Tabla 2)

NOC: [3102] AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRONICA				
INDICADOR: [310207] Controla signos y síntomas de las complicaciones				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	Sufre complicaciones graves			
2 raramente demostrado	Sufre complicaciones leves múltiples y frecuentes			
3 a veces demostrado	Sufre complicaciones leves, aisladas pero frecuentes	●		
4 frecuentemente demostrado	Sufre complicaciones leves, aisladas y esporádicas			●
5 siempre demostrado	No sufre complicaciones		●	
NIC: [4040] Cuidados cardiacos				
ACTIVIDADES: Evaluar cualquier episodio de dolor torácico, valoración exhaustiva de circulación periférica, observar signos de bajo del gasto cardiaco, monitorizar el estado cardiovascular, evaluar arritmias				

(Tabla 3)

NOC: [3107] AUTOCONTROL: HIPERTENSION				
INDICADOR: [310701] Controla la presión arterial				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	No realiza tomas o lo hace de forma incorrecta	●		
2 raramente demostrado	Realiza tomas esporádicas			
3 a veces demostrado	Realiza menos de 5 tomas por semana			
4 frecuentemente demostrado	Realiza tomas sin patrón, pero a diario			
5 siempre demostrado	Realiza tomas correctamente 3 veces al día		●	●
NIC: [4050] Manejo del riesgo cardiaco				
ACTIVIDADES: Detectar si presenta conductas de riesgo de complicaciones cardiacas, identificar que el paciente esta preparado para el cambio, instruir sobre signos y síntomas de las complicaciones, instruir para que se monitorice la tensión arterial de forma rutinaria y con ejercicio, aconsejar ejercicio en función del factor de riesgo cardiaco, instruir en síntomas de compromiso que necesiten reposo				

(Tabla 4)

NOC: [1601] CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO				
INDICADOR: [160103] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	No lo realiza			
2 raramente demostrado	Lo sigue de forma arbitraria			
3 a veces demostrado	Lo sigue, pero tiene problemas frecuentes			
4 frecuentemente demostrado	Lo realiza, pero tiene problemas esporádicos			
5 siempre demostrado	Lo realiza correctamente (Seguimiento, medicación, toma de tensión, dieta, ejercicio y control del riesgo)			
NIC: [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo				
ACTIVIDADES: Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica y las conductas diana que han de ser cambiadas para conseguirlo, valorar el nivel de conocimiento y habilidades actual del paciente en relación con el cambio, valorar el ambiente social y físico para determinar el grado de apoyo de las conductas, explorar con el paciente barreras potenciales al cambio, identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio				

(Tabla 5)

NOC: [1600] CONDUCTA DE ADHESIÓN				
INDICADOR: [160010] Utiliza los servicios de atención sanitaria de forma congruente con las necesidades				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	No acude			
2 raramente demostrado	Acude cuando enferma			
3 a veces demostrado	Acude cuando empeora su estado			
4 frecuentemente demostrado	Olvida alguna cita			
5 siempre demostrado	Asiste a todas las citas			
NIC: [7400] Orientación en el sistema sanitario				
ACTIVIDADES: Explicar el servicio de cuidados, su funcionamiento y lo que puede esperar de él, ayudar a coordinar la asistencia y la comunicación, instruir sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada profesional, animar a consultar a otros profesionales según corresponda o solicitarlo por él, proporcionar instrucciones escritas, observar la adecuación al seguimiento de cuidados				

(Tabla 6)

NOC: [1606] PARTICIPACION EN DECISIONES SOBRE ASISTENCIA SANITARIA				
INDICADOR: [160606] Identifica prioridades de los resultados sanitarios				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	Delega totalmente	●		
2 raramente demostrado	Lo intenta, pero no es capaz			
3 a veces demostrado	Prioriza correctamente a corto plazo			
4 frecuentemente demostrado	Prioriza correctamente a largo plazo			●
5 siempre demostrado	Prioriza correctamente		●	
NIC: [5250] Apoyo en la toma de decisiones				
ACTIVIDADES: Determinar las diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sobre la afección, ayudar a identificar las ventajas e inconvenientes de las alternativas, facilitar la articulación de objetivos, incentivar la toma de decisiones en colaboración				

(Tabla 7)

