

Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

IMPLANTACIÓN EN EL MÓDULO DE PLANES PERSONALES DE
OMI-AP DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DIRIGIDOS AL
PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

Autora: M^a Florencia Gonzalo Lozano

Tutor: Francisco León Puy

CALIFICACIÓN.

Título:

“Implantación en el módulo de Planes personales de OMI-AP de planes de cuidados estandarizados dirigidos al paciente dependiente del tabaco”

Resumen:

El Sistema Aragonés de Salud incorporó en el 2004 la atención al paciente dependiente del tabaco en su cartera de servicios en Atención Primaria. El papel de la enfermería en la identificación del paciente fumador y el uso de intervenciones breves o intensivas ha sido fundamental desde entonces dentro del trabajo desarrollado desde los centros de salud. Siguiendo la estela emprendida por la Subcomisión de Cuidados de Aragón en la progresiva incorporación de planes de cuidados estandarizados dentro del módulo “Planes personales” del programa OMI-AP y manteniendo su estructura y diseño, se propone en este trabajo varios planes de cuidados estandarizados integrados en el modelo del cambio de Prochaska y Diclemente, con lenguaje normalizado (NANDA-NIC-NOC), así como el sistema de filtrado según valoraciones que disparen su aparición en el citado módulo de planes personales.

PALABRAS CLAVE:

Planes estandarizados, Tabaco, Registro informático, OMI-AP

INTRODUCCIÓN:

La OMS define como fumador a todo individuo que haya fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. ⁽¹⁾

El tabaquismo constituye uno de los principales problemas de salud pública. Se relaciona con más de 25 enfermedades y es el causante del 30% de los casos de cáncer. Es una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos y la principal causa prevenible de morbi-mortalidad en los países desarrollados. ^(2,3)

La población fumadora tiene, además, un riesgo incrementado sobre todo en enfermedades tumorales, respiratorias y cardiovasculares por lo que los pacientes fumadores deben ser considerados como personas con un grave factor de riesgo sobre su salud. ⁽⁴⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2006, el 26% de la población española fuma diariamente, y el 3 % afirma ser fumador ocasional. En Aragón las cifras son incluso superiores: Casi el 29% de la población fuma a diario. Las cifras siguen subiendo (34,5%) si hablamos de las adolescentes entre 14 y 18 años. ^(5,6)

Dejar de fumar es un proceso que generalmente se produce en un periodo de tiempo prolongado y requiere de intervenciones repetidas por parte del personal sanitario. Sólo el 2% de la población fumadora abandona el hábito por sí sola. ⁽⁷⁾

Desde el año 2004 la "Atención al Paciente Dependiente del tabaco" se incorpora a la Cartera de Servicios que se prestan desde Atención Primaria en Aragón. La identificación del paciente fumador y el consejo antitabaco (enmarcado en la llamada intervención breve) constituyen dos de sus ejes centrales. ⁽⁸⁾

Cuando en el 2008 se elaboran los indicadores que se incluirán en el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), queda patente el peso específico del hecho de fumar dentro de la salud: de un total de 139 indicadores, 13 están relacionados con el tabaco. ⁽⁹⁾

JUSTIFICACIÓN

Aunque diversos estudios demuestran que la intervención enfermera es efectiva, tanto para ayudar al fumador a que avance en su proceso para dejar de fumar ⁽¹⁰⁾, como para ofrecerle recursos que le permitan dar el paso definitivo hacia el cese tabáquico ^(11,12) y algo tan sencillo como el consejo mínimo de tres minutos puede producir un incremento de los abandonos del 2%, todavía la realidad es que muy pocos profesionales mantienen esfuerzos sistemáticos de consejo y ayuda. ⁽¹³⁾

Se estima que solamente el 30-40% de los fumadores son aconsejados en este sentido. Un porcentaje todavía menor tiene registrado en su historia clínica el hecho y características de su hábito. ⁽⁸⁾

