



Universidad
Zaragoza

salud
servicio aragonés
de salud

Trabajo Fin de Grado

Plan de Cuidados Individualizado para Paciente con
Diabetes Mellitus tipo II y Obesidad mórbida en
Atención Primaria

Individualized Care Plan for Patient with Type II
Diabetes Mellitus and Morbid obesity in Primary care

Autor

SOUAD ZALMAT ZALMAT

Director/es

MARIA ROSA ALVAREZ MORENO

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel.

2023/2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a mi tutora por toda su ayuda, dedicación y paciencia a lo largo de este proyecto. A pesar de la distancia física, su apoyo constante y orientación han sido una guía indispensable en mi TFG.

Asimismo, quiero expresar mi gratitud al paciente por permitirme utilizar sus datos en este trabajo. Gracias a su generosidad y colaboración ha permitido el desarrollo de este proyecto.

También, deseo agradecer a la enfermera del paciente en centro de salud por facilitarme tanto la información necesaria como el contacto con el paciente.

INDICE

ACRONIMOS	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCION.....	7
1.1 Clasificación y fisiopatología.....	7
1.2 Prevalencia.....	8
1.3 Diagnóstico	10
1.4 Tratamiento	11
1.5 Obesidad y diabetes tipo II	11
2. OBJETIVOS.....	12
Generales.....	12
Específicos	12
3. METODOLOGIA	13
3.1 Estrategia de búsqueda.....	13
3.2 Ámbito y periodo de estudio:.....	15
4. DESARROLLO.....	16
4.1 CASO CLINICO.....	16
4.2 ELABORACION DEL PLAN DE CUIDADOS	18
4.3 VALORACION DE ENFERMERIA.....	18
4.4 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NOC, NIC	24
4.5 PLANIFICACION	25
4.6 EJECUCION.....	35
4.7 EVALUACION.....	37
4.8 INFORME DE CONTINUADAD DE CUIDADOS	45
5. CONCLUSIONES.....	49
6. BIBLIOGRAFIA.....	51
7. ANEXOS.....	54

ACRONIMOS

NANDA: North American Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

OMI-AP: Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria

HTA: Hipertensión Arterial

Lpm: latidos por minuto

IMC: Índice Masa Corporal

AVD: Actividades de la vida diaria

EVA: Escala visual analógica

R/C: Relacióndo con

M/P: manifestado por

PC: problemas de colaboración

CR: complicaciones reales

C/P: complicaciones potenciales

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico caracterizado por niveles altos de glucemia debido a un problema en la secreción de insulina. Su prevalencia está estrechamente ligada al aumento de obesidad, que se ha multiplicado en las últimas décadas. La relación entre ambas condiciones ha dado lugar al término diabesidad.

Objetivos: elaborar un plan de cuidados individualizado para un paciente con diabetes mellitus 2 con obesidad mórbida en atención primaria, utilizando las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Metodología: se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el impacto de diabetes tipo 2 y obesidad sobre la calidad de vida, utilizando fuentes de búsqueda en español e inglés. Se utilizaron bases de datos como Pubmed, página del gobierno Aragón, la entrevista y la historia clínica del paciente. Además, para formular los diagnósticos de enfermería se ha utilizado la herramienta NNNconsult para formalizar los diagnósticos de enfermería.

Desarrollo: se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería individualizado, basado en un caso clínico de un paciente que padece diabetes tipo 2 y además sufre de obesidad mórbida. El plan cuidado de ha llevado a cabo mediante una valoración centrada en el modelo de vergencia Henderson y la taxonomía enfermera NANDA; NOC y NIC

Conclusiones: la diabetes tipo 2 y la obesidad representan un desafío importante para la salud pública, con un impacto significativo en la calidad de vida y la demanda sanitaria. El papel de enfermería es esencial en el manejo de estas enfermedades y por consiguiente mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: diabetes mellitus tipo II, obesidad, diabesidad, complicaciones de diabetes y epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: type 2 diabetes mellitus is a metabolic disorder characterized by high blood glucose levels due to insulin secretion problems. Its prevalence is closely linked to the rise in obesity, which has multiplied in recent decades. The relationship between both conditions has led to the term "diabesity".

Objectives: to develop an individualized care plan for a patient with type 2 diabetes mellitus and morbid obesity in primary care, using the NANDA -NOC-NIC taxonomy.

Methodology: a literature search was conducted on the impact of type 2 diabetes and obesity on quality of life, using search sources in both Spanish and English. Databases such as PubMed, Embase the government of Aragon website, the patient's medical records and nursing diagnoses were formulated using the NNNconsult tool.

Development: an individualized nursing care plan was elaborated based on a clinical case of a patient with type 2 diabetes and morbid obesity. The care plan was carried out through an assessment centered on the Virginia Henderson model and NANDA -NOC-NIC nursing taxonomy.

Conclusions: type 2 diabetes and obesity represent a significant challenge to public health with a significant impact on quality of life and health care demand. The role of nursing is essential in managing these diseases and consequently improving patient' quality of life.

Keywords: type 2 diabetes, obesity, diabetes and complications and epidemiology.

1. INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad endocrina y metabólica crónica caracterizada por niveles altos de glucosa en la sangre debido a la falta de insulina por un mal funcionamiento de la hormona insulínica.^{1,2}

Las dos hormonas principales producidas por las células de islotes de Langerhans pancreáticas, que desempeñan funciones reguladoras en el organismo son las células beta que producen la insulina y las células alfa que producen el glucagón. Estas hormonas controlan el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. La insulina promueve el almacenamiento de nutrientes, mientras que el glucagón libera estos nutrientes al torrente sanguíneo para su uso como energía. Un desequilibrio entre estas hormonas puede producir hipoglucemia o diabetes mellitus.^{1,2,3,4}

1.1 Clasificación y fisiopatología

La diabetes se puede clasificar en cuatro tipos principales: tipo I, tipo II, gestacional y secundaria a otros tipos específicos de diabetes. La gran mayoría de los pacientes presentan diabetes tipos I que comprende el 5% de la diabetes y el tipo II que comprende alrededor de 90%.^{2,5}

La diabetes mellitus tipo II constituye la mayoría de los casos de diabetes y está estrechamente relacionada con la resistencia a la insulina que comúnmente asociada con la obesidad y una secreción deficiente de la insulina. La causa puede ser multifactorial pero generalmente está relacionada con factores metabólicos más que con factores autoinmunes a diferencia de diabetes tipo I.^{6,7}

La diabetes mellitus tipo II se caracteriza por la resistencia a la insulina y en etapas tempranas, una deficiencia relativa de la secreción de insulina, que con el tiempo hay una disminución progresiva de la función de las células beta pancreáticas. La obesidad abdominal, hipertensión y dislipidemia son características comunes en estos individuos, constituyendo a un síndrome metabólico, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.^{2,4,6}

Los factores de riesgo que condicionan al desarrollo de la diabetes tipo II incluyen obesidad, inicio en edades medianas o tardías, antecedentes familiares, los factores dietéticos, los estilos de vida, factores ambientales y entre otros.^{2,4}

Las alteraciones metabólicas relacionadas con la hiperglucemia provocan daño en los vasos sanguíneos conduciendo a la aparición de complicaciones microvasculares como la retinopatía y la nefropatía. A nivel microvascular, la diabetes aumenta significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares, incluyendo enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular e hipertensión. Estas condiciones representan una importante causa de morbimortalidad en pacientes diabéticos.^{2,3}

En cuanto a las complicaciones relacionadas con el sistema nervioso en la diabetes pueden afectar tanto a los nervios autónomos como a los periféricos, lo que puede resultar en una serie de problemas de salud.

