

¿QUÉ DEBO HACER?

Rocío García Rodríguez*, Patricia de Paz Pérez*,
Yurena Herrera Luis**, Zuleika Bobadilla Hernández**

RESUMEN

Las enfermedades crónicas demandan un cuidado continuo con enfoque en el método clínico centrado en la persona, que incluye una relación terapéutica basada en un ambiente de confianza. La enfermera de Atención Primaria tiene una posición privilegiada para promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida del paciente mediante apoyo psicosocial y empatía. El señor J.J. es un paciente pluripatológico y polimedicado, de 61 años, que, tras dos amputaciones previas de dedos de miembro inferior izquierdo, presenta una úlcera mal perforante plantar en la base del quinto metatarsiano de dicho pie. Ante esta situación, se le propone una nueva amputación, provocando un conflicto de decisiones. Gracias a las novedades en el uso de herramientas para la valoración enfermera, se realizó un plan de cuidados aplicando un lenguaje estandarizado a través de la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, con intervenciones basadas en la evidencia.

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus tipo II, amputación, manejo del caso, enfermería en salud comunitaria.

WHAT SHOULD I DO?

ABSTRACT

Psychosocial support and empathy are a priority intervention in patients with complications of chronic diseases. The primary care nurse has a privileged position to improve the quality of life of those people, who even based on an environment of trust, can achieve healthy lifestyles in the patient. Mr. J.J. is a 61-year-old polypharmaceutical and polypathological patient who, after two previous amputations of two left lower limbs, presents a poorly perforating plantar ulcer at the base of the fifth metatarsal of said foot. After having dealt with this situation, a new amputation has inevitably taken place, which has caused a conflict of decisions. Thanks to the novelties in the use of tools for nursing assessment, a care plan was carried out applying a standardized language through the NANDA-I, NOC and NIC taxonomy, with evidence-based intervention.

KEYWORDS: type II diabetes mellitus, amputation, case management, community health nursing.



INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizar eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que, con el tiempo, puede llegar a dañar gravemente muchos órganos y sistemas, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen y disminuyendo su esperanza de vida (OMS, 2021).

Existen tres clases de diabetes:

- La diabetes tipo 1 está caracterizada por la producción deficiente de insulina.
- La diabetes tipo 2 se debe a una alteración en la secreción y/o en la acción de la insulina en el organismo. La gran mayoría de estos casos se deben al exceso de peso y a la falta de actividad física.
- Diabetes gestacional (OMS, 2021).

A lo largo de estos últimos años el número de personas con DM se ha ido incrementando, llegando a pasar de 285 millones de personas en 2009 a 463 millones en 2019, o lo que es lo mismo, que el 9,3% de los adultos de entre 20 y 79 años tienen diabetes. Las previsiones para 2045 hablan de alcanzar los 700 millones de afectados (Gobierno de Canarias, 2021). De los 463 millones de personas que padecen DM, entre el 85 y el 95% presentan DM2, mientras que entre el 5 y el 10% se corresponde con DM1 (Gobierno de Canarias, 2021).

En Canarias la prevalencia de la DM es superior a la media nacional (Gobierno de Canarias, 2021). En el año 2011 el número de personas afectadas por la DM2 en Canarias era un total de 142 557 personas mientras que, en el año 2018, esta cifra ascendía a 168 011 de personas, mostrando una prevalencia del 7,90% (Gobierno de Canarias, 2021).

Una de las complicaciones de la DM son las amputaciones de MMII, siendo actualmente la primera causa de amputación no traumática de miembros inferiores. Según datos del Servicio de Calidad Asistencial y Sistemas de Información del Servicio Canario de la Salud, hay un crecimiento progresivo en el número de personas con amputación de miembros inferiores pasando de 364 en 2010 a 444 en 2015 (Gobierno de Canarias, 2017).

* Enfermera residente de primer año en Atención Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-II Norte. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Dirección de contacto: rociogr.efyclalaguna@gmail.com, patriciapp.efyclalaguna@gmail.com.

