



## **Plan de cuidados sobre un caso relacionado con el proceso asistencial integrado “atención a pacientes pluripatológicos”**

### **Care plan about a case related to the integrated care process "care for multi-pathological patients"**

(Artículo de presentación de caso)

#### **Autores:**

Herminia Castillo Lorenzo <sup>1</sup>

María-Jesús Samaniego-Ruiz <sup>2</sup>

Jacobo Cambil Martín <sup>3</sup>

1Universidad de Granada, España.

2Zona Básica de Salud de Benamaurel, Granada, España.

3Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada.  
Granada, España.

**Autor de correspondencia:** Jacobo Cambil Martín. Departamento de Enfermería, Despacho 9.15. Facultad de Ciencias de la Salud, Avenida de la Ilustración 60, Universidad de Granada, 18016 Granada, España. Teléfono: 0034 958248761. Email: jcambil@ugr.es.

#### **RESUMEN**

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, habiendo pacientes con dos o más enfermedades crónicas que precisan de un abordaje sanitario más complejo. Se describe el caso de un paciente pluripatológico que acude a la consulta de enfermería para el seguimiento de sus patologías. Se le realizó un plan de cuidados basado en el Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos. Los principales diagnósticos de enfermería estaban relacionados con el régimen terapéutico y su conducta. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios. La labor de la enfermera comunitaria como educadora para la salud es primordial ya que previene la aparición de nuevas patologías y el empeoramiento de las ya existentes.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, educación en salud, enfermedad crónica, enfermería en salud comunitaria, proceso de enfermería.

#### **ABSTRACT**

Chronic diseases are the leading cause of death in the world. Patients with two or more chronic diseases require a more complex sanitary approach. The case of a multi-pathological patient who goes to the nursing consultation for the follow-up of his pathologies is described. A care plan was made based on the Integrated Care Process for multi-pathological patients. The main nursing diagnoses are related to the therapeutic process and its behavior. The results were satisfactory. The work of the community nurse as an educator for health is paramount since it prevents the appearance of new pathologies and the commitment of those already existing.

**Keywords:** primary health care, health education, chronic disease, community health nursing, nursing process.



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y de progresión lenta. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS): las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008, siendo la mitad del sexo femenino y el 29% menores de 60 años de edad.(1) Aunque se espera que supongan el 75% en 2020.(2) Y casi el 80% de estas muertes ocurrirán en países en desarrollo y estarán relacionados con estilos de vida o factores biológicos potencialmente modificables (por ejemplo, la hipertensión arterial o los niveles de colesterol y la obesidad).(3)

Según la OMS, en España las enfermedades crónicas (no transmisibles) son la causa del 92% del total de las muertes. Y la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años debido a las cuatro enfermedades crónicas principales (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas) es del 11%.(4)

Por otra parte, en la Encuesta Andaluza de Salud (2011-2012), las tres enfermedades crónicas más frecuentes fueron la artrosis o reumatismo (8.7%), el colesterol elevado (12.3%) y la hipertensión (18.7%). Y la menos frecuente fue los problemas cardíacos (4%).(5)

Por tanto, las enfermedades crónicas constituyen un reto para nuestra sociedad; ya que son un problema creciente, son conocidas, son complejas y tenemos un sistema en crisis puesto que no estaba pensado para esto.(6)

En esta línea surge el paciente pluripatológico: “Pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado de complejidad equivalente, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones”.(7)

Hay que considerar que estas patologías son casi siempre incurables, por lo que no pueden ser simplemente tratadas sino que deben ser manejadas globalmente.(3) Es por ello que surgen los modelos de gestión por “Procesos Asistenciales Integrados” (PAI). En cada proceso quedan definidos los diferentes elementos, recursos y tecnologías que intervienen en la atención de un paciente, desde quién le atiende hasta cómo se realiza esa asistencia, pasando por el momento y lugar en que se presta.(8) Son una herramienta facilitadora de la práctica clínica y la continuidad de atención al paciente, que asegura de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.(9-10)

Así, el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos pretende lograr un manejo integral del paciente pluripatológico. Y establece como límite de entrada cumplir los criterios de paciente pluripatológico, definido por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:(11)



#### Categoría A

1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la Clasificación Funcional de la New York Heart Association (NYHA), síntomas con actividad física habitual.
2. Cardiopatía isquémica.

