

Cómo citar este documento

Ruiz Sánchez, Juan José. Propuesta de mejora en la consulta programada y a demanda de enfermería de pacientes crónicos. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0842.php>



Proyecto de Gestión de Cuidados

**PROPUESTA DE MEJORA EN LA CONSULTA
PROGRAMADA Y A DEMANDA DE
ENFERMERÍA DE PACIENTES CRÓNICOS**

Guía COENCRO

Autor: Juan José Ruiz Sánchez

UGC Constantina

Juanjorusa@hotmail.com

Índice

<u>RESUMEN</u>	3
<u>BLOQUE 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA</u>	
Capítulo 1. Introducción.	5
Capítulo 2. Formulación del problema y estado de conocimiento.	7
Capítulo 3. Marco teórico.	8
Capítulo 4. Pertinencia del proyecto.	10
Capítulo 5. Objetivo general.	11
<u>BLOQUE 2. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO</u>	
Capítulo 6. Ámbito del proyecto.	11
Capítulo 7. Cartera de clientes.	12
Capítulo 8. Cartera de servicios.	12
Capítulo 9. Análisis estratégico: DAFO/CAME.	12
Capítulo 10. Líneas estratégicas.	15
Capítulo 11. Intervenciones enfermeras y sistema de evaluación del proyecto: Estructura y contenido de la guía COENCRO.	18
<u>BLOQUE 4. PLANIFICACIÓN Y CRONOGRAMA</u>	
Capítulo 12. Plan de recursos, duración del proyecto y cronograma.	39
<u>REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA</u>	43
<u>ANEXOS</u>	49

RESUMEN

Difícilmente podremos encontrar en el SAS, una actividad tan distorsionada y tan alejada de su concepto inicial, como la consulta programada de enfermería. La actual perversión de esta actividad, que se limita en muchos casos a una toma de constantes.

Sustentándonos en un modelo sobre la atención a la cronicidad de José Miguel Morales Asencio y en las principales conclusiones de un programa desarrollado por la doctora Anna Rogers, en la Universidad de Manchester, se plantea el objetivo de generar una propuesta de mejora de gestión de cuidados para mejorar la eficiencia y los cuidados en la demanda clínica enfermera de pacientes crónicos en Atención Primaria, tanto en la programada como en la consulta a demanda, complementándolas las dos mediante herramientas de gestión compartida de la demanda y algunas funciones de Enfermería de Prácticas Avanzadas, integrando la última evidencia disponible en cuidados.

La guía COENCRO, es un plan normalizado de trabajo de la consulta programada y a demanda de enfermería de los pacientes crónicos. Se seleccionan para su desarrollo, las patologías crónicas con mayor impacto sanitario y económico: Diabetes Mellitus (DM), Insuficiencia Cardíaca (IC) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

En su elaboración, se establecen tres niveles de actuación, en función de la situación temporal donde se ubique el paciente desde el inicio de la enfermedad crónica.

La guía, se divide en 3 partes:

1. Unos cuidados generales por niveles. Independientemente de la patología tratada.
2. Intervenciones enfermeras en la DM tipo II, EPOC e IC. Establecidas en un número determinado de consultas programadas por año, ordenados por patologías y niveles. La consulta a demanda se establecerá como complemento a la programada, derivando aquí al paciente para consultas, dudas o resolución de problemas planteados fuera de la programada.
3. Indicadores de resultados ordenados por patologías y por niveles.

DeCS: Enfermería de Atención Primaria, Enfermedad Crónica, Diabetes Mellitus, Insuficiencia cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

MeSH: Primary Care Nursing, Chronic Disease, Diabetes Mellitus, Heart Failure, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive.

Abstract

We can hardly find in the SAS, an activity so distorted and so far from its initial concept, as scheduled consultation nursing. The current perversion of this activity, which is limited in many cases to take constant.

Sustaining us in a model of attention to chronic José Miguel Morales Asencio and the main conclusions of a program developed by Dr. Anna Rogers, University of Manchester, in order to generate a proposal of care management to improve efficiency and demand clinical care nurse to chronic patients in primary care, both scheduled and on-demand, complementing the two shared management tools of the demand and some functions of Advanced Practice Nursing, integrating the latest available evidence in cares.

The COENCRO guide is a standard work plan consultation scheduled and on-demand nursing of chronic patients. They are selected for development, chronic pathologies greater health and economic impact: Diabetes Mellitus (DM), Heart Failure and Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

In its development, three levels of action are established, depending on the temporary situation where the patient is located from the onset of chronic disease.

The guide is divided into 3 parts:

1. A general care by levels. Regardless of the condition treated.
2. Nursing interventions by chronic pathology. Established in a number of scheduled visits per year, they ordered by pathologies and levels. Consultation with demand set to supplement the scheduled, leading the patient here for consultations, questions or solving problems outside the schedule.
3. Indicators of results sorted by pathologies and levels.

Capítulo 1. Introducción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), al igual que el resto de sistemas regionales de salud en España, tienen una serie de problemas importantes en común:

- Un aumento del envejecimiento de la población con su consecuente aumento de enfermedades crónicas. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida¹. La prevalencia de enfermedades crónicas en las sociedades avanzadas va en aumento debido a múltiples factores entre los que cabe destacar: el aumento de la esperanza de vida y los cambios de hábitos de vida.
- Variabilidad de la práctica clínica. Hay pocos estudios sobre variabilidad de la práctica enfermera. Se estima que son similares a las médicas donde entre un 30-40% de los pacientes no reciben una atención basada en la evidencia médica disponible y entre un 20-30% la atención recibida es innecesaria o potencialmente peligrosa².
- Contexto de crisis. Existe la necesidad de buscar la sostenibilidad del sistema sanitario, donde se han perpetuado un aumento de la presión por reducir el gasto como medida aislada y prioritaria³.

Estas situaciones han generado un aumento de la demanda y un aumento del coste sanitario. Los enfoques distintos de gestión de los últimos años han demostrado que la gestión de la demanda y la racionalización del gasto sanitario es una necesidad para la sostenibilidad de nuestro modelo. El ciudadano debe ser el centro del sistema, debemos utilizar y difundir las mejoras prácticas, una gestión clínica eficiente y moderna que permita a los profesionales disponer de las herramientas necesarias para una gestión de la demanda asistencial y una gestión de la salud, adecuadas a la realidad, a las verdaderas necesidades de los ciudadanos y a las circunstancias del país.

En este contexto, el SAS, a nivel de macro gestión busca, con sus profesionales, medidas de eficiencia sanitaria y medidas para la gestión de la demanda. Un reflejo de ello lo podemos encontrar en el compromiso para gestionar el conocimiento y la tecnología con criterios de sostenibilidad en el IV Plan Andaluz de Salud⁴.

Cuando hablamos de gestión de la demanda enfermera, no debemos confundir con la gestión a demanda enfermera o gestión compartida de la demanda.

La gestión a demanda enfermera es el servicio ofertado por la enfermera a cada persona que acude a su consulta sin previa programación, ya sea espontáneamente o por indicación de otro profesional. La gestión compartida de la demanda hace

referencia a un modelo organizativo, en el que los diferentes profesionales enmarcados en equipos sanitarios dentro de las distintas unidades asistenciales avanzan en la gestión de sus competencias para dar una respuesta más efectiva y eficiente a las necesidades de la población. Está evidenciado que es el modelo de gestión más eficiente⁵. Entendemos por gestión de la demanda, a la organización de los circuitos sanitarios para atender la población demandante. Es un concepto fácil de entender, pero muy influenciado por muchos factores (agrupados en tres unidades: paciente, profesional, organización) lo que hace muy complejo y dificultoso encontrar una solución.

Los españoles son los ciudadanos europeos que más van al médico (8,1 veces frente a las 5,8 veces de la media de la Unión Europea). La utilización de los servicios sanitarios, y en concreto los de atención primaria, se ha convertido en un problema que requiere un abordaje integral para solucionarlo. Existen motivos suficientes para intentar reducir la utilización: es uno de los problemas más sentidos por los profesionales, redundante en una mayor satisfacción del paciente, produce una mejoría en la calidad de la atención, se optimiza la organización, se aumenta el tiempo con el paciente, se refuerza la calidad de las entrevistas y se cuida la salud mental del profesional⁶.

La frecuentación en Andalucía en la enfermería de Atención Primaria entre los años 2007 al 2010, se ha visto incrementada en un 30,63%, sobre todo por el aumento de la Cartera de Servicios (prescripción, atención a demanda, informes dependencia, etc.). Si tenemos en cuenta la frecuentación por tramos de edad, veremos que el 15,24% de población mayor de 64 años (1.244.150 ciudadanos), nos consume el 50,74% del total consultas médicas en el Centro de salud (19.906.400 consultas). Esto se debe no solo al aumento al envejecimiento, sino también al aumento de las patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos¹.

Por tanto, la atención a los pacientes crónicos constituye uno de los principales retos para la mayoría de los sistemas regionales de salud. Expertos recomiendan un abordaje multiprofesional con el autocuidado y la gestión de la enfermedad por parte del paciente⁷. Para que los servicios sanitarios sean eficientes deben incorporar nuevos modelos de gestión y reinventar lo que ya está inventado.

¿Qué papel puede jugar en este contexto la enfermería comunitaria y de familia?

Como pieza clave en el abordaje y emancipación de los pacientes crónicos, tal como apunta la Estrategias en el Abordaje a la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud⁸.

Una gran proporción de la actividad clínico-asistencial de la práctica clínica avanzada en enfermería se centra en promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades, tanto de forma oportunista como el proceso de diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes mellitus,

enfermedades coronarias, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC), insuficiencia renal crónica y problemas cerebro vasculares. La evidencia a nivel internacional pone de manifiesto la imperiosa necesidad de incorporar nuevos modelos de enfermería de prácticas avanzada (EPA) para mejorar la atención a los pacientes, especialmente en los procesos crónicos⁹. Ejemplo de ello podemos encontrar las aportaciones de la EPA en la atención a los procesos crónicos de Atención Primaria del Reino Unido (anexo 1). Además, el estudio OCDE de los 12 países con EPA: la evaluación de prácticas enfermeras avanzadas sobre cuidados, confirman generalmente los resultados de precedentes revisiones de literatura determinando que los enfermeros en práctica avanzada en los diferentes países pueden proporcionar una calidad equivalente de cuidados en comparación de aquellos que proporcionan los médicos en ciertos grupos de pacientes dentro de los cuidados primarios y en la gestión de enfermedades crónicas.

Capítulo 2. Formulación del problema y estado del conocimiento.

En el estudio sobre el rol enfermero de los años 2000-2010 realizado por Nuria Martínez y M^a Luz Fernández¹⁰, la enfermería ha desarrollado una mayor competencia y capacidad de resolución de problemas sanitarios debido a la orientación de su trabajo hacia los cuidados integrales del individuo, ampliando sus funciones al ámbito docente, asistencial, gestor e investigador y empleando una metodología científica basada en el conocimiento de la misma disciplina. Sin embargo, estas modificaciones son más visibles en el plano docente e investigador que en asistencial.

En la reforma sanitaria de Atención Primaria hace casi 35 años, la actividad de enfermería debía tener un papel clave. Indicaban que la consulta programada, la preventiva y la atención domiciliaria debían constituirse como el centro de nuestra actividad, y eso mejoraría la salud de la población. Así han aumentado en número y nos han llevado a caer continuamente en la ley de los cuidados inversos enunciada por Hart¹¹ (hacer más a quien menos necesita). Nuestro esfuerzo en “controlar” a los crónicos nos ha llevado a cronificarlos, a hacerlos dependientes de las consultas.

Difícilmente podemos encontrar en el SAS, una actividad tan distorsionada y tan alejada de su concepto inicial, como la consulta programada de enfermería. La actual perversión de esta actividad, que se limita en muchos casos a una toma de constantes, hace necesaria una reflexión profunda sobre cuánto tiempo más estamos dispuestos a seguir manteniendo esta carga de trabajo, que con los contenidos actuales, presenta dudosa utilidad¹².

El aumento de las enfermedades crónicas en el futuro en nuestra comunidad y en España, plantea dejar paso el valor de la “curación” al de los “cuidados”¹³.

Se plantea el problema de renovar la consulta programa de enfermería para dar una respuesta más eficiente hacia las necesidades actuales del colectivo de pacientes crónicos.

Capítulo 3. Marco Teórico.

Nos vamos a sustentar para el desarrollo del este proyecto de gestión de cuidados, en un modelo sobre la atención a la cronicidad y en las principales conclusiones de un programa desarrollado por la doctora Anna Rogers¹⁴, en la Universidad de Manchester, el proyecto WISE, un sistema de apoyo integral a la autogestión de las enfermedades crónicas. Dicho sistema nos da la base en el proyecto para alcanzar el objetivo de fomentar la autogestión de las enfermedades crónicas a la prestación de servicios de atención rutinaria porque contempla la interacción entre tres niveles diferentes: los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario.

Principales conclusiones obtenidas en los niveles que afecta a la propuesta, el paciente y el profesional:

1. Las estrategias aplicadas por los enfermos crónicos para afrontar la enfermedad. Los mecanismos de apoyo a la autogestión deberían establecerse a partir de estas estrategias y de la opinión que tenga el paciente sobre su enfermedad.
2. El "punto" o momento al que llega el individuo en el transcurso de su enfermedad, por ejemplo, cómo la enfermedad va cambiando con el tiempo; las posibles recidivas y recuperaciones; y los diferentes tipos de información y formas de atención sanitaria que necesitan recibir de los familiares y los profesionales de la salud.
3. Las redes sociales del entorno del enfermo, los sistemas de atención sanitaria y el acceso a los recursos tanto dentro como fuera del sistema socio-sanitario del individuo.
4. Mejorar el contenido de las consultas ofreciendo una formación más adecuada a los profesionales, proporcionándoles estrategias que puedan utilizar con el fin de intentar negociar los planes de cuidados a la vez que respetan y valoran los conocimientos y la experiencia adquiridos por los propios enfermos.
5. Para los profesionales que trabajan en los centros de salud, existe una tensión entre la aceptación de la capacidad de decisión del paciente y el fomento de la autogestión y la necesidad de desarrollar sus propias facultades profesionales. Aunque los profesionales de la salud pudieran plantearse cambiar su forma de actuar para fomentar el aumento de la autonomía del enfermo, este cambio no tiene por qué ocurrir de forma inmediata, y probablemente necesitaría más que la simple confianza en el enfermo para compartir con éste la responsabilidad y la

capacidad de decisión. Necesitamos desarrollar estrategias y mecanismos de apoyo más específicos dentro de la consulta.