** Tutora clínica de Atención Primaria de Equipo de la Zona Básica de Salud Laguna San Benito. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El Sr. J.J. es un paciente varón de 61 años, que acude a consulta de Atención Primaria para solicitar ayuda tras nueva úlcera en la base del quinto metatarsiano del pie izquierdo.

No padece alergias medicamentosas conocidas, tiene el calendario vacunal completo y entre sus problemas de salud fundamentales destacan: isquemia crónica vascular periférica, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia pura, hipertrofia ventricular izquierda, angina inestable, deterioro de la integridad cutánea (tras padecer dos amputaciones previas del segundo y tercer metatarsiano del pie izquierdo), pie diabético y retinopatía diabética.

El tratamiento farmacológico habitual es: Adiro 100 mg, Alprazolam 0,5 mg, Apidra Solostar 100 mg, Ateroger 20 mg, Empagliflozina 10 mg, Omeprazol 10 mg, Procolaran 7,5 mg.

Acude a citas con especialistas hospitalarios: cirujano vascular, endocrino, cardiólogo y oftalmólogo.

Entre sus hábitos se encuentra: exfumador desde hace 3 años, bebedor ocasional, no consumo de otras drogas, parcialmente activo.

Sus valores antropométricos son IMC 28.09, una hemoglobina glicosilada de 8,3% y un colesterol total de 230 mg/dl.

En agosto de 2020 acude a Atención Primaria por la aparición de una nueva úlcera mal perforante plantar y fue remitido a cirugía vascular de manera urgente por mala evolución.

Tras permanecer ingresado en vascular a lo largo de un mes, dicho especialista propone amputación en noviembre de 2020. Sin embargo, el paciente lo rechaza y solicita una segunda opinión en Gran Canaria en enero de 2021. Este especialista realiza la misma propuesta de tratamiento y el paciente la rechaza nuevamente acudiendo a finales de enero de 2021 a su enfermera de Atención Primaria para mantener una pauta más conservadora, mediante curas mantenidas en el tiempo.

A lo largo de este periodo, el paciente entra en un conflicto de decisiones que le genera un desajuste en varios aspectos de su salud, que se verá resuelto a lo largo de los meses.

TEORÍA DE RANGO MEDIO

La teoría de rango medio utilizada para facilitar la comprensión de este caso clínico es la teoría de la Trayectoria de la Enfermedad, desarrollada por Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd.

La trayectoria de la enfermedad se entiende como una organización global del trabajo realizado a lo largo de la enfermedad, junto con el impacto que las consecuencias de la enfermedad y su trabajo producen en las vidas de las personas involucradas (entendiéndose dichas personas como el paciente, la familia y los profesionales de la salud).



El objetivo de esta teoría es proporcionar un marco para explicar cómo afrontar la incertidumbre a través de la trayectoria de la enfermedad en pacientes crónicos.

La biografía se define como el «curso de la vida» en el sentido en el que la vida evoluciona en torno a un flujo continuo de experiencias que dan como resultado una entidad única. Por el contrario, estar enfermo es una interrupción de la vida normal, alterando todos los aspectos de la vida, como son: el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y las concepciones del yo.

Esta teoría defiende que existen tres elementos que deben trabajar juntos en todo momento para dar estructura y continuidad a quien uno es. Estos elementos son cuerpo, identidad y temporalidad.

- Identidad: es la concepción de uno mismo en un momento determinado, que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo.
- Temporalidad: es el momento biográfico reflejado en el flujo continuo de acontecimientos del curso de la vida. Las percepciones del pasado, presente y posiblemente futuro se entremezclan en la apreciación de uno mismo.
- Cuerpo: las actividades de la vida y las percepciones se basan en el cuerpo.

Cuando aparece una enfermedad, estos tres elementos mencionados anteriormente se modifican y pasan a ser: un cuerpo incierto, una identidad incierta y una temporalidad incierta. Provocando todo ello una pérdida de control de la situación y la aparición de la incertidumbre.

