



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

SERVICIO ARAGONES DE SALUD
2018

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

© SERVICIO ARAGONES DE SALUD (SALUD)
Vía Universitat, 36, 50017. Zaragoza

Edita: Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Depósito Legal: Z 397-2021

ISBN: 978-84-09-28271-5

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Se autoriza a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

COORDINADORA Y GRUPO DE TRABAJO

Coordinadora

Carmen Chaverri Alamán

Grupo de trabajo

María Victoria Almajano Navarro

Ana María Calvo Gascón

Gemma Girón Jorcano

Ana Teresa Monclús Muro

Clara Carmen Palacín Ariño

María Carmen Rebollo Pina

Ana María Vecino Soler



INDICE

1.- INTRODUCCION	1
2.- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: CONSEJO DE USO, OBJETIVOS Y RAZONAMIENTO EN LA PRACTICA CLINICA.	
2.1.- 00126 Conocimientos deficientes.....	7
2.2.- 00232 Obesidad / 00233 Sobrepeso.....	10
2.3.- 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud.....	11
2.4.- 00078 Gestión ineficaz de la salud.....	12
2.5.- 00074 Afrontamiento familiar comprometido	15
2.6.- 00069 Afrontamiento ineficaz.....	16
2.7.- 00120 Baja autoestima situacional	18
2.8.- 00061 Cansancio del rol del cuidador.....	19
2.9.- 00148 Temor.....	21
2.10.- 00052 Deterioro de la interacción social	22
3.- PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS (DM): ATENCION PRIMARIA Y ATENCION HOSPITALARIA.	
3.1.- NANDA-NOC-NIC	
3.1.1.- 00126 Conocimientos deficientes.....	25
3.1.2.- 00232 Obesidad / 00233 Sobrepeso.....	30
3.1.3.- 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud.....	32
3.1.4.- 00078 Gestión ineficaz de la salud.....	35
3.1.5.- 00074 Afrontamiento familiar comprometido	39
3.1.6.- 00069 Afrontamiento ineficaz.....	40
3.1.7.- 00120 Baja autoestima situacional	42
3.1.8.- 00061 Cansancio del rol del cuidador.....	45
3.1.9.- 00148 Temor.....	47
3.1.10.-00052 Deterioro de la interacción social.....	49
3.2.- COMPLICACIONES POTENCIALES/ PROBLEMAS DE COLABORACION	
3.2.1.- Disfunción sexual.....	51
3.2.2.- Pie diabético / Ulcera vascular.....	52
3.2.3.- Glucemia inestable.....	55
3.2.4.- Dolor.....	57
3.3.- DIAGNOSTICOS DE AUTONOMIA	
3.3.1.- Alimentación.....	58
3.3.2.- Eliminación.....	58
3.3.3.- Baño/Higiene.....	59
3.3.4.- Vestirse/Arreglo personal.....	59
3.3.5.- Movilidad.....	60
BIBLIOGRAFIA	62



1.-INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) integra un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva la afectación microvascular y macrovascular con repercusión en diferentes órganos.

El "Programa de Atención Integral a la Diabetes Mellitus en Aragón", se desarrolló en 2014 para orientar la práctica clínica a los resultados y la calidad, con este objetivo se revisa y actualiza el Plan de Cuidados (PC) de Enfermería.

El fundamento que define el papel de la Enfermería es elevar el nivel de autocuidado o equilibrar la deficiencia del mismo. La adecuada gestión de cuidados al paciente con DM, requiere un manejo multidisciplinar, donde la continuidad asistencial es imprescindible.

El plan de cuidados se ha desarrollado desde una visión integral cuyo objetivo central es el paciente, se contemplan contenidos que implican valorar la calidad de vida de estas personas, determinando sus recursos y potenciando las intervenciones educativas y preventivas. Se han incorporado intervenciones para el seguimiento en consulta de enfermería y seguimiento no presencial, que ha demostrado un efecto positivo y dispone de una alta evidencia.

Plan de cuidados

Un plan de cuidados estandarizado es la protocolización de las actuaciones enfermeras según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con una misma área de atención. La recogida de información de cada paciente en la valoración enfermera tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, es decir, para llegar al diagnóstico enfermero (DE).

La valoración, previa al plan de cuidados es un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma. Esto implica tomar decisiones, determinar qué información es relevante, utilizar herramientas con el mayor grado de evidencia (escalas, test, cuestionarios, etc.) y todo ello enfocado hacia la respuesta integral de la persona ante un problema de salud. Los cuidados estarán centrados en la persona.

El desarrollo de un plan de cuidados individualizado garantiza unas ventajas:

- Los cuidados están centrados en el paciente, lo que ayuda a asegurar que los problemas de salud y la respuesta a ellos sean el centro de atención.
- Promueve la participación del paciente en su cuidado, fomenta la independencia y proporciona al paciente una mayor sensación de control y de los factores importantes en un resultado de salud positivo. Es conocido como la autogestión personal influye en el cuidado cotidiano para potenciar y promover un nivel de salud.
- Mejora la comunicación entre los profesionales ya que proporciona un plan de los problemas o necesidades reconocidos del paciente realizado con un método científico y un lenguaje común.
- Promueve la necesidad de medir los resultados obtenidos, que a su vez promueve la garantía de calidad y la continuidad de cuidados.
- Fomenta el pensamiento crítico, la toma de decisiones y resolución de problemas.
- Minimiza errores y omisiones en la planificación de la atención.

Plan de cuidados en el paciente con Diabetes Mellitus

La valoración enfermera a personas con diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes se centrará en la detección de necesidades de cuidados para:

- Mejorar, corregir o garantizar el adecuado manejo de su salud.
- Mejorar, corregir o garantizar habilidades físicas, cognitivas y sensoriales.
- Conseguir su mayor grado de autonomía.

En las áreas de:

- Manejo de la enfermedad.
- Manejo de dispositivos: sistemas para la medición de glucemia
- Manejo de tratamiento farmacológico y no farmacológico: administración de insulina, nutrición, seguridad, actividad.
- Afrontamiento de la enfermedad: rol/relaciones, tolerancia al estrés.

En la valoración, también se detectará la necesidad de cuidados que requiera un abordaje o coordinación socio-sanitaria y aquellos cuidados precisen de un cuidador o agente de autonomía asistida. En estos casos la valoración del cuidador

es importante para garantizar unos cuidados de calidad a la persona cuidada y detectar el riesgo de sobrecarga en el rol del cuidador.

En la valoración enfermera de personas con diagnóstico de DM se identificarán como mínimo los siguientes aspectos:

- Nivel de conocimientos sobre la enfermedad
- Conocimiento del profesional al que debe dirigirse cuando tiene un problema.
- Conocimiento sobre los recursos sanitarios disponibles en la comunidad.
- Factores de riesgo: tabaquismo, ansiedad, depresión, nerviosismo.
- Hábitos poco saludables que interfieran en la evolución del proceso: alimentación, medidas higiénicas, ejercicio físico.
- Conductas inadecuadas en el manejo del tratamiento. Abandono del régimen terapéutico.
- Conductas que se puedan mejorar o potenciar para el manejo de la enfermedad y del régimen terapéutico (farmacológico y no farmacológico).
- Conductas que puedan mejorar la calidad de vida y la independencia para realizar las actividades de la vida diaria.
- Nivel de instrucción en el manejo de la terapia con Insulina.
- Nivel de instrucción en el manejo de la relación glucosa-energía y prevenir, detectar y tratar las hipoglucemias.
- Nivel de instrucción en el control de los síntomas y prevención de complicaciones.
- Condiciones del entorno familiar.
- Problemas de autonomía.
- Vacunas.
- Situación socio-sanitaria para facilitar sistemas de apoyo y ayuda que le permitan superar situaciones de readaptación social.
- Nivel de instrucción de la persona cuidadora para suplir las necesidades básicas del paciente/usuario, sobre todo paciente dependiente pediátrico y anciano.

El Plan de Cuidados está orientado a:

- Detectar factores de riesgo: obesidad, sedentarismo.
- Detectar precozmente la enfermedad y proporcionar instrucciones al paciente/cuidador sobre la enfermedad, reconocer síntomas y actuar.
- Fomentar hábitos de vida saludables: Dieta adecuada, ejercicio y evitar el hábito tabáquico.

- Fomentar la prevención de complicaciones.
- Proporcionar conocimientos sobre los hábitos higiénicos y dietéticos que deberá adoptar para una mejor evolución de su proceso.
- Aumentar las capacidades para el manejo del régimen terapéutico: uso correcto de medicación ADOS, Tipo de Insulina, y de los efectos secundarios más importantes.
- Aumentar las capacidades para el manejo adecuado de los distintos dispositivos utilizados en el tratamiento de la enfermedad, sistemas de administración de insulina, glucómetros, medidor de cuerpos cetónicos.
- Formación al paciente y al cuidador sobre la autoexploración de los pies y cuidados necesarios.
- Potenciar medidas higiénicas para la prevención de infecciones.
- Asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Adecuar los cuidados a la gravedad de la situación clínica.
- Aumentar la independencia y autonomía en el manejo de la enfermedad: técnicas de autocontrol, alimentación, actividad física, fármacos.
- Deshabituaación tabáquica.
- Mejorar la calidad de vida y la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. (AVD).
- Organizar las actividades de suplencia en los problemas de autonomía.
- Formación al cuidador directo en los cuidados básicos, fármacos, manejo de glucómetros, equipos de Insulinoterapia.
- Proporcionar atención y apoyo para los cuidadores de pacientes en situación avanzada de su enfermedad.
- Informar y facilitar el acceso y uso adecuado de los recursos sanitarios.
- Incorporación del paciente a un programa de Educación Individual y más tarde Grupal en función de la necesidad y características respecto a la aceptación de la enfermedad.
- Valoración socio-sanitaria que facilite sistemas de apoyo y ayuda para superar situaciones de readaptación social. (Cartera de servicios).

Además, en Atención Primaria y en consultas de Atención Especializada se evaluará y registrará:

- Hipoglucemias / Hiperglucemias y actuación del paciente respecto a la prevención, detección, y tratamiento de las mismas.
- Índice de Masa Corporal (IMC) = peso/altura, por lo que se debe valorar una intervención nutricional si es preciso.

- Asegurar que el paciente tiene los conocimientos adecuados sobre el manejo de los dispositivos y adherencia al tratamiento.
- Asegurar que se incluyen en un programa de seguimiento (mediante información periódica de los proveedores sobre control de autoanálisis y autocontrol de la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, control de zonas de punción y autoexploración de pies, así como exploración física periódica por los profesionales que le atienden y según protocolo.