6. Más que de autogestión, los profesionales de la salud prefieren hablar de la posibilidad de establecer un sistema de competencias compartidas para el manejo sanitario de enfermedades crónicas. Definir y negociar los límites de los cuidados sanitarios parece constituir un factor importante para el apoyo profesional a la autogestión en el ámbito de la medicina general (por ejemplo, fomentar la autogestión y experimentar dentro de ciertos parámetros).

Y un modelo de "curso vital" sobre la enfermedad crónica de José Miguel Asencio¹⁵ y colaboradores. Aunque el foco del artículo está puesto en cómo aprovechar sus componentes para la gestión de casos, el modelo se puede aplicar en cualquiera de las fases de la enfermedad crónica. Dicho modelo plantea las deficiencias de los actuales sistemas regionales de salud en la atención de enfermedades crónicas, sistemas muy resolutivos en las enfermedades agudas, pero ineficientes en las enfermedades crónicas. Éste nos da un marco a nuestro proyecto, quien establece unos proveedores de salud proactivos y una continuidad de cuidados junto a una mejora y aumento de las capacidades de autocuidados en los pacientes, buscando una actitud proactiva por partes de ellos hacia la enfermedad y de afrontamiento y adaptación a la nueva situación, consigue un aumento de la calidad de vida y retardo de las complicaciones derivadas de la enfermedad crónica a largo plazo en el tiempo.

Dentro de las numerosas patologías crónicas que existen, entiendo por ellas tal como se define en la Estrategia de Cronicidad del Sistema Nacional de Salud año 2012, como enfermedades de larga duración y generalmente de progresión lenta, además de conllevar una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, y ser causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad, la propuesta de mejora se centrará en las patologías de mayor impacto sanitario y económico. Se seleccionan:

- A. Diabetes Mellitus tipo II. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pronosticado que en el año 2030 la diabetes afectará a 370 millones de personas, lo que supone un aumento de un 114% con respecto a las últimas cifras publicadas por esta entidad, correspondientes al año 2000. La prevalencia de la diabetes en España es superior a la de otros países europeos o de Estados Unidos (EEUU). Incluso teniendo en cuenta que se calcula que alrededor del 50% de la enfermedad permanece sin diagnosticar ¹⁶. Además del coste del tratamiento y control, supone un gran gasto derivado de la atención de las complicaciones originadas por el mal control metabólico de los pacientes: amputaciones, nefropatías, retinopatía diabética, etc. La diabetes tipo II es la de mayor

prevalencia con diferencia entre las otras variedades de la enfermedad.

- B. La EPOC constituye una de las patologías crónicas más relevantes. Ha crecido un 163% en los últimos años; en 2020 se cree que será la tercera causa de mortalidad en el mundo, y el gasto en su tratamiento alcanza el 2% del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Política Social¹⁷. Representa una de las causas más importantes de morbilidad, con una prevalencia en España del 10,2% en población de 40 a 80 años. En los últimos años ha pasado a definirse no solo como una enfermedad obstructiva pulmonar sino también como una enfermedad sistémica. En nuestro medio se estima que las exacerbaciones generan el 10-12% de las consultas de atención primaria, entre el 1-2% de todas las vistas a urgencias y alrededor del 10% de los ingresos. La EPOC es la tercera causa más frecuente de ingreso hospitalario (2,5%), con una estancia media entre 8-10 días. Se calcula que un enfermo con EPOC genera un coste sanitario directo medio de 1.876 euros/año; una parte importante del coste corresponde a la hospitalización (43,8%), seguido de los costes de la medicación (40,8%) para el control de la enfermedad. Casi el 60% del coste global de la EPOC es imputable a la exacerbación. Tampoco hay que olvidar la elevada tasa de reingresos¹⁸.
- C. La IC es un problema sanitario de primer orden en nuestro país, aunque no disponemos de cifras que permitan dimensionar su impacto con exactitud por falta de estudios con diseño apropiado. La IC consume enormes recursos sanitarios: es la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años y representa el 3% de todos los ingresos hospitalarios y el 2,5% del coste de la asistencia sanitaria¹⁹.

Capítulo 4. Pertinencia del proyecto

La gestión ineficiente de los cuidados perjudica a la sociedad porque genera inseguridad e ineficiencia, y aumenta la medicalización y el gasto, dejando sin resolver los problemas de cotidianidad de los pacientes y sus cuidadores. Incumpléndose además las recomendaciones de racionalidad y competencia que se plantean para el abordaje de cronicidad y la dependencia en los países de nuestro entorno⁷.

El SAS se ha caracterizado, entre otras muchas cosas, en la producción y utilización de los procesos asistenciales en crónicos. El hecho de que no exista en dicho sistema regional de salud, al igual que en otros, un instrumento que guíe a la enfermería de familia y comunitaria en la consulta programada y a demanda en la atención de crónicos, genera que todo ese conocimiento, junto con la última evidencia en cuidados, se aplique con un alto grado de variabilidad y poca eficiencia, aplicándose aquí en gran parte en función de las prioridades de las políticas de macrogestión a corto plazo.

Capítulo 5. Objetivo General

Generar una propuesta de mejora de gestión de cuidados para mejorar la eficiencia y los cuidados en la demanda clínica enfermera de pacientes crónicos en Atención Primaria, tanto en la programada como en la consulta a demanda, complementándolas las dos mediante herramientas la gestión compartida de la demanda y algunas funciones de EPA, integrando la última evidencia disponible en cuidados.

Objetivos a largo plazo:

- Un mayor grado de autocuidado e independencia en el proceso salud-enfermedad. Generar pacientes proactivos (emancipados) en su enfermedad crónica, que sean dueños de sus autocuidados y por tanto de su enfermedad, para mejorar el control de las enfermedades crónicas.
- Una mejor eficiencia en resultados en salud. Retardar y/o disminuir la aparición de las complicaciones y de los ingresos hospitalarios.
- Mejorar la demanda, estableciendo las periodicidades de control y seguimiento en función de la mejor evidencia, rompiendo con la auto demanda generada por los profesionales.
- Mejorar la satisfacción y calidad de vida de los pacientes crónicos.
- Ser una iniciativa prometedora dentro del ámbito autonómico en la gestión de pacientes crónicos.

Capítulo 6. Ámbito del proyecto.

El proyecto se realizará en el centro de salud de Palma del Río, Córdoba. El municipio cuenta con una población de 21537 personas (padrón 2011). La población de hombres es de 10731. La población de mujeres es de 10806. Según podemos apreciar en el anexo 2, pirámide poblacional de Palma del Río, tiene forma de hucha. Se trata de una pirámide con perfil regresivo. Indica baja mortalidad y muy baja natalidad, y una población regresiva.

El centro de salud tiene 12 cupos de pacientes, atendidos cada uno por un médico y una enfermera. Están personalizados, a excepción e varias tareas dispensatorias: extracción en el centro, curas e inyectables en el centro, vacuna y niño sano. La unidad de gestión clínica (UGC), la UGC de Palma del Río a la que pertenece éste centro está acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Dentro de los valores de la UGC, establecidos dentro del marco de bioética del SAS 2011-204, agrupados en los cuatro principios de la Bioética: el de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia²⁰, destacamos:

- El compromiso con el ciudadano, facilitando la accesibilidad y la prestación de

cuidados, sustentado por el aumento de competencias, y el aumento de nuestras capacidades de resolución de las principales necesidades de salud de la ciudadanía.

- El compromiso con nuestra empresa, De alcanzar los objetivos acordados a nivel de mesogestión (Distrito Sanitario), más que por una obligación administrativa, por una actitud de responsabilidad del trabajo.
- El compromiso con sus profesionales. Que son el motor y pieza angular de la UGC. Dando las herramientas para buscar y aplicar la mejor evidencia cuidados y los procesos asistenciales integrados, y facilitar y dar la formación sentida y necesaria para mejorar la seguridad del paciente, reducir la variabilidad de la práctica clínica y buscando la mejor eficiencia en salud.

Capítulo 7. Cartera de clientes.

- Cliente interno. Médico y enfermera de atención de primaria que aborde en sus tareas la demanda clínica programada y a demanda de pacientes crónicos.
- Cliente externo. Paciente con patología crónica de diabetes mellitus tipo II (DM tipo II), EPOC y/o insuficiencia cardiaca (IC).

Capítulo 8. Cartera de servicios.

Tomando como marcos de intervención en la Cartera de Servicios la gestión de los procesos asistenciales integrados (PAI) del SAS en DM tipo II, EPOC e IC y el acto único: Gestión de citas con el profesional, con la solicitud de pruebas y con otros profesionales, la gestión de servicios aplicados mediante las intervenciones enfermeras del proyecto de gestión al cliente externo son:

- a) Demanda clínica enfermera programada y a demanda.
- b) Servicio de seguimiento de enfermedades crónicas.
- c) Servicio de dispensarización de pruebas: laboratorio, retinografías, electros, espirometrías.
- d) Servicio de derivación a otros profesionales.
- e) Servicio de redes sociales para promoción de las patologías crónicas.
- f) Seguimiento telefónico.
- g) Gestión proactiva de los pacientes.
- h) Servicios de cuidados de las patologías crónicas.
- i) Servicio de educación en salud individualizada.

Capítulo 9. Análisis de situación.

El análisis de situación se ha realizado mediante dos grupos de profesionales enfermeros que trabajan en Atención Primaria.

- Técnica Delphi. OPINIÓN EXPERTOS. Uno formado por profesionales base y cargos intermedios del nivel asistencial de diferentes UGC entre Córdoba y Sevilla mediante técnica Delphi. Dicha técnica, realizada a través del correo y trato personal o telefónico, es una metodología cualitativa a través de opinión de expertos, pasando varios cuestionarios y la retroalimentación de ellos para su consenso. El objetivo de la técnica fue conocer la opinión de los profesionales sobre la utilidad de un instrumento que dirija la consulta programada de crónicos. Trabajadores de varias UGC. Grupo de unos 30 profesionales donde participaron hasta el final 16. De estos 16, cuatro son cargos intermedios, coordinadores de cuidados y 12 enfermeros bases. De ellos, seis son eventuales con más de 5 años de experiencia en Atención Primaria y diez propietarios con plaza.

Se les pasó carta de presentación y responder varias preguntas cerradas con SI/NO: ¿crees que existe mucha variabilidad de la práctica enfermera en la consulta programada de enfermería?, ¿crees que tiene utilidad la consulta programada de enfermería?, ¿modificarías algo?

Se les mando retroalimentación con una última pregunta: ¿ayudaría un instrumento de guía en la consulta programa formado por la evidencia disponible en cuidados sustentándose en la enfermería de practicas avanzadas y la gestión compartida de la demanda?

La gran mayoría, entorno al 90%, contestaron que existe mucha variabilidad de la práctica clínica en la consulta programa de enfermería, con una visión de gran utilidad. Cambiarían cosas, la mitad de opiniones referente al contenido y la otra mitad en tiempos y al volumen de la demanda.

Hubo una mayoría absoluta en la última pregunta donde afirman todos que ayudaría un instrumento de guía en la consulta programada.

- Y el otro entre los miembros de la zona de aplicación del proyecto, los profesionales enfermeros de la UGC de salud de Palma del Río mediante la técnica DAFO. El objetivo de dicha técnica fue conocer las estrategias de éxito para la implementación del proyecto en la UGC de Palma del Río.

Dicha técnica es una metodología de estudio de la situación de un proyecto analizando sus características internas y su situación externa. Después del DAFO aplicamos el análisis CAME, que se realiza para establecer estrategias para afrontar la situación del proyecto con éxito. Se realizó en el Centro de Salud de Palma del Río, donde participaron el 73%(11 profesionales) de los enfermeros de Atención Primaria, durante una hora de reunión aproximadamente. Se realizó una explicación del objetivo de la reunión, el objetivo del proyecto. Se estuvieron analizando las ventajas y dificultades a nivel externo e interno en la Unidad para la exitosa implantación del proyecto, y las posibles estrategias para potenciar o

mejorar las ventajas y deficiencias analizadas respectivamente.

- El análisis DAFO recoge los siguientes resultados:

<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento de las cargas de trabajo por los recortes.• Laboratorios en contra de medidas de eficiencia que puedan generar disminución del consumo de fármacos.• Variabilidad de la práctica clínica a nivel de meso gestión.• Disminución de recursos sanitarios por los recortes.	<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">• Desmotivación de los compañeros hacia el trabajo.• Falta de espacios para desarrollar el trabajo de enfermería en el centro de salud.• Plantilla de edad avanzada.
<p style="text-align: center;">OPURTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de objetivos en Distrito.• La accesibilidad a recursos como Guía de Salud y PAI a través de la red en la consulta sanitaria.• La ampliación de jornada ofrece medidas de ahorro y consecución de objetivos.• Mejora de inversión en las tecnologías de la información y conocimiento (TIC).• Interés a nivel político y sanitario de la atención de los procesos crónicos.	<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Interés en la formación y en la necesidad de ella.• Medidas adoptadas en la UGC para el control de la demanda.• Modelo de trabajo en gestión compartida de la demanda.• Motivación hacia las nuevas competencias de enfermería.

La matriz DAFO/CAME recoge los siguientes resultados:

<u>LINEAS ESTRATÉGICAS</u>	DEBILIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación de los compañeros hacia el trabajo. • Falta de espacios para desarrollar el trabajo de enfermería en el centro de salud. • Plantilla de edad avanzada. 	FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none"> • Interés en la formación y en la necesidad de ella. • Medidas adoptadas en la UGC para el control de la demanda. • Modelo de trabajo en gestión compartida de la demanda. • Motivación hacia las nuevas competencias de enfermería.
AMENAZAS <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de las cargas de trabajo por los recortes. • Laboratorios en contra de medidas de eficiencia que puedan generar disminución del consumo de fármacos. • Variabilidad de la práctica clínica a nivel de meso gestión. • Disminución de recursos sanitarios por los recortes. 	Estrategia de Implementación	Estrategia de Formación
OPURTUNIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de objetivos en Distrito. • La accesibilidad a recursos como Guía de Salud y PAI a través de la red en la consulta sanitaria. • La ampliación de jornada ofrece medidas de ahorro y consecución de objetivos. • Mejora de inversión en las TIC. • Interés a nivel político y sanitario de la atención de los procesos crónicos. 	Estrategia de Implementación	Estrategia TIC

Capítulo 10. Líneas estratégicas.