#### Categoría B

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular  $< 60\text{ml/min}$  o índice albúmina creatinina  $>30\text{mg/g}$ .

#### Categoría C

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la Escala de Disnea Medical Research Council (MRC) (Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso), o Volumen Espirado Máximo en el Primer Segundo de la Espiración Forzada (FEV1)  $< 70\%$ , o  $\text{SaO}_2 \leq 90\%$ .

#### Categoría D

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal.

#### Categoría E

1. Ataque cerebrovascular.
2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria.
3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado.

#### Categoría F

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

#### Categoría G

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hemoglobina (Hb)  $< 10\text{ mg/L}$  en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

#### Categoría H

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de rueda.
2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

Por tanto, el objetivo que se planteó fue caracterizar un plan de cuidados relacionado con el proceso asistencial integrado de atención a pacientes pluripatológicos, de un paciente incluido en las categorías A y F atendido en un Centro de Salud de Granada.



## DESARROLLO

Se presenta el caso de un paciente pluripatológico, varón de 69 años, que acudió a su centro de salud para una visita rutinaria.

Patologías: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y apnea del sueño.

Medicación habitual: bisoprolol hmifumarato 10mg/hidroclorotiazida 25mg, olmesartán medoxomilo 40 mg/Hidroclorotiazida 25 mg, amlodipino 5 mg, metformina 850 mg, acenocumarol 4 mg, inhalador salmeterol 25/ propionato de fluticasona 250 mcg y Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP) 8 cms H<sub>2</sub>O.

Registros enfermeros:

Talla: 168 cm

Perímetro abdominal: 110 cm

Peso: 78 Kg

Presión Arterial (PA): 140/80 mmHg

Glucemia: 131 mg/dL

Valoración integral siguiendo el modelo de enfermería de las 14 necesidades de Virginia Henderson:(12)

### **Necesidad de respirar normalmente alterada**

Ex-fumador desde el año 1982 (fumó 2 cajetillas diarias durante 20 años).

Espirometría: Capacidad Vital Forzada (FVC): 2890 mL; FVC (%): 81 %; FEV1: 2060 mL; FEV1 (%):74 %; FEV1/FVC: 71; Velocidad Máxima del Flujo Mesoexpiratorio (FEF) 25-75 5 %: 1250 mL; FEF 25-75 %: 49 %. Vacunado de la gripe.

Según el Cuestionario NYHA,(13) presentaba una ligera limitación de la actividad física (Clase Funcional II) ya que la actividad física habitual le producía disnea, angina, cansancio o palpitaciones. Y la Escala de Disnea MRC Modificada,(13) indicó que presentaba disnea al andar deprisa en llano o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada (Grado 1).

### **Necesidad de alimentación alterada**

Paciente jubilado que vive con su esposa. Ella se encarga de preparar las comidas, consciente de la importancia de llevar una vida sana; por lo que intenta que las comidas sean bajas en grasa y sal, y ricas en frutas y verduras. Con una dieta variada. A pesar de esto nuestro paciente presenta sobrepeso, puesto que come a escondidas pan, embutidos, patatas fritas, aperitivos tipo snacks, etc. Saltándose la toma de media mañana y la merienda.



Índice de masa corporal (IMC) de 27.63 kg/m<sup>2</sup>, calificado como sobrepeso de grado II.(14) Perímetro abdominal mayor a 102 cm, es decir, riesgo muy elevado de complicaciones metabólicas.(14) Según el Cuestionario de Cage Camuflado(13) presentaba consumo de alcohol con tres respuestas afirmativas.

### **Necesidad de moverse alterada**

Debido a la disnea provocada por la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) suele realizar poca actividad física aeróbica, ya que refiere cansarse y ahogarse. A pesar de que su médico le prescribió que caminara 1 hora todos los días presenta un estilo de vida sedentario. La única actividad que realiza es plantar y recolectar en una huerta y el resto del tiempo lo invierte en ver la televisión, leer y jugar al dominó.