La neuropatía autónoma afecta a los nervios que controlan las funciones involuntarias, como la digestión, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la función sexual y la transpiración. La neuropatía autónoma puede causar una serie de problemas digestivos (náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento), disfunción eréctil, dificultades con la micción, cambios en la presión arterial y problemas con la regulación de la temperatura.^{7,8,9,10}

En cuanto a la neuropatía periférica, afecta los nervios periféricos, puede manifestarse con entumecimiento, hormigueo, dolor, debilidad muscular y sensación de ardor en los pies y las manos. La pérdida de sensibilidad puede llevar a lesiones inadvertidas en los pies, lo que puede provocar la formación de ulceras debido a lesiones no detectadas, estas ulceras pueden infectarse y en casos graves pueden requerir amputaciones parciales o totales del pie o la pierna para prevenir complicaciones más graves.⁷

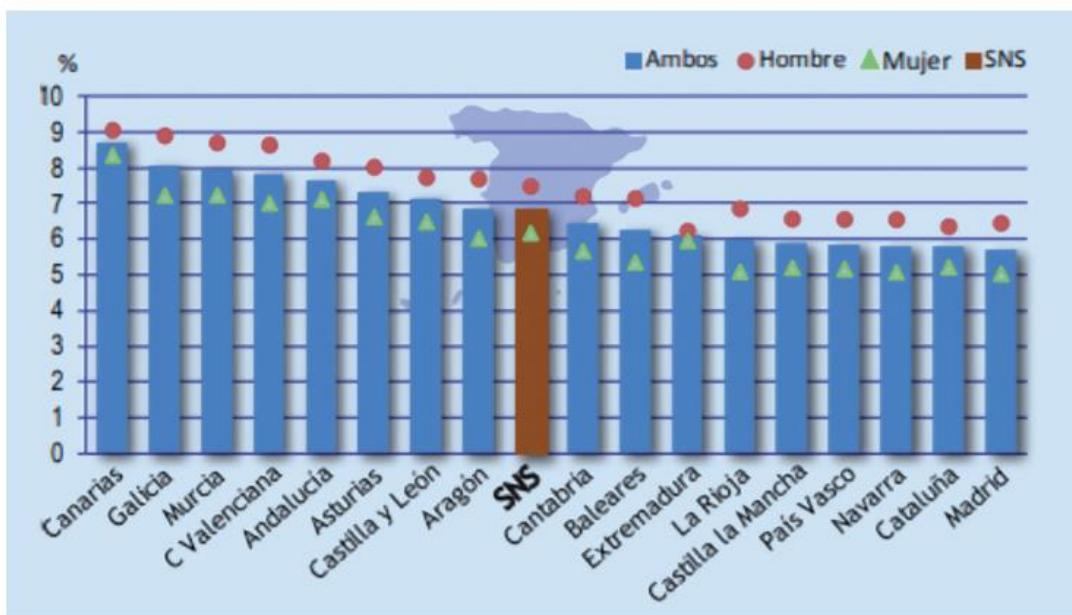
1.2 *Prevalencia*

La diabetes mellitus se ha convertido en un problema global de la salud pública en las últimas décadas. Casi 537 millones de individuos vive con la diabetes, y se espera que las cifras aumentaran a 643 (11%) millones para 2030 y a 783 (12%) millones para 2045.^{11,12}

En España hay más de tres millones de personas diabéticas, con una prevalencia de 6,8, y alrededor de 14% en adultos mayores de 18 años padecen diabetes tipo 2, con una prevalencia ligeramente más alta en comunidades como Andalucía y canarias. Se ha observado mayor

prevalencia en hombres (54%), y se tribuye a un peor control de la enfermedad en los hombres, posiblemente debido a una menor conciencia de la enfermedad y a una menor tendencia a buscar atención sanitaria. El principal factor asociado al mal control de la diabetes es el incumplimiento del tratamiento, junto con una dieta inadecuada y la falta de adhesión a los programas preventivos, constituyen un conjunto de factores modificables que pueden intervenir para mejorar el control de la enfermedad.^{12,13,14}

Prevalencia de Diabetes Mellitus por sexo y comunidades Autónomas



Fuente: BDCAP-Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (muestra aleatoria de 4,8 millones de historias clínicas de atención primaria). Año 2017. Ministerio de Sanidad

15

En Aragón, según los datos facilitados por el sistema de atención primaria (OMI-AP) de 2021, se identificaron 94,279 personas diagnosticas con diabetes, excluyendo la diabetes gestacional. Esto representa una prevalencia de 7,14% de la población aragonesa que padece diabetes. En la provincia de Teruel la prevalencia de la diabetes es ligeramente más alta (Teruel 8,50% y Alcañiz

8,56%) en comparación con Zaragoza y Huesca. 15.,16, 17

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	5.975	69.807	8,56%
BARBASTRO	8.294	112.316	7,38%
CALATAYUD	3.963	43.705	9,07%
HUESCA	7.625	110.535	6,90%
TERUEL	6.322	74.381	8,50%
ZARAGOZA I	14.348	198.340	7,23%
ZARAGOZA II	26.956	404.707	6,66%
ZARAGOZA III	23.103	317.076	7,29%
Total	96.586	1.330.867	7,26%

17

1.3 Diagnóstico

El diagnóstico de la diabetes tipo 2 se realiza cuando se sospecha diabetes debido a los síntomas que presenta el paciente, ya sea mediante las manifestaciones del paciente o mediante programas de cribado entre las personas de riesgo. ¹⁸

Para confirmar el diagnóstico se utilizan pruebas como la glucosa plasmática en ayunas, prueba de tolerancia oral a la glucosa y la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Los criterios para el diagnóstico de diabetes son:

Hemoglobina (HbA1c): un valor igual o superior al 6,5% se considera diagnóstico de diabetes. Es una medida que indica el promedio de glucosa en sangre durante los últimos tres meses. ^{7,9,18}

Glucosa plasmática en ayunas (GPA) > 126mg/dl (7,0 milimoles por litro): en dos o más ocasiones. ^{7,9,18}

Glucosa plasmática a las 2 horas durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral (OGTT) >200mg/dl (11,1mmol/l): Se realiza una prueba según las pautas de la organización mundial de la salud, administrando una carga de glucosa equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelto en agua. ^{7,9,18}

Glucosa plasmática aleatoria >200mg/dl (11,1mmol/l): se realiza en pacientes con síntomas clásicas de hiperglucemia o en crisis hiperglucémica. Esta medición se toma en cualquier momento del día, sin consideración de un periodo de ayuno previo, y sugiere una concentración elevada de glucosa en sangre en ese momento. ^{7, 9, 18}

Criterios diagnósticos de DM según OMS.				
	Glucemia plasmática en ayunas	Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG)	Glucemia al azar	HbA1c*
GBA	(110-125) mg/dl*	-	-	[5,7-6,4) % ([39-47) mmol/mol)
TAG	-	> 140 mg/dl		
DIABETES	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl	≥ 200 mg/dl + síntomas cardinales	≥ 6,5 % (48 mmol/mol)

* En el caso de glucemia plasmática en ayunas la ADA considera el rango 100-125 mg/dl para la GBA.

17

1.4 Tratamiento

El tratamiento inicial de la diabetes tipo II se debe priorizar modificaciones en estilo de vida, como dieta y ejercicio, para retrasar la progresión de la enfermedad y reducir la mortalidad. además, se debe proporcionar educación continua sobre metas terapéuticas, evaluar complicaciones y ajustar el tratamiento farmacológico.

Respecto al tratamiento farmacológico se basa en una variedad de medicamentos que ayudan a controlar los niveles altos de glucosa en la sangre, que incluyen medicamentos como metformina, sulfonilureas, inhibidores de la DPP-4, inhibidores del SGLT2, análogos de GLP-1, y en algunos casos, insulina. ^{7, 9, 10}

1.5 Obesidad y diabetes tipo II

La relación entre la obesidad y la diabetes tipo II es estrecha y bien establecida. La obesidad, especialmente la acumulación de grasa abdominal es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la diabetes tipo2.

La prevalencia de obesidad y diabetes tipo II han aumentado de forma considerablemente en las últimas décadas, y tiene graves consecuencias para la salud pública. A pesar de los esfuerzos de investigación, la obesidad sigue aumentando de forma alarmante. Se ha observado que la cantidad de personas obesas se ha multiplicado por seis veces en los últimos 40 años a nivel mundial. En Europa y España, alrededor del 22% de adultos sufren obesidad. La obesidad se ha convertido en una de las principales causas de enfermedades graves y acorta la vida. Es un factor de riesgo para enfermedades como la diabetes tipo 2. La estrecha relación de diabetes y la obesidad ha llevado a la conceptualización del término "diabesidad", destacando que la mayoría de las personas con diabetes 2 también tienen obesidad.^{19, 20, 21, 22,23}

por lo tanto, las actividades educativas e intervenciones encaminadas a la promoción de la salud, como la prevención de complicaciones y los cuidados de enfermería para el control y tratamiento de la diabetes mellitus, son esenciales en la atención primaria. La adhesión al tratamiento por parte del paciente es crucial para mantener el control de esta enfermedad crónica. El papel de enfermería en la adherencia al tratamiento y en la implantación de un plan de cuidados individualizado es esencial para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de los pacientes con diabetes. Su enfoque centrado en el paciente y su dedicación al cuidado holístico hacen una diferencia significativa en el manejo de diabetes.^{19, 20, 21, 22, 23}

2. *OBJETIVOS*

Generales:

- Desarrollar un plan de cuidado personalizado para un paciente con diabetes tipo 2 y obesidad mórbida en atención primaria, utilizando las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Específicos:

- Identificar los problemas del paciente en relación con su problema de salud.

- Elaborar los diagnósticos de enfermería con sus correspondientes intervenciones
- Implicar al paciente en la gestión de su propio bienestar y cuidado personal.

3. METODOLOGIA

Se ha optado de realizar un plan de cuidados que se centra en un caso clínico de diabetes tipo 2 junto con obesidad mórbida, debido a su alta prevalencia y morbimortalidad. Se realiza una revisión bibliográfica sobre esta patología y se plantea un caso clínico que nos permite una evaluación detallada según de las necesidades de Virginia Henderson.