En 1998 comienza el proceso de incorporación de planes de cuidados estandarizados en la historia clínica, originado desde la Subdirección General de Atención Primaria (INSALUD), y que continuó con el trabajo del denominado "Grupo Técnico de Enfermería", formado por enfermeras expertas en metodología y en Sistemas de Informatización. La estructura propuesta por este grupo técnico concretó que el proceso de Valoración se realizara con protocolos informáticos estructurados por Patrones Funcionales de Marjory Gordon. ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Desde la implementación en el 2005 de la versión 6.3.0h de la aplicación OMI-AP, disponemos del módulo de Planes de Cuidados para registrar con Taxonomía NANDA, utilizando el formato PES (Problema, Etiología y Síntomas) y con las relaciones con las Taxonomías NOC (Normalización de Resultados de Enfermería) y NIC (Normalización de Intervenciones de Enfermería). Lamentablemente el modelo elegido entonces por Aragón ya no era el de M.Gordon: habría que adaptar los protocolos de valoración a los de Virginia Henderson. ⁽¹⁸⁾

Ya sea por la dificultad de incorporar la herramienta informática al trabajo diario, a las posibles resistencias al cambio o al tiempo necesario para el registro de los planes de cuidados (incluso utilizando el asistente disponible), la realidad indica que la utilización por parte de las enfermeras del módulo es realmente bajo. El registro parece decantarse a la cumplimentación del módulo "Planes personales".

Éste, básicamente, consiste en un sistema de recordatorios de actividades y accesos directos a formularios (“Protocolos” en el lenguaje de la aplicación) que rellenan de forma indistinta personal médico y de enfermería.⁽¹⁹⁾

La Subcomisión de Cuidados de Aragón, compuesta por enfermeras de los ocho sectores sanitarios de la Comunidad, comienza en 2010 el proceso de incluir planes de cuidados estandarizados (en cuanto a cumplir taxonomía normalizada) y sobre todo simplificados, en el entorno de los Planes Personales.

El proceso comenzó con los planes referidos al paciente dependiente, inmovilizado y terminal, continuó con la atención a las patologías crónicas más prevalentes en primaria (HTA, diabetes, EPOC, dislipemia y obesidad) y actualmente se está trabajando los planes relativos al paciente pediátrico.⁽²⁰⁾

El presente trabajo surge de la necesidad de evidenciar el trabajo que enfermería realiza con los pacientes fumadores, añadiendo nuevos planes de cuidados estandarizados que, con un fácil registro y un lenguaje común, faciliten la continuidad de los cuidados.

OBJETIVOS

- Describir el trabajo realizado actualmente por la enfermería de Atención Primaria en la atención al paciente fumador.
- Promover la identificación de todos los pacientes fumadores y la utilización sistemática del consejo sanitario como medida inicial para facilitar el abandono del uso del tabaco.
- Desarrollar planes de cuidados estandarizados referidos a las diferentes situaciones en las que se encuentra el paciente en el proceso de abandono del tabaco.
- Confeccionar una propuesta de inclusión de esos planes de cuidados en el módulo Planes Personales de OMI-AP, según formato previo ideado por la Subcomisión de Cuidados de Aragón

METODOLOGÍA

1. Revisión bibliográfica previa. Como palabras clave se han utilizado “Cuidados”, “Estandarizados” y “Tabaco”, con los truncamientos correspondientes en las siguientes bases de datos: Cuiden, ENFISPO y Cuidatge. En Pubmed se han buscado los términos “tobacco use cessation”, “patient care planning” y “nursing assessment”, según el tesauro Mesh.
2. Elección del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente⁽²¹⁾ como explicativo del proceso de abandono del hábito de fumar. A partir de este modelo se proponen planes de cuidados estandarizados, aplicables al paciente fumador según la fase en que se encuentre.⁽²²⁾
3. Selección de las etiquetas diagnósticas de la NANDA⁽²³⁾ adecuada a las situaciones de salud y las respuestas del individuo ante el problema del tabaquismo.
4. Determinación, según la taxonomía NOC⁽²⁴⁾ de los resultados e indicadores pertinentes.
5. Selección de las intervenciones de enfermería (y sus correspondientes actividades), cuya planificación permitirá alcanzar los resultados propuestos. Se utiliza la taxonomía NIC.⁽²⁵⁾
6. Trabajo de síntesis final, que adecue los planes de cuidados estandarizados al formato utilizado previamente por la Subcomisión de Cuidados de Aragón.
7. Ideación del sistema de filtrado necesario para la utilización de los nuevos planes de cuidados estandarizados en el módulo “Planes personales” de la aplicación OMI-AP (versión 6.9)
8. Elaboración de anexos y gráficos explicativos.