Tras conocer las necesidades alteradas se identificaron los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).(15) Según su importancia clínica y por estar registrados en el Proceso Asistencial Integrado "Atención a Pacientes Pluripatológicos" se emplearon: "Gestión Ineficaz de la Salud", "Intolerancia a la Actividad" e "Incumplimiento". A continuación, se procedió al desarrollo del plan de cuidados individualizado mediante una serie de objetivos e intervenciones según las taxonomías Nursing Outcomes Classification (NOC)(16) y Nursing Interventions Classification (NIC),(17) respectivamente. Los resultados específicos que esperábamos obtener después de aplicar las intervenciones se midieron mediante un indicador estrella y una escala de números de tipo Likert (1 peor a 5 mejor). La evaluación del plan de cuidados a las tres semanas reflejó una mejoría en los indicadores estrella de los tres diagnósticos; en consecuencia, se propuso un plan de cuidados integral (Anexos tablas 1, 2 y 3).

### **DISCUSIÓN**

Los PAI son una herramienta de calidad propuesta por la Consejería de Salud. Están enfocados al paciente, a los profesionales y a la comunidad.(18) Estos PAI, en concreto el Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos,(11) son procesos estandarizados, es decir, dan unas pautas generales que tendremos que adecuarlas e individualizarlas para cada paciente pluripatológico, homogeneizando la variabilidad de la práctica clínica enfermera y asegurando la consecución de cuidados de calidad.

Nuestro caso es un paciente pluripatológico cuyas enfermedades concuerdan con las más frecuentes según varios estudios. El Instituto Nacional de Estadística (INE),(19) reportó que los problemas o enfermedades crónicas diagnosticados por un médico según sexo y grupo de edad más prevalentes en hombres de 65-74 años eran: hipertensión arterial, dolor espalda crónico lumbar, diabetes, dolor espalda crónico cervical, bronquitis crónica, enfisema. Y según una encuesta llevada a cabo en Andalucía la hipertensión fue una de las tres enfermedades crónicas más frecuentes.(5)

Si tenemos en cuenta los factores de riesgo que explican la gran mayoría de las muertes por enfermedades crónicas se encuentra que los más destacables (consumo de tabaco, inactividad física, obesidad, alimentación poco sana y consumo de alcohol)(20-22) se presentaban en nuestro paciente.



Por otra parte, en nuestro caso práctico surgen unas cuantas incongruencias. Una de ellas es que nuestro paciente tenía una buena adherencia al tratamiento farmacológico, pero no a las medidas higiénico-dietéticas propuestas por su médico. En las enfermedades crónicas, debido a su duración y progresión, la adherencia al tratamiento es donde estos pacientes suelen sucumbir. Hay una relación directa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida donde a mayor adherencia al tratamiento mayor calidad de vida, lo que supone un aumento de la esperanza de vida tanto en cantidad como en calidad.(23) También, se ha demostrado que el apoyo familiar es muy importante ya que impide que estos pacientes incumplan su tratamiento.(24) Por lo que, la implicación de la familia es fundamental en el proceso de enfermedad de estos pacientes, ya que les ayuda y motiva para seguir adelante con su proceso.

Hay que tener en cuenta que la adhesión terapéutica es una limitación de este Plan de Cuidados ya que conlleva mucho tiempo en pacientes crónicos. Por eso difícilmente hemos podido evaluar las intervenciones planificadas durante el tiempo de estudio.