El caso clínico nos proporciona una visión holística del paciente y nos ayuda a identificar las áreas de atención prioritaria. Utilizando diagnósticos de enfermería de la NANDA, resultados esperados de la clasificación de resultados de enfermería NOC, intervenciones de enfermería NIC, y actividades de enfermería específicas al caso clínico, se diseña un plan de cuidados completo y personalizado para abordar las necesidades y preocupaciones del paciente.

Una vez implantadas las intervenciones propuestas, se pretende evaluar la efectividad del plan en función de los objetivos establecidos y los resultados esperados. Esta evaluación proporcionará una retroalimentación sobre la eficacia de las intervenciones permite modificar y mejorar el plan de cuidados para garantizar la mejor atención posible al paciente.

3.1 *Estrategia de búsqueda*

Se ha realizado un plan de cuidados individualizado a un paciente diagnosticado de diabetes tipo II y obesidad, mediante una revisión bibliográfica enfocada en diabetes tipo 2 y obesidad en el adulto. Se ha utilizado la taxonomía NANDA-NOC-NIC para la realización de dicho plan. además, se ha utilizado la historia clínica del paciente mediante su autorización para acceder a la historia clínica del mismo. (**Anexo 1**)

Respecto a la búsqueda bibliográfica abarca tanto el idioma castellano como el inglés, con la aplicación de filtros en diferentes bases de datos y motores de búsqueda, como PUBMED, federación española de diabetes, gobierno de Aragón, se consultaron revistas, artículos y guías especializadas en diabetes y obesidad, y además se ha utilizado la herramienta NNNconsult para el diagnóstico y desarrollo del plan de cuidados.²⁴

Para optimizar la búsqueda, se ha utilizado los operadores booleanos como AND, combinado con palabras clave como diabetes mellitus tipo II, obesidad, diabetes y complicaciones de diabetes y epidemiología. Los criterios de selección se centraron en texto completos, resúmenes, libros y documentos online accediendo a Pubmed mediante la Bibliosalud. La búsqueda se ha limitado a un periodo de los últimos 10 años, para asegurar que la información recopilada estuviera actualizada y relevante para el tema elegido.

A continuación, se detallan los métodos utilizados para buscar información en diferentes bases de datos:

Tabla 1.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	
Palabras claves: diabetes mellitus tipo II, obesidad, diabetes y complicaciones de diabetes y epidemiología.	
Booleanos: AND	
Filtros:	
Año de publicación: 2016- 2024	
Idioma: Español e Ingles.	
Full text and Full free text	
Tipo de articulo: books and documents.	
En (diabetes) AND epidemiology) todo tipo de artículos.	

Elaboración propia

Tabla 2.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PUBMED	(diabetes mellitus type 2) AND (obesity)	43	8 (1) (2) (4) (5) (6) (19) (23)
	(type 2 diabetes) AND (complications)	75	6 (7) (8) (9) (10) (11) (18)

	(diabesity) (epidemiology)	AND	51	5 (14) (20) (21) (22) (23)
--	-------------------------------	-----	----	----------------------------

Elaboración propia

Tabla 3.

PAGINAS WEB	
Gobierno de Aragón	2 (15) (16) (17)
Federación española de diabetes	2 (3) (12)
Sociedad Andaluza de medicina familiar y comunitaria	(13)

Elaboración propia

Tabla 4.

HERRAMIENTAS	
NNNconsult Unizar	

Elaboración propia

Tabla 5.

Escalas
Norton
EVA
Downton
Barthel

Elaboración propia

3.2 Ámbito y periodo de estudio:

El plan de cuidados se llevará a cabo en un paciente de 64 años que sufre diabetes tipo 2 y obesidad mórbida. se realizó un seguimiento de un paciente durante un periodo de tres meses (noviembre

– febrero), con consultas regulares de cada 15 días con su enfermera del centro de salud para evaluar el progreso y ajustar el plan según sea necesario. **(anexo 2)**

Cronograma del plan de cuidados

Tabla 5.

Mes	1º Mes	2º Mes	3º Mes
Actividades			
Inicio del plan de cuidados			
Seguimiento, ajustes y optimización del plan de cuidados			
Evaluación final y planificación a largo plazo			

Elaboración propia

4. DESARROLLO

4.1 CASO CLINICO

Ángel, un varón de 65 años recién jubilado, ha vivido con el diagnóstico de diabetes mellitus de tipo II durante más de una década. además, padece obesidad mórbida. acude a la consulta de enfermería en el centro de salud Valderrobres para controlar tanto la diabetes como el peso.

Ángel ha luchado contra la obesidad durante años, pero en los últimos 5 años ha sido un desafío incontrolable. En febrero de 2021 alcanzó su punto máximo de peso, llegando a 122 kilos, sin embargo, logró reducir su peso en los últimos dos años a 105 kilos (julio de 2023), marcando su menor cifra hasta la fecha. Desafortunadamente, en noviembre de 2023, su peso había vuelto aumentar a 118 kilos.

El paciente lleva un estilo de vida predominantemente sedentario, aunque menciona que trabaja en su huerto ya que es una actividad que le brinda satisfacción. por las tardes Ángel y su mujer salen a dar un paseo juntos ya que los dos comparten el desafío común de manejar su diabetes

tipo II y abordar los retos relacionados con la obesidad. Tienen dos hijos independizados, pero mantienen fuertes lazos familiares. Ángel es una persona amable y participa activamente como voluntario en Protección Civil, mostrando su compromiso con la comunidad y su espíritu solidario.

Tratamiento actual

- Xigduo 5mg/1000mg cada 12h
- Rybelsus 14mg cada 24h
- Vesicare 5mg/1000 cada 24h
- Pantoprazol de 40mg cada 24h
- Testogel 50mg cada 24h
- Simvastatina 20mg cada 24
- Valsartan 160mg cada 12h
- Glucosamina 1500mg cada 24h
- Zaldiar 37,5/325mg cada 12h

Antecedentes familiares: HTA

Antecedentes personales:

- HTA
- Diabetes mellitus tipo II
- Tumor de vejiga
- Tumor de parótida
- Depresión
- Fractura vertebral
- Síndrome de túnel carpiano ambas manos
- Dislipemia
- Tendinitis de hombro derecho
- Obesidad

Exploración física: En la exploración física se obtienen los siguientes resultados:

- Tensión arterial: 153/83
- Frecuencia cardiaca: 80 lpm
- Temperatura: 36,4 °C
- Saturación: 96%
- Glucemia capilar: 163
- Glicosilada: 6,6 (mayo 2023).
- Peso: 118
- Talla: 163
- IMC: 44,4

Alergias: Metamizol

4.2 ELABORACION DEL PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados para el paciente será una serie de consultas regulares en la consulta de enfermería para evaluar el progreso del paciente. Estas consultas programadas desde la atención primaria se llevan a cabo durante todo el curso de la enfermedad para ajustar el tratamiento según sea necesario y garantizar una atención adecuada y que se logren los mejores resultados posibles.

4.3 VALORACION DE ENFERMERIA

Durante el proceso de valoración de enfermería, se llevó a cabo una exploración física y una entrevista personal con el paciente. Los datos recopilados se organizaron según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y se clasificaron en manifestaciones de independencia, manifestaciones de dependencia, datos de autonomía y aspectos relevantes para un análisis posterior.

Mediante este enfoque integral y estructurado de la valoración proporciona una visión completa de la situación del paciente, lo que permite planificar intervenciones de enfermería adecuada y centradas en sus necesidades individuales.

VALORACION SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGENCIA HENDERSON

1. Respiración:

Patrón respiratorio: el paciente presenta un patrón respiratorio eupneico, con una frecuencia de 15r/m. sin embargo, experimenta disnea al caminar rápido o al subir cuestas. No se observan tos ni expectoraciones, y los ruedos respiratorios son normales.

Hábito tabáquico: no es fumador.

Uso de medicación: no toma medicación relacionada con el patrón respiratorio.

Frecuencia cardiaca: la frecuencia cardiaca del paciente es de 80 l/m.

Tensión arterial: 153/ 83 mmHg.

2. Alimentación:

Hábitos Alimentación: el paciente autónomo en su alimentación, y respecto a la hidratación Toma alrededor de 1,5 de agua diariamente. Picoteo frecuente y consume refrescos.

Tipo de dieta: aunque se le prescribe una dieta diabética, no la sigue adecuadamente y presenta un exceso de apetito.

Alergia: no se conocen alergias relacionadas con la alimentación.

Masticación: el paciente no tiene dificultades con la masticación y utiliza su propia dentadura.

Parámetros antropométricos: el paciente pesa 118 kilos, mide 163 cm, y tiene un IMC de 44

3. Eliminación:

Eliminación urinaria y fecal: el paciente es autónomo en la eliminación fecal. Sin embargo, toma Vesicare para reducir la hiperactividad de la vejiga.