El caso que estamos desarrollando trata de un paciente crónico complejo que acudió a lo largo de un año únicamente para algunos controles de salud. Un día acude a consulta por la aparición de una úlcera mal perforante plantar en la base del quinto metatarsiano y aparecen los tres elementos de la teoría alterados:

Reflejaba la temporalidad incierta mediante preguntas como «¿cuánto tiempo tardaré en volver a recuperarme?», el cuerpo incierto con preocupaciones como «ahora no podré salir a pescar con lo que me gusta» y la identidad incierta con planteamientos como «si estoy bien, ¿por qué tengo que volver a pasar por esta situación?» (Wiedner y Dood, 1993).

VALORACIÓN GENERAL

Una herramienta de gran utilidad para realizar la valoración del paciente es mediante los patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon. Facilita la detección del cambio en el estado de salud del Sr. J.J., así como sus necesidades de cuidado a lo largo del tiempo.

Valorar los patrones en un primer momento y revalorar en las sucesivas visitas permitió diferenciar entre patrón alterado (A), riesgo de alteración del patrón (RA) y patrón normal (N).

Se comienza a recoger datos para proceder a la valoración en septiembre de 2020, hasta la actualidad, para así facilitar la comprensión de la situación del paciente, sus vivencias expectativas y necesidades.



En la tabla 1 se muestran los resultados de la evolución de los patrones alterados o en riesgo de alteración a lo largo del periodo descrito, así como los factores que determinan su resultado. El patrón tres y el ocho no se recogen en esta tabla por ser ambos funcionales.

TABLA 1: VALORACIÓN POR PATRONES DE SALUD DE M. GORDON EN LOS QUE SE IDENTIFICÓ ALTERACIÓN DEL PATRÓN				
PATRÓN FECHA	SEPTIEMBRE 2020	AGOSTO 2021	OCTUBRE 2021	ACTUALIDAD
1. Percepción y manejo de la salud	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: MALA.	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: REGULAR.	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: REGULAR.	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: BUENA.
Resultado	A	RA	RA	N
2. Nutricional-metabólico	No dieta especial. Apetito disminuido. Úlcera mal perforante plantar.	Dieta hiposódica y baja en grasas saturadas. Apetito normal. Úlcera mal perforante plantar.	Dieta hiposódica y baja en grasas saturadas. Apetito normal. Úlcera mal perforante plantar.	Dieta hiposódica y baja en grasas saturadas. Apetito normal. No úlcera.
Resultado	A	A	A	RA
4. Actividad-ejercicio	Movilidad con un zapato ortopédico. Ocio alterado (pesca). Independiente para ABVD y AIVD.	Movilidad con un zapato ortopédico. Ocio alterado (pesca). Independiente para ABVD y AIVD.	Movilidad con un zapato ortopédico. Ocio alterado (pesca). Independiente para ABVD y AIVD.	Calzado apropiado para pie diabético. Independiente para ABVD y AIVD.
Resultado	RA	RA	RA	N
5. Sueño-descanso	Insomnio de conciliación. Nivel de energía no satisfactorio. Relaciona sus problemas con el sueño.	No insomnio. Nivel de energía satisfactorio.	No insomnio. Nivel de energía satisfactorio.	No insomnio. Nivel de energía satisfactorio.
Resultado	A	N	N	N
6. Cognitivo-perceptivo	Retinopatía diabética.	Retinopatía diabética.	Retinopatía diabética.	Retinopatía diabética.
Resultado	A	A	A	A
7. Autocontrol-autoconcepto	Ansiedad y estrés manifestado. Temor por la amputación. Conflicto de decisiones.	Incertidumbre hasta la visita con vascular en octubre. Dispuesto a mejorar su situación.	Satisfecho consigo mismo.	Satisfecho consigo mismo.
Resultado	A	RA	N	N