Otro dato observado fue que nuestro paciente tenía una buena adherencia a la dieta mediterránea, pero en contraposición era un paciente con sobrepeso de grado II lo que conlleva tener riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El paciente presentaba una buena adherencia porque su esposa era quien cocinaba y estaba muy concienciada con tener unos buenos hábitos de vida saludables, pero nuestro paciente comía a escondidas alimentos que no debía. También podemos observar que mantenía un nivel moderado de actividad física, pero esto no le llevaba a perder peso, ya que no eran ejercicios aeróbicos sino de fuerza. Así en algunos autores han reportado que llevar una alimentación equilibrada y realizar ejercicio físico son pilares fundamentales en el tratamiento de las enfermedades crónicas, ya que favorece que estos enfermos lleven una vida más saludable aumentando su calidad de vida.(25)

Otra mejora sería dotar las consultas de enfermería con más tiempo para poder dedicárselo a sus pacientes; así se podrían llevar a cabo con más asiduidad y dedicación la educación sanitaria y la promoción de la salud, pilares fundamentales para retrasar la progresión de las enfermedades crónicas.

Por otro lado, el papel de la enfermera de Atención Primaria es primordial en las enfermedades crónicas ya que son los responsables, en mayor medida, del control y seguimiento de los pacientes pluripatológicos. Puesto que, las enfermeras contribuyen al desarrollo de los cuidados y de la calidad de los servicios(26) y responden eficazmente a las demandas de los pacientes pluripatológicos, dependientes y frágiles.(27) Por todo ello se debería dar más visibilidad al trabajo de las enfermeras y los enfermeros.



## CONCLUSIÓN

Los principales diagnósticos en nuestro paciente pluripatológico estaban relacionados con el régimen terapéutico y su conducta. Por lo que, la labor de la enfermera comunitaria como educadora para la salud es primordial ya que previene la aparición de nuevas patologías y el empeoramiento de las ya existentes. A su vez, brinda apoyo a los pacientes en los diversos estadios de sus patologías y les proporciona herramientas necesarias para el cuidado de su salud. De esta manera consigue que los pacientes se empoderen, es decir, se comprometan con su salud y sean buenos conocedores de sus patologías.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran que no existen.

**Declaración de contribución:** Herminia Castillo Lorenzo trabajó durante todo el proceso investigativo y redactó el informe final. María-Jesús Samaniego participó en la redacción de este artículo y el análisis de los resultados. Jacobo Cambil asesoró la investigación y la redacción del artículo científico

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [citado 2015 Dic 17]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
2. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC) 2012-2016. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2012.
3. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Enfermedades crónicas [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta Andalucía; 2007 [citado 2015 Dic 14]. Disponible en: <http://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/>
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles: perfiles de países, 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 2015 Dic 20]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/countries/esp\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/esp_es.pdf?ua=1)
5. Sánchez Cruz JJ, García Fernández L, Mayoral Cortés JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de Adultos. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013.
6. Morales Asencio JM. Cronicidad: Sinfonía de estrategias y liderazgos. *Metas Enferm.* 2015; 18 (1): 3.
7. Alonso Coello P, Bernabeu Wittel M, Casariego Vales E, Rico Blázquez M, Rotaeché del Campo R, Sánchez Gómez S. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Madrid: Multimédica Proyectos; 2013.
8. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2013.



9. Escuela Andaluza de Salud Pública, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. Sevilla: Junta de Andalucía; 2012.
10. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Implantación de procesos asistenciales integrados en las unidades de gestión clínica. Sevilla: ACSA; 2012.
11. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado: Atención a Pacientes Pluripatológicos (PAI). 2ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
12. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 1961.
13. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. 2009.
14. Castilla Romero ML, Jiménez Lorente CP, Lama Herrera C, Muñoz Bellerin J, Obando y de la Corte J, Rabat Restrepo JM et al. Consejo Dietético en Atención Primaria. 1ª Ed. 3ª Reimpresión. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010.
15. NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017. 10ª ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
18. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan de Calidad Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Sevilla: Consejería de Salud; 2015.
19. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2009.
20. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas: Factores de riesgo generalizados [Internet]. Ginebra: OMS [citado 2016 Ene 16]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index4.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html)
21. Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
22. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2013.
23. Don Juan-García AV, Colunga-Guerrero M, Grupo Estilo de Vida. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónico-degenerativas, Rioverde, SLP, México. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2015 [citado 2016 Ene 13]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/211.php>.
24. Zenteno-López MA, García-Madrid G, Marín-Cahgoya MA, Flores-Merlo M, García-Solano B. Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2. Rev Paraninfo Digital. 2015; 22.