Las líneas estratégicas claves para la implementación de la propuesta de trabajo en la UGC piloto, obtenidas a través del análisis de situación son:

1º. Estrategia de Formación.

Formación que va encaminada a difundir el contenido de COENCRO a desarrollar en las consultas enfermeras de crónicos a los profesionales implicados para el correcto desarrollo e implementación de la guía en la UGC.

Los cursos deberán ser acreditados por la ACSA. Contenido de los cursos:

- Planteamiento del problema y pertinencia del proyecto. Introducción de la propuesta. Marco teórico. Fases de implementación.
- Cuidados generales por niveles.
- DM tipo II. Propuestas de consultas enfermeras por año y niveles.
- IC. Propuestas de consultas enfermeras por año y niveles.
- EPOC. Propuestas de consultas enfermeras por año y niveles.

Objetivo específico: Capacitar a los profesionales enfermeros que atienden las consultas enfermeras de crónicos en la UGC para la correcta aplicación de COENCRO.

Actividades:

- Elaboración una guía de bolsillo de COENCRO para su utilización en la consulta.
- Difusión de un programa formación semanal. Se realizan un total de 5 con una duración máxima de 45 minutos.

Evaluación:

- Control de asistencia: actas de firmas de las sesiones.
- Cuestionario de 10 preguntas tipo test antes y después de cada sesión de formación para valorar impacto.
- Presentación a la dirección de la UGC la guía de bolsillo.

2º. Estrategia de Implementación.

Objetivo específico: Generar las medidas pertinentes para el correcto funcionamiento de COENCRO por la enfermera que atiende la consulta de crónicos programada y a demanda.

Actividades:

1. Elaboración conjunta médicos-enfermeros de recomendaciones internas a través de guías de práctica clínicas (GPC) o protocolos, de derivación en la consulta enfermera, gestión de pruebas y establecer las pautas para “medicación enfermera avanzada”^{7, 11,21}.

La derivación se producirá cuando el profesional que atiende al ciudadano entiende que es competencia de otro profesional el resolverle su demanda.

Las derivaciones se pueden dar de cualquiera de estos profesionales de Atención primaria entre sí: Enfermera Comunitaria, Médico de Familia, Trabajadora social, Enfermera Gestora de casos²².

Para normalizar las derivaciones tendrán que cumplir unos requisitos mínimos:

- Se realizará mediante la historia de salud de la aplicación Diraya.

- Se especificará en la historia el motivo de la derivación.
- Se le dará la cita para el profesional que corresponda en la misma consulta favoreciendo el acto único.

La “administración avanzada enfermera de medicación”²¹, como refiere la autora Nuria Cuixart, citado por A. J. Valenzuela, en este contexto y entorno, lo denominamos como la acción donde la enfermera puede “prescribir como colaboradora de un prescriptor independiente” (el médico). El objetivo es poder modificar dosis, no poner o quitar medicación, en el contexto de diabetes mal compensada para conseguir el pacto objetivo a través de pautas acordadas entre los facultativos a través de la gestión compartida de la demanda en la UGC.

2. Colocación de un lugar visible en cada consulta enfermera de un póster resumen de COENCRO por patologías.
3. Formación avanzada de la guía a dos enfermeros para ofertar tutorización diaria para cualquier duda o consulta generadas en dicha aplicación.
4. Coordinación un programa de sesiones clínicas. Total: 9 sesiones clínicas en 9 semanas. Una por cada nivel en cada patología.
5. La dirección y encargado realizarán un “feedback” continuo con los implicados en el desarrollo del proyecto para una evaluación de mejora continua.
6. Reuniones semanales entre todos los profesionales implicados y como mínimo uno de los dos enfermeros que llevan la tutorización para abordar problemas surgidos de interés clínico para el desarrollo de COENCRO en las consultas de enfermería.

Evaluación:

- Presentación del protocolo de derivación y pautas de “mediación avanzada enfermera” generado y los póster resumen colocados en la consultas a la Dirección del centro y al encargado del proyecto.
- Registro de las consultas realizadas a los tutores responsables.
- Actas de firmas de las sesiones clínicas y las reuniones semanales para abordar problemas presentados en la propuesta con el orden del día.
- Evaluación del impacto: Auditoría interna antes y después de la etapa de implantación para valorar la aplicación de la guía.

3º. Estrategia TIC. Como recurso de apoyo en la búsqueda de la autogestión de la enfermedad crónica en el paciente, de transmisión de información para sus cuidadores, su participación e intercambio de impresiones con los profesionales sanitarios en dicho campo y como medio para fomentar las inquietudes del profesional en la búsqueda de la última evidencia en cuidados en el desarrollo de sus competencias.

La evidencia científica ha demostrado que las personas que autogestionan su enfermedad, habiendo recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados

en el control de la misma que aquellos que no lo hacen.

Se podrá desarrollar paralelamente con las otras dos estrategias.

Objetivo específico: Fomentar los autocuidados y los cuidados hacia las personas con patologías crónicas consultando las redes sociales.

Actividades:

- Selección de dos profesionales encargados de crear una página en redes sociales (Facebook, al ser preferida en España seguido muy de lejos de Twitter y Tuenti) denominada: "Pacientes crónicos y familiares activados y conectados. UGC Palma del Río", siguiendo las recomendaciones de uso general de la Red de Salud de Andalucía (<http://www.redsaludandalucia.es/participa/recomendaciones-de-uso-general>).
- Selección de un responsable para las colocaciones de artículos y páginas webs de interés sanitarias o de información relevante acorde con el objetivo, propuestas por los profesionales del centro una vez por semana.
- Comunicación externa a través de asociaciones de patologías crónicas, ayuda a domicilio, cuidadoras, consulta programada enfermera, etc. de la creación de la página.
- A través de la consulta conjunta medico enfermero asesorar y resolver dudas en cuidados y salud de la población.

Evaluación:

- Elaboración y puesta en funcionamiento de la página en redes sociales: "pacientes crónicos y familiares activados y conectados. UGC Palma del Río" en Facebook.
- Difusión a través de varias noticias en la prensa escrita de ámbito local.

Capítulo 11. Intervenciones enfermeras y sistema de evaluación del proyecto: Estructura y contenido de la propuesta.

Como ya afirmaba Corbin²³, la atención a pacientes crónicos precisa un abordaje flexible, individualizado, adaptando el cuidado de la Salud a las distintas fases de la enfermedad, las necesidades de la persona, sus intereses, sus seres queridos y el medio cultural en el que hay que proveer la atención. COENCRO es un plan normalizado de trabajo de la consulta programada y a demanda de enfermería de los pacientes crónicos, donde en función de las necesidades, nivel sociocultural y expectativas del paciente y en función del funcionamiento de la UGC y del criterio del profesional se individualizará los cuidados e intervenciones enfermeras.

Se establecen tres niveles de actuación en la demanda clínica enfermera programada, en función de la situación temporal donde se ubique el paciente desde el inicio de la enfermedad crónica:

- Nivel 1. Comprende desde el debut del diagnóstico hasta los 3-6 meses. Es el

periodo donde el objetivo es conducir al paciente a la adaptación a la nueva situación, empatizando, apoyando, enseñando y asesorando en las necesidades detectadas. Es más realista hablar de adaptación a la enfermedad que de aceptación, puesto que los procesos de pérdida son constantes y el enfermo debe reconstruir nuevas identidades según su estado.

Los profesionales tienden a relacionar la mala adherencia con la negación de la enfermedad, pero algunos pacientes se sienten amenazados por las exigencias de tratamiento y control y por sus consecuencias en su calidad de vida, y conscientemente optan por no seguir las recomendaciones. Se deben tener en cuenta en este primer nivel, las múltiples dimensiones psicosociales en el proceso de enfermedad crónica, pactando objetivos comunes con el paciente²⁴ y siendo flexible en su consecución.

- Nivel 2. Seguimiento y control de las enfermedades crónicas. Hasta la aparición de las primeras complicaciones derivadas de la enfermedad o ingresos hospitalarios tratando de alcanzar el máximo empoderamiento del paciente ante la enfermedad crónica.

- Nivel 3. Aparición de las primeras complicaciones y/o ingresos hospitalarios. En el empoderamiento del paciente respecto la enfermedad crónica en este nivel cobra especial importancia dos cosas: el papel de la familia (importante en todos los niveles pero con mayor protagonismo aquí), donde puede jugar pieza clave en la autogestión de la enfermedad, pudiendo ser el transmisor de cuidados de la consulta programada y a demanda en vez del paciente.

Utilizando la gestión compartida de la demanda, que es modelo más eficiente y productivo para el personal de enfermería en la consulta de atención primaria⁵, que además favorece la incorporación de funciones o tareas de EPA, la finalidad de COENCRO es:

- Mejorar la identidad de la demanda clínica de enfermería comunitaria y de familia en procesos crónicos.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Mejorar eficiencia y resultados en salud.
- Proporcionar la última evidencia en cuidados.

Dentro de las intervenciones de EPA propuestas en la utilización de COENCRO son:

- Gestión de pruebas diagnósticas. Existe numerosa evidencia que avala dicha actividad, junto con la recepción de resultados^{11, 25-27}.
- Derivación a otros profesionales. Médico de atención primaria, enfermera de atención primaria, enfermera gestora de casos o trabajadora social.
- Medicación avanzada enfermera^{21, 28}. A partir de un protocolo resultado de la

colaboración entre médico y enfermero o del centro donde se esté trabajando, aunque se recomienda que se utilice uno existente de guías de salud o institución sanitaria con una mejor evidencia clínica.

La estructura de COENCRO:

1. Unos cuidados generales por niveles. Independientemente de la patología tratada.
2. Intervenciones enfermeras en la DM tipo II, EPOC e IC. Establecidas en un número determinado de consultas programadas por año ordenado por patologías y niveles. La consulta a demanda se establecerá como complemento a la programada, derivando aquí al paciente para consultas, dudas o resolución de problemas planteados fuera de la programada. La estructura de cada consulta seguirá el siguiente orden, con unas actuaciones específicas en cada una de ellas:

- a) Valoración.
- b) Intervenciones enfermeras. Conjunto de intervenciones enfermeras e intervenciones de prácticas avanzadas.
- c) Criterios de resultados. Por indicadores NOC (Nursing Outcomes Classification), que van conjuntamente con sus intervenciones.

Dichas actuaciones se podrán cambiar entre las consultas u omitir en función de las necesidades del paciente o la factibilidad en la organización.

3. Indicadores de resultados ordenados por patologías y por niveles:

- Los indicadores por patologías. Obtenidos mayoritariamente de los acuerdos de gestión del SAS con los responsables de Atención Primaria.
- Los indicadores por niveles, independientemente de la patología tratada, están obtenidos por criterios de resultados NOC.

1. Cuidados generales por niveles:

Propuesta de cuidados generales a tratar por niveles. Esta clasificación es orientativa, pudiendo estar un mismo diagnóstico en varios niveles u omitirse en función del contexto y características físico emocionales del paciente.

- Nivel 1. Diagnóstico y primeros meses de enfermedad. Esta situación de enfermedad crónica para el paciente es todo nuevo. Habrá que incidir en la educación para conocimiento de su enfermedad, cambiar a nuevos hábitos de estilo de vida saludable sino los posee²⁹⁻³³ (Anexo 3).
- Nivel 2. Evolución en el tiempo sin aparición de ingresos o complicaciones graves de la enfermedad. Habrá que conseguir en este nivel una adherencia al tratamiento para retardar las complicaciones y fomentar el autocuidado (proactividad) de la enfermedad crónica²⁹⁻³³ (Anexo 4).
- Nivel 3. Primeras complicaciones graves e ingresos hospitalarios. Aquí se redactan los diagnósticos más frecuentes al alta. Se pretende conseguir reducir

los ingresos hospitalarios y dar una continuidad de cuidados al alta²⁹⁻³³
(Anexo 5).

2. Diagnósticos más prevalentes e intervenciones enfermeras en la DM tipo II, EPOC e IC añadidos a la estructura de la consulta programada por año ordenado por patologías y niveles.

2.1. DM tipo II.

Evidencia aplicada en las consultas y grado de recomendación según de SIGN (Anexo 6)³⁴:

- La educación en diabetes mejora de forma modesta el control glucémico y puede tener un impacto beneficioso otras variables de resultados (calidad de vida, pérdida de peso, etc.). A las personas con diabetes se les debería ofrecer una educación estructurada en el momento del diagnóstico y, después, de forma continuada, en función de sus necesidades regularmente revisadas(A).
- Las intervenciones que consideran un papel activo del paciente para tomar decisiones informadas mejoran los autocuidados y el control glucémico(A).
- El autocontrol de los pacientes diabéticos mejora el control glucémico. En personas con DM tipo II se debe recomendar el autocontrol de la enfermedad fomentando la participación del paciente(A).