NOC: [1902] CONTROL DEL RIESGO				
INDICADOR: [3102] Controla los factores de riesgo personales				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	No los conoce y se expone a varios	●		
2 raramente demostrado	Los conoce se expone a varios			
3 a veces demostrado	No los conoce, se expone a uno			
4 frecuentemente demostrado	Los conoce, se expone a uno			●
5 siempre demostrado	Los conoce y evita (Obesidad, sedentarismo, alcohol y tabaco)		●	
NIC: [6610] Identificación de riesgos				
ACTIVIDADES: Identificar riesgos biológicos, ambientales y conductuales y sus relaciones, identificar estrategias de afrontamiento típicas, determinar cumplimiento de terapias medicas y de enfermería, instruir sobre factores de riesgo y planificar disminución de mutuo acuerdo, planificar la monitorización y estrategias para reducción de riesgo				

2. [00126] Conocimientos deficientes r/c información insuficiente
manifestado por conocimiento insuficiente

(Tabla 8)

NOC: [1837] CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA HIPERTENSION				
INDICADOR: [183707] Importancia del tratamiento a largo plazo				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce en absoluto			
2 conocimiento escaso	Conoce relación con control enfermedad crónica			
3 conocimiento moderado	Conocimiento relación con enfermedad vascular			
4 conocimiento sustancial	Conoce relación con hipertensión			
5 conocimiento extenso	Conoce relación con complicaciones			
NIC: [5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad				
ACTIVIDADES: Evaluar el nivel de conocimientos sobre el proceso, escribir signos y síntomas, describir el proceso de la enfermedad, identificar etiologías posibles, identificar cambios en el estado de salud del paciente, comentar cambios en el estilo de vida para evitar posibles complicaciones, reforzar la información suministrada por otros miembros				

(Tabla 9)

NOC: [1802] CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA				
INDICADOR: [180201] Dieta prescrita				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce en absoluto			
2 conocimiento escaso	Conoce dieta saludable			
3 conocimiento moderado	Conoce dieta para hipertensión			
4 conocimiento sustancial	Conoce dieta para obesidad			
5 conocimiento extenso	Conoce dieta para dislipemia			
NIC: [5614] Enseñanza: dieta prescrita				
ACTIVIDADES: Evaluar el nivel de conocimientos, indicar el nombre y propósito de la dieta, informar del tiempo que debe seguirla, simplificar la información, informar sobre alimentos desaconsejados, informar de posibles interacciones con fármacos, ayudar a incluir las preferencias, instruir sobre planificación y preparación de las comidas, determinar limitaciones económicas para cumplimiento				

(Tabla 10)

NOC: [1811] CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA				
INDICADOR: [181107] Estrategias para el aumento gradual de la actividad prescrita				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce			
2 conocimiento escaso	Conoce 1 estrategia			
3 conocimiento moderado	Conoce 2 estrategias			
4 conocimiento sustancial	Conoce 3 estrategias			
5 conocimiento extenso	Conoce más de 3 estrategias			
NIC: [5612] Enseñanza: Actividad prescrita				
ACTIVIDADES: Evaluar conocimientos, informar del propósito y beneficios, enseñar a realizarlo, enseñar a controlar la tolerancia al ejercicio, informar de las actividades adecuadas en función del estado físico, advertir de los peligros de sobrestimar sus aptitudes, enseñar al paciente precalentamiento y enfriamiento, ayudar incorporar a rutina diaria				

(Tabla 11)

NOC: [1808] CONOCIMIENTO: MEDICACION				
INDICADOR: [180810] Uso correcto de la medicación prescrita				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce			
2 conocimiento escaso	Conoce tomas			
3 conocimiento moderado	Conoce dosis			
4 conocimiento sustancial	Conoce efectos terapéuticos			
5 conocimiento extenso	Conoce efectos secundarios			
NIC: [5616] Enseñanza: Medicamentos prescritos				
ACTIVIDADES: Enseñar a reconocer características distintivas, informar del nombre genérico y comercial, informar del propósito y acción, instruir sobre la correcta administración y evaluar su capacidad para hacerlo, revisar el conocimiento que tiene, informar de lo que hacer si se pasa una dosis				

(Tabla 12)

NOC: [1855] CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE				
INDICADOR: [185509] Estrategias para limitar la ingestión de sodio				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce			
2 conocimiento escaso	Conoce 1 estrategia			
3 conocimiento moderado	Conoce 2 estrategias			
4 conocimiento sustancial	Conoce 3 estrategias			
5 conocimiento extenso	Conoce más de 3 estrategias			
NIC: [5246] Asesoramiento nutricional				
ACTIVIDADES: Determinar ingesta y hábitos, identificar conductas que se desean cambiar, establecer metas realistas a corto y largo plazo, ayudar a valorar la conveniencia de la ingesta, informar de la necesidad de modificación por razones de salud (restricción del sodio), evaluar el progreso de las metas				