25. Moreno-Ortega JA, Gil-Bernabé AI, Moreno-Ortega J. Intervención educativa en pacientes crónicos: beneficios del ejercicio físico y alimentación equilibrada. Rev Paraninfo Digital. 2015; 22.
26. Cordeiro RC, Ferreira SL, Santos AC. El proceso de enfermar de mujeres y hombres con anemia falciforme: un estudio de Grounded Theory. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Dec [citado 2016 Ene 17]; 23(6): 1113-1120. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000601113&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601113&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0594.2656>.
27. Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clín [Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 16]; 24(1): 5-11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-S1130862113001915>. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.12.002.

## ANEXOS

Anexo 1. Tablas del Plan de Cuidados realizado a un paciente relacionado con el proceso asistencial integrado “atención a pacientes pluripatológicos”.

**Tabla 1. Diagnóstico: Gestión Ineficaz de la Salud (00078).**

Relacionado con (r/c) percepción de gravedad del problema.

Manifestado por (m/p) decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud (no hacer 6 comidas al día, realizar poca actividad física, comer alimentos poco saludables a escondidas).

OBJETIVO-RESULTADOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p><b>Conocimiento: Régimen terapéutico (1813)</b></p> <p>Hacerle entender a nuestro paciente que el tratamiento no sólo consta de medicación sino también de hábitos de vida saludables.</p> <p>Indicador: Beneficios del tratamiento (181301).</p> <p>Puntuación: basal 2 (Conocimiento escaso), diana 5 (Conocimiento extenso), tras tres semanas de intervención 3 (Conocimiento moderado).</p>	<p><b>Modificación de la conducta (4360)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.</li> <li>✓ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.</li> <li>✓ Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños éxitos logrados.</li> <li>✓ Identificar el problema del paciente en términos de conducta.</li> <li>✓ Desarrollar un programa de cambio de conducta.</li> <li>✓ Comentar el proceso de modificación de la conducta con el paciente/allegados.</li> </ul>



**Tabla 2. Diagnóstico: Intolerancia a la Actividad (00092).**

R/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno (disnea) y sedentarismo.  
M/p cambios electrocardiográficos (fibrilación auricular), disnea de esfuerzo y fatiga.

OBJETIVO-RESULTADOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p><b>Conservación de la energía (0002)</b></p> <p>Pretender que nuestro paciente haga un buen uso de su energía.</p> <p>Indicador: Adapta el estilo de vida al nivel de energía (000205).</p> <p>Puntuación: basal 2 (Raramente demostrado), diana 5 (Siempre demostrado), tras tres semanas de intervención 4 (Frecuentemente demostrado).</p>	<p><b>Enseñanza: Ejercicio prescrito (5612)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.</li> <li>✓ Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.</li> <li>✓ Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.</li> <li>✓ Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio.</li> <li>✓ Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.</li> <li>✓ Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos.</li> <li>✓ Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después del ejercicio y el fundamento de tal acción, según corresponda.</li> </ul>



**Tabla 3. Diagnóstico: Incumplimiento (00079).**

R/c creencias de salud incongruentes con el plan y tiempo de duración del régimen terapéutico (piensa que sólo con la medicación es suficiente).

M/p conducta de no adherencia (no realiza dieta prescrita ni ejercicio prescrito).

OBJETIVO-RESULTADOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p><b>Conducta de pérdida de peso (1627)</b></p> <p>Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta.</p> <p>Indicador: Controla el peso corporal (162722).</p> <p>Puntuación: basal 1 (Nunca demostrado), diana 5 (Siempre demostrado), tras tres semanas de intervención 4 (Frecuentemente demostrado).</p>	<p><b>Enseñanza: Dieta prescrita (5614)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>✓ Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.</li> <li>✓ Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>✓ Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> <li>✓ Informar al paciente de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según el caso.</li> <li>✓ Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.</li> </ul>

Recibido: 3 de febrero de 2016

Aprobado: 19 de abril de 2016