La validez de los DE seleccionados se basa en la documentación consultada y en el consenso obtenido en el ámbito del equipo de trabajo. Por tanto, los diagnósticos deberán ser sometidos a revisiones periódicas, y adaptándose según las necesidades de las personas, la evidencia científica del momento, con la progresión de conocimientos en este dominio y con los valores y cambios de la sociedad.

Para el desarrollo de cada DE se han considerado todos los NOC, los indicadores y las NIC más prevalentes que pueden ser necesarios en la práctica clínica, de esta forma el profesional puede seleccionar lo que precise para el paciente considerado de forma individual.

Respecto a los factores de relación, se han considerado también los más prevalentes. Algunos coinciden con los publicados por la NANDA y otros se han decidido por consenso del equipo.

También se ha optado por desarrollar los problemas de colaboración y/o complicaciones potenciales más frecuentes.

Para terminar, se han definido los diagnósticos de autonomía (alimentación, higiene, vestido, uso del inodoro y/o movilización) porque tienen especial relevancia tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio.

La selección de los DE se ha realizado utilizando la taxonomía "NANDA International 2015-2017".

El resultado son diez diagnósticos enfermeros, ocho para el paciente y dos para la familia / cuidador:

- 1.- Conocimientos deficientes (00126).
- 2.- Obesidad (00232) / Sobrepeso (00233).
- 3.- Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).
- 4.- Gestión ineficaz de la salud (00078).
- 5.- Afrontamiento familiar comprometido (00074).

- 6.- Afrontamiento ineficaz (00069)
- 7.- Baja autoestima situacional (00120).
- 8.- Cansancio del rol del cuidador (00061)
- 9.- Temor (00148)
- 10.- Deterioro de la interacción social (00052).

Continuidad de cuidados

La continuidad de cuidados facilita la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, permite atender las expectativas de los usuarios aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

El modelo de continuidad asistencial tiene objetivos clínicos y procedimientos compartidos entre el primer nivel asistencial, Atención Primaria, y el segundo nivel, Atención Especializada, estableciendo puntos de encuentro donde desarrollarlos. El trabajo en equipo, uniendo el valor cuidado al valor curación, facilita no solo la atención integral de las diferentes patologías, sino también la continuidad en la asistencia y el manejo compartido de los pacientes. Por tanto, es imprescindible un Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) donde consten los DE pendientes de resolver o minimizar y toda la información necesaria para garantizar la continuidad de cuidados.

En base a ello, para el paciente con DM se ha desarrollado **un único plan de cuidados** de forma que incluya los cuidados necesarios en Atención Primaria y Atención Especializada.

2.-DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: CONSEJO DE USO, OBJETIVOS Y RAZONAMIENTO EN LA PRACTICA CLINICA

2.1.- DE: 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Este diagnóstico se utiliza siempre que la persona precise educación sanitaria sobre un tema específico relacionado con la salud.

La DM es una enfermedad crónica y como tal va a evolucionar en distintas etapas a lo largo de la vida de la persona. La educación sanitaria es necesaria desde su comienzo porque la persona no ha estado nunca expuesta a esa situación (la causa es la falta de exposición) pero será necesaria la valoración continua para adaptar la educación sanitaria a la evolución de la enfermedad y a las nuevas necesidades que pueden aparecer.

El objetivo es que la persona tenga conocimientos e información suficiente y fidedigna para manejar de forma eficaz su situación de salud.

Este diagnóstico aborda la educación en salud como un fin, no es la causa del problema.

En otros diagnósticos se han incluido intervenciones de educación sanitaria porque es necesaria para su resolución. En estos casos, se precisan intervenciones de educación para la salud porque la falta de conocimientos es una de las causas del problema, no es la finalidad.

.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Educación para la salud en el proceso de la enfermedad.

- **NIC: 5606 Enseñanza individual.**
 - Planificar y poner en práctica un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente
- **NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.**
 - Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para comprender su proceso de enfermedad específico.
 - Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para desarrollar, en lo posible, habilidades que le permitan identificar síntomas,

prevenir complicaciones, en definitiva, conocer el proceso de la enfermedad y los cuidados necesarios.

- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**

- Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
- Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente/cuidador tenga los conocimientos necesarios sobre su enfermedad.

Educación para la salud en el tratamiento.

- **NIC: 5606 Enseñanza individual.**

- Planificar y poner en práctica un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente

- **NIC: 5616 Enseñanza medicamentos prescritos.**

- Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para que se administre de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**

- Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
- Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente/cuidador tenga los conocimientos necesarios sobre la medicación.

Educación para la salud en el cuidado de los pies.

- **NIC: 5603 Enseñanza: cuidado de los pies**

- Preparar al paciente de riesgo y/o cuidador para proporcionar cuidados preventivos de los pies.

- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**

- Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente/cuidador tenga los conocimientos necesarios sobre el cuidado de los pies.

Educación para la salud en el manejo de la hiperglucemia e hipoglucemia

- **NIC: 2130 Manejo de la hipoglucemia**

- Enseñar al paciente/cuidador a prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

- **NIC: 2120 Manejo de la hiperglucemia**
 - Enseñar al paciente/cuidador a prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente/cuidador tenga los conocimientos necesarios para prevenir y controlar tanto la hiperglucemia como la hipoglucemia

Educación para la salud en dieta y nutrición.

- **NIC: 5246 Asesoramiento nutricional**
 - Utilizar un proceso de enseñanza interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta.
- **NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita**
 - Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para seguir correctamente una dieta prescrita.
- **NIC: 1100 Manejo de la nutrición**
 - Instruir en el manejo de una ingesta equilibrada de nutrientes.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente/cuidador tenga los conocimientos necesarios para integrar en su vida una dieta y nutrición adecuadas a su situación.

Educación para la salud en actividad y ejercicio

- **NIC: 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito.**
 - Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.

Educación grupal

- **NIC: 5604 Enseñanza: grupo**
 - Desarrollar, poner en práctica y evaluar un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Facilitar el seguimiento en la educación sanitaria vía telefónica para identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
 - Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente/cuidador tenga los conocimientos necesarios.

2.2.- DE: 00232 OBESIDAD / 00233 SOBREPESO

Se recomienda utilizar esta etiqueta en aquellas circunstancias en las que la obesidad o el sobrepeso se deban a un desajuste de la dieta y sea posible reducir el peso controlando la ingesta y modificando la pauta de ejercicio. Si se deben a un trastorno físico o mental requieren un abordaje en colaboración con otros profesionales.

El objetivo es que la persona recupere el peso adecuado a su edad, sexo, talla y constitución corporal siguiendo una dieta equilibrada.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Proporcionar asesoramiento y pautas para modificar la conducta

- **NIC: 5246 Asesoramiento nutricional**
 - Utilizar un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
 - Planificar con el paciente/cuidador acuerdos y metas realistas adaptadas a las capacidades y necesidades de la persona.

Ayudar a planificar una alimentación adecuada y a controlar el peso

- **NIC: 1260 Manejo del peso**
 - Facilitar que la persona sea capaz de mantener el peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

- **NIC: 1280 Ayuda para disminuir peso**
 - Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

Integrar en la vida diaria el ejercicio y la nutrición adecuados

- **NIC: 0200 Fomento del ejercicio**
 - Apoyar a la persona para que integre en su vida diaria la realización de un nivel de actividad y/o ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el peso.
- **NIC: 1100 Manejo de la nutrición**
 - Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.
- **NIC: 5270 Apoyo emocional**
 - Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de estrés para que la persona sea capaz de conseguir los objetivos acordados.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Facilitar el seguimiento en la educación sanitaria vía telefónica para identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
 - Realizar un seguimiento adecuado para conseguir en lo posible que el paciente pueda mantener una conducta de pérdida de peso.

2.3.- DE: 00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD

Se ha seleccionado esta etiqueta de forma específica para apoyar el abandono del hábito tabáquico.

Se recomienda su uso cuando sea posible ayudar a la persona a desarrollar o utilizar los recursos de que dispone de manera que pueda mejorar la conducta de abandono del consumo de tabaco.

El objetivo es que la persona utilice todos los recursos de que dispone para dejar de fumar.

Si precisa tratamiento con prescripción médica pasaría a ser un problema de colaboración.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Apoyar en la modificación de la conducta

- **NIC: 5606 Enseñanza individual.**
 - Planificar y poner en práctica un programa de enseñanza diseñado para abordar el abandono del consumo de tabaco.
- **NIC: 4480 Facilitar la autorresponsabilidad.**
 - Animar al paciente a que asuma toda la responsabilidad posible de su propia conducta en el abandono del consumo de tabaco.
- **NIC: 4490 Ayuda para dejar de fumar.**
 - Ayudar a la persona a reconocer los riesgos y consecuencias del consumo de tabaco.
 - Fomentar las medidas de prevención.
 - Invitar a participar en grupos de apoyo.
 - Proporcionar apoyo emocional.
 - Instruir en las posibilidades de tratamiento
 - Instruir en estrategias para modificar la conducta.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
 - Realizar un seguimiento adecuado para conseguir que el paciente desarrolle una conducta de abandono del consumo de tabaco.

2.4.- DE: 00078 GESTION INEFICAZ DE LA SALUD

Se recomienda aplicar esta etiqueta diagnóstica cuando, tras una valoración individualizada, se detecta que el paciente, "después de un tiempo de haber sido diagnosticado y de haberle aplicado un régimen terapéutico, no lo lleva a cabo total

o parcialmente por razones básicamente de falta de conocimiento y/o motivación y no tanto de voluntad". En el caso de que el paciente haya decidido no seguir el régimen terapéutico conscientemente, no se utilizará este diagnóstico enfermero.

El objetivo es que el paciente recupere la adherencia a las pautas de tratamiento prescrito tanto farmacológico como no farmacológico y fomentar los hábitos de vida saludables mejorando la capacidad de desarrollo para ser autónomo.

Para conseguir el objetivo, debido a las características clínicas de estos pacientes, se han seleccionado intervenciones para apoyar y motivar al paciente y apoyar a la familia y/o cuidador.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Motivar y apoyar para el cambio de conducta.

- **NIC: 5240 Asesoramiento.**
 - Utilizar un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y su familia/cuidador para fomentar o apoyar el afrontamiento y la capacidad de resolver problemas.
- **NIC: 4420 Acuerdo con el paciente**
 - Planificar acuerdos con el paciente para reforzar el cambio de conducta específico.
- **NIC: 4360 Modificación de la conducta.**
 - Promover un cambio de conducta.

Ayudar a manejar el proceso de la enfermedad.