1 ¿QUÉ HACEMOS DESDE LAS CONSULTAS DE PRIMARIA?

La primera tarea a la que nos enfrentamos en las consultas de enfermería al hablar de tabaco es la referida a la identificación del paciente fumador. Hay que tener en cuenta que normalmente el paciente no acude espontáneamente a la consulta de enfermería para hablar del tabaco. Lo más habitual es que venga por otros motivos (actividades preventivas, programa de atención al adulto, etc.) y tengamos que “aprovechar la coyuntura” para registrar que nuestro paciente fuma.

En OMI-AP todo el registro se basa en la creación de los llamados “episodios”. Estos episodios están codificados según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP 2) que recoge no solo enfermedades (como ocurre con la Clasificación Internacional Especializada -CIE 9-), sino también síntomas y razones o motivos de consulta.

Selección FUMAR (TABACO)	
CIAP	
P17	FUMAR (TABACO)
P17	FUMAR (TABACO) ADICCIÓN
P17	FUMAR (TABACO) PROBLEMAS POR INCAPACIDAD DEJAR DE FUMAR
P17	

El código P17 (La P nos indica que nos encontramos en el grupo de razones de tipo psicológico) se corresponde con diferentes descriptivos, como vemos en la imagen. Podremos elegir el que nos parezca más oportuno, porque al compartir código, todos significan lo mismo para la aplicación. ⁽²⁶⁾

Una vez creado el episodio se nos da la oportunidad de incorporar al paciente al servicio de atención al paciente dependiente del tabaco. En caso de que lo hagamos así, dispondremos desde el módulo de planes personales de hasta cuatro protocolos diferentes:

Planes Personales
Actividades
302-VACUNA ANTITETANICA
PC-ADULTO TETANOS ESTADO VACUNAL
304-PREVENCION ENF.CARDIOVASC.
PC-ADULTO ANT. PERS/FAM FRCV
PC-ADULTO HÁBITOS TÓXICOS
PC-ADULTO EXPLORACIÓN BASICA
319-TABACO
PC-TABACO ORIENTACIÓN
PC-TABACO INTERVENCIÓN INTENSIVA
PC-TABACO SEGUIMIENTO

- Un protocolo de Orientación que se rellena el día en que se incluye al paciente en el servicio y en el que se selecciona el tipo de intervención que se va a realizar. Dependiendo de lo que seleccionemos tras valorar el grado de

motivación del paciente (mediante el test de Richmond) se activará el protocolo de Intervención Breve o el de Intensiva.

- Un protocolo de Intervención BREVE que básicamente consiste en proporcionar al paciente consejo y motivación para que tome la decisión de dejar de fumar y que se aconseja realizar un máximo de dos veces al año.
- Un protocolo de Intervención INTENSIVA que hay que llenar en el caso de que el paciente se anime a dejar el tabaco. Valoramos el grado de dependencia a la nicotina con el test de Fagerstrom.
- Un protocolo de Seguimiento que va asociado al de intervención intensiva y que solamente aparece cuando se ha seleccionado esta actividad.

PC-TABACO ORIENTACIÓN (28/02/2012) - UNO ANCIANO,PLAN (88 Años)

ORIENTACIÓN **COMENTARIOS** SALUD - Cartera de Servicios

CONSULTA ORIENTACIÓN

Fumador **Sí** **No**

Edad de inicio

Nº cigarrillos/día

Índ. tabáquico

TEST DE RICHMOND

¿Dejaría de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? No=0 puntos. Si=1 punto

¿Cuánto interés tiene ud. en dejarlo? Nada en absoluto=0. Algo=1. Bastante=2. Mucho=3

¿Podría intentar dejarlo en los próximos 14 días? Definitivamente no=0. Quizá=1. Si=2. Definitivamente si=3

¿Cree posible haberlo dejado en seis meses? Definitivamente no=0. Quizá=1. Si=2. Definitivamente si=3

Resultado Test de Richmond

INTERPRETACIÓN DEL TEST

De 0-6 puntos -- Motivación baja -- Se recomienda valorar realización de intervención BREVE

De 7-10 puntos -- Motivación media-alta -- Se recomienda valorar realización de intervención INTENSIVA

ACTITUD TERAPÉUTICA

Tipo de intervención

Si ha seleccionado intervención INTENSIVA cite al paciente a consulta médica

La actitud terapeútica viene determinada por el grado de motivación del paciente

Los protocolos de Intervención, tanto breve como intensiva, llevan asociada documentación impresa para entregar al paciente en caso de que se considere necesario.