Gases intestinales: los gases intestinales están dentro del rango normal.

Sangrado y dolor: no se evidencia sangrado ni se manifiesta dolor relacionado con el patrón de eliminación.

4. Movilidad:

Movilidad: es autónomo en cuanto a la movilidad.

Actividad física: realiza media hora de paseo diario.

Fuerza y estabilidad: presenta limitaciones en el hombro derecho debido a una tendinitis por un accidente laboral.

Energía para las AVD: mantiene la energía necesaria para llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin necesidad de utilizar dispositivos de ayuda.

Índice Barthel: la puntuación total obtenida es 100, el resultado indica que el paciente tiene capacidad total e independiente para llevar a cabo las AVD. **(Anexo 3)**

5. Dormir y descansar:

Patrón de sueño: el paciente refiere descansar bien por las noches, aunque menciona experimentar a menudo pesadillas que interrumpen su sueño.

Problemas de sueño: según la esposa del paciente señala que ronca con frecuencia.

Sensación de haber descansado: a pesar de las interrupciones por las pesadillas y los ronquidos, el paciente refiere sentir haber descansado bien en general.

6. Vestirse y desvestirse

Autonomía para vestirse y desvestirse: no se observan deficiencias en la autonomía para vestirse y desvestirse.

Uso de calzado seguro: el paciente utiliza calzado seguro y bien ajustado que ha sido adquirido en una ortopedia.

7. Mantenimiento de la temperatura corporal:

Regulación de la temperatura corporal: no se observan problemas relacionados con la regulación de la temperatura corporal. Además, la temperatura medida (36,3 °C) está dentro del rango normal.

Grado de autonomía para regular la temperatura: el paciente tiene buena percepción de la temperatura y viste adecuadamente según sus necesidades.

8. Higiene corporal:

Limpieza y hidratación: el paciente muestra buena higiene corporal. La piel hidratada y con buen aspecto.

Cabello y uñas: buen cuidado tanto del cabello como de las uñas.

Higiene bucal: mantiene buena higiene bucal

Escala Norton: El resultado en la escala Norton para el paciente es 19, lo que indica bajo riesgo de desarrollar ulceras por presión. (**Anexo 4**)

9. Evitar peligros:

Autonomía para prevenir caídas: el paciente sufrió caídas previas relacionadas con su trabajo que resultó en la rotura de una vértebra que requirió intervención quirúrgica. posteriormente sufrió otra caída que provocó tendinitis en el hombro.

Nivel de conciencia: el paciente está alerta y consciente de su entorno.

Capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones: presenta capacidad razonable para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones.

Peligros ambientales, tóxicos y violencia: no se evidencia peligros relacionados con el ambiente, tóxicos o situaciones de violencia en el entorno del paciente.

Alergias: alérgico al metamizol.

Déficit visuales y auditivos: el paciente no presenta déficits visuales ni auditivos.

Adherencia al tratamiento: se destaca buena adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo, no sigue las adecuadamente recomendaciones dietéticas ni de actividad física.

Escala EVA: Ángel experimenta una intensidad de dolor que califica como 4 en una escala de 0 a 10, mientras toma medicación para el dolor (Zaldiar). (**Anexo 5**)

Escala Downton: El resultado de la escala es 3, lo que significa que Ángel presenta un riesgo moderado de sufrir caídas. (**Anexo 6**)

10. Comunicación:

Comunicación emocional y expresión de necesidades: Ángel tiene buena comunicación con los demás, expresa sus emociones, necesidades, temores y opiniones de forma clara y comprensible.

Dificultades en la comunicación y relaciones sociales: no se observan dificultades significativas en la comunicación verbal o no verbal.

Existencia y adecuación de una persona cuidadora: el paciente vive con su esposa y juntos se cuidan mutuamente.

11. Vivir según las creencias:

Conocimiento y aceptación del estado de salud: Ángel no es consciente de todo del problema de salud que presenta o minimiza su importancia

Religión: se identifica como católico no practicante.

Valores relacionados con la salud: aunque Ángel muestra buena adherencia al tratamiento, no lleva un estilo de vida adecuado para controlar la diabetes.

Dificultades para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles: el paciente tiene dificultades para afrontar su problema de obesidad. Ha intentado controlarlo varias veces, pero siempre termina fracasando.

12. Trabajo y satisfacción:

Situación laboral: Ángel está jubilado actualmente.

Situación socioeconómica: Económicamente su jubilación le alcanza para sobrellevar los gastos.

13. Ocio y acciones recreativas:

Actividades recreativas: Ángel dedica su tiempo a actividades recreativas como trabajar en el huerto y salir a pasear con su mujer. Además, es voluntario en protección civil. Estas actividades le proporcionan tanto ejercicio físico como satisfacción emocional.

14. Aprender y crecer:

Nivel de estudios: educación secundaria.

Grado de información sobre su salud: presenta déficits de información sobre su salud y falta de conocimientos sobre el manejo de diabetes y la obesidad. Sin embargo, está dispuesto a adquirir conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento.

Alteraciones de memoria, cognición y atención: no se observan alteraciones en esto sentido.

Autoestima e imagen corporal: Ángel sufre una alteración en su imagen corporal debido a la obesidad mórbida que padece.

Elaboración propia

4.4 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA, NOC, NIC

Diagnósticos de independencia reales:

- [00232] Obesidad r/c Picoteo frecuente m/p Índice de masa corporal > 30 kg/m²
- [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c Percepción no realista de la gravedad de la situación m/p Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- [00126] Conocimientos deficientes r/c Participación inadecuada en la planificación del cuidado m/p Seguimiento inadecuado de las instrucciones.
- [00118] Trastorno de la imagen corporal r/c Obesidad m/p Alteración de la propiocepción.
- Diagnósticos de independencia promoción:

- [00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p Expresa deseo de mejorar el aprendizaje

Diagnósticos de independencia de riesgo:

- [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Hábitos dietéticos de ingesta inadecuados.

Problemas de colaboración

- CR/PC: Dolor crónico secundario a tendinitis de hombro derecho
- CP/PC: Hipoglucemia

4.5 PLANIFICACION

Diagnósticos de independencia

A continuación, se desarrollarán los diagnósticos considerados más relevantes para el paciente dentro del plan de cuidados que estoy elaborando.

Tabla 6.

NANDA: [00232] Obesidad r/c picoteo frecuente m/p Índice de masa corporal > 30 kg/m2	
NOC [1627] Conducta de pérdida de peso	
INDICADORES	[162702] Selecciona un peso diana saludable
NOC: [1854] Conocimiento: dieta saludable	
INDICADORES	[185401] Objetivos dietéticos alcanzables
	[185403] Relación entre dieta, ejercicio y peso
NIC [1280] Ayuda para disminuir el peso	

ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal. • Establecer una meta de pérdida de peso semanal. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables. • Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
NIC: [5246] Asesoramiento nutricional	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

Elaboración propia

Tabla 7.

NANDA: [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c Conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento m/p Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud		
NOC: [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad		
INDICADORES <table border="1" data-bbox="442 1425 1367 1584"> <tr> <td data-bbox="442 1425 812 1501">[180304] Factores de riesgo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 1501 1367 1584">[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad</td> </tr> </table>	[180304] Factores de riesgo	[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad
[180304] Factores de riesgo		
[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad		
NOC: [1813] Conocimiento: régimen terapéutico		
INDICADORES <table border="1" data-bbox="442 1662 1367 1828"> <tr> <td data-bbox="442 1662 812 1738">[181302] Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 1738 1367 1828">[181308] Ejercicio prescrito</td> </tr> </table>	[181302] Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	[181308] Ejercicio prescrito
[181302] Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso		
[181308] Ejercicio prescrito		

NIC: [6610] Identificación de riesgos	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
NIC: [5612] Enseñanza: ejercicio prescrito	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito. Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural. Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito. Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.

Elaboración propia

Tabla 8.

NANDA: [00126] Conocimientos deficientes r/c Participación inadecuada en la planificación del cuidado m/p Seguimiento inadecuado de las instrucciones.	
NOC [1841] Conocimiento: manejo del peso	
	[184102] Índice de masa corporal óptimo

INDICADORES	[184103] Estrategias para conseguir el peso óptimo
<u>NOC: [1601] Conducta de cumplimiento</u>	
INDICADORES	[160108] Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción
	[160112] Controla la respuesta al tratamiento
<u>NIC [2120] [1260] Manejo del peso</u>	
ACTIVIDADES	<p>Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.</p> <p>Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.</p> <p>Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.</p>
<u>NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento</u>	
ACTIVIDADES	<p>Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</p> <p>Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.</p> <p>Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.</p>

Elaboración propia

Tabla 9.