(Tabla 13)

NOC: [1847] CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ENFERMEDAD CRONICA				
INDICADOR: [184707] Estrategias para el control de las complicaciones				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce			
2 conocimiento escaso	Conoce 1 estrategia			
3 conocimiento moderado	Conoce 2 estrategias			
4 conocimiento sustancial	Conoce 3 estrategias			
5 conocimiento extenso	Conoce más de 3 estrategias			
NIC: [5618] Enseñanza: Procedimiento / Tratamiento				
ACTIVIDADES: Enseñar propósito y proceso del tratamiento, explicar profesionales implicados en tratamiento y reforzar su información, explicar la necesidad de usar determinados dispositivos, informar sobre la forma de aplicar los conocimientos, determinar expectativas corrigiendo las poco realistas				

(Tabla 14)

NOC: [1858] CONOCIMIENTO: MANEJO DEL TRASTORNO LIPIDICO				
INDICADOR: [185821] Beneficios del control de la hiperlipidemia				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce			
2 conocimiento escaso	Conoce 1 beneficio			
3 conocimiento moderado	Conoce 2 beneficios			
4 conocimiento sustancial	Conoce 3 beneficios			
5 conocimiento extenso	Conoce más de 3 beneficios			
NIC: [5606] Enseñanza individual				
ACTIVIDADES: Valorar nivel educativo, conocimientos y capacidad de asimilar información específica, establecer metas realistas, instruir al paciente, evaluar la consecución de los objetivos, reforzar conducta según corresponda, corregir interpretaciones erróneas, dar tiempo para que formule preguntas, remitir a otros profesionales si es necesario				

(Tabla 15)

NOC: [1841] CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO				
INDICADOR: [184106] Riesgos de salud relacionados con el sobrepeso				
Escala u		Previa	Diana	Actual
1 ningún conocimiento	No conoce			
2 conocimiento escaso	Conoce 1 riesgo			
3 conocimiento moderado	Conoce 2 riesgos			
4 conocimiento sustancial	Conoce 3 riesgos			
5 conocimiento extenso	Conoce más de 3 riesgos			
NIC: [5510] Educación para la salud				
ACTIVIDADES: Identificar los factores internos o externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para conductas saludables, determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida, clarificar creencias y valores sanitarios, identificar características de la población diana que afectan a las estrategias de aprendizaje				

[00232] Obesidad r/c tamaño de las raciones superior al recomendado manifestado por IMC>30kg/m2

(Tabla 16)

NOC: [1627] Conducta de pérdida de peso				
INDICADOR: [162712] Utiliza estrategias de modificación de la conducta				
Escala m		Previa	Diana	Actual
1 nunca demostrado	Ninguna estrategia			
2 raramente demostrado	Utiliza 1 estrategia			
3 a veces demostrado	Utiliza 2 estrategias			
4 frecuentemente demostrado	Utiliza 3 estrategias			
5 siempre demostrado	Utiliza más de 3 estrategias			
NIC: [4420] Acuerdo con el paciente				
ACTIVIDADES: Animar a determinar puntos fuertes y débiles, ayudar al paciente a establecer objetivos realistas a corto y largo plazo, traducir objetivos a conductas fácilmente distinguibles, ayudar a dividir metas complejas en pasos sencillos, ayudar a desarrollar un plan para cumplir los objetivos, ayudar a identificar y superar circunstancias que interfieran con el logro de objetivos, redactar documento por escrito que incluya elementos acordados, facilitar la renegociación si es preciso, observar signos de incongruencia que indican falta de compromiso para cumplir acuerdo, animar a que elija un refuerzo/recompensa importante para mantener la conducta, explorar con el paciente las causas de la falta de éxito si es preciso				

(Tabla 17)

NOC: [1006] PESO: MASA CORPORAL				
INDICADOR: [100601] Peso				
Escala b		Previa	Diana	Actual
1 desviación grave	Obesidad III (IMC<40)			
2 desviación sustancial	Obesidad II (IMC=35-40)			
3 desviación moderada	Obesidad I (IMC=30-35)			
4 desviación leve	Sobrepeso (IMC=25-30)			
5 sin desviación	Normo peso (IMC=18.5-25)			
NIC: [1260] Manejo del peso				
ACTIVIDADES: Comentar la relación entre alimentación, ejercicio y la ganancia o pérdida de peso, comentar hábitos y factores que influyen en el peso, comentar los riesgos de no tener el peso adecuado, determinar el peso y grasa corporales adecuados, animar a llevar un registro diario de alimentos y semanal del peso, animar a consumir cantidad adecuada de agua, ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibrados				