Nivel 1: 6 consultas en cuatro meses

1ª Consulta

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Tratamiento: sin medicación, antidiabéticos orales (ADO), insulina o tratamientos mixtos.
Tensión arterial, glicada (si no la tiene realizada en los últimos meses).
Del estado de cambio: Evaluar el estadio de cambio de comportamiento según el modelo de Prochaska y Di Clemente, siendo la segunda parte del enfoque TOPICs de Rogers³⁵, (adaptado para la utilización en el instrumento de consulta enfermera) tras realizar la primera parte en la consulta uno al tomar datos relevantes para evaluar la conducta a modificar tras el diagnóstico.
 - Nutrición-metabólico:
Dieta: valoración de los hábitos dietéticos del paciente: Dieta habitual que realiza (legumbres, hidratos de carbonos de absorción rápida y lenta, verduras, carnes y/o pescado, fibras y alcohol...), cantidades (apetito), si pica entre horas...Opcional: Cuestionario de la adherencia a la dieta mediterránea³⁶,
IMC (índice de masa muscular).
 - Actividad-ejercicio: Sedentario, tipo de actividad física si realiza y rutina semanal, problemas para realizarlo (físicos, emocionales, otros...), cognitivo perceptivo.
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - NIC: 5602-Enseñanza: proceso de enfermedad: diabetes. Nociones básicas de supervivencia: en que consiste, base del tratamiento (dieta, ejercicio, tratamiento y autocontrol) y complicaciones agudas y crónicas. NOC: 1803-Conocimiento proceso de la enfermedad.
 - NIC: 5616-Enseñanza de medicamentos prescritos (insulinas/ADO).NOC:1808-Conocimiento medicación.
 - NIC: 5510-Educación sanitaria: Autoanálisis: Importancia y técnica de realización. Comprobación in situ. Anotación e indicación de la frecuencia y momento del autoanálisis.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria. Las guías de práctica clínica³⁴ (GPC) recomiendan una reducción de peso para mantener un peso deseable. En general, se recomiendan valores de IMC del 19-25 kg/m². En pacientes obesos y con sobrepeso, se aconseja una pérdida de peso del 5%-7% del peso actual y de forma gradual (0,5-1 kg por semana). Los pacientes con hipertensión (HTA) esencial y DM 2 sin nefropatía deberían recibir tratamiento para bajar su presión arterial (PA) hasta conseguir una presión arterial diastólica (PAD) <80 mmHg y una presión arterial sistólica (PAS) <140 mmHg.
NOC: 0906-Toma de decisiones.
 - NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la segunda consulta a la semana (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria. Revisión de glicada (HbA_{1c}): prueba de laboratorio en sangre venosa para valoración del control glucémico en la diabetes. Solicitud sino la tiene hecha en los últimos meses. Objetivo orientativo menor o igual del 7%³⁴, siendo menos estrictos en pacientes ancianos, esperanza de vida limitada y preferencias del paciente una vez informados.
Si está realizada: >7 revisión a los 3-4 meses. Si <7 repetir a los 6 meses³⁶. NOC: 1908-Detección de riesgo.
 - NIC: 2390-Prescribir medicación. Prescripción de tiras reactivas³⁶. Recetar en función de los criterios del proceso asistencial integrado. Establecer pauta de controles para traer en la siguiente consulta e ir valorando conjuntamente.

2ª Consulta(a la semana)

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:

La hemoglobina glicada. Objetivo control < 7.
Los autoanálisis pautados.

Como se administra el tratamiento de la diabetes, si tiene. Se valorará grado de conocimiento que tiene y grado de adherencia él. Valorar el sitio de inyección si está con insulina y la rotación.
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.
 - NIC: 4420-Acuerdo con el paciente:

Entrevista motivacional ³⁷. “Ayudar al paciente a que adquiera el compromiso y alcancen el deseo de cambiar” (Miller y Rollnick). Una escucha activa y reflexiva junto con la empatía puede que sean las herramientas más útiles en este tipo de intervención, pues lo primordial es reflejar lo más exacto posible lo que el paciente quiere decirnos. Sólo así, seremos capaces de ayudarlo a tomar sus propias decisiones, a potenciar las verdaderas cosas auto motivadoras y aminorar o alterar aquellos aspectos que se interponen en un proceso de cambio. NOC: 1209-Motivación. El profesional de salud tiene un papel facilitador que señala las contradicciones entre la conducta actual del paciente y lo que él considera como valores y bienes para su vida y su salud. El objetivo final es aumentar la motivación personal intrínseca para que así surja un cambio, más que imponerlo desde el exterior³⁵. Se ha demostrado efectiva para los cambios en hábitos relacionados con el ejercicio y la dieta.

Pacto objetivo con el paciente. El objeto es establecer un pacto objetivo para el control de la enfermedad. Se establecerá como medida la glicada (tercera fase del modelo TOPIC).
 - NIC: 7910-Consulta: Asesoramiento en autoanálisis. Pautar para la siguiente visita como realizarlos. NOC: 0906-Toma de decisiones.
 - NIC: 5614-Enseñanza dieta prescrita. Consejo dietético intensivo³⁶. NOC: 1802-Conocimiento: dieta prescrita.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la tercera consulta a la semana (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.
 - NIC: 2380-Manejo de la Medicación. Medicación avanzada enfermera. Modificar pauta en función del protocolo interno para ir regulando las cifras de autocontroles.

3ª Consulta(a la semana)

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:

Consumo de alcohol. Existe consistencia sobre el efecto beneficioso del consumo moderado de alcohol en las personas diabéticas, por lo que en aquellos diabéticos con este hábito no es necesario contraindicarlo. Se recomienda limitar su consumo a un máximo de dos-tres unidades/día en hombres y una-dos unidades/día en mujeres³⁴.

Consumo de tabaco. Opcional si fuma, Test de Fagerstöm, para valorar el nivel de dependencia y el test de Richmond³⁸ para valorar la motivación para dejar de fumar.
- Intervenciones enfermera y criterios de resultados:
 - NIC: 7910-Consulta: Resolver dudas de las anteriores consultas y asesoramiento en autoanálisis. Pauta para la siguiente consulta como realizarlos. NOC: 1619-Autocontrol de la diabetes.
 - NIC: 5510-Educación sanitaria: Educación en ejercicio y tratamientos. Alcohol, tabaco: consejo básico antitabaco. NOC: 1602-Conducta: fomento de la salud.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la cuarta consulta a las dos semanas (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.
 - NIC: 2380-Manejo de la Medicación. Medicación avanzada enfermera. Asesorar en modificación de tratamientos de inicio prescritos en pacientes insulino dependientes en función del protocolo interno para ir regulando las cifras de glucemias en autocontroles.

4ª Consulta(a las dos semanas)

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Valoración conjunta de autoanálisis. Hacer reflexionar sobre los controles y las causas de dichos resultados.
Adherencia al tratamiento. Son muchas las escalas utilizadas en atención primaria para valorar la adherencia al tratamiento. La gran mayoría de ellas presentan el inconveniente de tener bajo valor predictivo. Se ha demostrado que los indicadores de NOC permiten valorar con una validez aceptable el régimen terapéutico en enfermedades crónicas³⁹. El estudio de José Miguel Morales Asencio y Juan Carlos Morilla⁴⁰ y otros colaboradores, a través de 3 indicadores de la NOC (GIPS-3), se ha mostrado capaz de detectar la presencia de problemas de régimen terapéutico en población con problemas crónicos con una buena validez interna y fiabilidad interobservador (Anexo 7).
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados :
 - NIC: 5510-Educación sanitaria: Complicaciones crónicas en la diabetes (derivadas de las afectaciones de la micro circulación por el mal control y empeorado por el tabaco sí fuma). NOC: 1803-Conocimiento: proceso de enfermedad.
 - NIC: 2130-Manejo de la hipoglucemia. NIC: 2120-Manejo de la hiperglucemia. NIC: 7910-Consulta: Asesoramiento en autoanálisis. NOC: 1619-Autocontrol diabetes.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la sexta consulta a los dos meses (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.
 - NIC 8100-Derivación:
Derivación al médico de cupo si malos controles a pesar de la modificación de estilos de vida y ajustes en medicación(insulina),
Solicitud o trámites de retinografía³⁶. Bianual si es normal. Anual si está alterada.

5ª Consulta(a las cuatros semanas)

La consulta telefónica como medida de cumplimiento terapéutico⁴¹ puede ser una buena alternativa por su casi universalidad, coste reducido y sin desplazamientos del paciente a la consulta.

- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados :
 - NIC: 8180. Consulta telefónica. NOC: 1602-Conducta de fomento de la salud. Estructura:
¿Cómo se encuentra?
¿Cómo lleva sus análisis?
¿Realiza la dieta y el ejercicio según lo pactado?
¿Ha tenido complicaciones agudas: hiper, hipoglucemias?
¿Dudas o preguntas?
Despedida y cierre. Resaltar la accesibilidad para cualquier duda o preocupación, o problema referente a la enfermedad.

6ª Consulta (dos meses)

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Adherencia al tratamiento⁴⁰. Escala GIP-3(Anexo 7).
Valoración conjunta de autoanálisis.
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados :
 - NIC: 5510-Educación sanitaria: Recordatorio rápido para refrescar conocimientos y recomendaciones de control. NOC: 1820-Conocimiento del control de la diabetes.
 - NIC: 1660-Enseñanza: cuidados de los pies. NOC: 1902-Control del riesgo.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria Solicitud de glicada para revisión³⁶
Objetivo basados Si <7 repetir cada 6 meses. Si >7 cada 3-4 meses y volver a valorar pacto objetivo.

Nivel 2: 3 consultas en un año
1ª Consulta
<ul style="list-style-type: none">• Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:<ul style="list-style-type: none">- Percepción de la salud: Valoración conjunta de autoanálisis. Hacer reflexionar sobre los controles y las causas de dichos resultados.• Intervenciones enfermeras y criterios de resultados :<ul style="list-style-type: none">- NIC: 4420-Acuerdo con el paciente. Pacto objetivo con el paciente. NOC: 1209-Motivación- NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.- NIC: 1660-Enseñanza: cuidados de los pies. NOC: 1902-Control del riesgo. Prueba monofilamento y doppler. Para valorar la sensibilidad y la circulación. Prueba anual.- NIC 8100-Derivación. Derivación según el riesgo y necesidades detectadas en los pies del diabético según “las intervenciones recomendadas en el cribado del pie diabético” del Proceso Asistencial de Diabetes de la Junta de Andalucía³⁶.- NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Peso, PA, IMC. NOC: 1914-Control del riesgo: salud cardiovascular. Solicitud de glicada para revisión³⁶. Si <7 repetir cada 6 meses. Si >7 cada 4 meses. Mínimo una anual con un estudio general y perfil renal para valorar la excreción de cretinina/albúmina renal (sino está realizada por el médico o por el endocrino en el último año sino hay otros factores asociados. Derivar la recogida a la consulta a demanda.- NIC: 2390-Prescribir medicación. Prescripción de tiras reactivas³⁶.Establecer pauta de controles según necesidades y recomendaciones para traer en las siguientes consultas e ir valorando conjuntamente. Propuesta de prescripción: 8 meses.- NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. NOC: 1908-Detección de riesgo.
2ª Consulta
<ul style="list-style-type: none">• Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:<ul style="list-style-type: none">- Percepción de la salud: Valoración conjunta de autoanálisis. Hacer reflexionar sobre los controles y las causas de dichos resultados. Adherencia al tratamiento⁴⁰. Utilizar escala GIPS-3(Anexo 7).• Intervenciones enfermeras y criterios de resultados :<ul style="list-style-type: none">- NIC: 4420-Acuerdo con el paciente: Entrevista motivacional ³⁷. NOC: 1209- Motivación.- NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.- NIC: 5510-Educación sanitaria. Consejo dietético intensivo en diabetes. NOC: 1802-Conocimiento: dieta.- NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Peso, PA, IMC. NOC: 1914-Control del riesgo: salud cardiovascular.- NIC 8100-Derivación: Derivación al médico de cupo si malos controles a pesar de la modificación de estilos de vida y ajustes en medicación(insulina), Solicitud o trámites de retinografía³⁶. Bianual si es normal. Anual si está alterada.- NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. NOC: 1908-Detección de riesgo.

3ª Consulta

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Valoración conjunta de autoanálisis. Hacer reflexionar sobre los controles y las causas de dichos resultados.
Control de constantes: Peso, PA, IMC.
Riesgo cardiovascular. Utilizar la escala Scores calibradas española⁴². Las tablas SCORE calibradas españolas identifican a más pacientes de alto riesgo que SCORE-HDL y SCORE de bajo riesgo
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Peso, PA, IMC. NOC: 1914-Control del riesgo: salud cardiovascular
 - NIC: 2390-Prescribir medicación. Prescripción de tiras reactivas³⁶. Establecer pauta de controles según necesidades y recomendaciones para traer en las siguientes consultas e ir valorando conjuntamente. Propuesta de prescripción: 8 meses.
 - NIC 8100-Derivación: Derivación al médico de cupo si malos controles a pesar de la modificación de estilos de vida y ajustes en medicación (insulina), o reajustes en índices de riesgo cardiovascular altos.

Nivel 3: 2 consultas en un año

Dos consultas por año que agrupen entre las dos

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Valoración conjunta de autoanálisis. Hacer reflexionar sobre los controles y las causas de dichos resultados (Con el paciente o familiar que acuda en su lugar).
Adherencia al tratamiento⁴⁰. Utilizar escala GIPS-3(Anexo 7).
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.
 - NIC: 1660-Enseñanza: cuidados de los pies. NOC: 1902-Control del riesgo.
Prueba monofilamento y doppler. Para valorar la sensibilidad y la circulación. Prueba anual.
 - NIC 8100-Derivación:
Derivación según el riesgo y necesidades detectadas en los pies del diabético según "las intervenciones recomendadas en el cribado del pie diabético" del Proceso Asistencial de Diabetes de la Junta de Andalucía³⁶ NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Peso, PA, IMC. NOC: 1914-Control del riesgo: salud cardiovascular.
Retinografía bianual³⁶. Si no está en tratamiento con láser por afectación ocular o padece glaucoma. (llevada por oculista)
Derivación al médico de cabecera o gestora de casos según necesidades detectadas.
 - NIC: 2130-Manejo de la hipoglucemia. NIC: 2120-Manejo de la hiperglucemia. NIC: 7910-Consulta: Asesoramiento en autoanálisis. NOC: 1619-Autocontrol diabetes.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria. Revisión de glicada (HbA_{1c}). Si <7 repetir cada 6 meses. Si >7 cada 4 meses. Mínimo una anual con un estudio general y perfil renal para valorar la excreción de creatinina/albúmina renal (sino está realizada por el médico o por el endocrino en el último año sino hay otros factores asociados. Derivar la recogida a la consulta a demanda. Flexibilizar objetivo en función de esperanza de vida y edad avanzada³⁴. Si glicada mayor e igual a 9 y/o baja adherencia al tratamiento, flexibilizar objetivo entre 7 y 8.
 - NIC: 2390-Prescribir medicación. Prescripción de tiras reactivas³⁶. Recetar en función de los criterios del proceso asistencial integrado. Establecer pauta de controles para traer en la siguiente consulta e ir valorando conjuntamente.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la sexta consulta a los dos meses (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.