Cuando el paciente lleva más de un año sin fumar, se marca la casilla de ALTA y se considera que el paciente es ex-fumador. A partir de entonces no se requieren más visitas de control y puede cerrarse el episodio de tabaquismo (P17). Este cierre de episodio determina que ya no aparezcan los diferentes protocolos que hemos mencionado en Planes Personales.

Además de este sistema de registro, OMI-AP ofrece la posibilidad de acceder al llamado "Tapiz de Planes de cuidados", donde podremos utilizar diversos protocolos de valoración enfermera (actualmente se trata de una adaptación donde se ha intentado integrar las 14 necesidades de V. Henderson en la estructura inalterable de 11 "capítulos" heredados de los 11 patrones funcionales del modelo de M. Gordon).

Valoración Funcional - UNO VARON, PLAN - (36 Años)

Valoración general	Episodios	Diagnósticos NANDA
<ul style="list-style-type: none"> -01-PERCEP. SALUD/EVITAR RIESGOS -02-NUTRICION/PIEL/TEMPERATURA -03-ELIMINACION -04-MOVILIDAD/RESPIRACIÓN/OCIO -05-SUEÑO / DESCANSO -06-COGN.-PERCEP. / APRENDIZAJE -07-AUTOPERCEPCION / AUTOESTIMA -08-ROL / RELACIÓN / COMUNICACIÓN -09-SEXUALIDAD / REPRODUCCION -10-ADAPTACION / TOLERAR ESTRES -11-VALORACION / CREENCIAS 	<p>Episodios</p> <p>HOJA DE EVOLUCION</p> <p>ACTIVIDADES PREVENTIVAS</p> <p>FUMAR (TABACO)</p>	<p>Conductas generadoras de salud (especificar)</p> <p>Disposición mejorar organización conducta lactante</p> <p>Incumplimiento del tratamiento (especificar)</p> <p>Manejo efectivo régimen terapéutico</p> <p>Manejo inefectivo rég. terapéutico comunidad</p> <p>Manejo inefectivo rég. terapéutico familiar</p> <p>Manejo inefectivo régimen terapéutico</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud</p> <p>Nausea</p> <p>Protección inefectiva</p> <p>Recorridos alérgicos al 14tar</p>

En el primer protocolo de valoración ("Percepción de la salud/Evitar riesgos") podremos registrar si nuestro paciente fuma y cuanto, así como determinar su FASE DE PROCESO DE CAMBIO.

2) Cig./día	0	(10) Motivación	2
Gr./sem	0	1-Precontemplación	
		2-Contemplación	
		3-Acción	
		4-Mantenimiento	
		5-Recaída	
Normalización			