- **NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.**
 - Ayudar al paciente/cuidador a comprender la información relacionada con el proceso de DM.
 - Ayudar al paciente/cuidador a desarrollar, en lo posible, habilidades para identificar síntomas, prevenir complicaciones, en definitiva, controlar el proceso de la enfermedad y los cuidados necesarios.
- **NIC: 2120 Manejo de la hiperglucemia.**
 - Ayudar al paciente/cuidador a que sea capaz de prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

- **NIC: 2130 Manejo de la hipoglucemia**
 - Ayudar al paciente/cuidador a que sea capaz de prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.
- **NIC: 5603 Enseñanza: cuidado de los pies**
 - Preparar al paciente con DM y/o allegados para proporcionar cuidados preventivos de los pies.
 - Asegurar que la persona con DM realiza un cuidado adecuado de los pies.

Comprobar la adherencia al tratamiento.

- **NIC: 2380 Manejo de la medicación.**
 - Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
- **NIC: 5616 Enseñanza medicamentos prescritos.**
 - Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para favorecer la adherencia al tratamiento.

Fomentar hábitos de vida saludables (dieta, nutrición y ejercicio).

- **NIC: 5246 Asesoramiento nutricional**
 - Utilizar un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
 - Planificar con el paciente/cuidador acuerdos y metas realistas adaptadas a las capacidades y necesidades de la persona.
 - Asegurar que la persona lleva la dieta adecuada a su situación
- **NIC: 1100 Manejo de la nutrición**
 - Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.
 - Asegurar que la persona lleva la dieta con los nutrientes adecuados a su situación
- **NIC: 1260 Manejo del peso**
 - Asegurar en lo posible, que la persona sea capaz de mantener el peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
- **NIC: 0200 Fomento del ejercicio**
 - Apoyar a la persona para que integre en su vida diaria la realización de un nivel de actividad y/o ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar su salud.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**

- Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**

- Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
- Realizar un seguimiento adecuado para conseguir que el paciente desarrolle una conducta de adherencia al régimen terapéutico y en el manejo de la DM.

2.5.- DE: 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.

Se recomienda seleccionar esta etiqueta diagnóstica para las familias en las que, tras una valoración enfermera previa, se identifique que el cuidador o persona de referencia, no proporciona el soporte necesario al miembro de la familia que está enfermo. En este caso, el apoyo o la ayuda que proporciona el cuidador es insuficiente o ineficaz.

Se puede dar el caso de que la causa o factor de relación sea que el cuidador no tiene información necesaria para manejar la situación o no la ha comprendido, que tenga otros conflictos propios y esto le lleve a una actuación inefectiva para satisfacer las necesidades del paciente o que el paciente no colabore con el cuidador. En cualquier caso la desorganización de la dinámica familiar es temporal y supone cambiar los roles habituales.

El objetivo es mejorar en lo posible la dinámica familiar para que el cuidador principal desarrolle conductas adecuadas, suficientes y eficaces, que ayuden al paciente a afrontar su situación de salud.

Para el paciente con DM se ha considerado: proporcionar apoyo a la familia en su conjunto, y al cuidador principal en particular, de manera que se considere el funcionamiento integral de todos sus miembros pero proporcionando mayor apoyo al cuidador principal; Asesorar y apoyar a la familia para afrontar los problemas de que no permiten al cuidador desarrollar conductas adecuadas hacia la persona enferma.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Mejorar el funcionamiento de la familia para garantizar el bienestar emocional y físico del paciente.

- **NIC: 7140 Apoyo a la familia.**
 - Ayudar a la familia en sus intereses y objetivos sobre los cuidados al paciente.
- **NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar.**
 - Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
- **NIC: 7120 Movilización familiar.**
 - Utilizar los puntos fuertes de la familia para influenciar sobre la salud del paciente de una manera positiva.
- **NIC: 5240 Asesoramiento.**
 - Utilizar un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento y la capacidad de resolver problemas.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
 - Realizar un seguimiento adecuado para conseguir el bienestar familiar con el paciente.

2.6.- DE: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

La persona presenta un afrontamiento ineficaz cuando no es capaz de valorar de forma adecuada los factores del régimen terapéutico o de la enfermedad a los que se enfrenta y que le producen estrés. No es capaz de elegir las respuestas prácticas necesarias para manejar el régimen terapéutico o la enfermedad o utilizar los recursos de que dispone.

Se recomienda utilizar este diagnóstico cuando la persona con un patrón previo de afrontamiento eficaz, en un momento determinado, es incapaz de

adaptarse a las exigencias de una situación nueva como en este caso sería el comienzo de La DM o los cambios que pueden surgir a lo largo de la enfermedad (retinopatía, neuropatía...)

El objetivo es que la persona sea capaz de afrontar la nueva situación y los factores que le producen estrés.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Apoyar en la aceptación de la enfermedad y en el afrontamiento de problemas

- **NIC: 5270 Apoyo emocional**
 - Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de estrés para que la persona sea capaz de conseguir los objetivos acordados.
- **NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento**
 - Apoyar en los esfuerzos cognitivos y de la conducta para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas de la enfermedad.
- **NIC: 5240 Asesoramiento**
 - Utilizar un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento y la capacidad de resolver problemas.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.

2.7.- DE: 00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Se utiliza esta etiqueta diagnóstica cuando, en una valoración inicial, se identifique que la persona, por una causa determinada y conocida experimenta sentimientos negativos hacia sí misma cuando antes no los presentaba.

Ante la enfermedad o sus consecuencias, la persona responde con sentimientos negativos hacia sí misma, expresa verbalmente que es incapaz de afrontar una situación, que le sobrepasa, se siente desesperanzada y su conducta es indecisa.

El objetivo es que la persona sea capaz de afrontar la situación que causa la baja autoestima, que recupere la esperanza y la confianza en sí mismo.

En función de la etapa de la enfermedad, la persona experimenta una disminución de la capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria, disminuye la calidad de vida y se siente cada vez más incapacitado y más dependiente lo que origina una baja autoestima que frecuentemente lleva a la depresión.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Ayudar al paciente a aumentar su autoestima.

- **NIC: 5400 Potenciación de la autoestima.**
 - Ayudar al paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.
- **NIC: 5270 Apoyo emocional**
 - Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de estrés para que la persona sea capaz de conseguir los objetivos acordados.

Favorecer la capacidad para tomar sus propias decisiones.

- **NIC: 5250 Apoyo en la toma de decisiones.**
 - Proporcionar información y apoyo en las decisiones que debe tomar sobre sus cuidados sanitarios.

Potenciar el afrontamiento de su estado de salud.

- **NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento.**

- Apoyar en los esfuerzos cognitivos y de la conducta para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas de la enfermedad.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas.

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**

- Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**

- Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
- Realizar un seguimiento adecuado para conseguir que la persona tenga el mayor nivel de autoestima posible.

2.8.- DE: 00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

La utilización de este diagnóstico nos va a permitir ayudar al cuidador principal de la familia, que desea seguir con ese rol pero expresa dificultades en el desempeño y sus conductas no son adecuadas.

El objetivo es que el cuidador principal sea capaz de desempeñar su rol sin dificultades.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Reforzar al cuidador principal

- **NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal.**

- Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidador principal del paciente desempeñe su rol adecuadamente con el menor estrés posible.

- **NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento.**

- Facilitar los esfuerzos cognitivos y conductuales que ha de realizar el cuidador para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de desempeñar su rol como cuidador principal.

Conseguir el bienestar del cuidador principal

- **NIC: 7140 Apoyo a la familia.**

- Fomentar el apoyo que pueda proporcionar la familia al cuidador principal.

- **NIC: 5240 Asesoramiento.**

- Utilizar un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del cuidador y su familia para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**

- Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**

- Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.
- Realizar un seguimiento adecuado del estado del cuidador principal.

Si en la valoración se identifica que la situación del cuidador es tal que necesita apoyo y cuidados, las intervenciones irán dirigidas a la recuperación de la capacidad personal, proporcionar apoyo bien sea en su salud física, emocional o en ambas, conseguir su bienestar y aumentar su resistencia potenciando su motivación y autoestima y proporcionando descansos en caso necesario.

En ocasiones es conveniente incluir la educación para la salud cuando se valore que el cuidador directo precisa de mayores conocimientos bien sea del proceso de la enfermedad o del propio sistema sanitario y/o de los recursos que existen a su disposición.

2.9.- DE: 00148 TEMOR

Se recomienda utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando en una valoración previa se identifica que la persona se siente amenazada por una causa conocida que, de forma consciente percibe como peligrosa. A diferencia del diagnóstico de "Ansiedad", aquí la causa es conocida, la persona identifica claramente la fuente del temor. Tanto la ansiedad como el temor se producen como respuesta a una sensación de amenaza o peligro y sus manifestaciones son similares. Cuando el temor es severo y pasa a ser una crisis de terror o pánico será un problema de colaboración.

La persona responde con temor ante infinitas causas que puede sentir como una amenaza o peligro por lo que en el desarrollo del diagnóstico se ha tratado que la persona sepa controlar el temor, manejarlo y/o disminuirlo cuando sienta un peligro o amenaza. La causa del temor se tratará de forma individualizada.

En este caso **el objetivo** es que la persona sea capaz de manejar y/o disminuir el temor en lo posible.

Las intervenciones seleccionadas están dirigidas a ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles y proporcionar herramientas para que consiga disminuir el temor (técnicas de relajación, distracción...) promoviendo un cambio de conducta si es preciso.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Ayudar a disminuir el temor y la ansiedad

- **NIC: 5240 Asesoramiento.**
 - Realizar un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
- **NIC: 5230 Mejorar el afrontamiento.**
 - Facilitar el esfuerzo cognitivo y conductual para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.
- **NIC: 5820 Disminución de la ansiedad.**
 - Identificar la causa del temor.

- Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con la fuente que el paciente no ha sido capaz de identificar.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.

2.10.- DE: 00052 DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL

En este caso las relaciones sociales de la persona son insuficientes, excesivas o ineficaces. Se utiliza cuando en una valoración previa se detecte que está alterado el equilibrio entre la soledad y la interacción social, aunque la persona no sea consciente de ello.

En el caso de que la alteración del equilibrio sea por factores sociales, culturales, religiosos o situaciones no modificables, no se utilizara este diagnóstico.

El objetivo es que la persona sea capaz de participar en un intercambio social suficiente y eficaz.

En función de los resultados esperados que se pretenden conseguir (NOC), se han agrupado las intervenciones (NIC) y las actividades en los siguientes apartados:

Fomentar la interacción social

- **NIC: 5100 Potenciación de la socialización**
 - Potenciar el desarrollo de la capacidad que tiene la persona para interactuar con los demás.
- **NIC: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo**
 - Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.
- **NIC: 5400 Potenciación de la autoestima.**
 - Ayudar al paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

Facilitar la comunicación y la solución de problemas

- **NIC: 8180 Consulta por teléfono.**
 - Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.
- **NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario.**
 - Facilitar al paciente y familia/cuidador la localización y utilización de los servicios sanitarios.