Consulta a demanda en DM

- **Principales motivos de consulta:**
 - Recepción de hemoglobina glicada.
 - Consultas de complicaciones agudas. Hiperglucemias e hipoglucemias.
 - Problemas con la medicación.
 - Prescripción de tiras.
- **NIC: 7910-Consulta. NOC: 3014-Satisfacción del paciente/usuario**

2.2. EPOC

Evidencia aplicada en las consultas y grado de recomendación según de SIGN (Anexo 6)⁴³:

Evidencia alta aplicada en las consultas⁴³:

- Consejo antitabaco combinado con tratamiento farmacológico para dejar de fumar(A).
- Se le debe dar consejo individualizado sobre ejercicio físico (B).
- Se le debe valorar peso y talla y ofrecer una reducción ponderal en el tiempo (BPC).
- Deben ser vacunados anualmente de la gripe(A).
- Todo enfermo de EPOC debe estar bien hidratado (BPC).
- Rehabilitación pulmonar. La rehabilitación pulmonar se ha convertido en una piedra angular del tratamiento de los pacientes EPOC estable (BPC). Las revisiones sistemáticas han mostrado efectos clínicos grandes e importantes de la rehabilitación pulmonar en estos pacientes. Las pruebas de estudios pequeños de calidad metodológica moderada indican que la rehabilitación pulmonar es una intervención sumamente efectiva y segura para reducir los ingresos al hospital y la mortalidad y para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con EPOC después de sufrir una exacerbación⁴⁴. Componentes de la rehabilitación pulmonar que pretende abarcar COENCRO(en negrita): **Educación del paciente y la familia, Control dietético., Técnicas de fisioterapia respiratoria, Técnicas de entrenamiento al ejercicio, Técnicas de entrenamiento de la musculatura respiratoria**, Evaluación psicosocial, **Oxigenoterapia**, Tratamiento farmacológico, Asistencia a domicilio.

Nivel 1: 3 consultas en 1 mes
1ª Consulta
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones: <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de salud: Conocimientos de la enfermedad, actitud hacia ella. Tabaquismo. Consumo de tabaco. Test de Fagerstöm, para valorar el nivel de dependencia y el test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar³⁸. Fumador pasivo. Higiene personal. Vacunación antigripal. Obligatoria todos los años para prevenir exacerbaciones por infecciones respiratorias. Tratamiento farmacológico. Ingresos hospitalarios. Constantes. Saturación. Se establece el seguimiento en atención primaria del enfermo de EPOC a través de la saturación²⁹ - Nutrición-Metabólico: Dieta, ingesta de líquidos, IMC, peso. - Sueño/descanso. - Actividad-Ejercicio: disnea, ruidos respiratorios, actividad, tos. • Intervenciones enfermeras y criterios de resultados: <ul style="list-style-type: none"> - NIC: 5602-Enseñanza proceso enfermedad: conocimientos generales sobre EPOC. Información básica a transmitir al paciente⁴³. NOC: 1803-Conocimiento: proceso de la enfermedad. - NIC: 4490-Ayuda para dejar de fumar. NOC: 1906-Control del riesgo: consumo de tabaco. - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Solicitud de Electrocardiograma. Uno anual para valorar arritmias asociados al EPOC. - NIC 8100-Derivación: Derivación al medico de cabecera. En alteraciones detectadas en electros. Derivación a estrategias grupales de la UGC para dejar de fumar.
2ª Consulta (semana)
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones: <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de salud: Del estado de cambio: Evaluar el estadio de cambio de comportamiento según el modelo de Prochaska y Di Clemente, siendo la segunda parte del enfoque TOPICs de Rogers³⁵, (adaptado para la utilización en el instrumento de consulta enfermera) tras realizar la primera parte en la consulta uno al tomar datos relevantes para evaluar la conducta a modificar tras el diagnóstico Grado de disnea. Escala de disnea MRC modificada⁴³. Es el principal síntoma del EPOC y limita las actividades de la vida diaria. Es percibida de forma desigual en los pacientes. • Intervenciones enfermeras y criterios de resultados: <ul style="list-style-type: none"> - NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas - NIC: 4420-Acuerdo con el paciente: Entrevista motivacional³⁷. "Ayudar al paciente a que adquieran el compromiso y alcancen el deseo de cambiar" (Miller y Rollnick). El objetivo es que el paciente no se retraiga en las actividades de la vida diaria. Utilizaremos como medida la escala de Barthel de las actividades de la vida diaria. NOC: 1209-Motivación. - NIC: 5616-Enseñanza medicación prescrita: manejo de inhaladores²⁹. NOC: 1808-Conocimiento de la medicación. - NIC: 5606-Enseñanza individual. Consejos para minimizar la disnea en las actividades de la vida diaria²⁹. NOC: 1608-Control de síntomas.

3ª Consulta (dos semanas)

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Como maneja el uso de inhaladores.
Constantes. Saturación, peso.
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - NIC: 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas
 - NIC: 1280-Ayuda para disminuir peso. Recomendaciones nutricionales²⁹. NOC: 1612-Control del peso.
 - NIC: 5614-Enseñanza dieta prescrita. NOC: 1802-Conocimiento: dieta.
 - NIC: 5612-Enseñanza actividad física. Recomendaciones de ejercicio físico en el proceso asistencial integrado de la Junta de Andalucía de EPOC²⁹. NOC: 1811-Conocimiento actividad prescrita.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la segunda consulta a la semana (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.

Nivel 2: 3 consultas en un año

Dos consultas por año que agrupen entre las dos

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de salud:
Peso, saturación.
Grado de disnea⁴³.
Adherencia al tratamiento⁴⁰. GIPS-3(Anexo 7).
Tabaco. Si es fumador, insistir en el beneficio de dejarlo.
Como realiza técnica inhalatoria.
 - Nutrición-Metabólico: Dieta, ingesta de líquidos, IMC, peso.
 - Sueño/descanso.
 - Actividad-Ejercicio: Escala de de Barthel, disnea, ruidos respiratorios, actividad, tos.
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - NIC: 6530-Manejo de la inmunización. Vacunación: gripe anual. Se recomienda poner la segunda consulta del año sobre las fechas de inicio de la campaña. NOC: Control del riesgo.
 - NIC: 0200-Fomento del ejercicio. Fisioterapia respiratoria y propuesta de ejercicios respiratorios²⁹. Enseñanza de ejercicios respiratorios para generar hábito en casa y fortalecer los músculos respiratorios. NOC: 1602-Conducta: fomento de la salud.
 - NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la segunda consulta a la semana (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Espirometría y Electrocardiograma anual.
 - NIC 8100-Derivación: Derivación del médico de cabecera pruebas solicitadas o detección de síntomas de exacerbaciones en el EPOC²⁹. La exacerbación se define como un evento en el curso natural de la enfermedad caracterizado por un aumento en la disnea, tos y/o esputo basal del paciente que va más allá de las variaciones diarias, que es agudo en su inicio y precisa un cambio en la medicación regula⁴³.
 - Intervención en necesidades detectadas: intervención básica antitabaco, recordatorio en educación para la salud en el ejercicio, alimentación, técnica inhalatoria...NOC: 3014-Satisfacción del paciente/usuario.

Nivel 3: 2 consultas en un año
Dos consultas por año que agrupen entre las dos
<ul style="list-style-type: none">• Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:<ul style="list-style-type: none">- Percepción de salud: Peso, saturación. Grado de disnea⁴³. Adherencia al tratamiento⁴⁰. GIPS-3(Anexo 7). Tabaco. Si es fumador, insistir en el beneficio de dejarlo. Como realiza técnica inhalatoria.- Nutrición-Metabólico: Dieta, ingesta de líquidos, IMC, peso.- Sueño/descanso.- Actividad-Ejercicio: Escala de de Barthel, disnea, ruidos respiratorios, actividad, tos.• Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:<ul style="list-style-type: none">- Rehabilitación pulmonar. En base a las necesidades detectadas. NOC: 0005-Tolerancia a la actividad.- NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Espirometría y Electrocardiograma anual.

Consulta a demanda en EPOC
NIC: 7910-Consulta. NOC: 3014-Satisfacción del paciente/usuario

2.3. IC:

Evidencia aplicada en las consultas y grado de recomendación según de SIGN (Anexo 6):

- Los resultados del estudio de Brotons⁴⁵ mostraron que una intervención domiciliaria intensa muy bien estructurada por personal de enfermería especialmente entrenado resulta efectiva en la reducción de la morbimortalidad y en la mejora de la calidad de vida en los pacientes con IC (BPC).
- El ejercicio físico es la intervención con mayor evidencia científica en la reducción de la morbimortalidad de la enfermedad coronaria(A) ⁴⁵. Se recomienda que regularmente realice ejercicio aeróbico para mejorar la capacidad funcional y síntomas⁴⁶. Los programas de entrenamiento y ejercicio físico han demostrado la capacidad de producir efectos beneficiosos en variables psicológicas y clínicas en pacientes con IC⁴⁷. No se ha encontrado investigación que evalúe específicamente la efectividad de la prescripción enfermera de actividad física como coadyuvante al tratamiento habitual en los pacientes cardiológicos. Pero se han encontrado 2 Revisiones Sistemáticas (RS), 2 GPC y 2 ensayos clínicos que, con respecto a la intervención actividad física para la rehabilitación cardíaca de estos pacientes, señalan a la enfermera como participante de alguna manera en la intervención.
- Se ha demostrado que una buena adherencia al tratamiento disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente (BPC) ⁴⁸.
- Los Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca ³⁰ (PPSyRC) se crearon inicialmente para atender a los pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio; por ello, estos programas se describen en profundidad en un subproceso específico del PAI del infarto agudo de miocardio (IMC) con elevación del ST107. No obstante, estos programas son también beneficiosos en los pacientes con IC (BPC). Componentes de la rehabilitación cardíaca: valoración del paciente, asesoramiento de actividad física, ejercicio de entrenamiento, consejo dietético o nutricional, manejo en el control del peso, manejo de lípidos, dejar de fumar, manejo psicosocial.
- Las causas más frecuentes de reingreso son las infecciones (respiratorias, urinarias) y la falta de adhesión al tratamiento (farmacológico o no). Hay que realizar un control preventivo de infecciones de causas de ingresos (BPC).

Nivel 1: 3 consultas en un mes
1ª Consulta
<ul style="list-style-type: none">• Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:<ul style="list-style-type: none">- Percepción de la salud: Problemas de salud, tratamiento, tabaco, alcohol, PA, colesterol. Riesgo STORE⁴². Grado de Insuficiencia cardiaca. Clase funcional avanzada (III-IV) de la NYHA ³⁰.- Nutrición-metabólico. Peso, IMC. Valoración de los hábitos dietéticos del paciente: Dieta habitual que realiza (legumbres, hidratos de carbonos de absorción rápida y lenta, verduras, carnes y/o pescado, fibras y alcohol...), cantidades (apetito), si pica entre horas, ingesta de líquidos...Opcional: Cuestionario de la adherencia a la dieta mediterránea³⁶.- Sueño/descanso.- Actividad-Ejercicio: Escala de de Barthel, ejercicio físico, rutina de paseos...• Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:<ul style="list-style-type: none">- NIC: 5602-Enseñanza proceso enfermedad ^{30,49}. Ofrecer hojas informativas sobre el proceso de enfermedad. NOC: 1803-Conocimiento: proceso de enfermedad.- NIC: 1260-Manejo del peso. NOC: 1612-Control del peso.- NIC: 5614-Enseñanza: dieta prescrita. Dieta bajo contenido en sal para evitar retenciones de líquidos y/o baja en colesterol para disminuir factores de riesgo y/o baja en calorías para control del peso. Control de líquidos a 1.5 litros diarios. 2 litros en climas muy calurosos³⁰. NOC: 1802-Conocimiento: Dieta.- NIC: 5616-Enseñanza medicamentos prescritos. NOC: 1808-Conocimiento: medicación.- NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria: Solicitud de electro anual, detectar posibles arritmias asociadas a la insuficiencia cardiaca. Solicitud de analítica anual en seguimiento en Atención Primaria: glucemia, iones (sodio, potasio), función hepatorenal, lipidograma, hormonas tiroideas³⁰. Acto único. Citación a la semana.- NIC 8100-Derivación: Derivación al medico de cabecera en cualquier alteración encontrada.- NIC: 5240-Asesoramiento. Derivación para cualquier duda o consulta a nuestra consulta a demanda. Citar para la segunda consulta a la semana (acto único). NOC: 1908-Detección de riesgo.
2ª Consulta

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de salud:
Del estado de cambio: Evaluar el estadio de cambio de comportamiento según el modelo de Prochaska y Di Clemente, siendo la segunda parte del enfoque TOPICS de Rogers, (adaptado para la utilización en el instrumento de consulta enfermera) tras realizar la primera parte en la consulta uno al tomar datos relevantes para evaluar la conducta a modificar tras el diagnóstico³⁵.
Adherencia al tratamiento⁴⁰. Escala GIPS-3(Anexo 7).
- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
 - 5230-Aumentar el Afrontamiento: NOC: 1302-Afrontamiento de problemas.
 - NIC: 4420-Acuerdo con el paciente: Entrevista motivacional³⁷. “Ayudar al paciente a que adquieran el compromiso y alcancen el deseo de cambiar” (Miller y Rollnick). El objetivo es que el paciente no se retraiga en las actividades de la vida diaria. El objetivo es que el paciente mantenga una buena calidad de vida al ser la insuficiencia cardíaca crónica una enfermedad muy invalidante. Se tomara como medida el cuestionario SF-36-versión española⁵⁰. Es la escala más adecuada para su uso en la práctica clínica para valorar la calidad de vida con su estado de salud. NOC: 1209-Motivación.
 - NIC: 4490-Ayuda para dejar de fumar. Si procede. NOC: 1906-Control del riesgo: consumo de tabaco.
 - NIC: 6530-Manejo de la inmunización. Vacunación antigripal. Recomendación de obligatoria.

3ª Consulta(a la semana)

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Actividad-Ejercicio: Sedentario, tipo de actividad física si realiza y rutina semanal, problemas para realizarlo (físicos, emocionales, otros...).
- Intervenciones enfermera y criterios de resultados:
 - NIC: 5612-Enseñanza actividad física. Las recomendaciones de ejercicio deben estar basadas en la severidad del síndrome. Deberían de combinar ejercicios de moderada a baja intensidad de ejercicios anaeróbicos dos veces por semanas de forma individualizada con ejercicios aeróbicos de baja a moderada intensidad la mayoría de la semana ^{30,51}. NOC: 1813-Conocimiento: régimen terapéutico.
 - NIC 8100-Derivación:
Derivación a la consulta a demanda por cualquier duda o consulta.
Derivar al fisioterapeuta para coordinar con él grupos para ejercicios de fuerzas 2 veces por semana de forma individualizada durante 24 semanas. Estos pacientes combinaran en casa con ejercicios aeróbicos 3-4 veces por semana⁵¹.