(Tabla 18)

NOC: [1008] ESTADO NUTRICIONAL: INGESTION ALIMENTARIA Y DE LIQUIDOS				
INDICADOR: [100801] Ingestión alimentaria oral				
Escala f		Previa	Diana	Actual
1 inadecuada	Muy superior a necesidades y desequilibrada			
2 ligeramente adecuada	Muy superior pero equilibrada			
3 moderadamente adecuado	Elevada y desequilibrada			
4 sustancialmente adecuado	Elevada pero equilibrada			
5 completamente adecuado	Adecuada a las necesidades			
NIC: [1100] Manejo de la nutrición				
ACTIVIDADES: Determinar estado nutricional y capacidad para satisfacer necesidades, determinar preferencias, instruir sobre necesidades nutricionales, determinar calorías y nutrientes necesarios para satisfacerlas, orientar a opciones mas saludables, ajustar la dieta, enseñar requisitos de la dieta en función de la enfermedad, asegurarse una dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento, monitorizar ingesta diaria y tendencia a ganar o perder peso				

(35)

3.4) Ejecución

Ha sido desarrollado en colaboración con el enfermero de la unidad de atención familiar correspondiente al cupo del paciente, el plan de cuidados se realizado en cuatro consultas repartidas semanalmente. Fue ejecutado progresivamente en función de la prioridad de los objetivos, la capacidad del paciente para conseguirlos y el tiempo disponible.

En la primera consulta se realizó el lavado de oído y se detectó y resolvió la crisis hipertensiva, también se reincorporo al régimen terapéutico y fue citado para la semana siguiente.

En la segunda se realizó una valoración más extensa y se empezó a aplicar el plan de cuidados, se abordaron cuestiones como la medicación, realizar un diario de autocontroles, el proceso y complicaciones de la enfermedad o la eliminación de riesgos.

La tercera se centró en la adquisición de hábitos saludables tales como una dieta y actividad prescritas, mantener una buena adherencia y seguimiento, la relación de hipertensión con dislipemia y obesidad.

En la cuarta consulta se realizó un punto de corte de evaluación para incorporar los datos al trabajo de fin de grado, a la vez que se evalúa la progresión del paciente y la adecuación del plan, se repetirá la recopilación de datos transcurridos los 6 meses previstos para valorarlo correctamente.

También se reforzaron los cambios positivos conseguidos y se animó al paciente a seguir incorporando nuevas estrategias para conseguir los objetivos.

3.5) Evaluación

(Tabla 19)

Indicador	Previo	Actual	Variación	Margen
Controla signos y síntomas de complicaciones	3	4	1	1
Controla presión arterial	1	5	4	0
Realiza régimen terapéutico según lo previsto	1	4	3	1
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente	2	5	3	0
Identifica prioridades de los resultados sanitarios	1	4	3	1
Controla los factores de riesgo personales	1	4	3	1
Conoce importancia del tratamiento a largo plazo	1	5	4	0
Conoce dieta prescrita	1	5	4	0
Conoce estrategias para el aumento gradual de la actividad	1	4	3	1
Conoce uso correcto de medicación prescrita	1	5	4	0
Conoce estrategias para limitar la ingesta de sodio	1	5	4	0
Conoce estrategias para el control de complicaciones	1	5	4	0
Conoce beneficios del control de la hiperlipidemia	2	5	3	0
Conoce riesgos de salud relacionados con sobrepeso	1	5	4	0
Utiliza estrategias de modificación de la conducta	1	4	3	1
Peso	2	3	1	2
Ingesta alimentaria	1	4	3	1

(Tabla 20)

Diagnóstico	Variación total	Media de variación	Margen total	Media de margen
Gestión ineficaz	17	2.8	4	0.6
Conocimientos deficientes	30	3.7	1	0.1
Obesidad	7	2.3	4	1.3

En la tabla 19 observamos que las puntuaciones de los indicadores que han variado de una forma más significativa entre el estado previo y el actual son controlar la presión, conocer la importancia del tratamiento a largo plazo, conocer dieta prescrita, conocer la medicación prescrita, sabe limitar la ingesta de sodio, estrategias para el control de complicaciones y los riesgos de salud relacionados al sobrepeso con (4) cada uno, y entre los que aún tienen más capacidad de mejora destaca el peso (2) También es destacable que el paciente haya conseguido mejorar todos los objetivos en mayor o menor medida.