NANDA: [00118] Trastorno de la imagen corporal r/c Obesidad m/p Alteración de la propiocepción.	
NOC: [2013] Equilibrio en el estilo de vida	
INDICADORES	<p>[201301] Reconoce la necesidad de actividades de la vida equilibradas</p> <p>[201304] Identifica las fortalezas personales</p>
NOC: [1200] Imagen corporal	
INDICADORES	<p>[120001] Imagen interna de sí mismo</p> <p>[120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto</p>
NIC: [4310] Terapia de actividad	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en las debilidades. • Fomentar un estilo de vida físicamente activo para evitar una ganancia de peso innecesaria, según corresponda. • Sugerir métodos para incrementar la actividad física diaria, según corresponda.
NIC: [5220] Mejora de la imagen corporal	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. • Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay afirmaciones que identifican las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal. • Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
--	---

Elaboración propia

Tabla 10.

NANDA: [00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p Expresa deseo de mejorar el aprendizaje	
NOC [1820] Conocimiento: control de la diabetes	
INDICADORES	<p>[182002] Papel de la dieta en el control de la glucemia</p> <p>[182005] Papel del ejercicio en el control de la glucemia</p>
NOC: [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable	
INDICADORES	<p>[185504] Estrategias para mantener una dieta saludable</p> <p>[185517] Importancia de estar físicamente activo</p>
NOC [1619] Autocontrol: diabetes	
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> • [161903] Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies • [161906] Informa de lesiones de la piel que no se curan al profesional de atención primaria [161916] Utiliza un diario para controlar la glucemia a lo largo del tiempo
NIC: [5520] Facilitar el aprendizaje	
ACTIVIDADES	Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.

	<p>Identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables.</p> <p>Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.</p>
NIC: NIC [5305] Entrenamiento en salud	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar al individuo en la formulación de metas que sean específicas, medibles, realistas y de duración determinada. • Ayudar al individuo a identificar estrategias para alcanzar sus metas. • Crear con el individuo un plan de acción con pasos claramente definidos y con los resultados esperados.
NIC [5606] Enseñanza: individual	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de confianza. • Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. • Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. • Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).

Elaboración propia

Tabla 11.

NANDA: [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Hábitos dietéticos de ingesta inadecuados y Aumento excesivo de peso
NOC [2300] Nivel de glucemia

INDICADORES	[230001] Concentración sanguínea de glucosa
	[230004] Hemoglobina glucosilada
<u>NOC: [1902] Control del riesgo</u>	
INDICADORES	[190201] Reconoce los factores de riesgo personales
	[190203] Controla los factores de riesgo personales
<u>NIC [2120] Manejo de la hiperglucemia</u>	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autocontrol de la glucemia. • Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y de ejercicio.
<u>NIC: [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos</u>	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. • Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación. • Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.

Elaboración propia

Problemas de colaboración**Tabla 12.**

PC: Dolor crónico secundario a tendinitis de hombro	
NIC [2380] Manejo de la medicación	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. • Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.
NIC: [1415] Manejo del dolor: crónico	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan. • Evaluar con el paciente la eficacia de medidas anteriores de control del dolor. • Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente. • Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permite comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior.

Elaboración propia

Tabla 13.

CP/PC: Hipoglucemia	
NIC [2130] Manejo de la hipoglucemia	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia. • Vigilar la glucemia, si está indicado. • Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia. • Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. • Fomentar el autocontrol de la glucemia.
NIC: [6650] Vigilancia	
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. • Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de conciencia, crisis comiciales repetidas o prolongadas, dolor torácico, cambios agudos del estado mental, o sensación del personal de enfermería o del paciente de que «algo va mal»). • Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado. • Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

Elaboración propia

4.6 EJECUCION

El tiempo utilizado para el desarrollo del plan de cuidado fue de un periodo de 3 meses. Y los cuidados llevados a cabo eran ejecutados cada 15 días en la consulta de enfermería del centro de Valderrobres. Durante las visitas se llevaba una actividad de educación, este enfoque educativo no solo buscaba empoderar al paciente en su autocuidado, sino también brindar herramientas útiles a su entorno más cercano para que pudiera comprender mejor su situación y contribuir de forma efectiva a su bienestar.

En la primera visita consistía realizar una evaluación del paciente y una revisión de su historia clínica, tomar medidas de su peso, circunferencia de la cintura y presión arterial, así como educar y preparar al paciente en cómo se debe llevar a cabo los cuidados planteados para llegar al objetivo.

Durante el primer mes de tratamiento, los objetivos clave se centran en iniciar cambios significativos en el estilo de vida del paciente que consisten en:

- Modificar hábitos alimenticios, mediante un plan de alimentación saludable, que consisten evaluar de forma detallada los hábitos alimenticios actuales del paciente, incluyendo la calidad y la cantidad de los alimentos consumidos, los horarios de la comida y los posibles desencadenantes de hábitos alimenticios poco saludables. además, desarrollar un plan de alimentación personalizada que se adapte a las preferencias alimenticias, necesidades nutricionales y metas de pérdida de peso, así como proporcionar al paciente información y recursos educativos sobre la nutrición.
- 150 minutos de actividad moderada, asegurar que el paciente cumpla con el objetivo de realizar 150 minutos de actividad moderada por semana, incluyendo caminatas de movilidad rápida y natación.
- Perder entre 3 a 4k de peso corporal al mes, establecer un plan de alimentación bajo en calorías y promover la actividad física de forma regular. además, realizar un seguimiento del progreso del paciente y brindándole apoyo emocional durante el proceso.

- Mantener valores de glucosa en ayunas por debajo de 130mg/dL, enseñar al paciente la importancia de mantener los valores de glucemia en cifras aceptables para prevenir complicaciones diabéticas.

Primer mes: durante el primer mes, las visitas continuaron con el paciente y su esposa, programándose cada 15 días. Durante las consultas, el enfoque se centro en evaluar si se habían alcanzado los objetivos establecidos en el en la primera visita. Se dedico el tiempo a revisar el progreso del paciente, tanto en termino de pérdida de peso, control glucémico y cumplimiento de hábitos saludables. además, se aprovechó para abordar cualquiera duda o inquietud que pudiera surgir por parte del paciente, proporcionando la orientación y el apoyo necesarios para resolverlas. en cuanto al cumplimiento de los objetivos establecidos. Se ha observado una pérdida de peso de un kilo y medio. Lo que indica un progreso positivo pero lento. En cuanto a las cifras glucémicas han mostrado una ligera mejoría (151 mg/dl), pero aún queda para alcanzar los objetivos deseados en el control de la diabetes.

En relación con el ejercicio, el paciente ha mantenido la misma actividad física que antes del inicio del plan de cuidados, debido a la falta de ánimo del paciente y la fatiga que sufre durante las caminatas rápidas.

Segundo mes: durante este mes, se mantuvo el plan de cuidados, pero se realizaron ajustes en el programa de ejercicio para adaptarlo mejor a las necesidades y capacidades del paciente, en lugar de caminatas rápidas, se le aconsejo caminar a un ritmo normal. Pero durante una hora cada día, además de las actividades que realiza en su huerto.

En cuanto a los objetivos alcanzados durante este mes se observó un mayor control sobre la alimentación del paciente. Hubo cambios significativos en su hábito como sustituir la bollería y los alimentos procesados por biscochos caseros sin azúcar, consumiendo con moderación. además, se apto por reemplazar los refrescos de lata con zumos de naranja caseros. Estas modificaciones en la dieta se reflejaron en una pérdida de peso de 3 kilos durante el mes, y se notaron mejoras en los valores glucémicos.

Tercer mes: durante el tercer mes, se mantuvo la misma estrategia de cuidado con el paciente, aunque no se lograron los mismos objetivos que el mes anterior. Esto se debió a que la dieta del paciente se vio afectada por las festividades navideñas. Lo que le resultó difícil mantenerla. Además, la actividad física se redujo debido al frío del invierno, lo que disminuyó su motivación para salir a caminar.

A pesar de estos desafíos, se logró una pérdida de peso de más de un kilo y medio durante el mes, aunque las cifras glucémicas mostraron una ligera alteración en comparación con el mes anterior.

El paciente muestra un ánimo positivo para seguir perdiendo peso y controlando su enfermedad con la entrada del año nuevo. Se compromete a seguir con el plan de cuidados y, además, cuenta con el apoyo de su esposa, quien se ha unido al plan de cuidados. Esto le ayudará a mantener la motivación y cumplir con los objetivos propuestos para mejorar su salud.

4.7 EVALUACION

Para evaluación de los resultados se ha basado en la clasificación de los resultados de enfermería (NIC) mediante indicadores para medir si se ha alcanzado los objetivos establecidos en el plan de cuidados. Estos indicadores nos ayudan a determinar el progreso del paciente en su salud y bienestar, así como su capacidad para cumplir con las metas establecidas.

A continuación, en las siguientes tablas se detallan los indicadores de resultados para medir el progreso del paciente:

Tabla 14.