3.- PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS (DM): ATENCION PRIMARIA Y ATENCION HOSPITALARIA.

3.1.- NANDA-NOC-NIC.

3.2.- COMPLICACIONES POTENCIALES (CP)/ PROBLEMAS DE COLABORACION (PC).

3.3.- DIAGNOSTICOS DE AUTONOMIA

3.1.- NANDA-NOC-NIC

ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA

ATENCION PRIMARIA/CONSULTAS ATENCION HOSPITALARIA

ATENCION HOSPITALARIA

3.1.1.- DE: 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Factor relacionado: Falta de exposición; Interpretación errónea de la información; Conocimiento insuficiente de los recursos; Falta de interés en el aprendizaje.

Manifestaciones: Expresiones verbales de no conocer la enfermedad y / o el régimen terapéutico; Seguimiento inexacto de las instrucciones; Ansiedad.

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad</p> <p>180303 Causa o factores contribuyentes 180306 Signos y síntomas de la enfermedad 180307 Curso habitual de la enfermedad 180308 Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad 180309 Complicaciones de la enfermedad 180311 Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad 180315 Beneficios del control de la enfermedad 180316 Grupos de apoyo disponibles.</p>	<p>56 06 Enseñanza individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> Determinar las necesidades de enseñanza del paciente sobre la diabetes Valorar el nivel educativo Determinar la capacidad para asimilar información específica Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas Seleccionar los materiales educativos adecuados Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede Dar tiempo para que haga preguntas y discuta sus inquietudes Reforzar conductas si es preciso. Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente sobre la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje.
<p>1806 Conocimiento: recursos sanitarios</p> <p>180602 Cuando contactar con un profesional sanitario 180605 Necesidad de asistencia continuada</p>	<p>5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente sobre el proceso de la diabetes Identificar etiologías posibles. Describir el proceso de la diabetes Describir los signos y síntomas de la enfermedad sobre los que debe informar Describir las posibles complicaciones agudas y crónicas. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar las complicaciones de la diabetes Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, Enseñar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad Remitir a grupos de enseñanza comunitaria en el centro, si procede Explicar los recursos/ apoyo posibles.
<p>1601 Conducta de cumplimiento</p> <p>160105 Conserva la cita con un profesional sanitario</p>	<p>7400 Orientación en el sistema sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> Disponer un sistema de seguimiento para la enseñanza del proceso de diabetes Notificar al paciente las visitas programadas para la enseñanza del proceso de diabetes

1820 Conocimiento: control de la diabetes.

- 182039 Efectos terapéuticos de la medicación.
- 182040 Efectos secundarios de la medicación.
- 182041 Efectos adversos de la medicación
- 182036 Uso correcto de la medicación prescrita.
- 182033 Como utilizar un dispositivo de monitorización.
- 182015 Acciones a realizar en relación a la glucemia.
- 182020 Régimen de hipoglucemiantes orales prescrito
- 182016 Régimen de Insulina prescrito
- 182034 Uso correcto de la Insulina
- 182027 Técnica correcta para preparar y administrar insulina
- 182018 Plan de rotación de las zonas de punción.
- 182019 Comienzo pico y duración de la insulina prescrita.
- 182035 Eliminación adecuada de jeringas y agujas.
- 182038 Almacenamiento adecuado de la medicación.

1813 Conocimiento régimen terapéutico

- 181301 Justificación del régimen terapéutico
- 181316 Beneficios del tratamiento de la enfermedad

**56 06
Enseñanza
individual**

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente sobre la medicación
- Valorar el nivel educativo
- Determinar la capacidad para asimilar información específica
- Valorar nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente
- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, si procede.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas
- Seleccionar los materiales educativos adecuados
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede
- Dar tiempo para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Seleccionar método/estrategias de enseñanza del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo a las capacidades cognitivas del paciente
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.
- Evaluar la consecución de objetivos establecidos, respecto a la enseñanza del tratamiento farmacológico, con el paciente.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta inquietudes.
- Reforzar conductas si es preciso.
- Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente sobre la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje.

**5616
Enseñanza
medicamentos
prescritos**

- Determinar el conocimiento que tiene el paciente sobre la medicación
- Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento
- Instruir acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación
- Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada fármaco.
- Evaluar la capacidad para administrarse la medicación el mismo
- Enseñar al paciente los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (nivel de glucosa).
- Informar de lo que tiene que hacer si pasa por alto una dosis
- Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir modificar una dosis/ alterar un horario de la medicación.
- Instruir al paciente sobre acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos
- Instruir sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados para la administración
- Instruir al paciente acerca de la eliminación de jeringas y agujas
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito

1601 Conducta de cumplimiento

- 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Disponer un sistema de seguimiento para la enseñanza del tratamiento farmacológico
- Notificar al paciente las visitas programadas para la enseñanza del tratamiento farmacológico

1820 Conocimiento: Control de la Diabetes

182023 Prácticas de cuidados de los pies.

1806 Conocimiento: Recursos sanitarios

180602 Descripción de cuando contactar con un profesional sanitario.

180605 Necesidad de asistencia continuada

5603**Enseñanza:
cuidado de los
pies**

- Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.
- Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo en pie diabético.
- Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.
- Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies.
- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos.
- Recomendar el lavado diario de los pies.
- Recomendar que el secado completo después de lavarlos.
- Instruir al individuo a hidratar diariamente los pies.
- Aconsejar medidas de autocuidado adecuadas ante problemas menores de los pies.
- Prevenir posibles causas de lesión en los pies (calor, frío, corte de callos, antisépticos, caminar descalzo...)
- Describir calcetines adecuados.
- Recomendar pautas a seguir al comprar zapatos nuevos (medida y forma y material adecuados).
- Prevenir acerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios o vasos sanguíneos.
- Remitir a un profesional especialista cuando sea necesario

1601 Conducta de cumplimiento

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

7400**Orientación en el
sistema sanitario**

- Disponer un sistema de seguimiento para la enseñanza del cuidado de los pies
- Notificar al paciente las visitas programadas para la enseñanza del cuidado de los pies.

1820 Conocimiento: Control de la Diabetes

182009 Hipoglucemia y síntomas relacionados

182010 Prevención de la hipoglucemia.

182011 Procedimiento a seguir para tratar la hipoglucemia.

182003 Como utilizar dispositivo de monitorización de glucemia

1806 Conocimiento: Recursos sanitarios

180602 Descripción de cuando contactar con un profesional sanitario.

180605 Necesidad de asistencia continuada

2130**Manejo de la
hipoglucemia**

- Enseñar los signos, síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Instruir en las interacciones de la dieta, insulina/agentes orales y ejercicio.
- Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia.
- Enseñar a modificar los niveles deseables de glucosa en sangre para prevenir la hipoglucemia.
- Informar al paciente del aumento de riesgo y/o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio intensivo.
- Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en cada momento.
- Enseñar al paciente los posibles cambios en los síntomas de la hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de la glucosa en sangre.
- Fomentar autocontrol de los niveles de glucosa en sangre

1820 Conocimiento: Control de la Diabetes

182006 Hiperglucemias y síntomas relacionados.

182007 Prevención de hiperglucemias.

182008 Procedimientos a seguir para tratar la hiperglucemia

182033 Como utilizar dispositivo de monitorización de glucemia

1806 Conocimiento: Recursos sanitarios

180602 Descripción de cuando contactar con un profesional sanitario.

180605 Necesidad de asistencia continuada

2120**Manejo de la
hiperglucemia**

- Instruir al paciente en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- Instruir al paciente acerca de la actuación con la hiperglucemia durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina, antidiabéticos orales, control de ingesta de líquidos, reemplazo de hidratos de carbono
- Instruir sobre cuándo debe solicitar asistencia sanitaria profesional

<p>1601 Conducta de cumplimiento 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario</p>	<p>7400 Orientación en el sistema sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer un sistema de seguimiento para la enseñanza en el manejo de la hiperglucemia e hipoglucemia. • Notificar al paciente las visitas programadas para la enseñanza en el manejo de la hiperglucemia e hipoglucemia.
<p>1820 Conocimiento: Control de la Diabetes 182002 Papel de la nutrición en el control de la diabetes 182003 Plan de comidas prescrito</p> <p>1802 Conocimiento: dieta prescrita 180201 Dieta recomendada. 180203 Ventajas de la dieta recomendada 180204 Objetivos de la dieta 180208 Interpretación de las etiquetas alimentarias 180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta. 180217 Actividades de automonitorización 180213 Planes dietéticos para situaciones sociales.</p>	<p>5246 Asesoramiento nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Discutir el significado de comida para el paciente. • Discutir hábitos de compra de comida • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. • Proporcionar información al paciente acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: control de la diabetes • Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
	<p>5614 Enseñanza: dieta prescrita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el propósito de la dieta • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente sobre la dieta prescrita • Informar al paciente del tiempo durante el cual debe seguirse la dieta. • Ayudar al paciente a acomodar las preferencias de comidas a la dieta prescrita. • Enseñar al paciente a leer etiquetas y seleccionar alimentos adecuados • Enseñar al paciente a planificar comidas adecuadas • Proporcionar un plan de comidas escrito, si procede • Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas
	<p>1100 Manejo de la nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas • Determinar el número de calorías y nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación. • Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente
<p>1601 Conducta de cumplimiento 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario</p>	<p>7400 Orientación en el sistema sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer un sistema de seguimiento para la enseñanza en el manejo de la nutrición • Notificar al paciente las visitas programadas para la enseñanza en el manejo de la nutrición
<p>1820 Conocimiento: Control de la diabetes 182005 Papel del ejercicio en el control de la glucemia</p> <p>1811 Conocimiento: actividad prescrita 181120 Beneficios de la actividad/ ejercicio. 181105 Precauciones de la actividad. 181111 Programa de ejercicio realista</p>	<p>5612 Enseñanza: ejercicio prescrito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente sobre ejercicio/actividad. • Informar a paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio. • Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico. • Enseñar al paciente métodos de conservación de la energía, si procede. • Enseñar a incorporar la actividad/ ejercicio en la rutina diaria. • Proporcionar información sobre grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con la actividad/ ejercicio si es posible.