En el caso de los diagnósticos también se ve en la tabla 20 progresión de todos, siendo conocimientos deficientes el que más ha variado (30-3.7) y obesidad el que tiene mayor margen (4-1.3)

Uno de los principales motivos para realizar y poner en práctica este plan de cuidados era intentar que el paciente mantuviera o mejorase su calidad de vida, y analizando los resultados se observa que esto es más probable ahora.

Se prevé que, de seguir el ritmo actual, transcurridos los 6 meses se habrán conseguido gran parte de los objetivos y controlado el problema, además el paciente será capaz de mantenerlo bajo control con asistencia programada, en cuyo caso se consideraría el plan de cuidados como efectivo.

Se comprobó que algunas de las dificultades previstas al comenzar no significaron una barrera importante, el bajo nivel de estudios y la ausencia de un entorno de apoyo sólido fueron superados por su interés, comprensión, autonomía y facilidad para modificar conductas, en general, podríamos decir que se cumplieron los objetivos asistenciales del plan de cuidados en un grado aceptable y un periodo de tiempo más corto de lo esperado.

A pesar de lo positivo de los resultados hasta el momento, algunos no pueden ser valorados en tan solo un mes, por ejemplo, el control de riesgos, la pérdida

de peso, la asistencia a citas, el estilo de vida, el grado de aprendizaje o el control de complicaciones, necesitan ser manejados durante periodos más largos, de ahí que el plan de cuidados se haya diseñado para 6 meses, permitiendo determinar si los objetivos se consiguen de forma duradera. Transcurrido este plazo hay que volver a diseñar el plan incluyendo aspectos no contemplados y alcanzados durante ese periodo, o que hayan surgido durante el mismo.

4. Conclusiones

El proceso enfermero es el eje de la prestación de cuidados, la actividad profesional vista como un proceso en lugar de intervenciones aisladas permite estructurar su gestión de una forma sistemática, estandarizada y apoyada en marcos científicos, centrado en la obtención de resultados para determinar progresos, el uso del proceso enfermero aumenta la calidad de los cuidados y el desarrollo profesional.

Los planes de cuidados facilitan una visión del proceso enfermero holística, universal y basada en la evidencia científica, también ayudan a medir la eficacia y eficiencia de la asistencia y sirven de herramienta para plantear y lograr los objetivos del paciente y los propios de enfermería.

Contribuyen permitiendo recopilar y agrupar los datos para documentar y comunicar la situación, los resultados esperados, las intervenciones, y la evaluación de todo ello de forma constante. Si aparece un evento que modifica de forma relevante su estado de salud y problema fundamental se debe interrumpir y modificar, esto demuestra que trasladar el proceso enfermero a la práctica mediante planes de cuidados es un proceso continuo, sujeto a una dinámica de constante evolución y evaluación, lo que dificulta aún más tarea de protocolizar las actuaciones.

A pesar de que las herramientas metodológicas ayudan a esquematizar y universalizar los cuidados, lo cierto es que esto solo es alcanzable hasta cierto punto, por lo que también se hace necesario desarrollar el juicio clínico para ser capaz de adaptar esas indicaciones a un caso concreto.

Se muestran especialmente útiles en Atención Primaria donde la relación enfermero-paciente es por lo general más estrecha, frecuente y duradera, esto facilita la continuidad de los cuidados, aspecto interesante para el uso de Planes de Cuidados y el manejo de problemas de salud comunitarios a largo plazo, como la prevención y el control de enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión.

Su uso se está incrementando y mejorando pero aún no es una práctica sistemática en el ámbito clínico, su relativa novedad y la elevada carga de trabajo en muchos de servicios se presentan como los mayores obstáculos para conseguir que sean utilizados en la relación de enfermería con todos los pacientes, también tienen limitaciones propias, la compleja relación entre un individuo y el entorno hace imposible reducirlo a una clasificación de etiquetas, a pesar de esto siguen en constante evolución para mejorar su funcionalidad como apoyo.

Algunas posibilidades de desarrollo podrían ser, unificar la elección del modelo teórico y los criterios de interpretación de la valoración, generalizar el uso del modelo AREA, usar lenguaje estandarizado para operativizar los indicadores en función del objetivo, o hacerlos más sencillos, accesibles y prácticos para profesionales y pacientes.

En definitiva, no solo se trata de un método de apoyo, registro y justificación para la actividad enfermera, implica la responsabilidad trasladar unas indicaciones actualizadas y reconocidas a la situación particular del paciente y su entorno, adaptándose a los recursos disponibles y los medios para administrarlos. Se debe por tanto utilizar conjuntamente la evidencia científica y el juicio clínico para valorar y satisfacer los requisitos de cuidado en función de las posibilidades, traduciendo de forma metodológica, problemas en resultados mediante acciones planificadas en base a objetivos sobre estados, conductas y actitudes.