Problemas de independencia
NANDA: [00232] Obesidad r/c Patrones anormales de la conducta alimentaria m/p Índice de masa corporal > 30 kg/m ²
NOC [1627] Conducta de pérdida de peso
Escala Likert 13: 1(nunca mostrado) / 2 (raramente mostrado) / 3 (a veces mostrado) / 4 (frecuentemente mostrado) / 5 (siempre mostrado)

INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3 mes
	[162702] Selecciona un peso diana saludable	3	4	5
	[162707] El gasto calórico supera la ingesta calórica	2	4	5
	NOC: [1854] Conocimiento: dieta saludable			
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3 mes
	[185401]Objetivos dietéticos alcanzables	1	3	4
	[185403] Relación entre dieta, ejercicio y peso	1	2	3
	Elaboración propia			

Tabla 15.

Problemas de independencia				
<u>NANDA:</u> [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c Conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento m/p Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud				
NOC: [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad				
Escala Likert: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2 mes	3º mes

	[180304] Factores de riesgo	2	4	5
	[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad	2	3	4
NOC: [1813] Conocimiento: régimen terapéutico				
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes
	[181302] Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	2	3	4
	[181305] Dieta prescrita	1	3	4

Elaboración propia

Tabla 16.

Problemas de independencia				
NANDA: [00126] Conocimientos deficientes r/c Participación inadecuada en la planificación del cuidado m/p Seguimiento inadecuado de las instrucciones.				
NOC [1841] Conocimiento: manejo del peso				
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)				
	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes

INDICADORES	[184102] Índice de masa corporal óptimo	1	2	3
	[184103] Estrategias para conseguir el peso óptimo	2	3	4
NOC: [1601] Conducta de cumplimiento				
Escala Likert 13: 1(nunca mostrado) / 2 (raramente mostrado) / 3 (a veces mostrado) / 4 (frecuentemente mostrado) / 5 (siempre mostrado)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes
	[160108] Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción	2	3	4
	[160112] Controla la respuesta al tratamiento	3	4	5

Elaboración propia

Tabla 17.

Problemas de independencia				
<u>NANDA:</u> [00118] Trastorno de la imagen corporal r/c Obesidad m/p Alteración de la propiocepción.				
NOC: [2013] Equilibrio en el estilo de vida				
Escala Likert 13: 1(nunca mostrado) / 2 (raramente mostrado) / 3 (a veces mostrado) / 4 (frecuentemente mostrado) / 5 (siempre mostrado)				
	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes

INDICADORES	[201301] Reconoce la necesidad de actividades de la vida equilibradas	3	4	5
	[201304] Identifica las fortalezas personales	2	3	5
NOC: [1200] Imagen corporal				
Escala Likert 13: 1(nunca positivo) / 2 (raramente positivo) / 3 (a veces positivo) / 4 (frecuentemente positivo) / 5 (siempre positivo)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes
	[120001] Imagen interna de sí mismo	2	4	5
	[120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto	3	4	5

Elaboración propia

Tabla 18.

Problemas de independencia				
NANDA: [00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p Expresa deseo de mejorar el aprendizaje				
NOC [1820] Conocimiento: control de la diabetes				
Escala Likert: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes
	[182002] Papel de la dieta en el control de la glucemia	2	4	5

	[182005] Papel del ejercicio en el control de la glucemia	2	3	4
NOC: [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable				
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes
	[185504] Estrategias para mantener una dieta saludable	1	3	4
	[185517] Importancia de estar físicamente activo	1	3	3
NOC: NOC [1619] Autocontrol: diabetes				
Escala Likert 13: 1(nunca mostrado) / 2 (raramente mostrado) / 3 (a veces mostrado) / 4 (frecuentemente mostrado) / 5 (siempre mostrado)				
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes
	• [161903] Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies	3	4	5
	161916] Utiliza un diario para controlar la glucemia a lo largo del tiempo	3	3	5

Elaboración propia

Tabla 19.

Problemas de independencia					
NANDA: [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Hábitos dietéticos de ingesta inadecuados y Aumento excesivo de peso					
NOC [2300] Nivel de glucemia					
Escala Likert: 1(desviación grave del rango normal) / 2 (desviación sustancial del rango normal) / 3 (desviación moderada del rango normal) / 4 (desviación leve del rango normal) / 5 (sin desviación grave del rango normal)					
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes	
	[230001] Concentración sanguínea de glucosa	3	4	5	
	[230004] Hemoglobina glucosilada	3	4	5	
NOC: [1902] Control del riesgo					
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)					
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	1º mes	2º mes	3º mes	
	[190201] Reconoce los factores de riesgo personales	3	4	5	

	[190203] Controla los factores de riesgo personales	2	3	4
--	---	---	---	---

Elaboración propia

La evaluación de los indicadores muestra un progreso variable en los diferentes aspectos del plan de cuidados durante el periodo de tres meses.

En relación con la conducta de pérdida de peso y el conocimiento de una dieta saludable, se observa un aumento gradual en la selección de un peso objetivo saludable y una comprensión mejorada de la relación entre la dieta, el ejercicio y el peso. Si embargo, se nota una necesidad de mayor atención en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables desde el inicio del programa.

En cuanto a la autogestión de la salud, en el conocimiento del proceso de la enfermedad, así como el régimen terapéutico, se observa un progreso significativo en la comprensión de los factores de riesgo y las estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, queda para mejorar la comprensión de las responsabilidades de autocuidado y la dieta prescrita.

Respecto a la imagen corporal y el equilibrio en el estilo de vida del paciente, la actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto y reconocimiento de la necesidad de actividades equilibradas muestran un aumento constante en los niveles de positividad y demostración. Por lo tanto sugiere una mayor conciencia y compromiso del paciente con el plan.

En relación con los conocimientos deficientes, se ha mejorado la comprensión de índice masa corporal optimo y las estrategias para lograr el peso optimo. Sin embargo, es necesarios un mayor enfoque en la realización de actividades de la vida diaria según la preinscripción y el control de la respuesta al tratamiento desde el inicio del plan.

Respecto al deseo de mejorar el aprendizaje el control de diabetes, así como el estilo de vida saludable, se observa una comprensión mejorada del papel de la dieta, sin embargo, es necesario

prestar atención a la implementación de estrategias para mantener una dieta saludable y entender la importancia de estar físicamente activo desde el inicio de plan.

En relación con el riesgo de nivel de glucemia inestable. En el nivel de glucemia y el control de riesgo, se ha logrado un progreso considerable en la comprensión de la concentración sanguínea de glucosa y la hemoglobina glucosilada. Sin embargo, es esencial seguir controlando los factores de riesgo personales desde el principio del programa para lograr un control óptimo del riesgo.

4.8 INFORME DE CONTINUADAD DE CUIDADOS

Dado que Ángel no ha logrado alcanzar los objetivos establecidos, se implantará el seguimiento del plan de cuidados. Se programarán consultas cada mes con su enfermera de atención primaria para evaluar su progreso y ajustar el plan de cuidados según sea necesario.

Durante estas consultas, se centrará en aquellos objetivos en los que Ángel no ha obtenido la máxima puntuación, proporcionándole apoyo y orientación requerida.

Tabla 20.

Problemas de independencia			
NANDA: [00232] Obesidad r/c Patrones anormales de la conducta alimentaria			
m/p Índice de masa corporal > 30 kg/m²			
NOC: [1854] Conocimiento: dieta saludable			
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / (conocimiento extenso)			
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Última visita	Resultado esperado
	[185401] Objetivos dietéticos alcanzables	4	5
	[185403] Relación entre dieta, ejercicio y peso	3	5

Elaboración propia

Tabla 21.

Problemas de independencia			
NANDA: [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c Conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento m/p Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud			
NOC: [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad			
Escala Likert: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)			
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado esperado
	[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad	4	5
NOC: [1813] Conocimiento: régimen terapéutico			
Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)			
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado esperado
	[181302] Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	4	5
	[181305] Dieta prescrita	4	5

Elaboración propia

Tabla 22.

Problemas de independencia

<p>NANDA: [00126] Conocimientos deficientes r/c Participación inadecuada en la planificación del cuidado m/p Seguimiento inadecuado de las instrucciones.</p>			
<p>NOC [1841] Conocimiento: manejo del peso</p>			
<p>Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)</p>			
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado esperado
	[184102] Índice de masa corporal óptimo	3	5
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado esperado
	[184103] Estrategias para conseguir el peso óptimo	4	5
<p>NOC: [1601] Conducta de cumplimiento</p>			
<p>Escala Likert 13: 1(nunca mostrado) / 2 (raramente mostrado) / 3 (a veces mostrado) / 4 (frecuentemente mostrado) / 5 (siempre mostrado)</p>			
INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado esperado
	[160108] Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción	4	5

Elaboración propia

Tabla 23.