1820 Conocimiento: control de la Diabetes
182043 Fuentes acreditadas de información sobre diabetes

5604 Enseñanza: grupo

- Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.
- Utilizar todos los recursos sanitarios de que se disponga.
- Definir la población diana.
- Definir objetivos del aprendizaje.
- Proveer de materiales educativos disponibles o desarrollar materiales nuevos.
- Preparar estrategias de enseñanza y actividades de aprendizaje.
- Preparar al personal docente si es preciso.
- Educar al personal en el programa de educación de pacientes.
- Proporcionar programa escrito con fechas, horas y lugar donde se realizaran las sesiones educativas.
- Proporcionar la instrucción del grupo.
- Establecer formas de evolución del programa por parte del paciente.
- Evaluar el grado de consecución de los objetivos del programa educativo.

1601 Conducta de cumplimiento
160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

7400 Orientación en el sistema sanitario

- Disponer un sistema de seguimiento para la enseñanza en el manejo de la actividad/ejercicio
- Notificar al paciente las visitas programadas para la enseñanza en el manejo de la actividad/ejercicio.

8180 Consulta por teléfono

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia..
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, si procede.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

3.1.2.- DE: 00232 OBESIDAD/ 00233 SOBREPESO

Factor relacionado: Ingesta excesiva de nutrientes en relación a las necesidades, el aporte calórico supera las demandas.

Manifestaciones: Peso corporal superior al 10% o más ideal según la talla, sexo, edad y constitución corporal; Pliegue cutáneo en el tríceps superior a 15 mm en los varones o a 25 mm en las mujeres; Patrones alimentarios o de ejercicio inadecuados.

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar 170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud.</p> <p>1627 Conducta de pérdida de peso 162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable. 162702 Selecciona un peso diana saludable. 162722 Controla el peso corporal 162705 Controla la ración de alimentos. 162709 Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. 162710 Identificación situaciones sociales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. 162712 Utiliza estrategias de modificación de conducta.</p> <p>1806 Conocimiento: recursos sanitarios 180602 Cuando contactar con un profesional sanitario 180605 Necesidad de asistencia continuada</p>	<p>5246 Asesoramiento nutricional</p> <p>1260 Manejo del peso</p> <p>1280 Ayuda para disminuir peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional. • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. • Discutir el significado de comida con el paciente. • Discutir hábitos de compra de comidas • Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el peso corporal ideal del individuo. • Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia o pérdida de peso. • Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. • Determinar la motivación del individuo para cambiar hábitos alimentarios. • Tratar con el individuo sobre hábitos, costumbres y factores culturales que ejercen influencia sobre el peso. • Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas y coherentes con el nivel de gasto energético. • Desarrollar un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio físico. • Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, si procede. <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal. • Establecer una meta de pérdida de peso deseada. • Pesarse al paciente semanalmente. • Fomentar el uso de sistemas de recompensa internos cuando se alcanzan las metas. • Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto energético. • Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad • Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta equilibrada, si procede. • Remitir a un dietista/nutricionista, si procede.

<p>1627 Conducta de pérdida de peso 162706 Establece una rutina de ejercicio.</p>	<p>0200 Fomento del ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio en la salud • Informar sobre los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Determinar la motivación del individuo para empezar / continuar con el programa de ejercicio • Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades • Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios • Integrar el programa de ejercicios en su rutina diaria • Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo • Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios • Controlar el cumplimiento del individuo del programa / actividad de ejercicios
<p>1004 Estado Nutricional 100401 Ingestión de nutrientes 100402 Ingestión alimentaria 100411 Relación Peso/talla</p> <p>1009 Estado Nutricional: Ingestión de nutrientes 100901 Ingestión calórica 100902 Ingestión proteica 100903 Ingestión de grasas 100904 Ingestión de Hidratos de carbono.</p> <p>1209 Motivación 120904 Obtiene el apoyo necesario 120910 Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción</p>	<p>1100 Manejo de la nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar preferencias de comidas del paciente. • Determinar número de calorías y nutrientes necesarias para satisfacer las exigencias de alimentación • Proporcionar un sustitutivo de azúcar cuando sea necesario • Realizar una selección de comidas • Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente. • Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas. • Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. • Pesar al paciente a intervalos regulares y adecuados.
<p>1601 Conducta de cumplimiento 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario</p>	<p>5270 Apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones • Ayudar en la identificación de las prácticas de salud que desea cambiar • Ayudar a que identifique sus habilidades • Establecer objetivos en términos positivos • Ayudar a identificar hasta los más pequeños éxitos
	<p>8180 Consulta por teléfono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificarse con nombre, credenciales y centro. • Proporcionar información acerca del propósito de la llamada. • Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas). • Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia.. • Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, si procede. • Responder a las preguntas. • Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado. • Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro • Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente. • Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda. • Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda. • Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada
	<p>7400 Orientación en el sistema sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar el procedimiento para remitir a consulta de dietista / nutricionista, si procede • Disponer un sistema de seguimiento de los cuidados para disminuir peso • Comprobar la adecuación del seguimiento actual de los cuidados • Notificar al paciente las visitas programadas

1906 Control del riesgo: consumo de tabaco

- 190601 Reconoce el riesgo del consumo de tabaco
- 190618 Reconoce cambios en su estado de salud general
- 190602 Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco
- 190620 Reconoce las consecuencias de la presión de iguales
- 190621 Utiliza estrategias para prevenir el consumo de tabaco alrededor de iguales
- 190624 Participa en una actividad física
- 190613 Utiliza grupos de apoyo para prevenir el consumo de tabaco

1625 Conducta de abandono del consumo de tabaco

- 162501 Expresa el deseo de dejar de fumar.
- 162502 Expresa la creencia en la capacidad de dejar de fumar
- 162503 Identifica los beneficios del abandono del tabaco
- 162504 Identifica las consecuencias negativas del consumo del tabaco
- 162519 Identifica estados emocionales que afectan el uso
- 162505 Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo del tabaco
- 162508 Se compromete con estrategias de eliminación de tabaco.
- 162509 Sigue estrategias seleccionadas de eliminación del tabaco.
- 162511 Utiliza estrategias para afrontar el síndrome de abstinencia.
- 162512 Utiliza estrategias de modificación de la conducta.
- 162513 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas
- 162517 Utiliza terapia de sustitución de nicotina
- 162523 Utiliza los grupos de apoyo disponibles.
- 162524 Utiliza los recursos comunitarios disponibles

4490**Ayuda para dejar de fumar**

- Animar a mantener un estilo de vida sin tabaco (p. ej. Fomentar autorrecompensas, fomentar el ahorro de dinero...)
- Ayudar a planificar estrategias para afrontar problemas que son consecuencia del abandono del consumo de tabaco
- Aconsejar estrategias para enfrentarse a un entorno de personas fumadoras
- Registrar el estado actual y el historial de dejar de fumar
- Determinar la facilidad del paciente para aprender a dejar de fumar
- Determinar la facilidad del paciente para intentar abandonar el tabaco
- Aconsejar de forma clara y consistente dejar de fumar
- Ayudar a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras
- Enseñar los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina (cefalea, mareos, náuseas, insomnio, irritabilidad...)
- Reafirmar que los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina son temporales
- Informar sobre los productos sustitutivos de la nicotina para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia
- Ayudar a identificar sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de fumar que influyen en la conducta de fumar
- Ayudar a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos que influyen en la conducta de fumar
- Ayudar a reconocer situaciones que le incitan a fumar (p. ej. Estar con personas que fuman)
- Ayudar a desarrollar métodos prácticos para resistir el deseo de fumar
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando este decidido a dejarlo
- Ayudar a fijar una fecha para dejar de fumar Remitir a consulta de deshabitación tabáquica, según resulte oportuno
- Informar de que la boca seca, la tos, la garganta irritada y el nerviosismo, son síntomas que se pueden producir después de dejar de fumar (los parches y chicles pueden ayudar ante la necesidad de fumar)
- Instruir sobre la terapia de reemplazo de la nicotina
- Ayudar a enfrentarse con cualquier recaída (p. ej. ayudar a identificar las razones de la recaída)
- Apoyar al paciente que vuelve a fumar, ayudándole a valorar lo que ha aprendido
- Animar a que intente dejar de fumar otra vez
- Realizar el seguimiento del paciente después de dejar de fumar, durante el tiempo que se establezca (2 años), si fuera posible

1602 Conducta de fomento de la salud

160213 Obtiene controles regulares

1601 Conducta de cumplimiento

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia..
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, si procede.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el sistema sanitario**

- Realizar el seguimiento del paciente después de dejar de fumar, durante el tiempo que se establezca (2 años), si fuera posible
- Disponer un sistema de seguimiento de los controles (espirometría)
- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar al paciente las visitas programadas

3.1.4.- DE: 00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

Factor relacionado: Complejidad del régimen terapéutico; Conflicto de decisiones, percibe existencia de barreras; Falta de motivación para manejar la enfermedad y / o el tratamiento
Manifestaciones: Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria; Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo; Hace elecciones ineficaces en la vida diaria para manejar la enfermedad y / o el régimen terapéutico; Verbaliza el deseo de manejar la enfermedad; Verbaliza el deseo de manejar el régimen terapéutico.

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria 160609 Declara la intención de actuar según la decisión 160610 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados</p> <p>1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar 170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro. 170108 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud.</p> <p>1619 Autocontrol: diabetes 161901 Acepta el diagnóstico 161907 Participa en las decisiones de los cuidados sanitarios</p>	<p>5240 Asesoramiento</p> <p>4420 Acuerdo con el paciente</p> <p>4360. Modificación de conducta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en el respeto • Proporcionar información objetiva según sea necesario o precisa • Pedir al paciente que identifique lo que puede / no puede hacer sobre lo que le sucede. • Ayudar a paciente a realizar una lista de prioridades de todas las alternativas posibles del problema. • Identificar cualquier problema entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores. • Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede <ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente las razones del éxito o la falta de este • Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas que puedan conseguirse • Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos • Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/ acciones • Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas • Animar al paciente a que examine su propia conducta • Identificar el problema del paciente en términos de conducta • Identificar la conducta objetivo que ha de conseguirse, en términos concretos. <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un programa de cambio de conducta. • Discutir el proceso de modificación de conducta con el paciente/cuidador. • Animar al paciente a participar en el registro de conductas. • Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente. • Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas.