Nivel 2: 2 consultas en un año

1ª Consulta

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de la salud:
Problemas de salud, tratamiento, tabaco, alcohol, PA, colesterol, frecuencia cardíaca.
Adherencia al tratamiento⁴⁰. GIPS-3 (Anexo 7). Como se toma los medicamentos y rutina de ejercicios que realiza.
 - Nutrición-metabólico. Peso, IMC. Valoración de los hábitos dietéticos del paciente: Dieta habitual que realiza (legumbres, hidratos de carbonos de absorción rápida y lenta, verduras, carnes y/o pescado, fibras y alcohol...), cantidades (apetito), si pica entre horas, ingesta de líquidos...Opcional: Cuestionario de la adherencia a la dieta mediterránea³⁶.
 - Sueño/descanso.
 - Actividad-Ejercicio: Escala de de Barthel, ejercicio físico, rutina de paseos...
 - Auto percepción-Autoconcepto. Escala de ansiedad de Hamilito y depresión de Goldberg⁵².
 - Valores-Creencias.
- Intervenciones enfermera y criterios de resultados:
 - NIC: 4420-Acuerdo con el paciente: En los nuevos cambios de hábitos de conducta. Entrevista motivacional ³⁷. NOC: 1209-Motivación.
 - NIC 8100-Derivación
Derivación a la consulta a demanda para recoger resultado de analítica.
Derivación al enfermero de salud mental en la detección de problemas en el estado psicológico.
Derivación al medico de cabecera en cualquier alteración encontrada.
 - NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria
Solicitud de electro anual, detectar posibles arritmias asociadas a la insuficiencia cardíaca.
Solicitud de analítica anual en seguimiento en Atención Primaria: glucemia, iones (sodio, potasio), función hepatorenal, lipidograma, hormonas tiroideas³⁰.
 - Atención en cualquier necesidad o signo alterado en la valoración.

2ª Consulta

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de salud:
Riesgo STORE⁴².
Grado de Insuficiencia cardiaca. Clase funcional avanzada (III-IV) de la NYHA ³⁰.
Adherencia al tratamiento⁴⁰. GIPS-3(Anexo 7). Como se toma los medicamentos y rutina de ejercicios que realiza.
Control de constantes: tensión, peso, frecuencia cardiaca.
 - Auto percepción-Autoconcepto. Cuestionario SF-36-versión española⁵⁰.
- Intervenciones enfermera y criterios de resultados:
 - NIC: 4420-Acuerdo con el paciente: Entrevista motivacional³⁷. Dentro de este marco hablaremos sobre el control de los factores de riesgo: tensión, peso, dieta baja en colesterol y sal, restricción de líquidos (1.5 l por día, en días muy calurosos hasta 2 litros y en identificación de signos de alarma³⁰) y ejercicio. NOC: 1209-Motivación. NOC: 1813-Conocimiento: régimen terapéutico.
 - NIC: 4046-Cuidados cardiacos: Rehabilitación. NOC: 0005-Tolerancia a la actividad.
 - Atención en cualquier necesidad o signo alterado en la valoración

Nivel 3: 3 consultas en un año

1ª Consulta

- Valoración. Patrones funcionales de Gordon. Valoración focalizada en los patrones:
 - Percepción de salud:
Adherencia al tratamiento⁴⁰. Realizar escala GIPS-3(Anexo 7). Además valorar como toma los medicamentos y rutina de ejercicios que realiza.
Control de constantes: tensión, peso, frecuencia cardiaca.
 - Auto percepción-Autoconcepto. Escala de ansiedad de Hamilito y depresión de Goldberg⁵².
- Intervenciones enfermera y criterios de resultados:
 - NIC: 4420-Acuerdo con el paciente: Entrevista motivacional ³⁷. Dentro de este marco hablaremos sobre el control de los factores de riesgo: tensión, peso, dieta baja en colesterol y sal, restricción de líquidos (1.5 l por día, en días muy calurosos hasta 2 litros y en identificación de signos de alarma³⁰) y ejercicio. NOC: 1209-Motivación. NOC: 1813-Conocimiento: régimen terapéutico.
 - NIC: 4046. Cuidados cardiacos: rehabilitación. NOC. 0005-Tolerancia a la actividad.
 - NIC: 6540-Control de infecciones. Detección precoz de infecciones y derivación al médico de cabecera. Infecciones respiratorias y urinarias. NOC: 1902-Control del riesgo.
 - NIC 8100-Derivación:
Derivación a la enfermera gestora de casos. Se gestionará la intervención temprana de la Enfermera Gestora de Casos cuando se identifique, en cualquier ámbito de atención, algunas de las siguientes circunstancias³⁰:
 - Perfil de reingresos frecuentes relacionados con la IC.
 - Pacientes frágiles con necesidad de cuidados complejos.
 - Pacientes sin apoyo familiar.
 - Alta complejidad del caso que comprenda la adherencia al tratamiento y logro de resultado.
 - Derivación al enfermero de salud mental en la detección de problemas en el estado psicológico.
 - Derivación al medico de cabecera en cualquier alteración encontrada.
- NIC: 6520-Análisis de la situación sanitaria:
Solicitud de electro anual, detectar posibles arritmias asociadas a la insuficiencia cardiaca.
Solicitud de analítica anual en seguimiento en Atención Primaria³⁰: glucemia, iones (sodio, potasio), función hepatorenal, lipidograma, hormonas tiroideas.
- Atención en cualquier necesidad o signo alterado en la valoración.
-

2º y 3ª Consulta (cada cuatro meses)

Seguimiento telefónico para prevenir falta de adhesión del tratamiento, riesgos de reingresos.

- Intervenciones enfermeras y criterios de resultados:
- NIC: 8180. Consulta telefónica. NOC: 1602-Conducta de fomento de la salud. Estructura:
 - ¿Cómo se encuentra?
 - ¿Se toma sus medicamentos todos los días como tiene pautado?
 - ¿Realiza la dieta y el ejercicio según lo pactado en consulta?
 - ¿Ha tenido algún síntoma de alarma?
 - ¿Dudas o preguntas?

Despedida y cierre. Resaltar la accesibilidad para cualquier duda o preocupación, o problema referente a la enfermedad.

Consulta a demanda en IC

Principales motivos de consulta:

- Recepción de pruebas de laboratorio.
- Detección de síntomas de alarma.

NIC: 7910-Consulta. NOC: 3014-Satisfacción del paciente/usuario

3. Indicadores de resultados ordenados por patologías y por niveles:

A. Por patologías:

❖ DM tipo II. Indicadores:

- Hospitalizaciones potencialmente evitables: Incidencias de complicaciones crónicas que requieren hospitalización en las personas con diabetes. Periodicidad anual. Números de altas hospitalarias de amputación no traumática de miembros inferiores, ictus e infartos de miocardio/ número de personas con diabetes.
- Incidencia de ceguera en las personas con diabetes³⁶. Número de casos nuevos de ceguera por diabetes*100/número de personas con diabetes. Periodicidad anual.
- Total de pacientes que tiene realizada una HBA1c anual*100/ n° total de pacientes incluidas en el proceso. Valor óptimo: 60%, valor mínimo el 40%.
- Total de pacientes con HBA1c<8 en el último año en el módulo de procesos de Diraya*100/N° total de pacientes incluidos en el PAI de Diabetes.
- Total de pacientes que se les ha realizado exploración de pies anual*100/ n° total de pacientes incluidas en el proceso. Límite inferior al 40%, máximo el 50%.
- Total de pacientes que se les ha realizado un fondo de ojo bianual*100/ n° total de pacientes incluidas en el proceso. Límite óptimo 60%, mínimo el 40%.
- Control de la tensión arterial en pacientes diabéticos: N° de pacientes incluidos en el PAI Diabetes con cifras de TA en objetivos* 100/ N° total de pacientes incluidos en el PAI Diabetes. DIABACO. Valor óptimo 80%, valor mínimo el 60%.
- Educación diabetológica. Se realizará educación diabetológica estructurada en al menos el 30% de los pacientes diabéticos (nivel 1). Límite inferior al 30% máximo el 40%.

❖ EPOC. Indicadores:

- Hospitalizaciones potencialmente evitables: Incidencias de complicaciones crónicas que requieren hospitalización en las personas con EPOC. Periodicidad anual. Números de altas hospitalarias por reagudizaciones de EPOC/ número de personas con diabetes.
- A los pacientes de EPOC se les debe realizar una espirometría anual. N° de pacientes diagnosticados de EPOC con espirometría realizada anualmente/ N° de pacientes con diagnóstico de EPOC²⁹.
- Los pacientes con EPOC, deben ser vacunados anualmente de la gripe. N° de pacientes diagnosticados de EPOC vacunados anualmente de la gripe / N° de pacientes con diagnóstico de EPOC. Estándar 100%. Exclusión: Pacientes que presenten contraindicaciones para dicha vacunación (alergia al huevo)²⁹.

- Educación en EPOC. Se realizará Educación en EPOC estructurada en al menos el 30% de los pacientes incluidos en el proceso (nivel 1). Límite inferior al 30% máximo el 40%.
- Los enfermos de EPOC deben disponer de un plan de cuidados en enfermería y al menos un registro de saturación de control anual.
Nº de pacientes de EPOC con un plan de cuidados/ Nº de pacientes con diagnóstico de EPOC.
Nº de pacientes de EPOC con un registro de saturación de control anual / Nº de pacientes con diagnóstico de EPOC.
 - ❖ IC. Indicadores
- Hospitalizaciones potencialmente evitables: Tasa de reingresos por Insuficiencia Cardíaca anual. $\text{N}^\circ \text{ de reingresos en una año por IC} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de personas incluidas en el proceso.}$
- Rehabilitación cardíaca. Personas con IC con plan de cuidados de ejercicios adaptado a sus necesidades/ nº de personas incluidas en el proceso.

B. Por niveles:

- ❖ Nivel 1:
 - 1600 Conducta de adhesión.
 - 1824 Conocimiento: cuidados de la enfermedad.
 - 1820 Conocimiento: control de la diabetes.
 - 1835 Conocimiento: cuidados en la enfermedad
- ❖ Nivel 2:
 - 1601 Conducta de cumplimiento.
 - 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
 - 1916 Autocontrol en diabetes.
 - 1617 Autocontrol de la enfermedad cardíaca.
- ❖ Nivel 3:
 - 3014 Satisfacción del paciente/usuario.

Capítulo 12. Plan de recursos, duración del proyecto y cronograma.

Implantación y desarrollo de la propuesta a través de cinco fases:

1º.Fase pre-implantación.

Objetivo: Generar las condiciones necesarias para facilitar la implantación de COENCRO en la Unidad.

Actividades:

- Con el servicio de asesoramiento de FISEVE, Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla, gestionar los trámites para poder realizar una validación externa de la guía a través de un grupo de expertos.
- Selección de dos profesionales en la Unidad con mayor capacitación y motivación para el desarrollo COENCRO. Trabajaran de forma activa en esta etapa para su mejor entendimiento y preparación de la propuesta.
- Búsqueda y selección de varias guías de práctica clínica. Para la propuesta de derivaciones y propuesta de “mediación enfermera avanzada”. Se propone para dicha actividad el documento “Seguimiento Protocolizado del Tratamiento Farmacológico Individualizado en Diabetes”⁵³, editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Estudio de los horarios de las agenda para ajustarlos a los contenidos de COENCRO. En la UGC de Palma del Rió tienen establecido 15 minutos por consulta programada y 5 minutos para la demanda clínica. Sí se valora que se necesitará más tiempo en función de la consulta correspondiente a aplicar, se citará dos citas para el mismo paciente: 30 minutos para la programada y 10 para la demanda clínica.
- El encargado junto al coordinador de cuidados confeccionaran las nueve sesiones clínicas para el periodo de formación y los cursos de formación y tramitación a la agencia de calidad andaluza para su acreditación.
- El encargado del proyecto confeccionará junto con los dos profesionales seleccionados la guía de bolsillo COENCRO y los pósteres resúmenes para colgar en las consultas.
- El encargado confeccionará con el fisioterapeuta una guía de ejercicios para los niveles uno y dos en la insuficiencia cardiaca e EPOC.
- Informe de los indicadores de la propuesta antes de su puesta en marcha.
- Se reunirán los seleccionados con el encargado del desarrollo de la propuesta dos horas dos veces por semana en conjunto, para ir marcando el trabajo e ir desarrollándolo.

Duración: Tiempo estimado tres meses.

Recursos: En esta fase participaran de forma activa los dos seleccionados de la UGC (que serán los en los encargados de las consultas pilotos en la segunda fase y en la

tercera los tutores del resto del equipo en el desarrollo de COENCRO), el coordinador de cuidados de la UGC y el encargado del proyecto. Será necesario si es factible uno de los ordenadores de la Unidad (por ejemplo el de jefa de grupo de la Unidad) para el desarrollo de las actividades.

Evaluación: Registro electrónico completo y finalizado de cada actividad. Será evaluado por el coordinador de cuidados de la UGC.

2º. Revisión, difusión y capacitación.

Objetivo: Puesta en marcha de consulta piloto para evaluar debilidades de la propuesta y difundir y capacitar a todos los enfermeros de la UGC para su completa implantación.

Actividades:

- Puesta en marcha de dos consultas piloto por los dos profesionales seleccionados en la fase de pre-implantación para su validación interna entre los profesionales de Unidad. Recalcar importancia de dicha actividad antes de su puesta en funcionamiento.
- Puesta en marcha del plan formación acreditado por la ACSA. Se repartirán la guía bolsillo a todos los profesionales y se pondrán los carteles resúmenes de atención en las consultas.
- Una vez finalizado el plan de formación se pasará a tratar dos sesiones clínicas por semana.
- El encargado del proyecto junto con la otra persona seleccionada empezaran a desarrollar la página en redes sociales denominada: "Pacientes crónicos y familiares activados y conectados. UGC Palma del Río", siguiendo las recomendaciones de uso general de la Red de Salud de Andalucía (<http://www.redsaludandalucia.es/participa/recomendaciones-de-uso-general>).

Duración: Tres meses.

Recursos: En esta fase impartirán los contenidos de las sesiones y de formación el encargado del proyecto y los dos seleccionados.

Evaluación:

- Las actas de reuniones.
- Informe de las propuestas de mejora en la consulta piloto.
- Página en redes sociales completada para su puesta en funcionamiento.