<p>Problemas de independencia</p>
<p>NANDA: [00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p Expresa deseo de mejorar el aprendizaje</p>
<p>NOC [1820] Conocimiento: control de la diabetes</p>

Escala Likert: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)

INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado Esperado
	182005] Papel del ejercicio en el control de la glucemia	4	5

NOC: [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable

Escala Likert 20: 1(ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)

INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado Esperado
	[185504] Estrategias para mantener una dieta saludable	4	5
	[185517] Importancia de estar físicamente activo	3	5

Elaboración propia

Tabla 24.

Problemas de independencia
NANDA: [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Hábitos dietéticos de ingesta inadecuados y Aumento excesivo de peso
NOC: [1902] Control del riesgo

Escala Likert 20: 1 (ningún conocimiento) / 2 (conocimiento escaso) / 3 (conocimiento moderado) / 4 (conocimiento sustancial) / 5 (conocimiento extenso)

INDICADORES	Número de visitas (3 meses)	Ultima visita	Resultado esperado
	[190203] Controla los factores de riesgo personales	4	5

Elaboración propia

5. CONCLUSIONES

La diabetes mellitus de tipo II junto con la obesidad, representan un desafío para la salud pública a nivel mundial. Estas enfermedades están estrechamente interrelacionadas y tienen un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes, así como en los sistemas de atención sanitaria. La prevalencia de ambas condiciones continúan en aumento, lo que subraya la importancia de intervenciones efectivas de prevención y de tratamiento.

Es fundamental abordar la diabetes y la obesidad de forma integral, con un enfoque en la promoción de la salud, la prevención de complicaciones y el manejo de los factores de riesgo modificables, y el papel de enfermería en este sentido es de suma importancia.

Respecto al paciente elegido para realizar el plan de cuidado, el paciente presenta un desafío significativo en la gestión de su salud. A través del plan de cuidados implementados, se observa un progreso gradual en varios aspectos, como la pérdida de peso, control de glucémico y la adopción de hábitos de vida más saludables. Sin embargo, persisten desafíos, como la adherencia constante a la dieta y el ejercicio, así como la necesidad de mantener un seguimiento riguroso para prevenir complicaciones asociadas a la diabetes y la obesidad.

Es crucial la participación de los pacientes en el cuidado de su salud para garantizar un plan de cuidados efectivo. Esto implica que los pacientes estén informados, involucrados y comprometidos en la gestión de su salud en colaboración con los profesionales sanitarios.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en el manejo de la diabetes tipo II y el abordaje de la obesidad. Su labor abarca la educación, el apoyo emocional, el seguimiento y la coordinación del cuidado interdisciplinario. Su objetivo final es mejorar la salud y la calidad de vida de los quienes padecen estas condiciones.

Respecto a las limitaciones encontradas durante el desarrollo del plan de cuidados:

La desconfianza del paciente en el plan de cuidado debido a la falta del éxito previo en el manejo de la obesidad. Esta falta de éxito ha afectado su confianza en su capacidad para hacer cambios efectivos en su estilo de vida, lo que dificulta su compromiso con el nuevo plan de cuidados.

Por otro lado, la limitación del tiempo durante las visitas de enfermería podría haber sido una barra para evaluar adecuadamente al paciente, educarle sobre su condición y proporcionar orientación sobre cambios en el estilo de vida.

Además, la falta de acceso a especialistas en nutrición y actividad física representa otra limitación. La ausencia de estos profesionales dificulta la capacidad de ofrecer al paciente un plan de alimentación y ejercicio personalizados que sean acordes a su condición.

Estas limitaciones dificultan la capacidad de la enfermería para proporcionar una atención integral y multidisciplinaria para abordar las necesidades del paciente en relación con su obesidad y la diabetes.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Solis-Herrera C, Triplitt C, Cersosimo E, DeFronzo RA. Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus [Internet]. MDText.com; 2021 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279115/>
2. Genuth SM, Palmer JP, Nathan DM. Classification and diagnosis of diabetes [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2018 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568014/>
3. FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DIABETES [Internet]. Fedesp.es. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.fedesp.es/portal/diabetes>
4. Jonas DE, Crotty K, Yun JDY, Middleton JC, Feltner C, Taylor-Phillips S, et al. Introduction [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality; 2021 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574060/>
5. Schwerin DL, Svancarek B. EMS diabetic protocols for treat and release [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560612/>
6. Solis-Herrera C, Triplitt C, Reasner C, DeFronzo RA, Cersosimo E. Classification of Diabetes Mellitus [Internet]. MDText.com; 2018 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279119/>
7. Goyal R, Singhal M, Jialal I. Type 2 Diabetes [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>
8. Type 2 diabetes in adults [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338142/>
9. Goyal R, Singhal M, Jialal I. Type 2 Diabetes [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>

10. Type 2 diabetes in adults: management [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2022 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553486/>
11. Cowie CC, Casagrande SS, Geiss LS. Prevalence and incidence of type 2 diabetes and prediabetes [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2018 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568004/>
12. España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes de Europa [Internet]. Sediabetes.org. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>
13. Samfyc.es. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2023/09/2023_guiaDMsamfyc_cap01.pdf
14. López-González AA, Ramírez Manent JI, Vicente-Herrero MT, García Ruiz E, Albaladejo Blanco M, López Safont N. Prevalence of diabetes in the Spanish working population: influence of sociodemographic variables and tobacco consumption. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2022 [citado 27 de abril de 2024];45(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0977>
15. Aragon.es. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/47430881/Plan+atenci%C3%B3n+integral+diabetes+mellitus+aragon+2021.pdf/98118fb1-072b-ccf1-0b58-fa61b738208e?t=162133440217>
16. de Sanidad su E y. SEF del A y. CE el M, Igualdad SS e., de las Comunidades Autónomas R, Científicas y profesionales S. Estrategia en Diabetes [Internet]. Aragon.es. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_2012.pdf/1e06623b-71b3-48ac-b2c4-ec08184cb062

17. de Asistencia Sanitaria DG. PLAN DE DIABETES MELLITUS EN ARAGÓN [Internet]. Aragon.es. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/d/guest/2022-evaluacion-plan-diabetes-aragon-web>
18. Genuth SM, Palmer JP, Nathan DM. Classification and diagnosis of diabetes [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2018 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568014/>
19. Vista de Prevalencia de diabesidad en España: depende de cómo se defina la obesidad [Internet]. Fecyt.es. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/94333/68466>
20. Bhupathiraju SN, Hu FB. Epidemiology of obesity and diabetes and their cardiovascular complications. Circ Res [Internet]. 2016 [citado 27 de abril de 2024];118(11):1723-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/circresaha.115.306825>
21. Chadt A, Scherneck S, Joost H-G, Al-Hasani H. Molecular links between obesity and diabetes: “diabesity” [Internet]. MDText.com; 2018 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279051/>
22. Vista de Prevalencia de diabesidad en población laboral española: influencia de variables sociodemográficas y consumo de tabaco [Internet]. Fecyt.es. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/88619/68504>
23. Richardson CR, Borgeson JR, Van Harrison R, Wyckoff JA, Yoo AS, Aikens JE, et al. Management of Type 2 Diabetes Mellitus [Internet]. Michigan Medicine University of Michigan; 2021 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579413/>
24. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

7. ANEXOS

Anexo 1.

Anexo 1

PLANTILLA PARA ELABORAR EL DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título del TRABAJO FIN DE GRADO:

Investigador Principal: _____ **Tfno:** _____ **mail:** _____

Centro: ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA TERUEL. UNIZAR

1. Introducción:

Me dirijo a usted para solicitar su participación en un trabajo de fin de grado que estoy realizando en _____ EUE TERUEL. Su participación es absolutamente voluntaria, en ningún caso debe sentirse obligado a participar, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética. Antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada

- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque se está realizando un Trabajo Fin de Grado sobre el seguimiento enfermero de un caso clínico que está recibiendo tratamiento....

Solo participara usted, ya que se trata de un plan de cuidados individualizado para el paciente con las características del tema.....

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Establecer un plan de cuidados de enfermería individualizado en el paciente.....

Se valorará al paciente mediante entrevista del investigador para recoger, organizar e interpretar toda la información en el aspecto biopsicosocial.

La recogida de datos se realizará mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

ENUMERARLAS

Además, se utilizará para la recogida de datos escalas establecidas acordes con el tema.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

La participación consiste en colaborar en las entrevistas del investigador, facilitando información personal sobre el aspecto bio-psico-social. Se pasarán diversas escalas establecidas para conocer diferentes parámetros.

Se revisará su historia clínica para facilitar datos sobre su estado de salud...

Si decide participar, será entrevistado previamente..... la duración del estudio....

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Se realizará el seguimiento durante el proceso asistencial pautado.

No se identifican riesgos/molestias.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento usted no obtendrá probablemente ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Información básica sobre protección de datos.

Responsable del tratamiento: [Nombre del Investigador principal o quién determine la institución]

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en la LO 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador del trabajo, dirigiendo un correo electrónico a la dirección

Así mismo, en cumplimiento de los dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante la realización del trabajo.