9. Sexualidad-reproducción	No relaciones sexuales con su mujer. Relaciona sus problemas de salud con la falta de deseo sexual.	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Vive positivamente su sexualidad.	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Vive positivamente su sexualidad.	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Vive positivamente su sexualidad.
Resultado	A	N	N	N
10. Adaptación-tolerancia al estrés	Ansiedad y estrés por el conflicto de decisiones.	Adaptado a su decisión y buen manejo del estrés Incertidumbre.	Satisfecho con la decisión elegida.	Satisfecho con la decisión elegida.
Resultado	A	RA	N	N
11. Valores-creencias	Preocupación y temor por una nueva amputación. Considera mejor mantener una pauta de curas.	Pese a continuar con las curas teme la decisión final del cirujano vascular en octubre.	No quiere volver a pasar por la misma situación y se implica en su autocuidado.	Paciente empoderado.
Resultado	A	A	RA	N

De manera visual, se puede establecer una relación temporal entre la alteración de los patrones y la situación causada por el conflicto de decisiones (alteración del sueño, ansiedad, disfunción sexual, falta de apetito, etc.) hasta su resolución.

Para describir mejor el patrón 8 (Rol-relaciones), se realizó un genograma del paciente para valorar el contexto sociofamiliar en el que vive y analizar cómo era la relación con sus familiares.

Nos encontramos ante una familia reconstituida con parientes próximos, J.J. es el mediano de tres hermanas y cuyos padres fallecieron. Se encuentra muy unido a su hermana mayor de 65 años y tiene una relación muy estrecha con su cuñado.

Además, refiere tener una buena relación con su hermana menor de 58 años, sin embargo, tiene una relación distante con su cuñado por el problema de alcoholismo que padece.

J.J. convive con los hijos de su mujer y su mujer, de la cual refiere estar profundamente enamorado. Además, comenta tener buena relación con los hijos de su mujer (ilustración 1)

En cuanto a las características de la vivienda, es una casa de una sola planta y presenta como única barrera arquitectónica un baño con bañera. Cuenta con un buen apoyo familiar y como recurso externo una pensión de jubilación.

Según la escala de la versión española de Holmes y Rahe para valorar los acontecimientos vitales estresantes, en el momento de aparición de la úlcera le aparecen diferentes cambios en su vida.

Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico (73), dificultades sexuales (67), retiro laboral (58), cambio en el ritmo del sueño (43), problemas con familiares que no conviven en la casa familiar (40), cambio de costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida, etc.) (40), cambio en las costumbres alimentici-

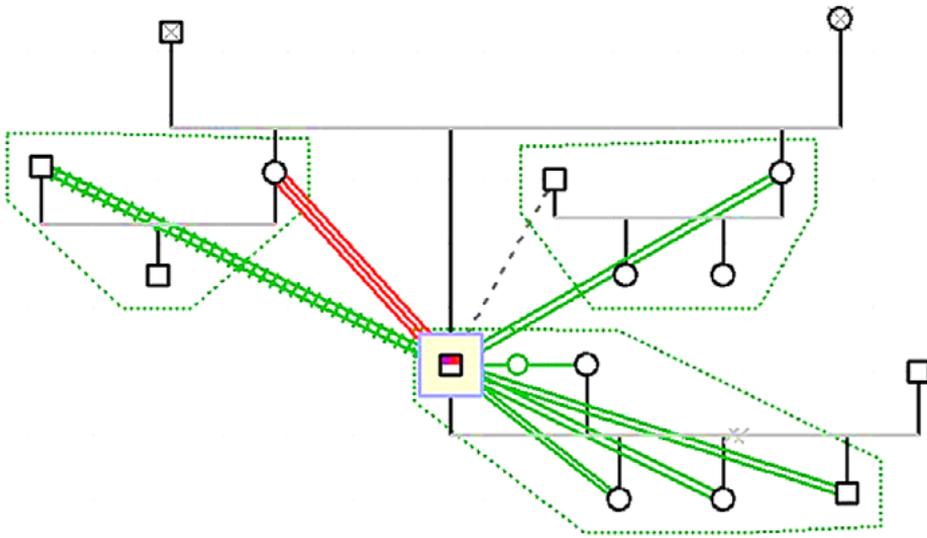


Ilustración 1: Genograma.

cias o apetito (39), obteniendo una puntuación total de 360 (González de Rivera y Revuelta *et al.*, 1983). Se entiende que una puntuación mayor de 300 está asociada a un estrés que afecta a la salud, por lo tanto, nos encontramos ante un paciente que está muy condicionado por el estrés al que está sometido.