3º. Desarrollo.

Objetivo: Desarrollar por todos los profesionales enfermeros de la UGC que tengan un cupo y lleven consultas enfermeras de pacientes crónicos a COENCRO.

Actividades:

- Los dos seleccionados servirán de tutores y apoyo para los demás profesionales.
- Mejora de COENCRO mediante el informe de mejora.

- “Feedback” con todos los profesionales implicados en el proyecto para su mejora continua.

Recursos: Aquí trabajaran de forma activa todos los profesionales de la UGC.

Duración: Un año.

Evaluación:

- Evaluación interna quincenal de historias clínicas. Se evaluará el desarrollo de COENCRO y plantear propuestas de mejora a las limitaciones surgidas no detectadas en las consultas piloto.

4º. Evaluación y seguimiento de resultados.

Objetivo: Evaluar resultados obtenidos anualmente de COENCRO.

Actividades:

- Con la colaboración de FISEVI, Fundación Progreso y Salud de Sevilla, se realizará análisis de datos e interpretación de resultados.

Recursos: Aquí trabajará el encargado del proyecto junto con el coordinador de cuidados de la UGC con la colaboración de FISEVI.

Duración: Un mes.

Evaluación:

- A nivel interno. Presentación de informes de resultados al gerente y dirección del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.
- A nivel externo:
 - o Presentación de resultados en un congreso internacional dedicado a la enfermería de primaria.
 - o Presentación de resultados en una revista científica de alto impacto.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA (estilo Vancouver)

1. Ollero Baturone M, Sanz Amores R, Padilla Marin C. 2012/2016 Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2013. [Consultado 15 enero 2014].
Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf
2. Rodríguez Tello J, Sánchez Lorca L, Meroño Rivera MD, Frías Martínez R, Díaz Alonso A, Alarcón Simarro N. Experiencia de una Comisión de Cuidados para promover la PBE en un área de salud. Paraninfo digital. 2013. [Consultado 15 enero 2014]; Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/053d.php>
3. Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. Gac Sanit. 2013; 27(2):175–179.
4. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013
Fecha de consulta: 15 de abril 2014. Disponible en:
http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
5. Abad Diez JM. La eficiencia de la incorporación de la enfermería en las consultas depende del modelo organizativo. En: Biblioteca Cochrane Plus. [2014]. Oxford: Update Software Ltd.
Disponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208786624&DocumentID=GCS51-16>
6. Manceda Romero J. Gestión de la demanda en atención primaria. SEMERGEN. 2010; 36(5): 241-2.
7. Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermería familiar y comunitaria: referente del paciente crónico de la comunidad. Enferm Clin.2014;24(1):5-11.1
Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/articulo/la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-90269200>
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Sanitario de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.Madrid; 2012.
9. Appleby C, Camacho Bejarano R. Retos y oportunidades: aportación de la Enfermera de Prácticas Avanzadas en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 2014; 24(1): 90-98.
10. Martínez Cadaya N; Fernández Fernández M^a L. El rol enfermero. Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería. Cultura de los Cuidados [serie en Internet]. 2012.[Consultado 15 enero

- 2014]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.03>
11. Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*.2005;12:579-81
 12. Gutiérrez Sequera JL, Narbona Rodríguez FJ. Dejar de hacer ¿como trabajar menos y obtener mejores resultados? [monografía en Internet]. Distrito Sanitario Guadalquivir; 2008 [Consultado 15 enero 2014]. Disponible en: <http://www.asanec.es/pdf/DEJAR%20DE%20HACER.pdf>
 13. Consenso Declaración de Sevilla. Sevilla; 20 de enero del 2011. Sevilla: Editorial Mergablum; 2011: 1-79.
 14. Rogers A. Consideraciones sobre la autogestión de las enfermedades crónicas. *Index Enferm*. 2009; 18(4):253-257.
 15. Morales-Asencio JM, Martín-Santos FJ, Kaknani S, Morilla-Herrera JC, Cuevas Fernández-Gallego M, García-Mayor S, et al. Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories - A qualitative study. *J Eval Clin Pract*. 2014 Dec 26. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12300/abstract>
 16. Delgado E. Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años. *ReES*. 2008; 7(2): 55-58.
 17. Ciclo de Innovación Sanitaria: enfermedades crónicas. *EIDON Revista de la Fundación de las ciencias de la salud*. 2011 [fecha de consulta: 15 de abril 2014]; 35. Disponible en: <http://www.revistaeidon.es/archivo/el-ano-de-la-quimica/investigacion-y-ciencia/117835-ciclo-de-innovacion-sanitaria-enfermedades-cronicas>
 18. Llauger Roselló MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C. Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47(11): 561-570.
 19. Sayago Silvia I, Fernando García F, Segovia Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66(8): 649-56.
 20. Simon Lorda P, Esteba López MS, Carretero Guerra R, Cruz Piqueras M, Dotor Gracia M, Esteban López ME, et al. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud; 2011 [acceso 15 de abril 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf

21. Valenzuela AJ. Prescripción, Administración de medicación y práctica enfermera avanzadas. ¿Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de urgencias y emergencias prehospitalarios? El ejemplo andaluz. *CiberRevista*. 2011 [fecha de consulta 15 enero 2014]. Mayo-junio 2011(21).
Disponibile en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2011/pagina7.html>
22. Cominero Belda A., Velázquez Salas A. Pilotaje del diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda en dos unidades de gestión clínicas. *Biblioteca Lascasas*. 2009[fecha de consulta 15 enero 2014]; 5(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0463.php>
23. Corbin JM. The Corbin and Strauss chronic illness trajectory model: an update. *Sch Inq Nurs Pract*. 1998; 12(1): 33-41.
24. Isla Pera P, Moncho Vasallo J, Guasch Andreu O, Torras Rabasa A. Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo II (DM1). Concordancia con las etapas de proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. *Endocrinol Nutr*. 2008; 55:61-3.
25. Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Morilla Herrera JC. Nurse practitioners frente a médicos en atención primaria: igual efectividad y pacientes satisfechos. En: *Biblioteca Cochrane Plus*. 2014 Oxford: Update Software Ltd.
Disponibile en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208911149&DocumentID=GCS15-2>
26. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution do doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2):CD001271.
27. Specialized nursing practice for chronic disease Management in the primary care setting: an evidence-based analsis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013; 13(10):1-66.
28. Zapata Sampedro MA, García Fuente S, Jiménez Gil A. Manejo del paciente anticoagulado en atención primaria. *Nure investigación*.2008; 34. Disponible: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/protocolo/protocolo_34.pdf
29. León Jiménez A.coordinador. Proceso Asistencial Integrado Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2ª ed. Sevilla: Consejería de salud Junta de Andalucía; 2007. [Consultado 15 enero 2014]; Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/enfermedad_pulmonar_obstructiva_cronic_a/enfermedad_pulmonar_obstructiva_cronica.pdf

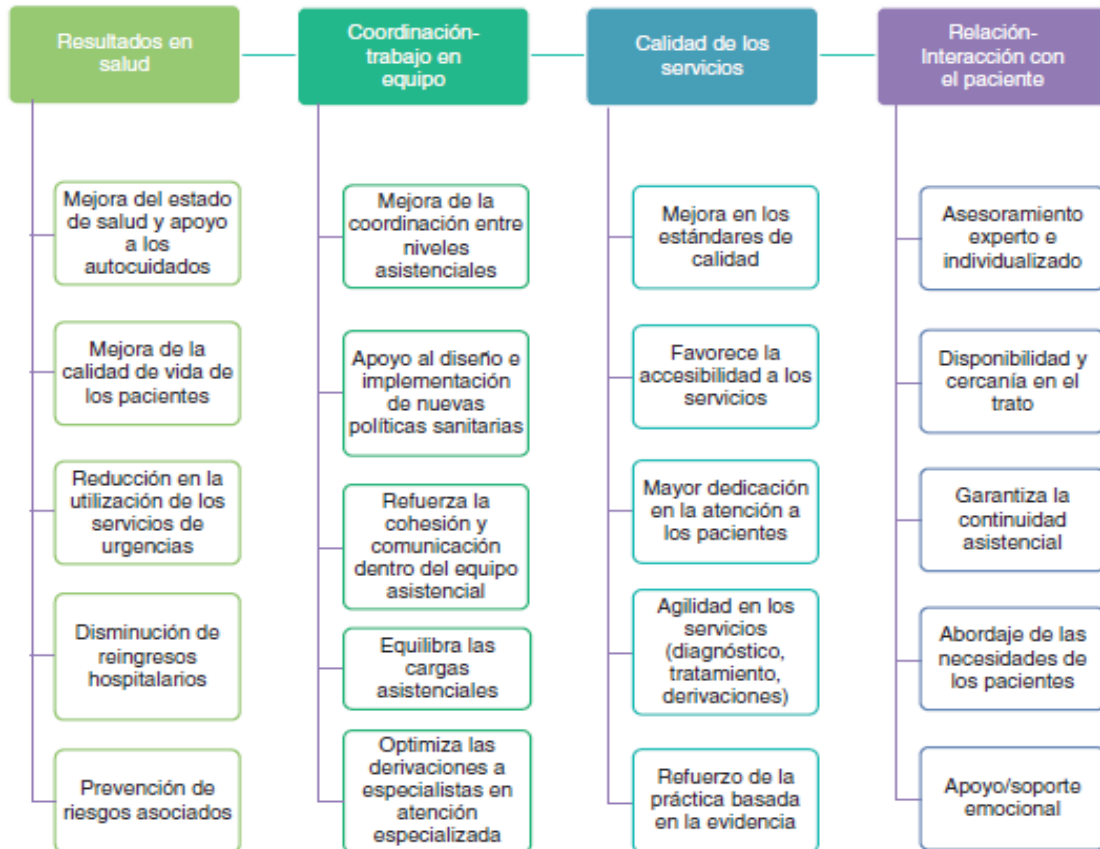
30. García R, et al. Proceso Asistencial Integrado Insuficiencia Cardíaca. 2ª ed. Sevilla: Consejería de salud Junta de Andalucía; 2012. [Consultado 15 enero 2014]; Disponible:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca_2e.pdf
31. Del Rey Granado Y, Pérez Jimena MD, Vaquero Villamiel M, Álvarez Hermida A, Álvarez Domingo M. et al. Guía de abordaje enfermero: Cuidados cardiovasculares (CVL) en Aten Primaria. 1ª ed. Madrid; 2014. [Consultado 15 enero 2014]; Disponible en:
http://www.semmap.org/docs/REccAP_GUIA_CCvI_EN_ATENCION_PRIMARIA.pdf
32. Villarejo Aguilar L. Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas, según taxonomía Nanda-I (North American Nursing Diagnosis Association). Enfermería Global. 2011. [Fecha de consulta: 15 enero 2014]; 10(3): 25-29.
33. Herdman TH. Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 9ª ed. Madrid: Elsevier España; 2012.
34. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria del País Vasco, 2008. Guías de Práctica Clínica del SNS: OSTEBA Nº 2006/08
35. Jurado Vega A, Suárez Bustamante MA. Modificación de Estilos de Vida en Pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles. MPAe-j.med.fam.aten.prim.int. 2012. 6(1): 19-27
36. Aguilar Diosdado M, et al. Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus. 2ª ed. Sevilla: Consejería de salud Junta de Andalucía; 2011. [Consultado 15 enero 2014]; Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/diabetes_mellitus/diabetes_mellitus.pdf
37. Aguilera Serrano C. La entrevista motivacional: Una manera de actuar sobre la voluntad personal en adicciones. Arch Memoria. 2013; 10(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/memoria/10/10111.php>> Consultado el 14/04/2014.
38. Morales Asencio JM.cordinador. Proceso Asistencial Integrado Atención a las personas fumadoras. Sevilla: Consejería de salud Junta de Andalucía; 2008. [Consultado 15 enero 2014]; Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/formacion/tabaco/PAI%20TABACO.pdf>
39. Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A,

- Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-417.
40. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berrobianco Cobos E, Delgado Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011; 34(1).
41. Espinosa-García J, Cobaleda Polo J, González-Velasco M, Fernández Bergés D. Validación de la llamada telefónica como método de medida del cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial en Extremadura. *Semergen*. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semERG.2014.02.007>
42. Brotons C, Moral I, Soriano N, Cuixart LI, Osorio D, et col. Impacto de la utilización de las diferentes tablas SCORE en el cálculo del riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:94-100
43. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Atención Integral al paciente con enfermedad obstructiva crónica EPOC. Guía de Práctica Clínica. Barcelona. 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf
44. Milo Puhan, Madlaina Scharplatz, Thierry Troosters, E. Haydn Walters, Johann Steurer. Rehabilitación pulmonar después de las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD005305. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
45. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65:72-9
46. JV McMurray J, Stamatidis A, Anker S D, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et col. Guías de la ESC para el diagnóstico y tratamiento fracaso de aguda y crónica del corazón 2012. *European Heart Journal* (2012) 33, 1787-1847.
47. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65:72-9.
48. Kenneth Dickstein, et. Col. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. . *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(12):1329.e1-1329.e70.
49. Janet M. Torpy, MD. HOJA PARA EL PACIENTE DE JAMA. *JAMA*. 2011; 306 (19): 2175.