5. Bibliografía

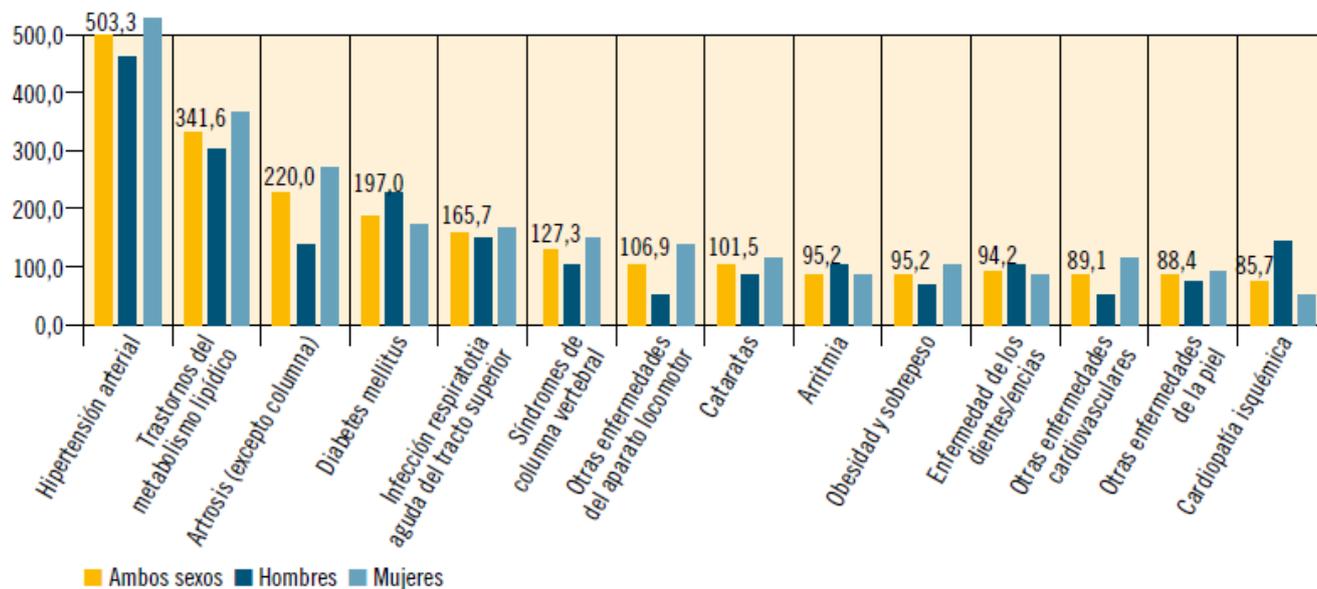
1. De la Figuera Von Wichmann.E. Las enfermedades más frecuentes a principios del SXIX y sus tratamientos. P151-171 2009
<https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/29/16/11figuera.pdf>
[Consultado 2018]
2. Gonzalvo Cirac M. Serra Del Pozo P. La transición de la mortalidad en el siglo XX: El caso de Tarragona. 2010 (Editado 2009)
<https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/68140/Margarita+Gonzalvo.pdf;jsessionid=8D9B765CA4082A78AC6A421EDBE3FDBD.recercat1?sequence=1>
[Consultado 2018]
3. OMS. Las 10 principales causas de defunción. 2018
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
[Consultado 2018]
4. Gómez Barroso D. Prieto Flores M.E. Mellado San Gabino A. Moreno Jimenez A. Análisis espacial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la ciudad de Madrid, España. Rev. Esp. Salud Publica. Vol89. N.1 2015
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
[Consultado 2018]
5. M.Kearney P. Whelton M. Reynolds K. Muntner P. K Whelton P. He. J Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005. 365 217-23
<https://pdfs.semanticscholar.org/6c56/da20b4afeac83e06cf610909d3fc63c0c733.pdf>
[Consultado 2018]
6. INE. España en cifras 2017. Pag 20-21
http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html#20
[Consultado 2018]
7. Soca P.E.M. Sarmiento Teruel Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED v.20. n.3 Ciudad de la Habana.2009
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
[Consultado 2018]
8. OMS. Sobrepeso y obesidad infantiles. 2017
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
[Consultado 2018]
9. OMS. Diabetes. 2017
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
[Consultado 2018]
10. Menendez E. Delgado E. Fernandez-Vega F. A.Prieto M. Bordiú E. Calle A. Prevalencia, diagnostico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio de Di@bet.es Rev Esp Cardiol. 2016; 69: 572-8- Vol. 69 Num 06 DOI: 10.1016/j.reesp.2015.11.036
<http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-diagnostico-tratamiento-control-hipertension/articulo/90453753/>
[Consultado 2018]
11. Piloto Hernández L. Palma López M.E. Rodríguez Álvarez L. Carmona Brito J. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina 2015;54(1): 14-26.
<http://biologiacelular.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/03/causas-de-muerte-en-ptes-HTA-31134.pdf>
[Consultado 2018]
12. Marco J. Albert Cabrera. Prevalencia de la Hipertensión Arterial y alteraciones del peso corporal. CMF # 13.2005
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/468/1/.html>
[Consultado 2018]
13. Gevara B. Evies A. Rengio J. Salas B. Manrique D. Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. Enferm. Glob. Vol.13 no.33 Murcia.2014