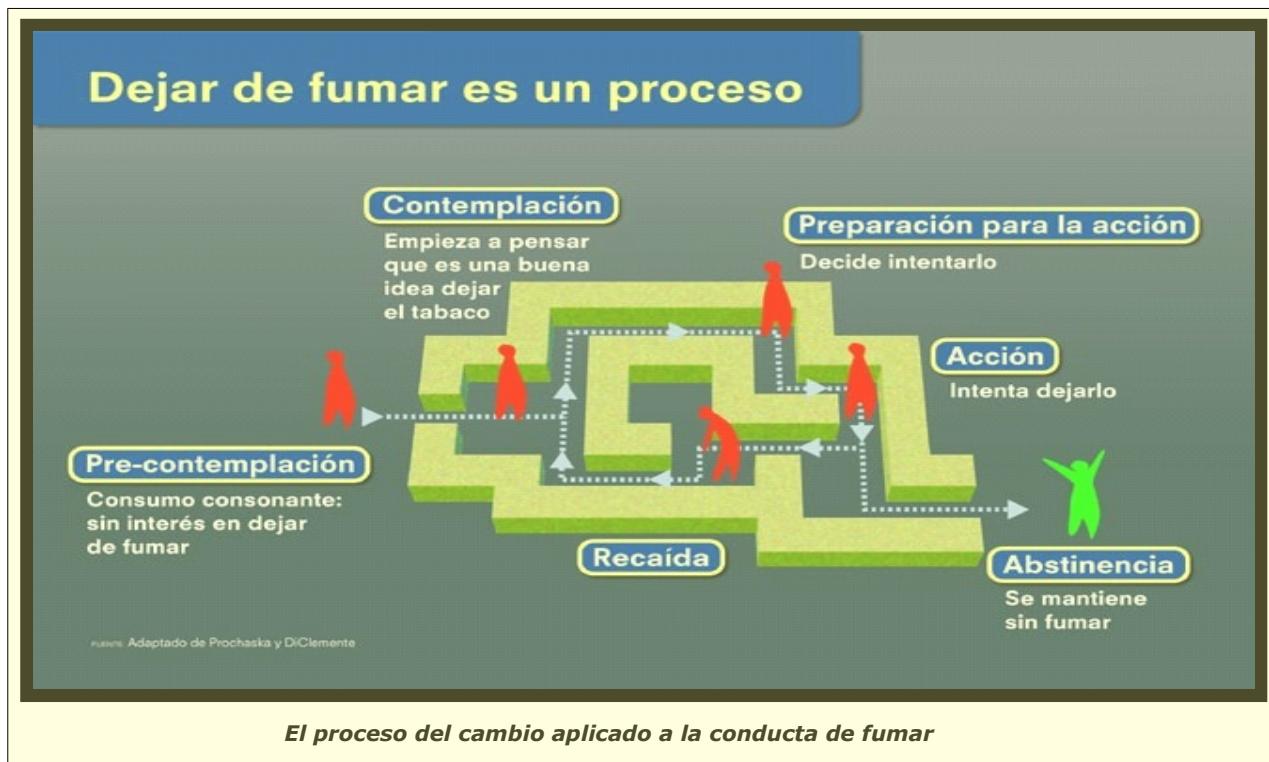
Tras la valoración, el asistente nos ayudará en la confección de un plan de cuidados. Podemos decir que estará estandarizado (en cuanto que se atiene a los criterios de normalización taxonómica NANDA-NIC-NOC), pero en la práctica guardamos esta terminología para los planes de cuidados que se han seleccionado como más frecuentes según servicios y que se han SIMPLIFICADO en pro de una mayor agilidad y facilidad de registro.

Esta simplificación comenzará por abandonar el formato PES, dejando únicamente la etiqueta del diagnóstico y limitando tanto como sea posible los resultados, indicadores, intervención/es y actividades.

2 EL PROCESO DEL CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

El modelo teórico de “los procesos del cambio” se puede aplicar a todas las conductas adictivas. El papel del profesional radica en adecuar su respuesta a las necesidades del paciente según la etapa del proceso en el que lo situemos, utilizando la entrevista motivacional como herramienta relacional.

Aunque la evidencia científica para apoyar una intervención en función del estadio de cambio es poco consistente, empíricamente se acepta que es una estrategia valida para adecuar la naturaleza e intensidad del lenguaje y personalizar el mensaje.



El hecho de asumir la recaída como parte integrante del proceso de abandono del tabaco se percibe como un elemento liberador, tanto a pacientes como también a los propios profesionales, que manifestaban a menudo sentimientos de “fracaso” que actuaban de barrera en la forma de afrontar un nuevo abordaje terapéutico.

Fase de Pre-Contemplación: "No quiero dejar de fumar"

El fumador no considera su conducta como problema y no piensa dejar de fumar en los próximos seis meses, aunque la mitad desean dejar de fumar... más adelante. Se encuentra en esta fase el 30% de los fumadores. El fumador todavía no se ha planteado dejar de fumar, no está dispuesto a hacerlo o no se ve capaz de hacerlo.

Deberemos generar la duda. Usando la entrevista motivacional pretendemos que sea el propio fumador quien reflexione y explore sus contradicciones para que comience a plantearse si vale la pena dejar de fumar. Solamente se le dará información si la solicita.

El diagnóstico seleccionado en esta fase es: "*Gestión ineficaz de la propia salud*"

Fase de Contemplación: "Me gustaría dejar de fumar, pero ya lo haré más adelante...en el próximo medio año"

El fumador ya contempla su conducta como problema, busca información y, aunque se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses, todavía tiene dudas y mantiene posturas ambivalentes respecto al tabaco. El 60% de los fumadores en esta fase.

Consideramos en esta fase a cualquier fumador que conteste afirmativamente a la pregunta de si le gustaría dejar de fumar, pero que no fije una fecha para dejarlo en los próximos 30 días.

Debemos decantar su ambivalencia hacia el cambio, ayudándoles a examinar su adicción y a sopesar los pros y los contras de su tabaquismo. Con un mensaje sugerente, empático y respetuoso. Un fumador inseguro puede necesitar tiempo hasta que para él los pros superen en peso a los contras.

El diagnóstico seleccionado en esta fase es: "*Conflictos de decisiones: dejar de fumar*"

Fase de Preparación/Acción: "Estoy decidida a dejar de fumar, y quiero hacerlo ya, en el próximo mes".

En esta fase encontraremos aproximadamente al 10% de nuestros pacientes fumadores. La persona se compromete a realizar alguna acción y planifica dejar de

fumar en un futuro inmediato, y acaso ha hecho algún intento en el último año.

Acción: El fumador ha dejado de fumar voluntariamente y se mantiene abstinentemente al menos 24h. Comprende desde las 24h posteriores a dejar de fumar hasta los 6 meses después del intento. Es el periodo de mayor riesgo de recaídas debido a los efectos del síndrome de abstinencia físico y psicológico.

Seleccionamos en esta fase el diagnóstico: "*Disposición para mejorar la gestión de la propia salud*"

Fase de mantenimiento:

Comprende desde los 6 meses hasta los 5 años posteriores a dejar de fumar. Se considera ex-fumador cuando lleve al menos 12 meses de abstinencia.

Importante prevenir las recaídas tardías. La recaída junto con el consumo compulsivo de una sustancia forma parte del concepto de dependencia. Muy interesante el análisis de recaídas en intentos anteriores y las ventajas observadas en periodos de abstinencia.

En esta fase se podría valorar ya en caso de ser necesario el diagnóstico: "*Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades*". Se dispararía siempre y cuando tuviésemos creado el episodio "Sobrepeso".

3 DESARROLLO DE LOS DIAGNÓSTICOS SELECCIONADOS

Vemos a continuación en cuadro descriptivo los cuatro diagnósticos seleccionados. Aparecen ya sin el formato PES y simplificados al máximo.

En el trabajo ya implantado en planes personales, tanto el diagnóstico, como los resultados (con su/s indicador/es) y las intervenciones se han marcado como DGP para hacer posible su manipulación en la recuperación de información. No se ha hecho así con las actividades, por lo que no aparecen aquí tampoco con su codificación correspondiente.

00078**Gestión ineficaz de la propia salud**

RESULTADOS	INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
1805 Conocimiento: conducta sanitaria Def: Grado de comprensión trasmítido sobre el fomento y la protección de la salud	180506 Efectos sobre la salud del consumo del tabaco Def: Ayudar a un paciente para que deje de fumar	4490 Ayuda para dejar de fumar Def: Ayudar a un paciente para que deje de fumar	<ul style="list-style-type: none"> * Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar. * Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar. * Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras. * Servir como modelo de no fumador.

00083**Conflictos de decisiones: dejar de fumar**

RESULTADOS	INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
0906 Toma de decisiones Def.: Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas	090601 Identifica información relevante 090609 Escoge entre varias alternativas	4490 Ayuda para dejar de fumar Def: Ayudar a un paciente para que deje de fumar	<ul style="list-style-type: none"> * Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras. * Apoyar al paciente que volvió a fumar ayudándole a valorar lo que ha aprendido y animándole a dejarlo de nuevo. * Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.

00162**Disposición para mejorar la gestión de la propia salud**

RESULTADOS	INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
1625 Conducta de abandono del consumo del tabaco Def.: Acciones personales para eliminar el consumo de tabaco	162505 Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo del tabaco	4490 Ayuda para dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> * Ayudar al paciente a desarrollar el plan para dejar de fumar * Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar * Informar sobre sustitutivos de nicotina * Realizar el seguimiento del paciente * Remitir a programas de grupos si procede
1906 Control del riesgo: consumo de tabaco	190621 Utiliza estrategias para prevenir el consumo de tabaco		<ul style="list-style-type: none"> * Ayudar a planificar las estrategias de enfrentamiento de los problemas derivados de dejar de fumar * Ayudar a enfrentarse con las recaídas

00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades

RESULTADOS	INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
1627 Conducta de pérdida de peso Def: Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta	Utiliza estrategias de modificación de la conducta	1280 Ayuda para disminuir el peso Def.: Facilitar la pérdida de peso corporal	<ul style="list-style-type: none"> * Pautar objetivos con el paciente en relación con la dieta y el ejercicio Enseñar a establecer una pauta dietética ajustada al estilo de vida, nivel de actividad y vida social * Fomentar estilos de vida saludables * Instruir al paciente en técnicas de relajación * Realizar refuerzo positivo de los logros alcanzados

Este último diagnóstico ya se dispara actualmente ante la presencia de determinadas valoraciones, por lo que es posible presentar aquí su aspecto real:

PCE-D. NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR (18/04/2012) - - TRES MUJER,PLAN (47 Años)

D.NUTRICIONAL:INGESTA SUP | CIERRE PLAN | COMENTARIOS |

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUP. | Tipo de visita |

RESULTADOS (NOC) INDICADORES Valoración (1 a 5)

Conducta de pérdida de peso | Utiliza estrategias de modificación de conducta | 0

INTERVENCIONES (NIC) ACTIVIDADES

Ayuda para disminuir el peso | Informar de los riesgos para la salud asociados con el sobrepeso / obesidad
 Determinar la motivación para reducir el peso
 Pautar objetivos con el paciente en relación con la alimentación y el ejercicio
 Enseñar a establecer una pauta dietética ajustada al estilo de vida, nivel de actividad y vida social
 Fomentar estilos de vida saludables
 Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación
 Realizar refuerzo positivo de los logros alcanzados

 Aceptar Cancelar

Como ocurre con todos los planes estandarizados, desaparecerán cuando cambien las condiciones que los activaron: cierre de los episodios correspondientes ("Fumar" y "Sobrepeso") o modificación en la valoración de la fase de cambio del paciente.

Como tabla resumen:

Episodio: (CIAP P17) FUMAR		
+ Valoración fase cambio	“Precontemplación”	Gestión ineficaz de la propia salud
	“Contemplación”	Conflicto de decisiones: dejar de fumar
	“Acción”	Disposición para mejorar gestión de la propia salud
	+ Episodio (CIAP T83) SOBREPESO	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades

CONCLUSIONES

El tratamiento para la dependencia del tabaco puede ser ofrecido por cualquier clínico adecuadamente entrenado y no hay razones de efectividad para limitarla a un colectivo concreto. Al igual que en todo trabajo en equipo, las mayores dificultades suelen radicar en aunar fuerzas para coordinarse y no competir.

Debemos asumir, pues, nuestro papel profesional con todo lo que conlleva: ser agentes de educación sanitaria, adoptar un rol ejemplarizante, actuar como terapeutas en la deshabituación tabáquica y realizar función docente e investigadora.

La utilización de planes de cuidados como sistema de registro de la actuación llevada a cabo con el paciente fumador no duplica, sino que enriquece, lo recogido en los actuales protocolos implementados en el módulo de Planes Personales de OMI-AP.

La progresiva implantación de DGP's en los protocolos de valoración y en los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras, facilitarán enormemente en un futuro próximo tanto el estudio de nuestra realidad como otras posibles líneas de investigación que se promuevan en el ámbito de la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) World Health Organization. Regional Office for Europe. First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe. WHO. Regional Office for Europe. Denmark, 2001.
- (2) Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Martín JM, Román J, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006; Medicina clínica 2011 ; 136(3) : 97-102.
- (3) Pérez M. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco: algo más que una estimación [Editorial]; Medicina clínica 2011 ; 136(3) : 109-110.
- (4) Gonzalez-Enriquez J, Salvador-Llivina T, Lopez-Nicolas A, Anton E, Musin A, Fernández E et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. Gac Sanit 2003; 16 (4):308-317.
- (5) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo;2006 [acceso 15 abril 2012] Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
- (6) Datos relativos al tabaco [Internet]. Instituto Aragonés de Estadística 2006 [acceso 14 abril 2012] Disponible en:
<http://w.aragon.es/portal/site/GobiernoAragon/template.PAGE/menuitem.ac0aa98a062413777f4dbc1754a051ca/>
- (7) U.S. Public Health Service. Treating tobacco use and dependence; 2008 update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
- (8) Dirección de Atención Primaria de Salud. Atención al paciente con dependencia al tabaco. Zaragoza;2004.

(9) Variables, indicadores y explotaciones del sistema de información de Atención primaria del sistema de salud de Aragón, sus centros y unidades. Anexo I de la Orden de 22 de Septiembre de 2008, Pub. B.O.A. No. 165 (2008). Disponible en:
<http://www.boa.aragon.es>

(10) Sánchez-Monfort J, Sánchez-Jover I. Evaluación de un protocolo de tabaquismo adaptado al proceso enfermero. Nueva Enfermería del Siglo XXI 2004; 56: 26-31

(11) Aleixandre i Martí E, Casanova MA, Mitjans J, Sanchez-Monfort J, Sanmartin A. Ensayo clínico de dos intervenciones clínicas de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. Aten Primaria 1998. 22;424429

(12) Rice VH, Otead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, 2002. Oxford. Update Software.

(13) Comunidad de Madrid. Guía de apoyo par el abordaje del tabaquismo. Instituto de Salud Pública. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2005.

(14) INSALUD; Subdirección General de Atención Primaria. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria; Madrid, 2001.

(15) Cárdenas Valladolid J. El registro electronico de la actividad enfermera en atencion primaria: la necesidad de las taxonomias enfermeras. Excelencia Enfermera. No. 0. Ago 2004. Disponible en: http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=0&idArticulo=1082026113302

(16) Arribas Cachá AA. Desarrollo de planes de cuidados estandarizados en OMI AP. Nure investigación No. 23, Jul-Ago 2006. Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_USUARIO/Ponencias_Imagenes/Ponencia_23_OMI_AP.pdf

(17) Junta directiva de SEAPA. Las carencias de OMI-AP. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2001; 32-33. Disponible en:

http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_56b.php

(18) Viñuales T. Manual planes de cuidados de enfermería en OMI-AP. Documento interno: Salud; 2008. Disponible en:

http://10.35.216.4/intranet/OMI/MANUAL_PCE_en_OMI.pdf

- (19) Arto A, Beltrán A, Bielsa F, Royo M. Guía de uso de planes personales. Documento interno: Salud 2007. Disponible en:
<http://10.35.216.4/intranet/OMI/Manual%20de%20Uso%20de%20los%20Planes%20Personales.pdf>
- (20) Subcomisión de Cuidados de Aragón. Manual planes de cuidados estandarizados. Documento interno: Salud;2012. Disponible en:
<http://10.35.216.4/intranet/OMI/Planes%20de%20Cuidados%20Estandarizados.pdf>
- (21) Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology*. 1983; 51: 390-5.
- (22) Miguel García A, De Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. *NURE Inv. [Revista en Internet]* 2009 Nov-Dic. [2 marzo 2012]; 6 (43): [aprox 11 pant]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protabac439102009103337.pdf
- (23) NANDA: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011, Ed. Elsevier, Barcelona, 2010.
- (24) Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a ed. Madrid, Elsevier, 2008
- (25) Bulechek GM, Butcher H, McCloskey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Madrid, Elsevier, 2008.
- (26) Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. 2^aed. Barcelona: Masson; 1999.
- (27) Grupo de trabajo de abordaje interdisciplinar de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. ISBN 978-84-614-1930-2. SEDET. Mayo 2010. Disponible en:
<http://www.seapremur.com/Documentos/Consenso%20interdisciplinar%20SEDET.pdf>