1619 Autocontrol: diabetes

161901 Acepta el diagnóstico
 161917 Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones
 161915 Informa de síntomas de complicaciones
 161904 Obtiene una exploración de visión dilatada, según esté recomendado
 161926 Participa en un programa para dejar de fumar
 161936 Obtiene vacunas de la gripe y Neumococo.
 161937 Utiliza los servicios de asistencia sanitaria de acuerdo a las necesidades.
 161911 Controla la glucemia
 161916 Utiliza un diario para controlar la glucemia a lo largo del tiempo
 161913 Trata los síntomas de hipoglucemia.
 161914 Controla la frecuencia de los episodios de hipoglucemia
 161912 Trata los síntomas de la hiperglucemia.
 161919 Controla la glucosuria y cetonuria
 161941 Obtiene asistencia sanitaria si la glucemia fluctúa fuera de las recomendaciones
 161908 Participa en el programa educativo prescrito

5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente sobre el proceso de la diabetes
- Describir el proceso de la diabetes
- Describir los signos y síntomas de la enfermedad sobre los que debe informar
- Describir las posibles complicaciones agudas y crónicas
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar las complicaciones de la diabetes
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas,
- Explicar las exploraciones periódicas recomendadas (visión dilatada...)
- Explicar las vacunaciones recomendadas
- Remitir a programas para dejar de fumar., si procede
- Enseñar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad
- Remitir a grupos de enseñanza comunitaria en el centro, si procede
- Explicar los recursos/ apoyo posibles.

2120 Manejo de la hiperglucemia

- Instruir al paciente en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- Instruir al paciente acerca de la actuación con la hiperglucemia durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina, antidiabéticos orales, control de ingesta de líquidos, reemplazo de hidratos de carbono
- Instruir sobre cuándo debe solicitar asistencia sanitaria profesional

2130 Manejo de la hipoglucemia

- Enseñar los signos, síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Instruir en las interacciones de la dieta, insulina/agentes orales y ejercicio.
- Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia.
- Enseñar a modificar los niveles deseables de glucosa en sangre para prevenir la hipoglucemia.
- Informar al paciente del aumento de riesgo y/o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio intensivo.
- Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en cada momento.
- Enseñar al paciente los posibles cambios en los síntomas de la hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de la glucosa en sangre.
- Fomentar autocontrol de los niveles de glucosa en sangre

1619 Autocontrol: diabetes

161903 Realiza prácticas preventivas de cuidados de los pies
 161908 Participa en el programa educativo prescrito

5603 Enseñanza: cuidado de los pies

- Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.
- Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo en pie diabético.
- Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.
- Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies.
- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos.
- Recomendar el lavado diario de los pies.
- Recomendar que el secado completo después de lavarlos.
- Instruir al individuo a hidratar diariamente los pies.
- Aconsejar medidas de autocuidado adecuadas ante problemas menores de los pies.
- Prevenir posibles causas de lesión en los pies (calor, frío, corte de callos, antisépticos, caminar descalzo...)
- Describir calcetines adecuados.
- Recomendar pautas a seguir al comprar zapatos nuevos (medida y forma y material adecuados).
- Prevenir acerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios o vasos sanguíneos.
- Remitir a un profesional especialista cuando sea necesario

<p>1619 Autocontrol: diabetes 161909 Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 161905 Ajusta la medicación cuando tiene una enfermedad aguda 161910 Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia 161929 Utiliza el procedimiento correcto para la administración de insulina 161934 Rota los lugares de inyección 161932 Utiliza la medicación según prescripción 161933 Controla los efectos terapéuticos de la medicación 161930 Almacena la insulina correctamente 161908 Participa en el programa educativo prescrito</p>	<p>2380 Manejo de la medicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la capacidad del paciente para administrarse la medicación el mismo • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito • Determinar el cumplimiento del régimen de medicación • Revisar periódicamente con el paciente el tipo y dosis de medicación • Facilitar los cambios de medicación, si procede • Proporcionar información escrita para potenciar la autoadministración de la medicación
<p>1619 Autocontrol: diabetes 161920 Sigue la dieta recomendada 161922 Controla el peso 161908 Participa en el programa educativo prescrito</p>	<p>5616 Enseñanza medicamentos prescritos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento que tiene el paciente sobre la medicación • Informar acerca del propósito y acción de la medicación • Instruir acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de la medicación • Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de la medicación • Enseñar los procedimientos necesarios antes de administrarse la medicación (nivel glucemia). • Informar de lo que tiene que hacer si pasa por alto una dosis • Instruir sobre los criterios al decidir modificar una dosis/ alterar un horario de la medicación. • Instruir sobre acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación • Enseñar al paciente a almacenar correctamente la medicación • Instruir sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados para la administración • Instruir al paciente acerca de la eliminación de jeringas y agujas • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito
	<p>5246 Asesoramiento nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional. • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudarlo a valorar la ingesta dietética adecuada • Discutir el significado de comida con el paciente. • Discutir hábitos de compra de comidas • Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares
	<p>1100 Manejo de la nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar preferencias de comidas del paciente. • Determinar número de calorías y nutrientes necesarias para satisfacer las exigencias de alimentación • Proporcionar un sustitutivo de azúcar cuando sea necesario • Realizar una selección de comidas • Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente. • Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. • Pesar al paciente a intervalos regulares y adecuados.
	<p>1260 Manejo del peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el peso corporal ideal del individuo. • Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia o pérdida de peso. • Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. • Determinar la motivación del individuo para cambiar hábitos alimentarios. • Tratar con el individuo sobre hábitos, costumbres y factores culturales que ejercen influencia sobre el peso. • Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas y coherentes con el nivel de gasto energético. • Desarrollar un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio físico. • Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, si procede.

1619 Autocontrol: diabetes

- 161921 Sigue el nivel de actividad recomendado
- 161927 Participa en el ejercicio recomendado
- 161928 Realiza la rutina de vida habitual

0200 Fomento del ejercicio

- Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio en la salud
- Informar sobre los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Determinar la motivación del individuo para empezar / continuar con el programa de ejercicio
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades
- Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios
- Integrar el programa de ejercicios en su rutina diaria
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo
- Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios
- Controlar el cumplimiento del individuo del programa / actividad de ejercicios

1619 Autocontrol de la diabetes

- 161908 Participa en programas educativos prescritos.
- 161939 Mantiene visitas con el profesional de asistencia sanitaria

1602 Conducta de fomento de la salud

- 160224 Obtiene controles regulares

8180 Consulta por teléfono

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia..
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, si procede.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

7400 Orientación en el sistema sanitario

- Informar sobre los servicios sanitarios del centro y las personas de contacto
- Informar de cómo acceder al servicio de urgencia
- Coordinar el procedimiento para remitir a grupos de apoyo, si procede
- Coordinar el procedimiento para remitir a otras consultas (deshabitación tabáquica, podólogo, nutricionista / dietista...) si procede
- Disponer un sistema de seguimiento del régimen terapéutico (medicación, dieta, ejercicio...)
- Disponer un sistema de seguimiento de los controles (analíticas, visión dilatada...)
- Disponer un sistema de seguimiento de inmunizaciones
- Notificar al paciente las visitas programadas

3.1.5.- DE: 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

Factor relacionado: La persona de referencia carece de la información o ha agotado su capacidad de brindar soporte y apoyo

Manifestaciones: ayuda con resultados poco satisfactorios, conductas exageradas o insuficientes en relación con las necesidades de autonomía del paciente

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. 260003 Afronta los problemas 260007 Expresa libremente sentimientos y emociones. 260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés. 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible</p>	<p>7140 Apoyo a la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente • Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia • Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. • Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. • Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente • Determinar el nivel de dependencia respecto a la familia que tiene el paciente, si procede por la edad o la enfermedad.
<p>2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional 260504 Obtiene información necesaria. 260507 Define las necesidades y los problemas importantes para la atención sanitaria. 260509 Participa en las decisiones con el paciente. 260510 Participa en el contexto de objetivos asistenciales mutuos. 260513 Participa en la planificación del alta.</p>	<p>7110 Fomentar la implicación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente • Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados incluyendo resultados esperados e implicación del plan de cuidados.
<p>2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos 220503 Conocimiento del proceso de enfermedad 220504 Conocimiento del plan de tratamiento. 220416 Rendimiento de los procedimientos. 220508 Monitorización del estado de salud del receptor de cuidados. 220510 Anticipación de las necesidades del receptor de cuidados.</p>	<p>7120 Movilización familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ver a los miembros de la familia como posibles expertos en el cuidado del paciente. • Proporcionar información con frecuencia para ayudarles a identificar limitaciones, progresos y las implicaciones en el cuidado del paciente • Colaborar con los miembros de la familia en la planificación y desarrollo de terapias y cambios de estilo de vida del paciente
<p>2604 Normalización de la familia. 260417 Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de la familia. 260405 Adapta el programa para satisfacer las necesidades del miembro afectado</p>	<p>5240 Asesoramiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar las actividades que estimulen la salud y el control del paciente. • Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia

1601 Conducta de cumplimiento
160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por
teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia..
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, si procede.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Disponer un sistema de seguimiento para ayudar a la familia a afrontar la situación de salud
- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar las visitas programadas

3.1.6.- DE: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Factor relacionado: Falta de control para situaciones de crisis o falta de preparación para el manejo de causas estresantes; Disparidad en las estrategias de afrontamiento; Desconfianza en las propias aptitudes para afrontar la situación.

Manifestaciones: Incapacidad para afrontar una situación o pedir ayuda para afrontar las propias necesidades; Ausencia de conductas adecuadas para alcanzar los objetivos fijados o solucionar los problemas...

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>1300 Aceptación: estado de salud 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud. 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud. 130009 Búsqueda de información 130019 Clarificación de prioridades vitales. 130010 Superación de la situación de salud.</p>	<p>5270 Apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente la experiencia emocional. • Ayudar a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza • Proporcionar ayuda durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Remitir a servicios de asesoramiento si precisa
<p>1302 Afrontamiento de problemas 130211 Identifica múltiples estrategias de superación. 130203 Verbaliza sensación de control 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico</p>	<p>5230 Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. • Ayudar al paciente a desarrollar de una valoración objetiva del acontecimiento. • Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Fomentar el dominio gradual de la toma de decisiones. • Favorecer las situaciones que fomenten la autonomía del paciente. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
	<p>5240 Asesoramiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. • Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia. • Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente. • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. • Favorecer el desarrollo de habilidades, si procede. • Reforzar nuevas habilidades

1601 Conducta de cumplimiento

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por
teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia..
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, si procede.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Disponer un sistema de seguimiento para ayudar al paciente a afrontar la situación de salud
- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar las visitas programadas

3.1.7.- DE: 00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Factor relacionado: Cambios en el desarrollo del rol social, alteración de la imagen ó deterioro funcional.