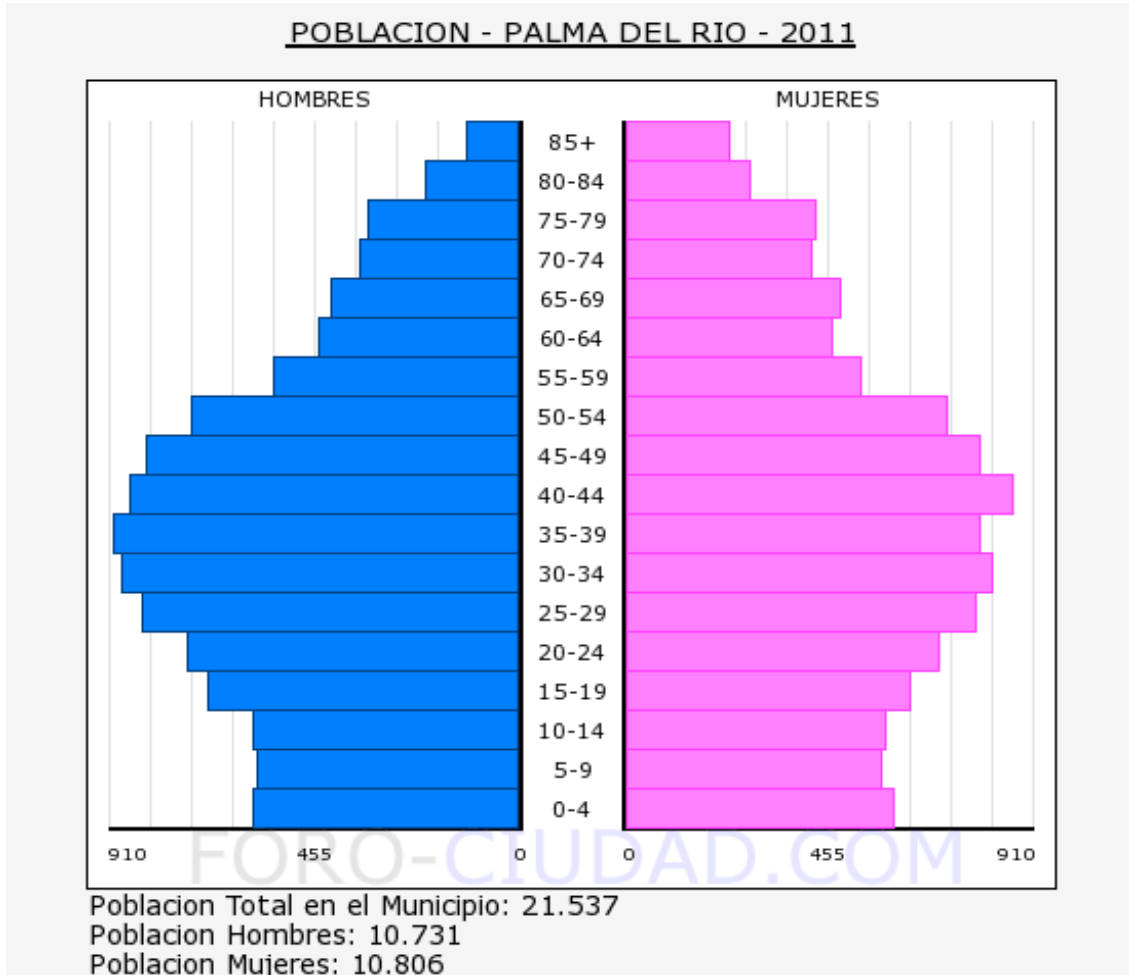
50. Gemma Vilagut, et col. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac sanitaria*. 2005; 19(2).
51. Pozo Rosado P, González Calvo G. La prescripción del ejercicio de fuerza en la insuficiencia cardiaca crónica: una revisión del estado actual de la situación. *Enfermería en Cardiología*. 2012; 55-56:17-21.
52. Duarte Climenst G, Rodríguez Gómez S. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. 1ª edición. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
53. Aguilar Diosdado M, Bellón Saameño JA, Carrascosa García MI, Gallego Fernández C, Gámez Orea C, et col. Seguimiento Protocolizado del Tratamiento Farmacológico Individualizado en Diabetes. 2ª edición. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2014.

ANEXOS

Anexo 1. Aportaciones de la Enfermería de Práctica Avanzada en la atención a los procesos crónicos de Atención Primaria de Reino Unido⁹.



Anexo 2. Pirámide poblacional de Palma del Río, padrón 2011.



Anexo 3. Cuidados generales en el nivel 1:

1) 00001. Desequilibrio nutricional. Ingesta superior a las necesidades. Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Características definitorias:

- Índice de masa corpuscular mayor de 30.
- Perímetro abdominal mayor de 88 centímetros en mujeres y 102 en hombres.
- Comer en respuesta a claves externas.
- Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre.
- Sedentarismo.
- Concentrar la toma de alimentos al final del día.

Relacionado con:

- Aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas.

NOC	NIC
1006. Peso: Masa corporal.	5614. Enseñanza: Dieta prescrita. 1280. Ayuda para disminuir el peso.
1612. Control de peso.	5612. Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito. 0200. Fomento del ejercicio.

2) 00083. Conflicto de decisiones. Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.

Características definitorias:

- Cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión.
- Verbaliza incertidumbre frente a las decisiones.
- Verbaliza las consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar.
- Verbaliza sentimientos de distress mientras se intenta tomar una decisión.

Relacionado con:

- Fuentes de información divergentes.
- Falta de experiencia en la toma de decisiones.
- Múltiples fuentes de información.
- Déficits de sistemas de soporte.
- Creencias personales poco claras.
- Valores personales poco claros.

NOC	NIC
0906. Toma de decisiones.	5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 5614. Enseñanza: Dieta prescrita. 5612. Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito.
1914. Control del riesgo: salud cardiovascular.	5616. Enseñanza: medicamentos prescritos. 5510. Educación sanitaria.

- 3) 00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud. Patrón de regulación o integración en la vida diaria de un programa o programas para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definitorias:

- Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos.
- Describe la reducción de factores de riesgo.
- Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad.
- Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos.
- No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.

NOC	NIC
1006. Peso: masa corporal.	4490. Ayuda para dejar de fumar. 5614. Enseñanza: Dieta prescrita.
1914. Control del riesgo: salud cardiovascular.	5612. Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito.
1906. Control de riesgo: control de tabaco.	1280. Ayuda para disminuir el peso. 0200. Fomento del ejercicio. 5540. Potenciación de la disposición del aprendizaje.
1602. Conducta de fomento de salud.	5510. Educación sanitaria.

4) 00126. Conocimientos deficientes. Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Características definitorias:

- Verbalización del problema.
- Seguimiento inexacto de la instrucción.
- Rendimiento inadecuado de la prueba.
- Exposición de concepto erróneo.
- Petición de información.
- Comportamientos exagerados o inapropiados.

Relacionado con:

- Falta de exposición.
- Incapacidad para recordar.
- Interpretación errónea de la información.
- Limitación cognoscitiva.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Petición por parte del paciente de no ser informado.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

NOC	NIC
1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad.	5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 5614. Enseñanza: Dieta prescrita. 5612. Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito. 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos. 5510. Educación sanitaria. 6610. Identificación de riesgos. 5540. Potenciación de la disposición del aprendizaje. 4510. Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas.
1808. Conocimiento: medicación.	
1805. Conocimiento: conductas sanitarias.	
1903. Control del riesgo: consumo de alcohol.	
1906. Control del riesgo: consumo de tabaco.	
1802. Conocimiento: dieta.	
1811. Conocimiento: actividad prescrita.	

Anexo 4. Cuidados generales en el nivel 2:

- 1) 00069. Afrontamiento ineficaz. Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Características definitorias:

- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de problemas, incluyendo incapacidad para tratar la dificultad para organizar la información.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Percepción de un nivel inadecuado de control.

Relacionado con:

- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Inadecuación de los recursos disponibles.

NOC	NIC
1914. Control del riesgo: salud cardiovascular.	
1501. Ejecución del rol.	
1302. Superación de problemas.	
0906. Toma de decisiones.	
1300. Aceptación: estado de salud.	
	6610. Identificación del riesgo. 5250. Apoyo en toma de decisiones. 5230. Aumentar el afrontamiento. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo.

- 2) 00078. Gestión ineficaz de la propia salud (antes manejo infectivo del régimen terapéutico, etiqueta cambiada 2009). Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Características definitorias:

- Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.
- Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.
- En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos en salud.

Relacionado con:

- Complejidad del sistema de cuidados de salud.
- Complejidad del régimen terapéutico.
- Conflicto de decisiones.
- Dificultades económicas.
- Patrones familiares de cuidado de salud.
- Déficit de conocimientos.
- Percepción de barreras.
- Déficit de soporte social.
- Percepción de beneficios.
- Percepción de gravedad.
- Déficit de soporte social.

NOC	NIC
1609. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.	4360. Modificación de la conducta. 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos. 5614. Enseñanza: Dieta prescrita. 5612. Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito. 4480. Facilitar la autorresponsabilidad. 5540. Potenciación de la disposición del aprendizaje. 4490. Ayuda para dejar de fumar.
1813. Conocimiento: régimen terapéutico.	
1608. Control de síntomas.	
1601. Conducta de cumplimiento.	
1209. Motivación.	
1805. Conocimiento: conducta sanitaria.	

- 3) 00079.-Incumplimiento. Conducta del/de la usuario/a o persona cuidadora que no coincide con el plan terapéutico acordado con profesionales del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

Características definitorias:

- No asistencia a las visitas concertadas.
- Falta de progresos.
- Evidencia de exacerbación de síntomas.
- Evidencia de desarrollo de complicaciones.

Relacionado con:

- Falta de progresos.
- No asistencia a las visitas concertadas.
- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento (por observación directa, por afirmaciones de la persona o de otras personas significativas).

NOC	NIC
1601. Conducta de cumplimiento.	4420. Acuerdo con la persona. 4360. Modificación de la conducta.

- 4) 00099. Mantenimiento ineficaz de la salud Incapacidad para identificar manejar o buscar ayuda para mantener la salud. Incapacidad para identificar, manejar, o buscar ayuda para mantener la salud

Características definitorias:

- Falta de conocimientos sobre prácticas sanitarias básicas.
- Incapacidad comunicada u observada para aceptar la responsabilidad para realizar las prácticas sanitarias básicas.
- Interés expresado por mejorar los comportamientos sanitarios.
- Falta comunicada u observada de recursos.
- Trastorno comunicado u observado del sistema de soporte familiar.

Relacionado con:

- Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.
- Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios en el entorno.
- Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.

- Antecedentes de falta de conductas de búsquedas de salud.

NOC	NIC
1305. Adaptación psicosocial: cambio de vida.	
1603. Conducta de búsqueda de la salud.	5250. Apoyo en la toma de decisiones 5440. Aumentar los sistemas de apoyo
1908. Detección del riesgo.	6610. Identificación de riesgos
1902. Control del riesgo.	

Anexo 5. Cuidados generales en el nivel 3:

1) 00146. Ansiedad. Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Características definitorias:

- Conductuales.
- Afectivas.
- Fisiológicas.
- Cognitivas.

Relacionado con:

- Crisis de maduración o situaciones.
- Amenaza de cambio en el estado de salud.

NOC	NIC
1402. Control de ansiedad.	5230. Aumentar el afrontamiento. 5820. Disminución de la ansiedad. 5880. Técnicas de relajación. 5240. Asesoramiento.
1405. Control de impulsos.	
1302. Superación de problemas.	
1300. Aceptación: estado de salud.	

2) 00011. Estreñimiento. Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Características definitorias:

- Frecuencia inferior al patrón habitual.
- Heces duras.
- Masa palpable.
- Esfuerzo para defecar.
- Disminución de los sonidos intestinales.
- Sensación de plenitud o presión abdominal o rectal.
- Cantidad de heces menor a lo habitual.
- Náuseas.

Relacionado con:

- Ingesta insuficiente de agua y alimentos.
- Actividad física disminuida.
- Medicación.
- Lesiones obstructivas gastrointestinales.
- Uso crónico de laxantes.
- Dolor con la defecación
- Falta de intimidad.

NOC	NIC
0501. Eliminación intestinal.	0430. Gestión de la eliminación intestinal. 0440. Adiestramiento intestinal. 0450. Gestión del estreñimiento- impactación. 5230. Aumentar el afrontamiento.

3) 00092. Intolerancia a la actividad. Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias:

- Molestia o disnea al ejercicio.
- Frecuencia cardiaca y/o presión arterial anormal en respuesta a la actividad.
- Informe verbal de fatiga o debilidad.

Relacionado con:

- Disconfort por el esfuerzo.
- Disnea de esfuerzo
- Expresa fatiga.
- Expresa debilidad.

NOC	NIC
0300. Autocuidados: AVD.	1800. Ayuda al autocuidado. 0180. Manejo de la energía.
0005. Tolerancia a la actividad.	
0007. Nivel de fatiga.	

4) 00059. Disfunción sexual. Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características definitorias:

- Conflicto de valores.

- Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción.
- Verbalización del problema.
- Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia.

Relacionado con:

- Conceptos erróneos o falta de conocimientos.
- Alteración de la estructura o función corporal.

NOC	NIC
0119. Funcionamiento sexual.	5248. Asesoramiento sexual. 5820. Disminución de la ansiedad.
1205. Autoestima.	5400. Potenciación de la autoestima. 5220. Potenciaron de la imagen corporal.

5) 00085. Deterioro de la movilidad física. Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias:

- Incapacidad de moverse intencionadamente dentro de un ambiente físico.
- Reacio a intentar el movimiento.
- Disminución de la fuerza, control y/o masa muscular.
- Cambios en la marcha
- Enlentecimiento del movimiento.
- Inestabilidad postural.
- Temblor inducido por el movimiento.
- Limitación del movimiento.

Relacionado con:

- Inestabilidad postural.
- Movimientos descoordinados.
- Disminución del tiempo de reacción.
- Dificultad para girarse.
- Disnea de esfuerzo.
- Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas y/o gruesas.

NOC	NIC
0300. Autocuidados: AVD.	1800. Ayuda al autocuidado.
0005. Tolerancia a la actividad.	0180. Manejo de la energía.
0200. Ambular	0201. Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión. 0221. Terapia de ejercicios: ambulación.

6) 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de alteración de la epidermis y/o dermis. Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Relacionado con:

- Alteración de la circulación.
- Alteración de la sensibilidad.
- Factores mecánicos.
- Medicamentos.

NOC	NIC
1101. Integridad tisular: piel y membrana mucosas.	3540. Prevención de las úlceras por presión. 3590. Vigilancia de la piel. 3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico.

Anexo 6. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN³⁴.

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos o estudios descriptivos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Buena práctica clínica

√*	Práctica recomendada basada en el la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
----	---

Anexo 7. Indicadores para valorar los la presencia de problemas del régimen terapéutico⁴⁰.

manifestaciones	código	indicador
Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones. Verbalización de no haber emprendido las Acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas. Verbalización de no haber realizado las Acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.	1609.13	Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos
Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.	1600.07	Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico
	160008	Refiere el uso de estrategias para eliminar conductas insalubres.

Rango de 3-15.

Conducta de adhesión. Puntuación global	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre Demostrado 5
Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos					
Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico					
Refiere el uso de estrategias para eliminar conductas insalubres.					

La mejor sensibilidad y especificidad en la escala se obtuvo con un punto de corte entre 10 y 11. Por tanto:

- mayor o igual a 11. Buena adherencia al tratamiento.
- menor a 11. Mala adherencia al tratamiento.