A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Quién financia el estudio?

Trabajo no financiado.

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

10. ¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio. En caso de que decida retirarse del estudio puede solicitar la destrucción de los datos u otra información recogida sobre usted.

11. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta y le reiteramos nuestro agradecimiento por contribuir a generar conocimiento científico.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del TFG: _____

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y enfermeros.

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

.....

Anexo 2. Cronograma del plan de cuidados

1º consulta: Inicio del plan de cuidados:

- Consulta inicial con la enfermera del centro de salud de Valderrobres.
- Establecimiento de objetivos a corto y largo plazo.
- Educación sobre el manejo de la diabetes y la obesidad.

1º Mes: seguimiento de ajuste:

- Consulta con su enfermera del centro de salud.
- Revisión de progreso hacia los objetivos establecidos.
- Ajuste de la dieta y el plan de ejercicio si es necesario.

2º Mes: optimización del plan de cuidados:

- Consulta con la enfermera del centro de salud
- Modificación del plan cuidados según sea necesario.
- Apoyo continuo y motivación para el paciente.

3º Mes: evaluación final y planificación a largo plazo:

- Consulta con la enfermera del centro de salud
- Evaluación final de los resultados del plan de cuidados.
- Discusión sobre las estrategias que pueden ayudar a mantener los cambios.
- Elaboración de un plan de seguimiento.

Anexo 3. Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

Es una herramienta que evalúa la capacidad del individuo para la realización de las 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD).

 COMER Dependiente (0) Necesita ayuda (5) Independiente (10)	 DESPLAZARSE Inmovil (0) Independiente en silla de ruedas 50m (5) Anda con pequeña ayuda (10) Independiente al menos 50m (15)
 TRASLADO SILLA CAMA Dependiente (0) Necesita ayuda (5) Necesita algo de ayuda (10) Independiente (15)	 SUBIR Y BAJAR ESCALERAS Dependiente (0) Necesita ayuda (5) Independiente (10)
 ASEO PERSONAL Dependiente (0) Independiente (5)	 VESTIRSE Y DESVESTIRSE Dependiente (0) Necesita ayuda (5) Independiente (10)
 USO DE RETRETE Dependiente (0) Necesita ayuda (5) Independiente (10)	 CONTROL DE HICES Incontinente (0) Accidente excepcional (5) Continente (10)
 BAÑARSE O DUCHARSE Dependiente (0) Independiente (5)	 CONTROL DE ORINA Incontinente (0) Accidente excepcional (5) Continente (10)

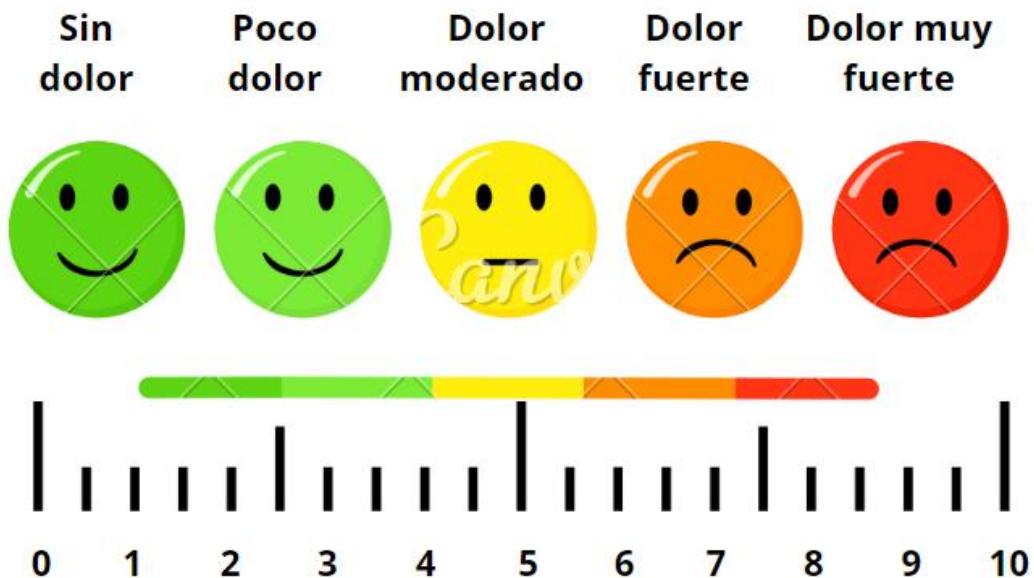
Elaboración propia

Anexo 4. Escala Norton:

Criterio	Evaluado	Puntuación
Estado físico	Bueno (4) Débil (3) Malo (2) Muy malo (1)	<u>3</u>
Estado mental	Alerta (4) Apático (3) Confuso (2) Estuporoso (1)	<u>4</u>
Actividad	Camina (4) Camina con ayuda (3) En silla de ruedas (2) En cama (1)	<u>4</u>
Movilidad	Completa (4) Limitada (3) Muy limitada (2) Inmóvil (1)	<u>4</u>
Incontinencia	Ninguna (4) Ocasional (3) Incontinencia urinaria (2) Doble incontinencia (1)	<u>4</u>

Elaboración propia

Anexo 5. Escala analógica visual



Elaboración propia

Anexo 6. Escala Downton:

Variable de medición	Respuesta	Puntuación
Caídas previas	No (0)	
	Si (1)	1
Medicamentos	Ninguno (0)	
	Tranquilizantes- sedantes (1)	
	Diuréticos (1)	
	Hipotensos (1)	1
	Anti parkinsonianos (1)	
	Antidepresivos (1)	
	Otros medicamentos (1)	1
Déficit sensorial	Ninguno (0)	

	Alteraciones visuales (1)	
	Alteraciones auditivas (1)	
	Extremidades (1)	
Deambulación	Normal (0)	
	Segura con ayuda (1)	
	Insegura con ayuda/ sin ayuda (1)	
	Imposible (1)	
Estado mental	Orientado (0)	
	Confuso (1)	

Elaboración propia

Anexo 7.*Pasillitos de hospital***GUIA BÁSICA DE VALORACIÓN SEGÚN 14 NECESIDADES DE V. HENDERSON****1. RESPIRACION (Y CIRCULACION). Respirar normalmente.**

Valorar el patrón respiratorio, su frecuencia y profundidad, así como la presencia de disnea y su relación con la movilidad. Presencia de tos, expectoración, ruidos anormales, hábito tabáquico, y adecuación del uso de medicación y dispositivos. Valorar frecuencia cardiaca y tensión arterial.

2. ALIMENTACION / HIDRATACION. Comer y beber adecuadamente.

Valorar el grado de autonomía para alimentarse. Hábitos de hidratación y alimentación, tipo de dieta, apetito, alergias, dificultad a la masticación y deglución, presencia de náuseas y vómitos. Valorar peso, talla e índice de masa corporal.

3. ELIMINACION. Eliminar por todas las vías corporales.

Valorar el grado de autonomía para la eliminación urinaria y fecal. Hábitos de eliminación, incontinencia o retención, estreñimiento, gases, sangrado y dolor.

4. MOVILIZACION. Moverse y mantener posturas adecuadas.

Valorar el grado de autonomía para la movilidad. Actividad física, fuerza, estabilidad, energía para las AVD y uso de dispositivos.

5. REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

Valorar el patrón de sueño, problemas para dormir, sensación de haber descansado.

6. VESTIRSE / DESVESTIRSE. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
Valorar el grado de autonomía para vestirse. Uso de calzado seguro.

7. TERMORREGULACIÓN. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
Valorar el grado de autonomía para regular su temperatura.

8. HIGIENE / PIEL. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
Valorar el grado de autonomía para la higiene corporal y si ésta es correcta. Estado de la piel y mucosas. Higiene bucal.

9. SEGURIDAD. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
Valorar el grado de autonomía para prevenir peligros. Nivel de conciencia. Capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolores y enfermedades. Peligros ambientales, alergias, déficits visuales o auditivos, tóxicos, violencia. Manejo del régimen terapéutico.

10. COMUNICACION. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
Valorar dificultad en la comunicación verbal, en las relaciones sociales, familiares y sexuales. Situación de aislamiento social. Existencia y adecuación de una persona cuidadora.

11. CREENCIAS Y VALORES. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
Valorar el grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud, cambios vitales y de rol. Prácticas religiosas. Valores relacionados con la salud. Dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles. Testamento vital.

12. TRABAJAR/REALIZARSE. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
Valorar la influencia de la salud en su situación laboral, social y familiar. Situación socio-económica.

13. OCIO. Participar en actividades recreativas.
Valorar las actividades de ocio habituales e influencia de la salud en su realización.

14. APRENDER. Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.
Valorar el nivel de estudios, grado de información sobre su salud, alteraciones de la memoria, cognición, atención o percepción. Autoestima, imagen corporal.