Manifestaciones: Expresa verbalmente una evaluación negativa de sí mismo, incapaz de afrontar una situación que le sobrepasa, conducta indecisa y poco asertiva

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>1205 Autoestima 120502 Aceptación de las propias limitaciones 120511 Nivel de confianza 120519 Sentimientos sobre su propia persona</p> <p>1619 Autocontrol de la diabetes 161945 Adapta la rutina de la vida para tener una salud óptima</p> <p>1820 Conocimiento: control de la diabetes 182042 Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario.</p>	<p>5400 Potenciación de la autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la posición de control del paciente • Ayudar a establecer objetivos realistas para aumentar la autoestima. • Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede • Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Animar al paciente a evaluar su propia conducta. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima • Observar los niveles de autoestima, si procede. • Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.
<p>1309 Resiliencia personal 130910 Asume la responsabilidad de sus propias acciones 130912 Busca apoyo emocional 130916 Progresa hacia los objetivos 130926 Utiliza los recursos comunitarios disponibles 130932 Participa en actividades de ocio</p>	<p>5270 Apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones • Ayudar a reconocer sentimientos como: ira, ansiedad o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Favorecer la conversación ó el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa
<p>1305 Modificación psicosocial: cambio de vida 130502 Mantenimiento de la autoestima 130504 Expresiones de utilidad 130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro</p>	<p>5250 Apoyo en la toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa • Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados. • Proporcionar la información solicitada por el paciente.
	<p>5230 Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el impacto de la enfermedad en la vida diaria del paciente • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones • Ayudar a identificar estrategias positivas para afrontar adecuadamente sus limitaciones y manejar su estilo de vida • Ayudar a desarrollar una valoración objetiva de los sucesos • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico • Animar a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades

1601 Conducta de cumplimiento

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Identificar las inquietudes sobre su estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia en los cuidados.
- Informar sobre la importancia del manejo de la enfermedad y del tratamiento en su estado de salud
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Implicar a la familia/allegados en los cuidados.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Disponer un sistema de seguimiento para ayudar al paciente a mejorar su autoestima
- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar las visitas programadas

3.1.8.- DE: 00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Factor relacionado: Actividades de cuidados excesivas; Complejidad de las actividades de cuidados; Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas; Estrategias de afrontamiento ineficaces; Falta de experiencia con los cuidados; Actividades de ocio insuficientes; Asistencia insuficiente...

Manifestaciones: Cambios en el patrón de sueño; Depresión; Estrés; Frustración; Tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales; Inestabilidad emocional; Dificultad para realizar las tareas requeridas; Aislamiento social; Cefaleas...

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>2508 Bienestar del cuidador principal 250804 Satisfacción con la realización de los roles habituales. 250809 Rol de cuidador 250813 Capacidad para el afrontamiento 250805 Satisfacción con el apoyo social</p>	<p>7040 Apoyo al cuidador principal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador respecto a los cuidados que debe realizar. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. • Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental • Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. • Comentar con el paciente los límites del cuidador. • Facilitar información para solicitar apoyo social
<p>2508 Bienestar del cuidador principal 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados. 250807 Satisfacción con el apoyo profesional.</p>	<p>5230 Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al cuidador a desarrollar una valoración objetiva de la situación • Comentar las respuestas alternativas a la situación • Ayudar al cuidador a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades • Ayudar a establecer objetivos adecuados a corto y largo plazo
	<p>7140 Apoyo a la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia • Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. • Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado. • Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.
	<p>5240 Asesoramiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Proporcionar información objetiva según sea necesario. • Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.

1601 Conducta de cumplimiento
160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Identificar las inquietudes sobre su estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia en los cuidados.
- Informar sobre la importancia del manejo de la enfermedad y del tratamiento en su estado de salud
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Implicar a la familia/allegados en los cuidados.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Comprobar la adecuación del seguimiento actual para apoyar al cuidador
- Notificar al paciente las visitas programadas

1601 Conducta de cumplimiento

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por
teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Identificar las inquietudes sobre su estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia en los cuidados.
- Informar sobre la importancia del manejo de la enfermedad y del tratamiento en su estado de salud
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Implicar a la familia/allegados en los cuidados.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Comprobar la adecuación del seguimiento actual para disminuir el temor.
- Notificar al paciente las visitas programadas

3.1.10.- DE: 00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Factor relacionado: Carencia de habilidades necesarias para fomentar la reciprocidad: Barreras físicas o de comunicación; Carencia de personas significativas.

Manifestaciones: Conductas de interacción familiar o social ineficaces o disfuncionales.

NOC/INDICADORES	NIC	ACTIVIDADES
<p>1502 Habilidades de interacción social 150212 Relaciones con los demás. 150214 Comprometerse</p> <p>1503 Implicación social 150311 Participación en actividades de ocio</p>	<p>5100 Potenciación de la socialización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a desarrollar relaciones • Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias • Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine. • Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
<p>1503 Implicación social 150301 Interacción con amigos íntimos 150303 Interacción con miembros de la familia 150304 Interacción con miembros de grupos de trabajo. 150311 Participación en actividades de ocio</p>	<p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo • Observar la situación familiar actual • Determinar el grado de apoyo familiar • Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. • Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno. • Implicar a la familia/cuidador en los cuidados y la planificación
<p>1205 Autoestima 120502 Aceptación de las propias limitaciones. 120511 Nivel de confianza. 120519 Sentimientos sobre su propia persona.</p> <p>1308 Adaptación a la discapacidad física 130808 Identifica maneras para enfrentarse con cambios de su vida.</p>	<p>5400 Potenciación de la autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede. • Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.

1601 Conducta de cumplimiento

160105 Conserva la cita con un profesional sanitario

**8180
Consulta por
teléfono**

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia para favorecer la interacción social
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

**7400
Orientación en el
sistema sanitario**

- Disponer un sistema de seguimiento para favorecer la interacción social
- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar las visitas programadas

3.2.- COMPLICACIONES POTENCIALES (CP)/PROBLEMAS DE COLABORACION (PC)

ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

ATENCIÓN PRIMARIA/CONSULTAS ATENCIÓN HOSPITALARIA

ATENCIÓN HOSPITALARIA

3.2.1.- CP: DISFUNCIÓN SEXUAL

Secundario a: Neuropatía y/o vasculopatía; Depresión.

Manifestaciones: expresa verbalmente no ser capaz de tener relaciones sexuales.

NIC	ACTIVIDADES
<p>5248 Asesoramiento sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede • Discutir el efecto de la enfermedad sobre la sexualidad • Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas. • Instruir al paciente sobre el uso de medicamentos que potencien la capacidad de desempeñar el papel sexual, si es el caso • Identificar los objetivos del aprendizaje necesarios para alcanzar las metas. • Discutir con el paciente formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables por el paciente, si procede. • Incluir a la pareja en el asesoramiento sexual lo máximo posible. • Disponer derivación/ consulta con otros miembros del equipo de cuidados, si procede
<p>5820 Disminución de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que le producen ansiedad. • Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación
<p>5230 Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento • Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. • Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades • Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo • Animar la implicación de la pareja, si procede • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento
<p>7400 Orientación en el sistema sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas) • Notificar al paciente las visitas programadas

3.2.2.- CP/PC: PIE DIABÉTICO / ÚLCERA VASCULAR

Secundario a: Insuficiencia arterial; Insuficiencia venosa; Neuropatía Diabética

Manifestaciones: Infección; Ulceración o destrucción de los tejidos profundos; Pérdida de sensibilidad dolorosa y/o térmica; Celulitis...

NIC	ACTIVIDADES
<p>4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej. comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) • Determinar el índice ABI (tobillo-brazo) si procede Evaluar los edemas y los pulsos periféricos • Examinar si hay úlceras arteriales • Valorar el grado de incomodidad o dolor • Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia • Proteger la extremidad de lesiones
<p>4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej. comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) • Evaluar los edemas y los pulsos periféricos • Examinar los miembros inferiores por si hubiera lesiones • Valorar el grado de incomodidad o dolor por la lesión • Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia • Proteger la extremidad de lesiones
<p>2316 Administración de medicación tópica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar que el paciente tiene conocimiento del tratamiento de la lesión y del método de administración • Valorar el estado de la lesión • Aplicar el tratamiento tópico según esté prescrito • Controlar si se producen efectos locales adversos de la medicación • Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente • Documentar la administración de la medicación y la evolución de la lesión según protocolo del centro
<p>2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar si hay parestesias • Vigilar el ajuste de los zapatos y vestimenta • Evitar o vigilar atentamente el uso de calor o de frío (estufas, bolsas de agua caliente, bolsas de hielo) • Comprobar que utiliza zapatos flexibles, con buena horma y de tacón bajo • Comprobar los zapatos y prendas para determinar si existen arrugas o cuerpos extraños • Comentar e identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad • Utilizar plantillas de alivio de presión, si procede.

3480

Monitorización de las extremidades inferiores

- Observar si hay signos de mala higiene
- Examinar si hay cambios en las uñas de los pies (p. ej., grosor, infección fúngica, uñas encarnadas y evidencia de uñas mal cortadas).
- Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, grietas o fisuras
- Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores.
- Examinar el color, la temperatura, la hidratación y la textura de la piel.
- Preguntar si se han observado cambios en los pies
- Comprobar los antecedentes actuales o previos de úlceras en el pie o amputación.
- Determinar el estado de movilidad (caminar sin ayuda, caminar con mecanismos de ayuda o no andar/utilizar silla de ruedas).
- Examinar si en el pie hay deformidades, incluidos dedos en martillo, cabezas metatarsianas prominentes y arco alto o bajo o deformidad de Charcot.
- Controlar la fuerza muscular en el tobillo y el pie.
- Examinar si en el pie hay signos de presión (es decir, presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas o formación de callos).
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón)
- Palpar los pulsos pedios y tibial posterior.
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
- Determinar el índice de presión del tobillo, si está indicado.
- Evaluar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
- Determinar el tiempo de relleno capilar.
- Controlar el nivel de sensibilidad protectora utilizando el mono- filamento de nailon Semmes-Weinstein.
- Determinar el umbral de percepción de vibración.
- Determinar las respuestas propioceptivas.
- Explorar los reflejos tendinosos profundos (tobillo y rodilla), si está indicado.
- Observar la marcha y la distribución del peso sobre el pie (observar la deambulación y determinar el patrón de desgaste de los zapatos).
- Observar la idoneidad de los zapatos (tacón bajo con una horma del zapato que se adecúe a la forma del pie; profundidad adecuada de la puntera; suelas realizadas con material que amortigüe los impactos; anchura ajustable con lazos o correas; materiales transpirables, suaves y flexibles; cambios realizados para trastornos de marcha o de longitud de la pierna, y posibilidades de modificación, si es necesario).
- Observar la idoneidad de los calcetines (material absorbente y que no apriete).
- Observar la movilidad articular (dorsiflexión del tobillo y movimiento de la articulación subastragalina).
- Realizar una vigilancia continua de las extremidades inferiores para determinar las necesidades de derivación, como mínimo cuatro veces al año.
- Utilizar el nivel de riesgo de lesión como guía para determinar derivaciones adecuadas.
- Identificar los servicios especializados en el cuidado de los pies requeridos (ortesis o calzado especial, recorte de callosidades, corte de las uñas de los pies, evaluación de movilidad y ejercicios, evaluación y control de la deformidad de los pies, tratamiento de deformidades/infecciones de la piel y de las uñas, corrección de las anomalías de la marcha o de la distribución del peso, y/o evaluación y control de la circulación arterial alterada).
- Informar al paciente/familia sobre servicios especializados de cuidados del pie recomendados
- Contactar con el profesional sanitario/institución apropiado para organizar los servicios especializados de cuidados del pie (programar una cita)

6540
Control de infecciones

- Poner en práctica precauciones universales.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Administrar el tratamiento antibiótico prescrito
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

3590
Vigilancia de la piel

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones
- Documentar el estado de la piel.