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016
[Consultado 2018]
14. González-Carrillo M.G. Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm. Univ.* Vol13 no.2 México 2016
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124
[Consultado 2018]
 15. Reina G.N.C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico.* Núm.17.2010. Pp. 18-23
<http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
[Consultado 2018]
 16. Huitzi-Egilegor J.X. Elorza-Puyadena M.I. Urikia-Etxabe J.M. Zubero-Linaza J. Zupiria-Gorostidi X. Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud de Latinoamérica. *Enfermagem* 20(5):[06 pantallas] 2012
http://www.scielo.br/pdf/rfae/v20n5/es_12.pdf
[Consultado 2018]
 17. Iniesta Sánchez J. Abad Copra E. Royo Morales T. Sáez Soto A. Rodríguez Mondejar J.J. Carrillo Alcaraz A. Evaluación del impacto de un plan de cuidados de enfermería en pacientes con EPOC con diagnóstico enfermero "Manejo inefectivo del régimen terapéutico", en términos de mejora del criterio de resultado de enfermería (NOC · Conocimiento del régimen terapéutico) *Enferm. Glob.* Vol. 15 no.41.2016
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100003
[Consultado 2018]
 18. Galdos P. SCS. Atención Primaria Anexo V Hipertensión. 2002
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7d11b425-ed33-11dd-958f-c50709d677ea/ANEXO_V_HIPERTENSION.pdf
[Consultado 2018]
 19. Acosta-Salazar D. Lapeira-Panneflex P. Ramos-De La Cruz E. Cuidado de enfermería en salud comunitaria. 2015. 1794-5992 Vol. 13 No.2 105-110 2016
<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1715/1190>
[Consultado 2018]
 20. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta med. Peruana* v.28 n.4 Lima .2011
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
[Consultado 2018]
 21. Aguilera Guzmán M. Abad Bassols A. Badallo León J.L. Carrasco Rodríguez F.J. Ciércoles Prado J. Corrales Nevado D. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria.2001 (Editado Madrid 2001)
http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/planes_cuidados.pdf
[Consultado 2018]
 22. Pérez Pérez A.M. Tristancho Ajamil R. Flores-Estrada Hernández M.T. Amador Demetrio M.D del Pino Duarte Curbelo A. Hernández Díaz F.J et al. Cuidados de Enfermería. Prevención y control de la enfermedad vascular arteriosclerótica. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. 2015 (Editado 2015)
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/eb8816f0-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/00_Cuidados_Enfermeria_Completo.pdf
[Consultado 2018]
 23. González Angulo P. Gorgorita Guzmán D. Ulloa Mayo J.L. Camacho Martínez J.U. Plan de cuidados de Enfermería a un paciente con Hipertensión Arterial. *Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.* 2017
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-cuidados-enfermeria-hipertension-arterial/>
[Consultado 2018]
 24. Puntunet Bates M.L. Principales cuidados de enfermería en la persona con cardiopatía isquémica. *Revista Mexicana de Enfermería CARDIOLOGICA.* Vol.16. Num.2. 2006 pp.55-61
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en082d.pdf>
[Consultado 2018]