DIAGNÓSTICO

En relación con los resultados de disfuncionalidad en la valoración por patrones se distinguieron una serie de hipótesis diagnósticas, como son: insomnio, deterioro de la integridad cutánea, disminución de la implicación en actividades recreativas, impotencia, riesgo de baja autoestima, disposición para mejorar el afrontamiento, disposición para mejorar el sueño, disposición para mejorar el autoconcepto, riesgo de nivel de glucemia inestable, disposición para mejorar el confort, disposición para mejorar la toma de decisiones, disposición para mejorar la esperanza, descuido personal, perfusión tisular periférica ineficaz, sobrepeso, autogestión ineficaz de la salud, riesgo de síndrome metabólico, disminución de la tolerancia a la actividad, riesgo de caídas en el adulto y lesión por presión en el adulto.

Aplicando el método área seleccionamos desde un enfoque biopsicosocial los siguientes diagnósticos principales (Herdman *et al.*, 2021):

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C presión sobre prominencia ósea e índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo M/P interrupción de la superficie de la piel y sequedad de piel.



- 00083 Conflicto de decisiones R/C conflicto con la obligación moral y percepción de amenaza al sistema de valores M/P retraso en la toma de decisiones, expresa malestar durante la toma de decisiones, reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones potenciales e informa de incertidumbre sobre las opciones.
- 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento M/P expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés, expresa deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes, expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones y expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas.
- 00276 Autogestión ineficaz de la salud R/C conflicto entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico, disminución de la percepción de la calidad de vida, dificultad en la toma de decisiones, sentimientos negativos hacia el régimen terapéutico y percepción no realista de la gravedad de la situación M/P fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, falta de atención a los signos de enfermedad, falta de atención a los síntomas de enfermedad y decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

A la hora de seleccionar las intervenciones enfermeras (NIC) se realizó una búsqueda en el libro *Nursing Diagnosis Handbook* (Ackley *et al.*, 2020), que contaban con alta evidencia científica y se adecuaba a las necesidades del paciente para alcanzar los objetivos planteados (NOC) del plan de cuidados para el Sr. J.J.

En las tablas 2, 3, 4 y 5 se representarán dichos NOC (Moorhead *et al.*, 2019) y NIC (Butcher *et al.*, 2019) junto con los diagnósticos principales.



TABLA 2. PLAN DE CUIDADOS PARA DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

<p>NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea</p>	<p><i>Factores relacionados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Presión sobre prominencia ósea. – Índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo. 	<p><i>Características definitorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Interrupción de la superficie de la piel. – Sequedad de piel. 	
<p>NOC 1103 Curación de la herida: por segunda intención</p>	<p><i>Definición:</i> Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Secreción serosa</p>	<p>3- Moderada</p>	<p>5- Ninguna</p>
	<p>Indicador 2: Excavación</p>	<p>3- Moderada</p>	<p>5- Ninguna</p>
	<p>Indicador 3: Formación de cicatriz</p>	<p>2- Escaso</p>	<p>5- Extenso</p>
	<p>Indicador 4: Disminución del tamaño de la herida</p>	<p>2- Escaso</p>	<p>5- Extenso</p>
<p>NIC 3660 Cuidados de las heridas</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Medir el lecho de la herida, según corresponda. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. – Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. – Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. 	<p>¿Qué dice la evidencia? «La inspección sistemática puede identificar problemas de manera temprana (NPUAP/EPUAP, 2014; Baranoski & Ayello, 2016)». «Elija apósitos que proporcionen un ambiente húmedo, mantengan seca la piel perilesional, controlen exudado y eliminen el espacio muerto (NPUAP y EPUAP, 2014)». «Las investigaciones sugirieron que el masaje puede provocar trauma en los tejidos profundos (NPUAP y EPUAP, 2014)». «Es necesario optimizar la ingesta nutricional, incluidas las calorías, los ácidos grasos, las proteínas y las vitaminas, para promover la cicatrización de heridas (NPUAP y EPUAP, 2014)»</p>	
<p>NIC 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <p>Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. Identificar cambios en el estado físico del paciente. Comentar las opciones de terapia/tratamiento. Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.</p>		



TABLA 3. PLAN DE CUIDADOS PARA CONFLICTO DE DECISIONES

<p>NANDA 00083 Conflicto de decisiones</p>	<p><i>Factores relacionados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflicto con la obligación moral. - Percepción de amenaza al sistema de valores. 	<p><i>Características definitorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Retraso en la toma de decisiones. - Expresa malestar durante la toma de decisiones. - Reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones potenciales. - Informa de incertidumbre sobre las opciones. 	
<p>NOC 1614 Autonomía personal</p>	<p><i>Definición:</i> Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Muestra independencia en el proceso de toma de decisiones.</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
	<p>Indicador 2: Toma decisiones libre de la presión indebida del servicio sanitario.</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
	<p>Indicador 3: Afirma las preferencias personales.</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
	<p>Indicador 4: Participa en las decisiones de los cuidados de salud.</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
<p>NIC 5270 Apoyo emocional</p>	<p><i>Actividades:</i> Comentar la experiencia emocional con el paciente. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p>		<p>¿Qué dice la evidencia? Observe los factores que causan o contribuyen al conflicto (por ejemplo, conflicto de valores, miedo a los resultados, habilidades deficientes para resolver problemas). «Al estudiar clientes con cáncer de próstata, evaluaron las diferencias entre cuatro grupos de tratamiento y preguntaron sobre la toma de decisiones (Hoffman <i>et al.</i> 2018)». Evaluar la influencia de creencias, normas y valores culturales en el conflicto de la toma de decisiones del paciente. «Un estudio de parejas sometidas a asesoramiento genético encontró factores asociados con el conflicto durante la toma de decisiones incluían costumbres culturales, edad, estado emocional, creencias religiosas. Brindar apoyo para la toma de decisiones del paciente (Schoeffel <i>et al.</i>, 2018)».</p>
<p>NIC 5820 Disminución de la ansiedad</p>	<p><i>Actividades:</i> Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Escuchar con atención. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>		



TABLA 4. PLAN DE CUIDADOS PARA DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

<p>NANDA: [00158] Disposición para mejorar el afrontamiento</p>	<p><i>Características definitorias</i> Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas</p>		
<p>NOC 0906 Toma de decisiones</p>	<p><i>Definición:</i> Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Identifica alternativas</p>	<p>3- moderadamente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
	<p>Indicador 2: Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa</p>	<p>3- moderadamente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
	<p>Indicador 3: Compara alternativas</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
<p>NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones</p>	<p><i>Actividades:</i> Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. Proporcionar la información solicitada por el paciente. Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.</p>		
	<p>¿Qué dice la evidencia? Estar presente física y emocionalmente para el paciente mientras utiliza una variedad de técnicas de comunicación terapéutica. «Empatía, escucha activa y usos del silencio entre los aspectos terapéuticos, son necesarios los enfoques de comunicación para implementar la presencia y mejorar los resultados del paciente (Stockmann <i>et al.</i>, 2016)». Capacite al paciente para que fije metas realistas y se involucre en la resolución de problemas. «En un ensayo de control aleatorio que evaluó la eficacia de un programa de Oncology Nurse Navigator, durante el tratamiento temprano, los investigadores describieron la intervención que incluyó el uso de entrevistas motivacionales y de resolución de problemas en la provisión de apoyo psicosocial (Horner <i>et al.</i>, 2013)».</p>		



TABLA 5. PLAN DE CUIDADOS PARA AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

<p>NANDA 00276 Autogestión ineficaz de la salud</p>	<p><i>Factores relacionados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Conflicto entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico – Disminución de la percepción de la calidad de vida – Dificultad en la toma de decisiones – Sentimientos negativos hacia el régimen terapéutico – Percepción no realista de la gravedad de la situación 	<p><i>Características definitorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo – Falta de atención a los signos de enfermedad – Falta de atención a los síntomas de enfermedad – Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud 	
<p>NOC 1705 Orientación sobre la salud</p>	<p><i>Definición:</i> Acuerdo personal para conductas de salud como prioridades del estilo de vida.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
<p>Indicador 1: Se centra en la prevención de la enfermedad</p>	<p>2- Débil</p>	<p>4- Intenso</p>	
<p>Indicador 2: Se centra en la adaptación a las situaciones de la vida</p>	<p>2- Débil</p>	<p>4- Intenso</p>	
<p>Indicador 3: Percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida</p>	<p>2- Débil</p>	<p>4- Intenso</p>	
<p>Indicador 4: Se centra en obtener información fiable</p>	<p>2- Débil</p>	<p>4- Intenso</p>	
<p>Indicador 5: Se centra en tener una actitud positiva hacia la salud</p>	<p>2- Débil</p>	<p>4- Intenso</p>	
<p>NIC [5510] Educación para la salud</p>	<p><i>Actividades:</i> Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana. Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas. Formular los objetivos del programa de Educación para la salud. Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.</p>	<p>¿Qué dice la evidencia? Evalúe los sentimientos, valores y razones del cliente para no seguir el plan de atención prescrito. «Una revisión sistemática de 80 estudios determinó que las creencias y valores personales, las preferencias de control decisional y la percepción del proceso de toma de decisiones afectan a la toma de decisiones del tratamiento en adultos mayores (Tariman <i>et al.</i>, 2012)». Involucrar al paciente en la toma de decisiones compartida sobre el mantenimiento de la salud. «Un metaanálisis de 32 ensayos clínicos reveló que evaluar las preferencias del cliente e involucrarlo en la toma de decisiones compartida tuvo mayor adherencia, mayor satisfacción y mejores resultados (Lindhiem <i>et al.</i>, 2014)». Adapte tanto la información proporcionada como el método de entrega de la información al paciente y/o familia específicos. «Una revisión sistemática de 27 estudios relacionados con la adherencia a la medicación y los resultados de la diabetes no pudo identificar una intervención específica pero enfatizó la necesidad de adaptar las intervenciones para optimizar el manejo y mejorar los resultados (Williams <i>et al.</i>, 2014)».</p>	



EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Para la ejecución de las intervenciones enfermeras seleccionadas, se programaron tres visitas semanales a la consulta de Atención Primaria.

Durante los meses de noviembre a febrero de 2021, nos centramos en el apoyo emocional basado en una escucha activa y en la empatía, para aumentar el empoderamiento del paciente a la hora de la resolución del conflicto para tomar la decisión de su tratamiento.

Realizamos técnicas de detección de la ansiedad y estrés, así como terapias de relajación como es, por ejemplo, el control de la respiración diafragmática. Aconsejamos acerca de la importancia de identificar sus sentimientos y emociones negativas, así como de su expresión.

Además, proporcionamos información de las ventajas e inconvenientes de ambas alternativas y ofrecimos acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

Una vez que el paciente se decantó por la opción que creía más acertada, continuamos con tres visitas semanales en nuestra consulta, pero esta vez la centramos en establecer objetivos a corto plazo como fomentar los hábitos de vida saludables que creímos necesarios.

Para mejorar estos hábitos se le realizó un seguimiento alimenticio a lo largo de todo el proceso. Le pedimos al Sr. J.J. que nos entregara una tabla de todos los alimentos que ingería a lo largo del día durante toda la semana, y de esta manera valorar qué alimentos debía modificar y cuánta cantidad debía consumir. En un primer momento estas revisiones se realizaban en cada visita, pero en los últimos meses se redujo el seguimiento a una vez al mes.

En cuanto a la úlcera, le recomendamos un zapato ortopédico para aliviar la presión en la parte distal del pie, una vigilancia exhaustiva de las zonas con presión ósea, una buena limpieza de los pies e hidratación de la piel.

A lo largo de todo un año, se consiguió a base de pequeños objetivos alcanzar el empoderamiento del paciente, quien actualmente se encuentra en normopeso con un IMC (índice de masa corporal) de 24,9, una hemoglobina glicosilada de 5,8% y un colesterol total de 154 mg/dl.

Además, es capaz de controlar su ansiedad y estrés, así como afrontar la enfermedad de la mejor manera posible: adoptando unos hábitos de vida saludables.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En el caso presentado, tal y como explica la teoría de rango medio utilizada, la trayectoria de la enfermedad es un proceso que se encuentra en constante cambio.

Se constató que la mejora en el estado de salud del Sr. J.J. fue alcanzada tras el seguimiento y las intervenciones realizadas a lo largo de un año. Fue prioritario el abordaje psicológico del paciente y establecer objetivos a corto y a largo plazo asumibles para el paciente, para así conseguir una mejoría en su estado de salud y calidad de vida. Gracias a ello, se consiguió la cicatrización de la herida, el buen manejo de la alimentación, percepción de mayor apoyo profesional por



parte de su equipo de Atención Primaria, alcanzando la satisfacción de las decisiones elegidas.

Mediante intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica centrada en el paciente, se favorece la atención individualizada, priorizando las necesidades, valores y preferencias de la persona. Su aplicación aumenta los beneficios del paciente y la eficacia de nuestra práctica enfermera.

Para establecer los diagnósticos enfermeros del paciente, se necesita realizar una valoración exhaustiva de la persona y su familia, identificando los problemas a través del área biopsicosocial con un razonamiento clínico oportuno. Los patrones funcionales de salud de M. Gordon junto a la teoría de rango medio aplicada son de utilidad para valorar el cambio del proceso salud-enfermedad a lo largo del tiempo.

El uso de la taxonomía NANDA- I, NOC y NIC favorece la presentación y gestión de casos, trabajando problemas de salud como deterioro de la integridad cutánea, conflicto de decisiones y autogestión ineficaz de la salud. Es necesaria la práctica de enfermería especializada en Atención Familiar y Comunitaria para desarrollar una planificación de cuidados que vaya más allá de la esfera biológica de los problemas de salud, centrándose en la esfera psicosocial del paciente.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

RECIBIDO: 10-1-2022; ACEPTADO: 20-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing Diagnosis Handbook*. 12th ed. Elsevier, 2020.
- BUTCHER, H., BULECHEK, G., DOCHTERMAN, J. y WAGNER, C. (eds.). 2019. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- GOBIERNO DE CANARIAS. *Guía de actuación Pie diabético en Canarias*. [Internet]. 2017. [Consultado el 18 de enero de 2022]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/81a29c98-d053-11e7-836b-953b40afb30b/GuiaPieDiabetico.pdf>.
- GOBIERNO DE CANARIAS. *Prevención y abordaje de la diabetes. Si no es ahora, ¿cuándo?* [Internet]. 2021. [Consultado el 18 enero de 2022]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=2a7c7621-3c2c-11ec-b429-55e901a7e-46f&idCarpeta=7e922394-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c>.
- GOBIERNO DE CANARIAS. *Estrategia de abordaje de la Diabetes Mellitus en Canarias*. [Internet]. 2021. [Consultado el 18 de enero de 2022]. Disponible en https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6c77fa1a-3648-11ec-8f21-ff5af5b8eddd/4_PorqueEstrategiadeDiabetes.pdf.
- GONZALEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. y MORERA FUMERA, A. *La valoración de suceso vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe*. Psiquis, 1983.
- HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. y TAKÁO LOPES, C. (eds.). 2021. *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023*. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
- MOORHEAD, S., SWANSON, E., JOHNSON, M. y MASS, M. (eds.). 2019. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (6.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Diabetes*. [Internet]. 2021. [Consultado el 18 de enero de 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- WIEDNER, C. y DOOD, M. (1993). *Theory of Illness Trayectory en Raile Alligood, M.* (10th ed.). Nursing Theorists and their work (pp. 475-487). Elsevier, 2022.