8180
Consulta por teléfono

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Identificar las inquietudes sobre su estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia en los cuidados.
- Informar sobre la importancia del manejo de la enfermedad y del tratamiento en su estado de salud
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Implicar a la familia/allegados en los cuidados.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

7400
Orientación en el sistema sanitario

- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar al paciente las visitas programadas

3.2.3.- CP/PC: GLUCEMIA INESTABLE

Secundaria a: Factores genéticos; Factores hereditarios; Determinados fármacos; Obesidad; Sedentarismo; Cambios hormonales; Diversas patologías como el hipertiroidismo, asma, lupus...
Manifestaciones: Niveles de glucemia por encima o por debajo de lo normal; Glucosuria; Cetonuria; Cansancio; Visión borrosa; Sed excesiva; Poliuria; Hormigueos en las manos y/o los pies; Pérdida de peso...

NIC

ACTIVIDADES

**2120
Manejo de la hiperglucemia**

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación
- Vigilar presión sanguínea y frecuencia cardíaca, si está indicado
- Administrar insulina según prescripción
- Potenciar la ingesta oral de líquidos
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia
- Identificar las causas posibles de hiperglucemia
- Anticiparse a las situaciones en las que podrían aumentar las necesidades de insulina
- Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean elevados, especialmente si hay cuerpos cetónicos en orina

**2130
Manejo de la hipoglucemia**

- Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia
- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado
- Monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla incoherente, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o ataques convulsivos, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma.
- Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado
- Proporcionar hidratos de carbono complejos y proteína, si está indicado
- Administrar glucosa endovenosa, si procede
- Examinar sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa
- Realizar los cambios necesarios en el régimen de insulina (inyecciones diarias), según esté indicado
- Contactar con servicios médicos de urgencia, si es necesario

8180
Consulta por teléfono

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Identificar las inquietudes sobre su estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Identificar el grado de apoyo y de implicación de la familia en los cuidados.
- Informar sobre la importancia del manejo de la enfermedad y del tratamiento en su estado de salud
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Implicar a la familia/allegados en los cuidados.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

7400
Orientación en el sistema sanitario

- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar al paciente las visitas programadas

3.2.4.- CP: DOLOR

Secundario a: Neuropatía diabética, úlcera vascular

Manifestaciones: Alteración de la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria; Expresiones verbales de tener dolor; Expresión facial de dolor; Información de personas próximas sobre cambios en la conducta o en actividades por dolor (familia/cuidador).

NIC

ACTIVIDADES

1400
Manejo del dolor

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes
- Observar claves no verbales de molestias
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, actividad...)
- Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor
- Utilizar una escala para valorar el dolor que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales
- Determinar la frecuencia para la valoración del dolor y poner en práctica un plan de seguimiento
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor mediante una escala de valoración continua de la experiencia dolorosa
- Administrar la analgesia prescrita y notificar al médico si las medidas no tienen éxito
- Comprobar que el paciente utiliza la medicación adecuada para el dolor

8180
Consulta por teléfono

- Identificarse con nombre, credenciales y centro.
- Proporcionar información acerca del propósito de la llamada.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Implicar a la familia/allegados en el manejo del dolor.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente según protocolo del centro
- Valorar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada

7400
Orientación en el sistema sanitario

- Comprobar si el seguimiento actual es adecuado (acude a las consultas)
- Notificar al paciente las visitas programadas

3.3.- DIAGNOSTICOS DE AUTONOMIA

3.3.1.- ALIMENTACION

Autónomo	<ul style="list-style-type: none">• Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de cortar la carne, pelar la fruta, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo.• Come en un tiempo razonable.• La comida puede ser preparada y los alimentos seleccionados por otra persona.
Ayuda parcial	<ul style="list-style-type: none">• Necesita ayuda para cortar la carne, pelar la fruta, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. pero es capaz de comer solo.
Ayuda total	<ul style="list-style-type: none">• Necesita ser alimentado por otra persona en su totalidad.

3.3.2.- ELIMINACION

Autónomo	<ul style="list-style-type: none">• Entra y sale solo del baño.• Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, tirar de la cadena y lavarse las manos.• Capaz de sentarse y levantarse del inodoro sin ayuda (puede utilizar barras de ayuda).• Si lleva dispositivos (pañal, sonda vesical, ostomía...) es capaz de manejarlos sin ayuda: se cambia la bolsa de orina, el pañal y bolsa de ostomía sin ayuda.• Si usa botella o similar, es capaz de utilizarla y vaciarla sin ayuda.• Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos sin ayuda.
Ayuda parcial	<ul style="list-style-type: none">• Necesita pequeña ayuda para manejarse en el equilibrio, sentarse y levantarse del inodoro, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse y lavarse las manos él solo.• Precisa pequeña ayuda para la administración de enema o supositorios.• Necesita pequeña ayuda para manejar los dispositivos (pañal, sonda vesical, ostomía...).
Ayuda total	<ul style="list-style-type: none">• No es capaz de realizar ninguna actividad completa sin ayuda• Necesita que otra persona le ayude en su totalidad. Es incapaz de manejarse con la sonda, el pañal...• Incluye que la administración de enemas y supositorios sea realizada por otra persona en su totalidad.

3.3.3.- BAÑO/HIGIENE

Autónomo

- Puede entrar y salir del baño sin ayuda.
- Es capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por el cuerpo.
- Puede lavarse el cabello sin ayuda.
- Incluye lavarse la cara, las manos y los dientes.
- No precisa vigilancia de otra persona.

Ayuda parcial

- Necesita pequeña ayuda en el equilibrio, para quitarse y ponerse la ropa, pero puede usar la ducha y lavarse el cuerpo sin ayuda.
- Precisa vigilancia de otra persona.

Ayuda total

- No es capaz de realizar ninguna actividad. Necesita que otra persona le ayude en su totalidad.

3.3.4.- VESTIRSE/ARREGLO PERSONAL

Autónomo

- Es capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, ponerse los calcetines y las medias, abrocharse los botones y colocarse todos los complementos que precise sin ayuda.
- Realiza todas las actividades para el arreglo personal sin ayuda: peinarse, maquillarse, afeitarse...

Ayuda parcial

- Puede realizar sin ayuda al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- Precisa vigilancia de otra persona.

Ayuda total

- No es capaz de realizar ninguna actividad. Necesita que otra persona le ayude en su totalidad.

3.3.5.- MOVILIDAD

Autónomo

Deambulaci3n

- Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente sin ayuda o supervisi3n de otra persona.
- Puede utilizar dispositivos como bastones, muletas etc., excepto andador.
- Si utiliza pr3tesis, es capaz de quit3rsela y pon3rsela solo.
- Si utiliza silla de ruedas, en 50 metros ha de ser capaz de desplazarse y doblar esquinas sin ninguna ayuda.

Traslado sill3n-cama/cama-sill3n

- Puede realizar todos los pasos de la actividad sin ayuda.
- Si utiliza silla de ruedas, se aproxima a la cama, se coloca sentado en un lado de la cama, se tumba y puede volver a la silla sin ayuda.

Subir y bajar escaleras

- Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n.
- Puede utilizar el mismo apoyo que utiliza en la deambulaci3n (bast3n, muletas) y el pasamano.

Ayuda parcial

Deambulaci3n

- Para caminar 50 metros necesita supervisi3n y peque1a ayuda f3sica de otra persona.
- Puede utilizar dispositivos de apoyo incluido el andador.
- Si utiliza silla de ruedas ha de ser empujado por otra persona en ocasiones.

Traslado sill3n-cama/cama-sill3n

- Necesita supervisi3n o ayuda f3sica de otra persona para realizar al menos la mitad de los pasos de la actividad.
- Es capaz de permanecer sentado.
- Si utiliza silla de ruedas necesita supervisi3n o ayuda f3sica de otra persona para realizar al menos la mitad de los pasos de la actividad.

Subir y bajar escaleras

- Precisa supervisi3n y peque1a ayuda f3sica de otra persona.
- Puede utilizar dispositivos de apoyo (bast3n, muletas).

Ayuda total

Deambulaci3n

- Utiliza silla de ruedas y ha de ser empujado por otra persona.

Traslado sill3n-cama/cama-sill3n

- Necesita grúa o alzamiento completo por dos personas para realizar el traslado sill3n-cama y cama-sill3n.
- Puede permanecer sentado con o sin sujeci3n.
- Necesita supervisi3n.

Subir y bajar escaleras

- No puede subir escalones

BIBLIOGRAFIA

- 1.-** Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. "De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI". Tercera edición Elsevier. Masson.
- 2. -** Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H et col. "Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados". Tercera edición. Elsevier Mosby.
- 3.-** Luis Rodrigo MT, "Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica". Octava edición. Elsevier Masson.
- 4.-** "NANDA International, Inc." "DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación 2015-2017". Elsevier.
- 5.-** "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)". "Medición de Resultados en Salud". Quinta edición. Elsevier.
- 6.-** "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)". Sexta edición. Elsevier.
- 7.-** Boada Valmeda A.; Amaya Baro, M; Hernández López, T. Cuidado de la persona con diabetes. Programa educativo para pacientes, familiares y cuidadores. Federación de diabéticos españoles. Madrid. 2012.
- 8.-** Estrategia de promoción de alimentación y actividad física saludables en Aragón 2013-2018. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.
- 9.-** Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Recomendaciones en 2010 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. Av Diabetol. Publish Ahead of Print published online ahead of print September 16, 2010.
- 10.-** Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (consenso FESNAD-SEEDO). Revista española de obesidad. Vol. 9. Suplemento 1. Octubre 2011 Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Documento-Consenso-FESNAD-SEEDO-Oct2011.pdf>