25. Bellido Vallejo J.C. Lendínez Cobo J.F. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y Lenguajes NNN. Ilustre Colegio oficial de Enfermería de Jaén. 2011
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
 [Consultado 2018]
26. Álvarez Suarez J.L. Del Castillo Arevalo F. Fernandez Fidalgo D. Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de Patrones Funcionales. Atención Primaria Gijón Área V 2010 (Editado 2010)
<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
 [Consultado 2018]
27. Martínez López M.A. Pérez-Constantino M. Montelongo-Meneses P.P. Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Volume 11. Issue 1. 2014. Pages 36-43
<https://www.sciencedirect-com.accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S1665706314726624#bib0010>
 [Consultado 2018]
28. Carvalho da Silva C.M. Lopes de Azevedo S. Cavalcanti Valente G.S. Machado T.F. Rosas A.M. Marinho Chrizositimo M. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero, una revisión de la literatura. Enferm. Glob. No.17 Murcia 2009
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300020
 [Consultado 2018]
29. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017: Elsevier Health Sciences Spain.pdf (Editado 2016)
<https://www-elsevierelibrary-es.accedys2.bbtck.ull.es/pdfreader/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacin-20152017>
 [Consultado 2018]
30. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados.: Elsevier Health Sciences Spain, 2012.pdf (Editado Barcelona 2012)
<https://www-elsevierelibrary-es.accedys2.bbtck.ull.es/pdfreader/vnculos-de-noc-y-nic-nandai-diagnosticos-mdicos37971>
 [Consultado 2018]
31. FUDEN. Taxonomía II de la NANDA
http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=126
 [Consultado 2018]
32. Bellido Vallejo J.C. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. Inquietudes n.35 2006. p.21
http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf
 [Consultado 2018]
33. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) Elsevier 2015
http://www.educa.es/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
 [Consultado 2018]
34. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).2009.pdf
<https://www-elsevierelibrary.es/product/clasificacin-de-intervenciones-enfermera-nic/1>
 [Consultado 2018]
35. NNN Consult
<http://www.nnnconsult.com/>
 [Consultado 2018]

6. Anexos

Anexo 1 - [Problemas de salud más frecuentes según frecuencia en ambos sexos, tasa por mil, mayores de 64 años]



(Giménez O. Los problemas de salud más frecuentes en atención primaria-7DM nº867 marzo-abril 2016)

http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/en-portada/item/download/513_8d3a5c559871a2bfa8003ac80c4a04dd.

Anexo 2 - Test de batalla grado de conocimiento

Se relaciona un mayor conocimiento de la enfermedad con un mejor cumplimiento del plan terapéutico, este es el principio del cuestionario de “batalla” usado para la HTA o dislipemia en atención primaria

- i. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? No
- ii. ¿Se puede controlar con dieta y medicación? Cree que si
- iii. Cite dos o más órganos afectados por una tensión elevada durante mucho tiempo: Corazón

*Se considera incumplidor si falla alguna

Anexo 3 – Test de Morisky-Green

Evalúa si adopta actitudes correctas en la relación terapéutica

- i. ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? Si
- ii. ¿Toma la medicación a la hora indicada? No
- iii. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?
Si
- iv. Cuando se encuentra mal ¿Deja de tomar la medicación?
No

*Solo se considera cumplidor si contesta las cuatro correctamente

(Anexo 4) Test de Haynes y Sackett

Es el más utilizado para determinar el cumplimiento de hipertensos en atención primaria, muchos de los que se confiesan buenos cumplidores no lo son, en cambio si se reconocen malos cumplidores suelen estar en lo cierto, además estos últimos, suelen tener un impacto muy positivo a las intervenciones

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN DEL AUTOCUMPLIMIENTO*

<i>• La mayoría de las personas, por una u otra razón, tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?</i>			
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ←		
<i>• Para los que respondan que no tienen dificultad, se insiste. ¿Los toma?</i>			
Todos los días <input type="checkbox"/>	Muchos días <input type="checkbox"/>	Algunos días <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> ←
<i>• Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos; ¿por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)</i>			
Si reconoce que tiene dificultad en alguna de las tres preguntas, se considera incumplidor			

Refiere no saber muy bien para que es cada medicina

(Anexo 5) Escala de evaluación del riesgo cardiovascular

Categorías de Riesgo

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation
(Riesgo de muerte CV a 10 años).

Otros Factores de Riesgo, Daño de Órganos Asintomático o Enfermedad	Presión Arterial (mmHg)			
	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA Grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA Grado 3 PAS ≥180 o PAD ≥110
Sin otros Factores de Riesgo		Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
1-2 Factores de Riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto
≥3 Factores de Riesgo	Riesgo Bajo a Moderado	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto ←
Lesiones subclínicas de Órganos Diana, ERC 3 o Diabetes no complicada.	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto a Muy Alto
Enfermedad CV, ERC ≥4 o Diabetes con Daño de Órganos Diana/Factores de Riesgo	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto