

# Estrategia de implementación de planes de cuidados en Atención Primaria de Salud



Ministerio de  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

■ TETÃ REKUÁI  
■ GOBIERNO NACIONAL



# presentación

El Centro de Estudios Ambientales y Sociales - CEAMSO - es una Organización No Gubernamental, de utilidad pública, reconocida por Personería Jurídica No 22.367 de agosto de 1998. Con la constitución de CEAMSO se busca fortalecer institucionalmente a las entidades y organismos del Estado, así como generar mecanismos que mejoren su transparencia e integridad, con acciones innovadoras que mejoren la calidad de vida de los habitantes del Paraguay. En este contexto ha realizado una alianza estratégica con la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería - FUDEN - para el desarrollo del proyecto “Implementación de la Estrategia de protección a personas vulnerables al COVID por enfermedades crónicas en zonas vulnerables de Asunción, Paraguay”, Expediente 2020/PRYC/001206, financiado por la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo - AECID - en la Convocatoria 2020. El Socio implementador CEAMSO y aliado estratégico el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPBS.

El proyecto se ejecuta en Asunción en el territorio social que abarca la XVIII Región Sanitaria, Capital, del MSPBS. Se focaliza en la población con necesidad de promover y mejorar su salud, caracterizadas por la alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT, bajo acceso a redes y servicios de salud que las expone a los mayores riesgos ante la pandemia por COVID 19. Se trabaja en 3 niveles, desde la región sanitaria, a nivel central, con las redes y servicios a nivel local y en articulación con comunidades a través de instancias de participación instaladas. en diez Unidades de Salud de la Familia -APS.

Para la una atención integral se aborda la dotación de materiales y equipos informativos para la atención a ECNT, se realizarán planes de promoción de salud con énfasis en gestión de riesgos articuladas con las fuerzas vivas comunitarias a través de sus organizaciones, promoviendo y capacitando a líderes y lideresas para la acción en salud y el , el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos del MSPBS, validada por la Dirección Nacional de Atención Primaria de la Salud.

En este contexto se presenta el Documento de trabajo con Estrategia de implementación de planes de cuidados en Atención Primaria de Salud, producto de la elaboración de los responsables de programas nacionales dependiente de la Dirección Nacional de Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles del MSPyBS.

Desde la XVIII Región Sanitaria, la coordinación de ECNT ha convocado para la revisión y aportes a los documentos a representantes de los equipos de salud de la familia de las 33 Unidades de salud de la Familia, centros de salud y de los hospitales cabecera de los 4 microterritorios que hacen a la región sanitaria (Hospital de Trinidad - Hospital de Loma Pyta - Hospital de Barrio Obrero y el Hospital San Pablo).



# **Estrategia de implementación de planes de cuidados en Atención Primaria de Salud**

**ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALISTA  
EN SALUD COMUNITARIA Y FORMACIÓN**

Noviembre 2021

**Proyecto 2020/PRYC/001206**

“Implementación de la Estrategia de protección  
a personas vulnerables al COVID por enfermeda-  
des crónicas en zonas vulnerables de Asunción,  
Paraguay”

**Isabel de Castro Blanco**  
Asistencia técnica especialista en  
comunitaria y formación

iscasblan@gmail.com

# 1. INTRODUCCIÓN A LOS PLANES DE CUIDADOS

Desde hace años, la tendencia general a nivel global es desarrollar la práctica de los cuidados a través de los Planes de Cuidados, con el propósito de homogeneizar la atención enfermera principalmente, y proporcionar cuidados de alta calidad. La base teórica de los planes de cuidados está en la aplicación de la Metodología enfermera, o Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Definido por Rosalinda Alfaro, el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería individualizados partiendo de la premisa de que cada persona –o grupo de personas– responde de manera diferente frente a una alteración real o potencial de la salud. El plan de cuidados es el resultado escrito de este método, donde “se definen los cuidados enfermeros que hay que proporcionar, las actividades a llevar a cabo y los resultados que hay que obtener”.

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es el documento que recoge acciones requeridas para responder a determinadas necesidades de cuidados presentes en personas con problemas de salud comunes. Los planes son una herramienta de referencia común para los profesionales de cuidados, en los cuales encuentran el apoyo teórico-práctico para garantizar la pertinencia, la congruencia, el seguimiento y la continuidad de los cuidados.

Los planes de cuidados están concebidos como guías técnicas para ayudar a la toma de decisiones de los profesionales, y no como recetas rígidas para abordar las necesidades de cada paciente. Recogen posibles problemas, objetivos y actividades a realizar, pero ni todos los pacientes presentan los mismos problemas de salud, ni todos tienen las mismas capacidades para el

autocuidado. Por lo tanto, el juicio clínico es el filtro para la aplicación de los planes en la práctica clínica y para la creación del plan de cuidados individualizado (PCI) para cada paciente. Los objetivos deben ser ajustados a las capacidades del individuo/familia, y las intervenciones seleccionadas deben ser coherentes con la situación personal del paciente, pudiendo estar o no estar recogidas en el plan de cuidados general o estándar.

## **Aspectos a tener en cuenta sobre los planes de cuidados elaborados:**

Los planes de cuidados que se presentan en este documento son documentos generales, no se centran en un caso clínico en particular y no pretenden ser una norma fija de actuación.

4Se han desarrollado con un **enfoque comunitario**, considerando al paciente como parte de un núcleo familiar y una comunidad con la que convive. Es afectado por su entorno de la misma manera en que él/ella puede ser agente de cambio en su entorno más próximo.

Son **guías técnicas** para el abordaje integral y comunitario de los pacientes que sufren determinadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Constituyen una herramienta para apoyar a los profesionales en la práctica clínica, y entre otras en la:

- Toma de decisiones sobre los cuidados comunitarios.
- Promoción del autocuidado con enfoque Salutogénico y comunitario.
- Valoración integral del paciente.
- Planificación del autocuidado del paciente.

- Individualización del plan de cuidados del paciente.

Son documentos que recogen la experiencia clínica de profesionales de salud comunitaria (no estando basados específicamente en una revisión de literatura científica).

Los planes de cuidados son documentos vivos, que deben ser revisados, evaluados y actualizados periódicamente por un grupo de profesionales con experiencia en la materia.

Se centran en los aspectos comunes de un grupo de pacientes, los cuales presentan alteraciones de la salud / situaciones clínicas / diagnósticos médicos similares.

**Estas guías ofrecen / proponen una serie de:**

- Problemas de salud que pueden encontrarse en un grupo de pacientes.

- Objetivos de salud a tener en cuenta en función de los problemas identificados.

- Intervenciones de salud enfocadas a lograr los objetivos de salud.

Los planes de cuidados generales son una herramienta que ofrece una base para construir, con el paciente-familia-cuidador, el Plan de Cuidados Individualizado (PCI).

Los planes de cuidados DEBEN ser individualizados para cada paciente, en función de su situación clínica, su capacidad física, psíquica y emocional, su situación familiar y social, entorno, etc.

El objetivo final de estos documentos técnicos es servir de guía para elaborar los PCI que, centrados en las particularidades de cada paciente, serán el resultado del trabajo conjunto del profesional de salud y el paciente/familia/cuidador.

Los planes de cuidados requieren ser utilizados partiendo del criterio clínico / juicio clínico de los profesionales de salud.

Requieren de compromiso, apoyo y seguimiento institucional para su desarrollo, implementación y sostenibilidad.

## 2. OBJETIVOS DE LOS PLANES DE CUIDADOS ELABORADOS

### a. General

Mejorar el abordaje comunitario del paciente crónico, proporcionando cuidados de calidad desde un enfoque Salutogénico y desarrollando una promoción de salud eficiente que acompañe al paciente-familia-cuidador en la adhesión a los autocuidados.

### b. Específicos:

I. Fomentar el pensamiento crítico entre los profesionales sanitarios.

II. Promover la instauración de una cultura del cuidado en la comunidad.

III. Promover hábitos saludables en la comunidad, en base a los activos de salud de la propia comunidad.

IV. Promover el autocuidado del paciente como parte de la familia y la comunidad.

V. Apoyar a los Equipos de Salud Familiar (ESF) en el abordaje integral de los pacientes con ECNT.

VI. Guiar la elaboración de planes de cuidados individualizados para los pacientes con ECNT.

### 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados son documentos elaborados como guía y apoyo al trabajo de los profesionales sanitarios, principalmente del personal de enfermería, el cual ostenta la mayor responsabilidad por sus competencias en los cuidados de salud. Según su ámbito de aplicación y los problemas de salud en los que se enfoquen, los planes generales recogerán diferentes objetivos e intervenciones, ofreciendo una batería de posibilidades adaptadas al contexto de aplicación.

Los presentes planes de cuidados están enfocados a su uso en el ámbito de Atención Primaria y dirigidos a los Equipos de Salud Familiar.

### 4. REQUISITOS Y COMPROMISOS PREVIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

#### a. REQUISITOS ORGANIZACIONALES A NIVEL CENTRAL

La implantación del abordaje de la salud comunitaria basada en planes de cuidados supone adoptar un nuevo enfoque en la institución sanitaria al completo, desde la administración central hasta los profesionales en las USF. Este nuevo modelo requiere del trabajo coordinado de toda la estructura de Atención Primaria, y del seguimiento continuado de la estrategia.

- APS aprueba y valida la estrategia de cuidados comunitarios.

- APS reconoce las características del trabajo con planes de cuidados.

- APS reconoce los requerimientos de los equipos para la implantación de la estrategia de cuidados.

- APS proporciona los recursos económicos, humanos (tiempo/empleados), materiales necesarios para la implantación de la estrategia de cuidados.

- APS promueve la creación de un Comité Experto en Planes de Cuidados.

Dicho grupo de trabajo estará compuesto por personal sanitario responsable de los cuidados comunitarios según competencias laborales. El comité creado desde APS ostentará responsabilidades relacionadas con:

o Elaboración de Planes de Cuidados Comunitarios (PCC).

o Revisión y actualización de Planes de Cuidados Comunitarios.

o Seguimiento de Planes de Cuidados Comunitarios.

o Desarrollo de herramientas/materiales clínicos que faciliten la implementación de los PCC y PCI.

o Capacitación de equipos de salud en Planes de Cuidados Comunitarios.

- Refuerzos PCC en activo.

- Formación en nuevos PCC.
- Apoyo en la aplicación de los PCC según el contexto.
- Apoyo en la elaboración de PCI.

o Seguimiento los Planes de Cuidados Comunitarios.

- Supervisión periódica de la implantación del modelo en las USF.
- Recogida de feed-back desde USF.
- Análisis dificultades en la implementación/uso de PCC.
- Recogida de propuestas desde ESF.

## b. REQUISITOS ORGANIZACIONALES A NIVEL USF

Cada profesional del ESF es responsable del uso adecuado de los planes de cuidados, así como de reconocer sus dificultades y necesidades de apoyo para la implementación de los mismos.

Para facilitar el proceso y coordinación con la administración central, es precisa la existencia de una persona que recoja y sintetice la información a transmitir tanto desde APS a las USF, como desde los ESF a APS.

- Enfermera Referente en Planes de Cuidados.

o Persona de referencia para la comunicación con el Comité Experto: retroalimentación acerca de incidencias/necesidades de equipo/dificultades de implementación.

o Observación y seguimiento del proceso de implantación en su USF.

- El equipo de salud reconoce y adopta el modelo de planes de cuidados en el abordaje comunitario.

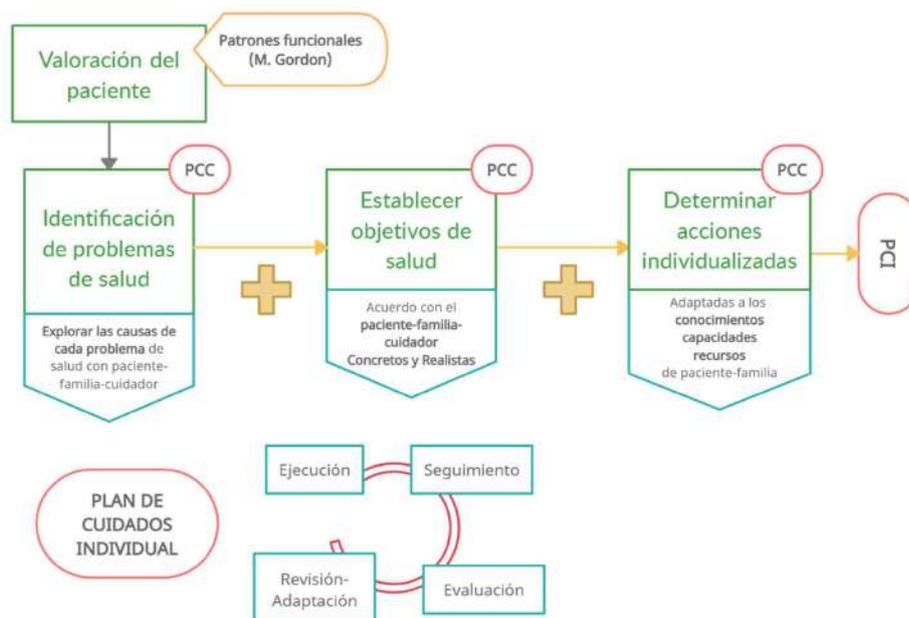
- El personal sanitario del ESF hace uso de las herramientas/materiales elaborados para el trabajo con PCC/PCI.

- Cada profesional sanitario elabora, junto con sus pacientes/familias, los planes de cuidados individualizados.

- Cada profesional sanitario lleva a cabo el registro de los planes de cuidados individualizados en la historia clínica familiar de sus pacientes.

- Cada profesional sanitario lleva a cabo el seguimiento de los planes de cuidados individualizados en la historia clínica familiar de sus pacientes.

## 5. FLUJOGRAMA DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS



## 6. PLANES DE CUIDADOS COMUNITARIOS: DIABETES, EPOC, HTA.

### a. PLAN DE CUIDADOS COMUNITARIO DIABETES

#### i. Definición PCC Diabetes

El Plan de cuidados de diabetes ha sido elaborado para servir de documento guía para el abordaje comunitario integral de las personas diabéticas. A partir de la valoración por patrones funcionales, este documento recoge los problemas de salud habitualmente encontrados en la diabetes, así como sus necesidades de salud (objetivos de los cuidados), y una amplia propuesta de intervenciones a realizar con el paciente, familia y cuidador.

#### ii. Objetivos

Los objetivos del plan de cuidados de diabetes están enfocados a:

- Promover un enfoque integral del abordaje de la diabetes en los equipos de salud, centrado en la persona, familia y comunidad.
- Ofrecer a los profesionales una herramienta de apoyo para el abordaje holístico del paciente con diabetes.
- Promover los autocuidados del paciente con diabetes mellitus.
- Promover el buen manejo de la diabetes en el entorno familiar y comunitario.
- Promover los hábitos saludables en el entorno familiar y comunitario.
- Favorecer el empoderamiento del paciente-familia-cuidador para el autocuidado (mirada Salutogénica).
- Fomentar la concienciación comunitaria sobre la enfermedad de diabetes.

- Impulsar la promoción de la salud y prevención a nivel comunitario.

- Promover el conocimiento, acceso y buen uso de los Activos de Salud.

- Promover la implicación comunitaria en el logro de una comunidad sana y un entorno saludable.

- Promover una cultura del autocuidado y utilización/generación de recursos de salud más allá de los servicios sanitarios (Activos de Salud).

#### iii. Población diana

El plan de cuidados de diabetes está dirigido a profesionales de salud, para su uso en el abordaje del paciente diabético con enfoque comunitario. Los profesionales sanitarios encontrarán en este documento, un apoyo para la elaboración del Plan de Cuidados Individualizado para cada paciente, siempre partiendo del juicio clínico y de la exploración exhaustiva del paciente (física, psico-espiritual, social), y adaptado a las capacidades del paciente, familia y características del entorno.

#### iv. Problemas - Necesidades - Intervenciones (Ver Anexo 2)

### b. PLAN DE CUIDADOS COMUNITARIO EPOC

#### i. Definición PC EPOC

El Plan de cuidados de EPOC ha sido elaborado para servir de documento guía para el abordaje comunitario integral de personas que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

A partir de la valoración por patrones funcionales, este documento recoge los problemas de salud habitualmente en-

contrados en pacientes con EPOC, así como sus necesidades de salud (objetivos de los cuidados), y una amplia propuesta de intervenciones a realizar con el paciente, familia y cuidador.

## ii. Objetivos

Los objetivos del plan de cuidados de EPOC están enfocados a:

- Promover un enfoque integral del abordaje de la EPOC en los equipos de salud, centrado en la persona, familia y comunidad.
- Ofrecer a los profesionales una herramienta de apoyo para el abordaje holístico del paciente con EPOC.
- Promover los autocuidados del paciente con EPOC.
- Promover el buen manejo de la EPOC en el entorno familiar y comunitario.
- Promover los hábitos saludables en el entorno familiar y comunitario.
- Favorecer el empoderamiento del paciente-familia-cuidador para el autocuidado (mirada Salutogénica).
- Fomentar la concienciación comunitaria sobre la EPOC.
- Impulsar la promoción de la salud y prevención a nivel comunitario.
- Promover el conocimiento, acceso y buen uso de los Activos de Salud.
- Promover la implicación comunitaria en el logro de una comunidad sana y un entorno saludable.
- Promover una cultura del autocuidado y utilización/generación de recursos de salud más allá de los servicios sanitarios (Activos de Salud).

## iii. Población diana

El plan de cuidados de EPOC está dirigido a profesionales de salud, para su uso en el abordaje del paciente EPOC con enfoque comunitario. Los profesionales sanitarios encontrarán en este documento, un apoyo para la elaboración del Plan de Cuidados Individualizado para cada paciente, siempre partiendo del juicio clínico y de la exploración exhaustiva del paciente (física, psico-espiritual, social), y adaptado a las capacidades del paciente, familia y características del entorno.

## iv. Problemas - Necesidades - Intervenciones (Ver Anexo 3)

### c. PLAN DE CUIDADOS COMUNITARIO HTA

#### i. Definición PC HTA

El Plan de cuidados de HTA ha sido elaborado como documento guía para el abordaje comunitario integral de las personas que presentan dicha condición clínica. A partir de la valoración por patrones funcionales, este documento recoge los problemas de salud habitualmente encontrados en pacientes con HTA, así como sus necesidades de salud (objetivos de los cuidados), y una amplia propuesta de intervenciones a realizar con el paciente, familia y cuidador.

#### ii. Objetivos

Los objetivos del plan de cuidados de HTA están enfocados a:

- Promover un enfoque integral del abordaje de la HTA en los equipos de salud, centrado en la persona, familia y comunidad.
- Ofrecer a los profesionales una herramienta de apoyo para el abordaje holístico del paciente con HTA.

- Promover los autocuidados del paciente con HTA.
- Promover el buen manejo de la HTA en el entorno familiar y comunitario.
- Promover los hábitos saludables en el entorno familiar y comunitario.
- Favorecer el empoderamiento del paciente-familia-cuidador para el autocuidado (mirada Salutogénica).
- Fomentar la concienciación comunitaria sobre la HTA.
- Impulsar la promoción de la salud y prevención a nivel comunitario.
- Promover el conocimiento, acceso y buen uso de los Activos de Salud.
- Promover la implicación comunitaria en el logro de una comunidad sana y un entorno saludable.

- Promover una cultura del autocuidado y utilización/generación de recursos de salud más allá de los servicios sanitarios (Activos de Salud).

### iii. Población diana

El plan de cuidados de HTA está dirigido a profesionales de salud, para su uso en el abordaje del paciente hipertenso con enfoque comunitario. Los profesionales sanitarios encontrarán en este documento, un apoyo para la elaboración del Plan de Cuidados Individualizado para cada paciente, siempre partiendo del juicio clínico y de la exploración exhaustiva del paciente (física, psico-espiritual, social), y adaptado a las capacidades del paciente, familia y características del entorno.

### iv. Problemas-Necesidades-Intervenciones (Ver Anexo 4)

## 7. CASO PRÁCTICO. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

El siguiente caso práctico es un ejemplo del proceso de desarrollo de un PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO. Cada caso-paciente va a tener un PCI adaptado a su situación personal: problemas de salud, estado emocional, contexto familiar-social- laboral, redes de apoyo, situación económica, nivel educativo, entorno próximo, etc.

Es importante tener en cuenta que no hay 2 PCI iguales del mismo modo que no hay 2 pacientes iguales. Del mismo modo, NO EXISTE un solo PCI posible para un paciente. El PCI se elabora en común acuerdo con el individuo, y siempre que sea posible se incluirá a la familia/cuidador. Con esto perseguimos el objetivo de implicar a los miembros de la familia en el autocuidado del paciente y, al mismo tiempo, proyectar los hábitos de salud en el núcleo familiar.

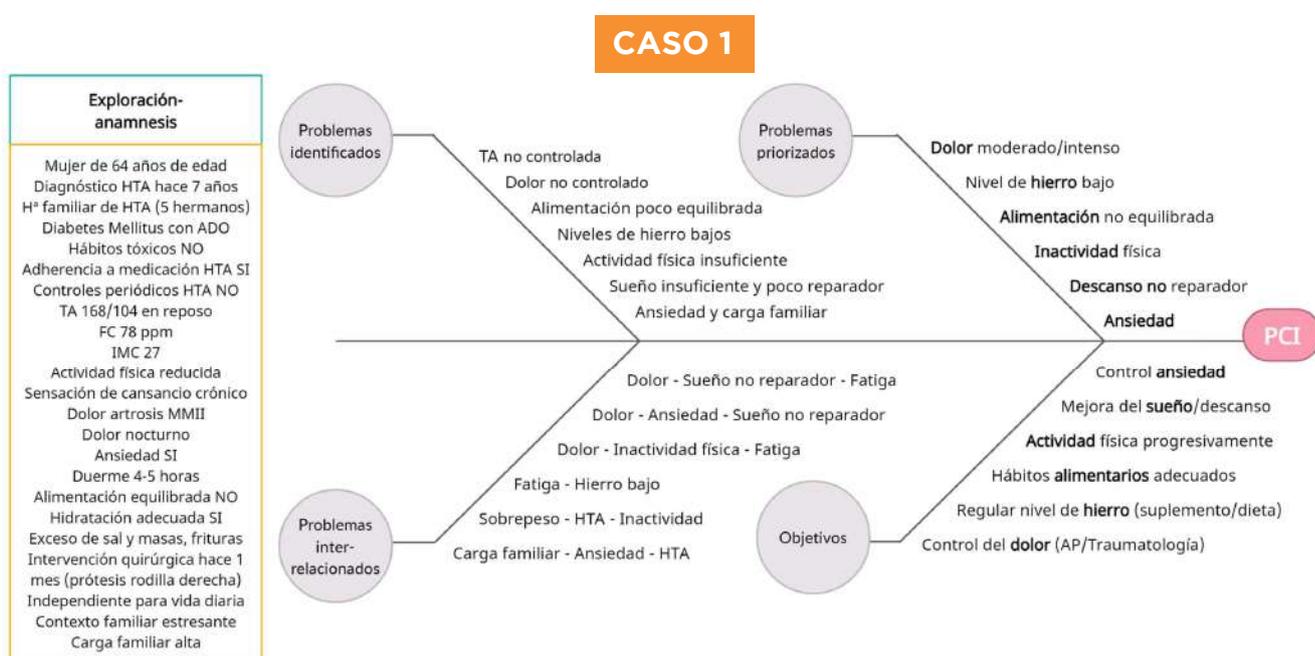
El PCI parte de la exploración y valoración integral del individuo, en su esfera física, psíquica, social y espiritual. Los planes de cuidados comunitarios contenidos en esta guía se estructuran en base a la valoración por patrones funcionales de salud, modelo desarrollado por Marjory Gordon, teórica enfermera. Partiendo de esta anamnesis exhaustiva del paciente se identifican los problemas de salud reales o potenciales, se observa y analiza su interrelación, y se priorizan las necesidades de salud.

Una vez priorizados estos problemas, y reconocidos por el paciente-familia-cuidador, se acuerdan y establecen los objetivos a perseguir y las acciones concretas para lograr estos objetivos marcados.

Los objetivos deben ser lo más concretos posibles y alcanzables para el paciente. Lograr los primeros objetivos, aunque sean pequeños y tengan mínimo efecto sobre las cifras clínicas, es un gran paso para el paciente y su motivación para el autocuidado. Por lo tanto, las metas deben ser: NÚMERO LIMITADO - CONCRETAS - ALCANZABLES.

A lo largo de las sucesivas revisiones, los objetivos se ajustarán a la situación de salud y a las capacidades del paciente, y así se avanzará en el autocuidado de una forma progresiva pero más eficaz para la instauración de hábitos de salud y su mantenimiento.

El PCI debe ser revisado periódicamente por el profesional y paciente, y debe ser adaptado y ajustado a medida que se van logrando los primeros objetivos, se producen cambios en los problemas de salud identificados y/o se detectan dificultades en la adherencia a los autocuidados acordados.



De común acuerdo con el paciente, y en base a sus capacidades físicas, psíquicas y sociales, se elabora el plan de cuidados individualizado, que será revisado y actualizado en cada consulta de seguimiento/visita domiciliaria.

**Plan de Cuidados Individualizado** Fecha \_\_\_\_\_

Paciente-familia-cuidador

- Adherencia a la medicación: **antihipertensivos, ADO, ferroalbúmina y analgésicos.**
- Actividad física **10 minutos cada hora:** caminar, tabla de ejercicios, labores de casa.
- Reducción de **sal** en cocinado.
- Reducir **frituras** a 2 veces/semana.
- Forma de cocinado: hervido.
- Reducir **masas** a 3 veces/semana.

Equipo sanitario

- Control de TA, glucemia y peso cada 15 días.
- Seguimiento y ajuste del PCI.
- Derivación a traumatología para revisión y control dolor.
- **Charla** educativa alimentación y cocinado saludable.
- Explorar causa estrés familiar (apoyo, acompañamiento, alternativas).
- **Charla** educativa manejo del estrés.
- Visita domiciliaria: **promoción salud núcleo familiar.**

## Guía básica de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Documento de trabajo. (Servicio de salud Junta de Andalucía, España)

### 1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

Trata de recoger información sobre la conciencia que el individuo tiene sobre su bienestar, así como las estrategias que utiliza para mantener la salud y las medidas preventivas. Se puede explorar mediante preguntas u observaciones que nos indiquen cual es el conocimiento de su enfermedad que tiene el paciente, si conoce y utiliza de forma adecuada tanto los recursos sanitarios como los dispositivos y medicamentos necesarios (inhaladores, oxigenoterapia, insulinas, etc), si tiene hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, cualquier otra droga), y el seguimiento de las indicaciones de su médico o enfermera (dieta, ejercicio, estilos de vida, etc). En el caso concreto de los ancianos, es especialmente importante valorar la “Polifarmacia” por el factor de riesgo para las caídas, la confusión, la incontinencia, las manifestaciones extrapiramidales, etc. Entre los fármacos más peligrosos para el anciano están los digitálicos, los beta-bloqueantes, los antiinflamatorios y los psicofármacos. En la valoración infantil, referencia de los padres sobre el estado de salud del niño, revisiones realizadas, vacunaciones, ambiente libre de humo y hábitos de seguridad de los padres, así como el seguimiento (si precisa) de los dispositivos y medicamentos utilizados.

### 2. NUTRICIONAL - METABÓLICO

Trata de recoger información sobre las actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes y líquidos, a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía. Explorar en este apartado peso, talla, IMC en caso de ser relevan-

te, alteraciones en boca o dentadura que puedan dificultar la alimentación, así como la piel y mucosas (para valorar hidratación). Preguntar por los hábitos dietéticos, así como la ingesta de líquidos (proporción de principios inmediatos, vitaminas, etc). Incluye las horas de comida diaria, los tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, las preferencias particulares, el uso de suplementos, dificultad para la deglución de líquidos y/o sólidos y los recursos que utiliza. En los niños, referencia de los padres sobre la ingesta estimada, apetito, lactancia, alimentación infantil, preferencias, ingesta de nutrientes. Se incluye lesiones de la piel y la capacidad general de cicatrización. Condiciones de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas y dientes y medidas de la temperatura corporal.

### 3. ELIMINACIÓN

Trata de valorar cualquier tipo de alteración en las funciones excretoras y secretoras de los productos corporales de desecho. Debe valorarse tanto la función intestinal, como la urinaria y la sudoración. Explorar frecuencia, características, molestias, problemas con el control, necesidad o presencia de ayudas, drenajes, utilización de fármacos, etc. En los ancianos, la alteración de este patrón puede generarle problemas en la vida diaria y de relación y salidas al exterior. En edad infantil, referencia de los padres sobre hábito intestinal, urinario, cambio de pañal y control.

### 4. ACTIVIDAD - EJERCICIO

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Trata de recoger información tanto de la producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos, como de la movilidad y la capacidad del indi-

viduo para sus autocuidados y los mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo. Explorar pulso, frecuencia respiratoria, tensión arterial. Alteraciones de la respiración/circulación o alteraciones musculoesqueléticas que dificulten la movilidad. **Nivel funcional:** **Nivel 0** (independiente), **Nivel 1** (necesita el uso de un equipo o dispositivo), **Nivel 2** (requiere ayuda o supervisión de otra persona), **Nivel 3** (requiere la ayuda de otra persona y equipo o dispositivo), **Nivel 4** (es dependiente y no colabora). En los ancianos, distintos aspectos como las barreras arquitectónicas, el fenómeno de la jubilación y la salida de los hijos del hogar, modifican y en ocasiones reducen la práctica de ejercicio y actividad en el colectivo de ancianos. Inestabilidad y caídas en el anciano: las caídas constituyen una causa importante de lesiones, de incapacidad e incluso de muerte en los ancianos y son indicador importante en geriatría para definir al anciano frágil. Valorar el riesgo de caídas en ancianos en el ámbito comunitario, siendo un objetivo básico, el mantenimiento de un entorno seguro En la valoración infantil, referencia de los padres sobre rutina del baño y vestido, juegos, tipo de juguetes utilizados, percepción de la fuerza del niño y habilidad del niño en el autocuidado En caso de detectarse alteraciones en la capacidad de la persona para las AVD puede ser conveniente usar escalas ya validadas como la de Barthel.

## **5. SUEÑO - DESCANSO**

Analiza los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo de las 24 horas del día. Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.

## **6. COGNITIVO - PERCEPTUAL**

Trata de valorar el sistema de procesamiento de la información humana

incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. Valorar las manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata éste. Deben explorarse las funciones cognitivas básicas (capacidad de lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones) y evaluarse en relación con la complejidad del entorno elegido por la persona. Igualmente debe valorarse la disponibilidad de la persona para percatarse de algo u observar, la orientación en tiempo y espacio, así como los trastornos de la percepción sensorial (visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria), y la utilización de ayudas para su posible compensación. En los niños, referencia de los padres sobre respuestas del niño al hablar, seguimiento de los objetos con los ojos, aprendizaje, patrón del lenguaje, comunicación.

## **7. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO**

Describe las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Trata de valorar tanto la percepción que un individuo tiene sobre su propio ser, como los sentimientos que tenga sobre su propia valía personal, y la imagen mental que tenga de su propio cuerpo. La observación durante la entrevista puede revelar datos no verbalizados por el propio paciente. Es importante observar la postura corporal, el movimiento, el contacto ocular y los patrones de voz y conversación. En la valoración infantil, referencia de los pares sobre la forma de ser del niño, irritabilidad, competencia e identidad. Referencia del niño sobre la forma de ser, amigos, miedos.

## **8. ROL - RELACIONES**

Describe el patrón de compromisos del rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las res-

ponsabilidades en la situación actual de la persona. Trata de valorar las conexiones y asociaciones tanto positivas como negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones. Se valoran también aquí los patrones de conducta socialmente esperados de los cuidadores informales. Debe explorarse y observarse durante la entrevista si el paciente vive solo o con la familia, cual es la estructura familiar, funcionamiento y apoyo familiar, como vive la familia su enfermedad, cansancio en el papel de los cuidadores, amistades con las que se relaciona, sentimiento de aislamiento, etc. En los ancianos, es importante la valoración de la red natural (familia, amigos, vecinos), ya que su ausencia puede colocarle en una posición de vulnerabilidad máxima. En los niños, referencia de los padres de la estructura familiar, interacciones entre los miembros, respuestas del niño ante una separación, rabietas, problemas en la escuela.

## **9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad y el patrón reproductivo. Trata de valorar la forma de ser de una persona respecto a la sexualidad, su capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales, así como cualquier proceso relacionado con la reproducción. Deberá preguntarse si procede por edad o situación por las relaciones sexuales, satisfactorias o no, cambios o problemas, utilización de anticonceptivos, gravidez, menstruación o menopausia según proceda. En los niños, referencia de los padres sobre sentimientos de masculi-

nidad/feminidad, cómo responden los padres ante preguntas sobre sexualidad.

## **10. AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Trata de valorar la forma en que un individuo hace frente a los acontecimientos / procesos vitales con los que una persona va a encontrarse a lo largo de su vida. Debe preguntarse por cambios importantes en la vida en los últimos años, forma de resolverlos, adaptarse y/o aceptar los cambios producidos, ayudas, utilización de medicamentos o drogas relajantes, etc. En el niño, referencia de los padres sobre qué produce estrés en el niño, cómo trata los problemas, frustraciones, enfado.

## **11. VALORES - CREENCIAS**

Trata de identificar los valores y creencias que guían las elecciones o decisiones de un individuo, así como la congruencia de estos con su forma de vida. Deberá explorarse sobre planes de futuro del individuo, creencias y prácticas religiosas. El patrón de valores de una persona puede influir en sus decisiones relacionadas con su salud, tratamientos, prioridades en salud, así como la vida o la muerte. En los ancianos, las creencias y los valores tienen un peso importante, ya que están impregnadas de todo el recorrido personal que han vivido. Lo que consideran moral o éticamente correcto o incorrecto se corresponde con la filosofía que ha guiado sus vidas. Si procede, abordar las "Voluntades Vitales Anticipadas".

## Plan de cuidados comunitario de diabetes.

### 1. Percepción - Manejo De La Salud.

#### 1.1. Problemas habitualmente identificados

- Bajo grado de conciencia sobre su estado de salud actual (negación).
- Bajo grado de conciencia sobre posibles complicaciones.
- Baja disposición al aprendizaje y al cambio de hábitos de salud.
- Incapacidad para su autocuidado.
- Falta de conocimientos sobre la diabetes (proceso de enfermedad, evolución, complicaciones).
- Falta de adherencia al tratamiento farmacológico (insulina, antidiabéticos orales).
- Falta de adherencia al tratamiento no farmacológico (alimentación, actividad física, descanso, abandono de hábitos tóxicos, etc.)
- Rechazo o uso inadecuado de insulina (Explorar la causa: miedo, negación...)
- Hábito alcohólico y/o tabáquico.
- Desconocimiento de la influencia del alcohol y tabaco en la diabetes.

#### 1.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)

- El paciente es consciente de su enfermedad y complicaciones asociadas.
- El paciente conoce el proceso, evolución y complicaciones de la diabetes.
- El paciente conoce y se adhiere al tratamiento farmacológico.

- El paciente conoce y se adhiere al tratamiento no farmacológico (hábitos de salud)

- El paciente dispone de los recursos necesarios para el automanejo y control de la diabetes (conocimientos, habilidades, apoyo externo, etc.)

- El paciente se adhiere a los controles periódicos.

#### 1.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)

- Explorar los conocimientos y las ideas previas del paciente con respecto a la diabetes.

- Explorar la incapacidad del paciente para su autocuidado.

- Explorar las dificultades de la adherencia al tratamiento / hábitos saludables.

- Educación diabetológica al paciente-familia-cuidador sobre la enfermedad: proceso, evolución, complicaciones y riesgo cardiovascular.

- Educación al paciente-familia-cuidador para el manejo de la diabetes:

o Medición de la glucemia: técnica y horarios.

o Contaje de porciones de hidratos de carbono.

o Plan de tratamiento con insulina:

- Función de la insulina
- Tipos de insulina.
- Horarios de toma de glucemia.
- Pauta de insulina/Dosificación de insulina según la glucemia y porciones de carbohidratos.

• Técnica de inyección y rotación de puntos de inyección.

o Plan de tratamiento con antidiabéticos orales (ADO):

- Función de los ADO
- Horarios de toma de glucemia.
- Posibles efectos secundarios.

o Manejo de la hiperglucemia/hipoglucemia con la medicación y alimentos precisos.

o Cualquier información necesaria para el manejo de la enfermedad.

- Educación al paciente-familia-cuidador sobre hábitos saludables necesarios para el control de la diabetes.

- Educación al paciente-familia-cuidador sobre los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

- Uso de imágenes y videos para la divulgación de mensajes de salud de impacto.

- Creación de infografías/materiales visuales para la educación diabetológica.

- Club de diabetes: grupo de apoyo para la educación diabetológica de pacientes, divulgación del conocimiento y realización de actividades de promoción del autocuidado en la diabetes.

- Formación de pacientes educadores (empoderar a pacientes diabéticos para replicar la educación en autocuidados).

- Actividades educativas realizadas por pacientes educadores.

- Encuentros vivenciales de pacientes-familias para compartir problemas, retos y estrategias en los autocuidados.

- Abordaje de la deshabitación tabáquica/alcohólica con paciente-familia-cuidador (plan familiar).

- Elaborar con el paciente su plan de autocuidados, con objetivos de hábitos saludables realistas y personalizados.

- Planificar con el paciente-familia-cuidador los controles de seguimiento en consulta/domicilio.

- Promover y facilitar desde la USF el abordaje multidisciplinar: diabetólogo, nutricionista, psicólogo, oftalmólogo, cardiovascular, etc.

- Acompañamiento del paciente y la familia desde el equipo de salud y promotores de salud comunitarios.

## **2. Nutricional - Metabólico.**

### **2.1. Problemas habitualmente identificados**

- Desequilibrio nutricional relacionado con hábitos dietéticos inadecuados.

- Sobrepeso asociado a la diabetes.

- Horarios irregulares en las comidas a lo largo del día.

- Consumo elevado de alimentos ricos en hidratos de carbono.

- Consumo elevado de frituras y grasas.

- Uso de formas de cocinado muy calóricas.

- Consumo de alimentos en mal estado.

- Desconocimiento sobre las pautas de una dieta adecuada en la diabetes.

- Falta de conocimientos sobre las formas de elaboración saludables.

- Escasa ingesta de agua a lo largo del día.

- Elevado consumo de bebidas alternativas (tereré, zumos industriales, refrescos).

- Problemas relacionados: dificultad para acceder a productos de calidad; bajos recursos económicos; consumo

de alimentos en mal estado; fácil acceso a los alimentos poco adecuados (frituras, empanadas, ollas populares, catering, distribuciones de comida, 'kit del escolar').

### **2.1. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente es consciente de la importancia de la dieta en el control de la diabetes.
- El paciente conoce la dieta adecuada para sus necesidades de salud.
- El paciente sigue una dieta equilibrada ajustada a sus capacidades.
- El paciente consume agua suficiente a lo largo del día.

### **2.2. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar conocimientos del paciente sobre alimentación en la diabetes.
- Explorar los hábitos alimentarios del paciente.
- Identificar quién es la persona que elabora las comidas del paciente.
- Explorar cuáles son las técnicas de cocinado utilizadas.
- Explorar las dificultades del paciente para seguir una dieta adecuada.
- Educación diabetológica personalizada al paciente-familia-cuidador sobre:
  - o Los nutrientes y su relación con la diabetes.
  - o El contaje de porciones de carbohidratos.
  - o Los alimentos recomendados y no recomendados en la diabetes.
  - o Alimentos con alto/bajo índice glucémico.
  - o Sistema de intercambio de alimentos.

o Hidratación adecuada a lo largo del día.

- Valorar la posibilidad de educación diabetológica grupal según el caso.

- Seguimiento periódico de la dieta en consulta/domicilio.

- Controles de peso periódicos.

- Servicio de auto-medición del peso: disponer de balanza digital en espacio común de la USF para uso comunitario.

- Talleres de cocina saludable con alimentos accesibles, nutritivos y económicos.

o Talleres de cocina saludable con alimentos disponibles para las familias: Ejemplo: '¡Cocinemos! ¿Qué tienes en tu nevera?'

o Elaboración de nuevas recetas saludables (pacientes empoderados, nutricionistas, cocineros, comunidad).

o Talleres de economía familiar y gestión del gasto en alimentación.

- Uso de videos y materiales visuales sobre alimentación.

- Elaborar con el paciente-familia-cuidador un plan de alimentación e hidratación personalizado (que no interfiera con el descanso nocturno).

- Elaboración de guías de alimentación adaptadas al contexto-país para, posteriormente, ser adaptadas a los pacientes.

## **3. Eliminación.**

### **3.1. Problemas habitualmente identificados**

- Aumento de la frecuencia urinaria relacionada con control inadecuado de la glucemia.

- Disminución de la frecuencia urinaria en fases avanzadas de la diabetes.

- Disminución de la frecuencia de eliminación intestinal relacionado con escasa ingesta de fibra y agua, y escasa actividad física.

- Aumento de la eliminación intestinal relacionado con la medicación (metformina).

- Infecciones urinarias de repetición.

### **3.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene un patrón de eliminación adecuado.

### **3.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar el patrón de eliminación del paciente.

- Explorar las causas de la alteración del patrón de eliminación.

- Exploración de la función renal (albúmina/creatinina, filtrado glomerular, etc.)

- Reforzar el manejo de la diabetes (Ver patrón 1 y 2).

- Educación al paciente-familia-cuidador en autocuidados para regular el patrón intestinal: aumento de la ingesta de fibra, agua y de actividad física.

## **4. Actividad - Ejercicio.**

### **4.1. Problemas habitualmente identificados**

- Actividad física insuficiente.

- Estilo de vida sedentario.

- Baja disposición para la actividad física.

- Incapacidad/dificultad para la actividad física relacionado con dolor en extremidades, mareos, visión disminuida

por retinopatía, pie diabético, heridas crónicas, infecciones fúngicas, etc.).

### **4.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene una vida activa con los cuidados adecuados.

- El paciente realiza actividad física adecuada a sus capacidades.

### **4.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Educación al paciente sobre los beneficios de la actividad física para el manejo de la diabetes.

- Exploración de las dificultades para la actividad física.

- Identificación de riesgos para la actividad física (piel, vista, cardiovascular).

- Elaboración de un plan personalizado de actividad física: tipo de ejercicio, frecuencia, duración e intensidad.

- Educación del paciente-familia-cuidador sobre autocuidados relacionados con el ejercicio:

- o Recomendaciones sobre el control de la glucemia, antes y después.

- o Alimentación e hidratación antes, durante y después del ejercicio.

### **Prevención de hipoglucemias.**

- o Exploración de los pies, antes y después del ejercicio.

- o Protección/cuidados de la piel, pies y uñas (limar).

- o Hidratación adecuada de la piel.

- o Recomendaciones respecto al calzado.

- Elaboración de tablas de ejercicios para su realización en el domicilio o en exterior.

- Realización de actividades físicas grupales en los clubes de pacientes.
- Promover actividades físicas en la comunidad: baile, caminatas en grupo, paseos con la familia, deportes en la comunidad, facilitar tablas de ejercicios sencillos para realizar en el domicilio/exteriores, etc.
- Seguimiento del plan de actividad física en consulta/domicilio.
- Programación de interconsultas con especialista vascular si precisa.

## **5. Sueño - Descanso.**

### **5.1. Problemas habitualmente identificados**

- Descanso insuficiente / no reparador relacionado con ansiedad.
- Descanso insuficiente / no reparador relacionado con poliuria nocturna.

### **5.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene un descanso reparador.
- El paciente conoce técnicas que promueven el descanso físico/mental.
- El paciente maneja adecuadamente su nivel de energía a lo largo del día.

### **5.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar el patrón de descanso del paciente.
- Explorar las dificultades del paciente para el descanso.
- Reforzar el manejo de la diabetes (Ver patrón 1 y 2).
- Identificar con el paciente actividades

que le ayudan a relajarse: escuchar música, manualidades, pasear, lectura, costura, infusiones relajantes, etc.

- Elaborar un plan de descanso con el paciente-familia-cuidador.

- Promover un ambiente para el descanso adecuado en la familia y comunidad.

- Promover el ejercicio físico suave durante la tarde: paseos, baile, fitness, etc.

- Promover actividades recreativas en grupo/familia: manualidades, talleres de relajación, cine, lectura, música, juegos de mesa, actividades físicas suaves, etc.

## **6. Cognitivo - Perceptual.**

### **6.1. Problemas habitualmente identificados**

- Deterioro de la visión relacionado con retinopatía diabética.

- Deterioro cognitivo como complicación a medio-largo plazo: pérdida de memoria, capacidad de atención y aprendizaje.

- Alteración de la sensibilidad relacionado con neuropatía diabética.

- Dolor relacionado con neuropatía diabética.

- Presencia de edemas en extremidades inferiores en fases avanzadas.

- Problemas de la piel: Fragilidad, deshidratación, heridas crónicas, etc.

### **6.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene un control adecuado de la glucemia.

- El paciente acude a los controles periódicos con los especialistas.

### **6.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Exploración de la retina y la visión.
- Exploración de la sensibilidad y del dolor (test del monofilamento/‘de la agujita’).
- Derivación temprana a especialistas: podólogo, vascular, oftalmólogo, nefrólogo, etc.
- Exploración del dolor (Escala visual analógica).
- Alivio del dolor neuropático.
- Reforzar el manejo de la enfermedad con el paciente-familia-cuidador. (Ver patrón 1 y 2).
- Refuerzo de los controles programados en USF/domicilio: HGT programadas para el control de la hemoglobina glicosilada.
- Educación al paciente-familia-cuidador sobre:
  - o Cuidados de la piel: protección e hidratación adecuadas.
  - o Exploración del pie y cuidado de uñas.
  - o Cuidados del pie diabético.
  - o Importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
  - o Importancia de los controles periódicos en consulta.
  - o Importancia del apoyo familiar.

## **7. Auto percepción - Autoconcepto.**

### **7.1. Problemas habitualmente identificados**

- Alteración del estado de ánimo: ansiedad, tristeza, depresión...
- Toma de decisiones poco adecuadas para el cuidado de su salud.

- Desvaloración de sus propias capacidades para el manejo de la enfermedad.
- Temor a la pérdida de independencia relacionado con la enfermedad.
- Baja autoestima relacionado con factores asociados al proceso de la enfermedad.
- Baja autoestima relacionado con la pérdida de independencia.
- Abandono del autocuidado relacionado con baja autoestima.
- Abandono de proyectos personales y planes de futuro.
- Riesgo de aislamiento social relacionado con el abandono de actividades sociales y/o con la pérdida de independencia.
- Adopción de una perspectiva fatalista ante la evolución de la diabetes.

### **7.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce su enfermedad y acepta la necesidad de tratamiento.
- El paciente conoce los recursos/activos de salud a su alcance para el control de la diabetes.
- El paciente conoce sus capacidades para el manejo de la enfermedad.

- El paciente identifica sus dificultades para su autocuidado.

### **7.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las emociones del paciente

respecto a su enfermedad (temor, vergüenza, etc.).

- Explorar las expectativas del paciente respecto a su estado de salud.

- Explorar cómo influye su visión de la diabetes en su toma de decisiones.

- Explorar cómo ha cambiado el día a día del paciente desde el diagnóstico.

- Explorar cómo valora el paciente su capacidad para el autocuidado.

- Identificar con el paciente sus capacidades y limitaciones para el autocuidado.

- Reforzar las capacidades del paciente para el control de su enfermedad.

- Reforzar los logros del paciente en cuanto al cambio de hábitos conseguidos.

- Capacitación del equipo de salud para el abordaje emocional del paciente.

- Talleres de manejo de emociones y fomento de la autoestima.

- Fomentar el acompañamiento familiar en las actividades y autocuidados.

- Jornadas de diabetes con pacientes-familia-cuidador para compartir experiencias positivas y estrategias de autocuidados.

- Promover actividades recreativas, actividades físicas (Ver patrón 4) y talleres de manualidades.

- Ofrecer apoyo psicológico profesional.

## **8. Rol - Relaciones.**

### **8.1. Problemas habitualmente identificados**

- Riesgo de deterioro del rol familiar re-

lacionado con incapacidad/dependencia.

- Riesgo de deterioro del rol laboral por complicaciones de la diabetes.

- Pérdida de la independencia relacionado con complicaciones de la diabetes.

- Abandono de relaciones y actividades sociales.

- Riesgo de aislamiento social relacionado con la pérdida de roles y abandono de actividades sociales.

- Falta de apoyo familiar en los autocuidados y cambio de hábitos del paciente.

- Manejo inadecuado de la diabetes en el ámbito social y laboral.

### **8.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene su rol/relaciones familiar, social y laboral.

- El paciente alcanza un manejo adecuado de la diabetes en su ámbito familiar, social y laboral.

### **8.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar la relación del paciente con su familia y entorno más cercano.

- Explorar el rol del paciente en su ambiente familiar y laboral.

- Explorar la actitud de la familia y red social hacia el paciente y su enfermedad.

- Explorar el apoyo que el paciente recibe de su familia y personas cercanas para la adherencia a sus autocuidados.

- Identificar necesidades de apoyo para el autocuidado.

- Reforzar la autoestima del paciente y su confianza para el control de la diabetes
- Reforzar las capacidades del paciente para el control de su enfermedad.
- Promover la comunicación entre el paciente y sus redes de apoyo.
- Fomentar el acompañamiento familiar en el control de la enfermedad.
- Reforzar las visitas domiciliarias y la inclusión de la familia en el plan de cuidados.
- Fomentar la participación de paciente-familia-cuidador en actividades recreativas.
- Apoyar al paciente para el mejor control de su diabetes en su horario de ocio y laboral.

## **9. Sexualidad - Reproducción.**

### **9.1. Problemas habitualmente identificados**

- Impotencia sexual como complicación de la diabetes.
- Disminución de la libido.
- Desconocimiento de la relación entre impotencia y diabetes.
- Detección tardía del problema relacionado con escasa consulta.
- Deterioro de la relación de pareja.
- Riesgo de complicaciones durante el embarazo.

### **9.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente (y su pareja) disponen de la información y asesoramiento profesional necesario.

- El paciente (y su pareja) conoce de los recursos adecuados para poder mantener una relación de pareja satisfactoria.

### **9.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar con el paciente (y su pareja) las dificultades para las relaciones íntimas.
- Reforzar el manejo y control de la enfermedad para la prevención de las complicaciones. (Ver patrón 1 y 2).
- Implicar a la pareja en los controles de salud y actividades educativas del paciente.
- Talleres de apoyo psicológico en pareja/grupos de parejas.
- Talleres de afectividad y sexualidad con profesionales (parejas/grupos).
- Abordaje del paciente: El equipo de salud realiza un abordaje inclusivo (sexualidad inclusiva) y con enfoque de género.
- Asesoramiento al paciente sobre alternativas/ayudas para las relaciones sexuales.
- Capacitaciones del equipo de salud de familia en afectividad, sexualidad y enfoque de género.

## **10. Afrontamiento - Tolerancia al Estrés.**

### **10.1. Problemas habitualmente identificados en el paciente**

- Grado elevado de ansiedad relacionado con el diagnóstico/proceso de enfermedad.
- Grado elevado de ansiedad relacionado con temor a pérdida de independencia.

- Grado elevado de estrés en el núcleo familiar.
- Falta de recursos personales para el afrontamiento de la enfermedad y manejo del estrés.
- Falta de apoyo familiar/social para el manejo del estrés en su entorno.
- Abandono de actividades recreativas/sociales.
- Baja disposición para su autocuidado.
- Incapacidad para su autocuidado.

### **10.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente dispone de recursos para el manejo del estrés/ansiedad.
- El paciente conoce y lleva a cabo sus autocuidados.

### **10.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Ofrecer un espacio de confianza para que el paciente comparta emociones, expectativas, experiencias.
- Explorar el grado de ansiedad del paciente y sus causas.
- Explorar el grado de estrés en el núcleo familiar y sus causas.
- Identificar con el paciente las situaciones que le provocan estrés.
- Intervenir con la familia para manejo del estrés en el ámbito familiar
- Fortalecer redes familiares y sociales de apoyo al paciente.
- Ofrecer apoyo psicoemocional profesional, a nivel individual y grupal (clubes)

- Promover las actividades recreativas y actividades físicas en grupo.
- Promover las actividades recreativas y físicas en familia.
- Manejo de expectativas con el paciente y su familia.
- Actividades de apoyo psicosocial con profesionales psicólogos.

## **11. Valores - Creencias**

### **11.1. Problemas habitualmente identificados**

- El paciente manifiesta creencias desviadas de la realidad sobre su diabetes.
- Falta de conocimientos sobre el origen y proceso de enfermedad.
- Múltiples creencias sobre el origen de la diabetes (diferentes creencias en diferentes comunidades).
- Múltiples creencias sobre el tratamiento con insulina (dependencia, tratamiento terminal, causa de amputaciones, etc.)
- Priorización de consultas con curanderos y remedios (medicina alternativa).
- Rechazo/abandono de la medicina convencional y farmacológica.
- Sustitución de la medicina convencional por remedios medicinales.
- Detección y tratamiento tardíos de la enfermedad.

### **11.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce el proceso de enfermedad, origen, evolución, complicaciones.

- El paciente conoce la necesidad del tratamiento farmacológico y hábitos saludables.

- El paciente conoce los recursos a su alcance para el control de la enfermedad.

### **11.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las creencias e ideas previas del paciente-familia sobre la enfermedad.

- Identificar las creencias que limitan el autocuidado adecuado.

- Explorar la influencia de creencias religiosas en la adherencia al tratamiento.

- Intervenciones a nivel comunitario para identificación de creencias/mitos.

- Crear alianzas con líderes comunitarios y líderes espirituales para el manejo de creencias/mitos.

- Apoyo espiritual a los pacientes y familias.

- Crear espacios de escucha para compartir creencias y expectativas.

- Educación comunitaria

o Causas y primeros síntomas de la diabetes.

o Importancia de consultar al médico ante los primeros síntomas.

o Riesgos del diagnóstico tardío.

o Riesgo del tratamiento con determinados remedios alternativos.

- Promover actividades de promoción de la salud para la prevención de la diabetes en la comunidad.

- Divulgación de mensajes y consejos sanitarios a través de medios de gran alcance (posters, radio, redes sociales, etc.).

- Reforzar el manejo de la diabetes (Ver patrón 1).

- Crear estrategias para promover el diagnóstico precoz con el equipo de salud.

- Crear estrategias comunitarias para promover la adherencia al tratamiento.

## **ANEXO 3**

### **Plan de cuidados comunitario de EPOC.**

#### **1. Percepción - Manejo De La Salud.**

##### **1.1. Problemas habitualmente identificados**

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico

- Negación ante los primeros síntomas de la EPOC.

- Falta de conocimientos sobre el proceso de la enfermedad y su evolución.

- Bajo grado de disposición para mejorar sus conocimientos.

- Baja adherencia a los autocuidados.

- Bajo grado de disposición para la adopción de hábitos saludables.

- Resistencia al abandono de hábitos tóxicos (tabaquismo) ante los primeros síntomas/ante el empeoramiento.

- Justificación del hábito tóxico (tabaco)

- Uso de la medicación como rescate.

- El paciente no reconoce las posibles causas de su enfermedad (fumador activo/pasivo, inhalación de humo por

quema de residuos, cocina de leña, exposición laboral a humos y sustancias tóxicas, etc.)

## **1.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce el proceso de enfermedad, evolución y complicaciones.
- El paciente conoce y se adhiere a sus autocuidados.
- El paciente se adhiere al tratamiento farmacológico y no farmacológico
- El paciente es consciente de los factores agravantes de su enfermedad.

## **1.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las ideas previas y conocimientos del paciente sobre la EPOC.
- Explorar las capacidades del paciente para comprender el proceso de enfermedad.
- Explorar las motivaciones del paciente para mantener su salud (personalizar el plan de cuidados).
- Identificar, con el paciente, dificultades para la adopción de hábitos saludables.
- Seguimiento periódico de la evolución del paciente.
- Identificar dificultades del paciente para el seguimiento de los controles periódicos.
- Educación adaptada al paciente-familia-cuidador sobre:
  - o Proceso de enfermedad, síntomas, evolución.
  - o Plan de tratamiento y el uso de los dispositivos.
  - o Efectos del tabaco y otros hábitos que conducen a EPOC (exposición a

humos, cocina con leña, quema de basuras, fumador pasivo.)

o Cualquier información necesaria para el manejo de la enfermedad.

- Promoción de programas y actividades de apoyo al abandono del tabaco (individual y campañas comunitarias).
- Club de apoyo de pacientes con EPOC.
- Uso de imágenes y videos para la concienciación sobre los efectos del tabaco.
- Promover la prevención de la adopción del hábito tabáquico en la comunidad.
- Refuerzo de visitas domiciliarias (paciente-familia-cuidador).
- Refuerzo de educación para la salud en la USF (preconsulta, recogida de medicación, etc.).
- Difusión de información y mensajes sobre hábitos saludables a través de medios de comunicación (Radio Comunitaria, redes sociales, grupos, etc.).
- Promover la colaboración de las administraciones en las campañas antitabaco.
- Promover el abandono del tabaco de los miembros de la familia.
- Promover el abandono de la quema de basuras a nivel comunitario.
- Búsqueda de alternativas a la cocina con leña y carbón/Protección durante el cocinado con leña y carbón.

## **2. Nutricional - Metabólico.**

### **2.1. Problemas habitualmente identificados**

- Fatiga durante la alimentación relacionada con disnea/tos.

- Dieta poco equilibrada (baja en proteínas y alta en calorías).

- Escaso consumo de agua.

- Disminución del apetito.

- Desequilibrio nutricional (nutrientes, vitaminas, oligoelementos).

- Pérdida de peso (IMS por debajo del rango considerado normal).

### **2.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene una dieta equilibrada de acuerdo a sus capacidades.

- El paciente mantiene un peso adecuado.

- El paciente ingiere agua suficiente a lo largo del día.

### **2.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Identificar las conductas dietéticas inadecuadas.

- Explorar posibles dificultades del paciente para la adherencia a la dieta.

- Educación al paciente-familia-cuidador sobre:

- o La dieta equilibrada en nutrientes.

- o Dieta baja en sal.

- o Hidratación suficiente a lo largo del día.

- Plan de alimentación personalizado según estilo de vida y condición del paciente.

- Elaborar con el paciente un plan de hidratación durante el día.

- Seguimiento de los planes personales de hábitos dietéticos en consulta/domicilio.

## **3. Eliminación.**

### **3.1. Problemas habitualmente identificados**

- Alteración del patrón de eliminación intestinal.

- Riesgo de retención de líquidos.

- Dificultad para la expectoración.

### **3.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene un adecuado patrón de eliminación de orina.

- El paciente mantiene un adecuado patrón de eliminación intestinal.

- El paciente conoce los ejercicios adecuados para favorecer la expectoración.

### **3.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar el patrón de eliminación y los factores causantes de alteración.

- Identificar los problemas del paciente relacionados con la eliminación (frecuencia, molestias/dolor, eliminación incompleta, etc.).

- Educar al paciente-familia-comunidad sobre los autocuidados para favorecer la eliminación: fomentar una dieta baja en sal, rica en fibra, aumentar la ingesta de agua y realizar actividad física regular.

- Reducir consumo de conservas, embutidos y preparados procesados (ricos en sal).

- Charlas educativas en USF y en la comunidad sobre la importancia de mantener un patrón de eliminación adecuado.

## **4. Actividad - Ejercicio.**

### **4.1. Problemas habitualmente identificados**

- Fatiga/Disnea/Tos durante la actividad física y/o actividades de ocio.
- Intolerancia a la actividad física relacionada con fatiga/disnea/tos.
- Incapacidad para las actividades de la vida diaria relacionado con fatiga/disnea/tos.
- Falta de conocimientos sobre los beneficios de la actividad física en la EPOC.
- Abandono de la actividad física por el temor a los síntomas respiratorios.

### **4.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce los beneficios y el tipo de ejercicio adecuado para él.
- El paciente realiza actividad física regular adecuada a sus capacidades.

### **4.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las limitaciones del paciente para la actividad física.
- Explorar las limitaciones del paciente para las actividades de la vida diaria y cuidado personal.
- Educación del paciente-familia-cuidador sobre:
  - o Los beneficios de la actividad física en la EPOC.
  - o Tipo de ejercicio recomendado para el paciente.
  - o Manejo de la disnea durante la actividad física.
  - o Hidratación durante el ejercicio.
  - o Fisioterapia respiratoria.

o Tiempos de descanso.

- Elaborar con el paciente un plan de actividad física adaptado a sus capacidades: tipo de actividad, regularidad, duración.
- Identificar con el paciente los espacios y momentos donde poder realizar actividad física.
- Elaborar con el paciente un plan personalizado para llevar a cabo las actividades de la vida diaria de la forma más autónoma posible.
- Ejercicios de reeducación respiratoria y aumento de la capacidad vital. Ejercicios de respiración e inhalación. Mejora de la eficacia respiratoria.
- Fomentar la realización ejercicio aeróbico: caminatas, baile, juegos de equipo, en familia/grupos de pacientes.
- Búsqueda de nuevas actividades recreativas adaptadas al paciente.
- Promover la creación de grupos de pacientes para la realización de ejercicio físico y ejercicios respiratorios.
- Proporcionar al paciente-familia-cuidador tablas de ejercicios físicos sencillos y adaptados a las capacidades del paciente.

## **5. Sueño - Descanso.**

### **5.1. Problemas habitualmente identificados**

- Descanso inadecuado relacionado con la disnea/tos nocturna.
- Dificultad para el manejo de la energía durante el día, relacionado al descanso no reparador.
- Somnolencia diurna, relacionado con descanso nocturno no reparador.

- Cansancio crónico.

### **5.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mejora su dinámica respiratoria.
- El paciente logra un descanso adecuado y reparador.
- El paciente mantiene un nivel adecuado de energía durante el día.
- El paciente conoce hábitos saludables que benefician su descanso

### **5.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las limitaciones del paciente para el descanso nocturno.
- Educar al paciente-familia-cuidador sobre conductas que favorecen el descanso:
  - o Cena ligera, 2 h antes de acostarse.
  - o Evitar beber en exceso desde 1 h antes de acostarse.
  - o Realizar los ejercicios respiratorios a diario.
  - o Habitación limpia, ventilada, templada, silenciosa.
  - o Evitar altas temperaturas en el dormitorio.
  - o Evitar la sequedad del ambiente en el domicilio.
- Identificación de posiciones que favorezcan la mecánica respiratoria durante la noche.
- Enseñanza de ejercicios respiratorios.
- Educación en el manejo de la disnea y tos nocturna.
- Fomentar actividades físicas y recreativas suaves durante la tarde.
- Elaborar un plan con el paciente sobre

tiempos de actividad/descanso durante día.

- Educar a la familia en el respeto al descanso del paciente.
- Refuerzo del manejo de la enfermedad (Ver patrón 1).

## **6. Cognitivo - Perceptual.**

### **6.1. Problemas habitualmente identificados**

- Deterioro capacidades cognitivas (memoria, capacidad de atención, capacidad de aprendizaje) relacionado con la evolución de la enfermedad.
- Alteraciones de la sensibilidad relacionado con hipoxia crónica de los tejidos.

### **6.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mejora su mecánica respiratoria.
- El paciente conoce el manejo adecuado de su enfermedad y tratamiento.
- El paciente conoce y mantiene sus autocuidados.
- El paciente se adhiere a los controles periódicos.

### **6.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Exploración de las capacidades cognitivas de los pacientes con EPOC: aprendizaje, memoria, lenguaje, atención, percepción, comprensión.
- Detectar posibles alteraciones cognitivo-sensoriales en los pacientes con EPOC.
- Descartar enfermedades metabólicas o neurológicas ante deterioro cognitivo.

- Exploración sensorial integral del paciente en el servicio de salud (vista, oído, sensibilidad táctil).
- Refuerzo del manejo de la enfermedad (Ver patrón 1).
- Educar e involucrar a la familia en los cuidados del paciente.
- Control del manejo de la medicación.

## **7. Autopercepción - Autoconcepto.**

### **7.1. Problemas habitualmente identificados**

- Alteración del estado de ánimo: tristeza, ansiedad, miedo, depresión.
- Falta de confianza en su capacidad para su autocuidado.
- Dificultad en el manejo de su enfermedad relacionado a la falta de conocimientos.
- Temor a la incapacidad para la actividad física y actividades de la vida diaria relacionado con disnea/fatiga/tos.
- Baja autoestima relacionado con factores asociados al proceso de la enfermedad.
- Falta de motivación para el autocuidado y adopción de hábitos de salud.
- Abandono del autocuidado relacionado con baja autoestima.
- Abandono de actividades de ocio, proyectos personales y planes de futuro.
- Expectativas fatalistas ante la evolución de la EPOC.
- Falta de apoyo familiar y social para el autocuidado.
- Grado de ansiedad elevado relaciona-

do a la dificultad respiratoria.

- Temor a la muerte por falta de oxígeno.
- Negación de la enfermedad y síntomas.
- Riesgo de aislamiento relacionado con su incapacidad a las actividades sociales.
- Dificultad para el abandono del hábito tabáquico.

### **7.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce, es consciente y acepta su estado de salud.
- El paciente conoce sus capacidades y los recursos para el manejo de su enfermedad.
- El paciente identifica la necesidad de ayuda para el autocuidado.
- El paciente dispone del apoyo necesario para los autocuidados adecuados.

### **7.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las emociones del paciente respecto a la enfermedad.
- Explorar las expectativas del paciente respecto a su estado de salud.
- Promoción de la autorresponsabilidad en el manejo de su enfermedad.
- Explorar cómo ha influido la EPOC en su rutina diaria y su toma de decisiones.
- Explorar cómo valora el paciente su capacidad para el autocuidado.
- Identificar con el paciente sus capacidades y limitaciones para el autocuidado.

- Reforzar las capacidades del paciente para el manejo de la EPOC.
- Reforzar los logros del paciente en cuanto al cambio de hábitos conseguidos.
- Capacitación del equipo de salud para el abordaje emocional del paciente.
- Educación/refuerzo de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento.
- Calendarizar visitas domiciliarias para educación a paciente-familia-cuidador.
- Fomentar la implicación de la familia en el cuidado del paciente.
- Fomentar el acompañamiento familiar en las consultas y actividades.
- Ofrecer apoyo psicológico profesional.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo psicosocial en la comunidad.
- Prevenir de tabaquismo activo y pasivo en domicilio/entorno social/entorno laboral.
- Talleres de manejo de emociones y fomento de la autoestima.
- Crear espacios para que pacientes y familias compartan experiencias vivenciales y estrategias de autocuidados.
- Crear clubes de apoyo con pacientes de EPOC (red de apoyo).
- Búsqueda de nuevas actividades recreativas adaptadas al paciente.
- Educación al paciente-familia sobre calidad de vida a los pacientes con EPOC.
- Seguimiento de los problemas de percepción y cognición del paciente: monitorización de la evolución.

- Promover talleres de gestión de las emociones.
- Reforzar las capacidades del paciente para el autocuidado.
- Actividades para promover el entendimiento y concienciación de la familia-comunidad sobre la enfermedad.

## **8. Rol - Relaciones.**

### **8.1. Problemas habitualmente identificados**

- Deterioro/Riesgo de deterioro del rol familiar-social relacionado con la evolución de la enfermedad.
- Deterioro/Riesgo de deterioro de la relación de pareja.
- Abandono de actividades sociales y recreativas.
- Riesgo de aislamiento relacionado con el abandono de actividades y relaciones sociales.
- Pérdida de la independencia relacionado a la evolución de la enfermedad.
- Abandono del propio autocuidado a favor de familiares dependientes.
- Falta de apoyo familiar y social para el autocuidado.

### **8.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene sus actividades y relaciones familiares y sociales.
- El paciente prioriza su autocuidado con el apoyo adecuado.
- El paciente cuenta con apoyo familiar para su autocuidado.

### **8.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Identificar y explorar las redes de apoyo familiar y social del paciente.
- Explorar el apoyo que el paciente recibe de su familia y personas cercanas para la adherencia a sus autocuidados.
- Promover la concienciación e implicación familiar en el manejo de la EPOC (educación).
- Promover el acompañamiento familiar en consulta, actividades educativas, etc.
- Ofrecer apoyo psicológico al paciente y familia.
- Orientar y realizar seguimiento de los autocuidados.
- Talleres de manejo de emociones y fomento de la autoestima.
- Fomentar actividades recreativas con clubes, grupos de apoyo y entorno social del paciente.
- Promover la comunicación entre el paciente y sus redes de apoyo (familiar y social).
- Reintegrar gradualmente al paciente a las actividades recreativas familiares.
- Crear espacios de encuentro y recreación para que el paciente se integre en su entorno.
- Fomentar actividades recreativas familiares, sociales.
- Orientar y realizar seguimiento sobre su autocuidado.
- Talleres de manejo de emociones y fomento de la autoestima.
- Promover la independencia del paciente durante el mayor tiempo posible.
- Promover el abandono del tabaco de los miembros de la familia.

## **9. Sexualidad - Reproducción.**

### **9.1. Problemas habitualmente identificados**

- Incapacidad para mantener relaciones sexuales.
- Mal manejo de la respiración durante las relaciones sexuales.
- Impotencia sexual/disminución de la libido.
- Aparición de síntomas durante las relaciones sexuales.

### **9.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente (y su pareja) dispone de la información y asesoramiento profesional necesario para mantener relaciones de pareja satisfactorias.

### **9.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Identificar las dificultades que el paciente percibe durante sus relaciones sexuales.
- Identificar las emociones que afectan a la vida sexual del paciente. Afectividad.
- Identificar factores que afectan a la calidad de las relaciones sexuales del paciente
- Identificar expectativas sexuales del paciente y pareja
- Incluir a la pareja en la educación sobre la enfermedad.
- Apoyo psicológico del paciente y su pareja.
- El paciente y su pareja identifican las alternativas que mejor favorecen la mecánica respiratoria durante las relaciones sexuales.

- Animar a la pareja a explorar alternativas durante las relaciones sexuales.
- Entrevista con la pareja sexual del paciente e identificación de problemas.
- Promover actividades educativas que incluyan a la pareja.
- Refuerzo de los ejercicios respiratorios para mejorar la dinámica respiratoria.

## **10. Afrontamiento - Tolerancia al Estrés.**

### **10.1. Problemas habitualmente identificados**

- Grado elevado de ansiedad relacionado con el diagnóstico y los síntomas.
- Grado elevado de ansiedad relacionado con las expectativas sobre la evolución de la enfermedad.
- Temor relacionado con los síntomas de la EPOC (disnea)
- Temor relacionado con la evolución de la enfermedad.
- Manejo inadecuado de la ansiedad y estrés.
- Temor al afrontamiento de situaciones de la vida diaria.
- Temor a la pérdida de independencia familiar/social.
- Baja disposición al cambio de estilo de vida (actividad física, dieta, tabaco).
- Mantenimiento del hábito tabáquico para el manejo de la ansiedad.
- Falta de apoyo familiar en el manejo de la ansiedad.

### **10.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente dispone de recursos para el manejo adecuado del estrés/ansiedad en diferentes situaciones.

- El paciente conoce recursos para la reducción del estrés y la ansiedad
- El paciente identifica situaciones estresantes en su día a día
- El paciente dispone de recursos adecuados para el manejo y control del estrés/ansiedad.
- El paciente conoce, es consciente y acepta su estado de salud.
- El paciente dispone con los conocimientos adecuados para el buen manejo de su enfermedad.

### **10.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar el grado de estrés del paciente.
- Explorar las causas de la ansiedad del paciente (situaciones, creencias, emociones, problemas familiares).
- Identificar con el paciente situaciones que le generan estrés/ansiedad (ámbito personal, familiar, social, laboral).
- Apoyar al paciente en la identificación y gestión de emociones.
- Enseñanza de las técnicas de respiración adecuadas para reducir la ansiedad.
- Reforzar los conocimientos del paciente sobre el pronóstico de la EPOC.
- Manejo de las expectativas con el paciente (positivas y negativas).
- Apoyar el abandono del tabaco con el tratamiento asociado y seguimiento adecuado (programas de deshabitación)
- Identificar recursos, herramientas, actividades recreativas y sociales que ayuden a la reducción del grado de es-

trés del paciente.

- Participación de la familia en la identificación de estrategias para el manejo del estrés.

- Promover la práctica de actividad física regular.

- Promover actividades/técnicas de relajación (música, técnicas de respiración, etc...)

- Promover la creación de grupos de apoyo y espacios de escucha para compartir experiencias, temores y expectativas con otros pacientes de EPOC.

- Educación al paciente y familia en técnicas de control de estrés/relajación

- Ofrecer al paciente y familia apoyo, acompañamiento, consejo y espacio de escucha en consulta.

- Ofrecer apoyo psicológico para el paciente y su familia.

## **11. Valores - Creencias.**

### **11.1. Problemas habitualmente identificados**

- Creencias sobre el origen y proceso de enfermedad.

- Creencia de que el tabaco no es la causa de EPOC.

- Creencia de que el tabaco es la única causa de EPOC.

- Creencia de que el ejercicio empeora la enfermedad.

- Priorización de consultas con curanderos.

- Rechazo a la medicina convencional y farmacológica.

- Rechazo/abandono del tratamiento

recomendado y sustitución por remedios medicinales.

- Influencia de la religión en las creencias y en la adherencia al tratamiento

- Priorización de los hábitos tóxicos sobre su autocuidado (tabaco)

### **11.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce, es consciente y acepta su enfermedad.

- El paciente dispone de la información científica adecuada y comprensible.

- El paciente conoce el proceso de enfermedad, origen, evolución, complicaciones.

- El paciente conoce la importancia del tratamiento para el manejo de la EPOC.

### **11.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar e identificar las creencias del paciente sobre la EPOC: causa, tratamiento, evolución, complicaciones, etc.

- Identificar las creencias que limitan el autocuidado adecuado en la EPOC.

- Explorar la influencia de creencias religiosas en la adherencia al tratamiento.

- Educación sanitaria al paciente-familia-cuidador sobre el origen y desarrollo de la EPOC.

- Informar al paciente acerca del pronóstico de la EPOC según el estilo de vida adoptado y adherencia al tratamiento.

- Informar al paciente sobre los hábitos que mejoran el pronóstico de la EPOC.

- Intervenciones a nivel comunitario para identificación de creencias/mitos.

- Crear alianzas con líderes comunitarios y líderes espirituales para el manejo de creencias/mitos.
- Apoyo espiritual a los pacientes y familias.
- Crear espacios de escucha para compartir creencias sobre la EPOC.
- Educación comunitaria sobre:
  - o Causas y primeros síntomas de la EPOC.
  - o Riesgos del diagnóstico tardío de la EPOC.
- Promover campañas de concienciación y prevención de la EPOC en la comunidad.
- Divulgación de mensajes y consejos sanitarios a través de medios de gran alcance (posters, radio, redes sociales, etc.).

## ANEXO 4

### Plan de cuidados comunitario de HTA.

#### 1. Percepción - Manejo De La Salud.

##### 1.1. Problemas habitualmente identificados

- Falta de conocimientos sobre la HTA.
- Negación de su enfermedad crónica.
- Falta de percepción de la gravedad de la presencia de la hipertensión arterial.
- Control inadecuado de la HTA.
- Incapacidad para su autocuidado.
- Incumplimiento / falta de adherencia al tratamiento farmacológico.
- Falta de adherencia a hábitos saludables.
- Falta de adherencia a las consultas de seguimiento y medición de la PA.
- Rechazo del tratamiento farmacológico relacionado con miedo a la dependencia medicamentosa.
- Baja disposición para el abandono del hábito alcohólico y/o tabáquico.
- No relaciona las complicaciones de su

enfermedad con el consumo de drogas, tabaco y alcohol.

- Automedicación del paciente (disponibilidad de diuréticos en almacenes).
- Mal manejo de la PA en el embarazo relacionado con falta de conocimientos.
- Control inadecuado de la PA durante el embarazo (Preeclampsia)
- Baja disposición para la adherencia al plan terapéutico (explorar capacidades, autoestima, falta de apoyo...).

##### 1.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)

- El paciente conoce, es consciente y acepta su estado de salud.
- El paciente conoce las posibles complicaciones de la hipertensión arterial.
- El paciente conoce el riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión Arterial.
- El paciente conoce y se adhiere al tratamiento y hábitos saludables.
- El paciente dispone de los recursos

necesarios para el automanejo y control de la HTA (conocimientos, habilidades, apoyo externo, etc.)

- El paciente mantiene su tensión arterial en rango adecuado.

- El paciente acude a los controles a controles periódicos en consulta.

### **1.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Exploración del nivel de conocimientos del paciente respecto a la HTA.

- Explorar la incapacidad del paciente para su autocuidado.

- Explorar las dificultades de la adherencia al tratamiento / hábitos saludables.

- Monitorización periódica de la tensión arterial del paciente.

- Charlas educativas personalizadas para paciente-familia-cuidador sobre proceso, evolución, complicaciones y riesgo cardiovascular de la HTA.

- Charlas educativas a paciente-familia-cuidador sobre los cuidados del paciente: medicación y hábitos de salud.

- Buscar estrategias para cambiar hábitos que no favorezcan a la salud del paciente.

- Instruir al paciente y su familia sobre el manejo adecuado del tensiómetro.

- Uso de materiales adaptados sobre las complicaciones y secuelas de la HTA.

- Uso de imágenes y videos para la divulgación de mensajes de salud de impacto.

- Fortalecimiento de los clubes de pacientes hipertensos y de otros grupos de apoyo.

- Planificar con el paciente cambios graduales en su estilo de vida y monitorizar su consecución.

- Charlas y actividades para prevención de la HTA en la preconsulta.

- Educación para la deshabituación del tabaco y el alcohol.

- Ayudar al paciente a identificar las razones para el abandono del hábito tabáquico.

## **2. Nutricional - Metabólico.**

### **2.1. Problemas habitualmente identificados**

- Desequilibrio nutricional relacionado con hábitos dietéticos inadecuados (rica en carbohidratos y abuso de frituras).

- Obesidad asociada a la HTA.

- Consumo de alimentos de poca calidad nutricional

- Consumo de alimentos ricos en sal.

- Uso de cantidad de sal elevado en el cocinado de los alimentos.

- Escasa ingesta de agua a lo largo del día.

- Desconocimiento sobre las propiedades de los alimentos.

- Desconocimiento sobre la elaboración de platos saludables.

- Horarios irregulares en las comidas a lo largo del día.

- Problemas relacionados: dificultad para acceder a productos de calidad; bajos recursos económicos; consumo de alimentos en mal estado; fácil acceso a los alimentos poco adecuados (frituras, empanadas, ollas populares,

catering, distribuciones de comida, 'kit del escolar').

## **2.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente es consciente de la importancia de la dieta en el control de la HTA.
- El paciente sigue una dieta adecuada para el control de su enfermedad.
- Paciente reduce el consumo de sal en las comidas.
- El paciente consume la cantidad de agua adecuada a lo largo del día.
- El paciente sigue una dieta equilibrada ajustada a sus capacidades.
- Paciente mantiene un peso corporal saludable.

## **2.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente sobre alimentación en HTA.
- Educar al paciente y su familia sobre los beneficios de mantener una dieta saludable.
- Educación a paciente-familia-cuidador sobre la alimentación y dieta adecuada.
- Plan de cuidados enfocados en el control de peso.
  - o Desarrollar un plan de comidas diarias teniendo en cuenta:
    - o Cantidad y raciones necesarias
    - o Horarios
    - o Dieta baja en calorías, grasas, sal y rica en fibra.
- Talleres de cocina económica.
- Talleres de preparación de platos saludables.

- Promover la presencia de un/a nutricionista en las actividades de promoción.

- Elaborar un plan de hidratación individualizado con paciente-familia-cuidador.
- Instruir a los pacientes en la lectura de etiquetas de productos para identificar alimentos ricos en sodio.
- Talleres de cocina saludable a partir del 'Kit de alimento del escolar'.
- Empoderar a la cocinera/cocinero en el domicilio. Empoderar e involucrar a la familia.
- Controles/seguimiento del paciente y sus hábitos de alimentación.
- Compartir almuerzos saludables en sociedad, grupos, vecinos.

## **3. Eliminación.**

### **3.1. Problemas habitualmente identificados**

- Deshidratación.
- Deterioro de la función renal en fases avanzadas.
- Disminución de la frecuencia de eliminación intestinal relacionado con dieta escasa en fibra y agua.
- Falta de adherencia al tratamiento con fármacos diuréticos.
- Automedicación del paciente con diuréticos (fácil acceso en las despensas).
- Retención de líquidos relacionado con elevado consumo de sal / función renal.

### **3.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- Paciente mantiene patrón de eliminación adecuado.

- Paciente conoce los beneficios de consumir alimentos ricos en fibras y aumenta su consumo.
- El paciente consume agua suficiente a lo largo del día.

### **3.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar el patrón de eliminación del paciente.
- Explorar las causas de la alteración del patrón de eliminación.
- Exploración de la función renal (albúmina/creatinina, filtrado glomerular, etc.)
- Reducir la cantidad de sal en la dieta. (Ver patrón 2).
- Reforzar el manejo de la diabetes (Ver patrón 1).
- Educación al paciente-familia-cuidador en autocuidados para regular el patrón intestinal: aumento de la ingesta de fibra, agua y de actividad física.
- Control de la terapia farmacológica (valorar la necesidad de diuréticos).

## **4. Actividad - Ejercicio.**

### **4.1. Problemas habitualmente identificados**

- Actividad física insuficiente.
- Falta de conocimiento sobre el beneficio y tipo de ejercicios físicos para HTA.
- Miedo a la realización de ejercicio físico relacionado con la HTA.
- Dolores articulares relacionados a la falta de movimiento / otros.

### **4.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente hipertenso conoce los beneficios de realizar actividad física.
- El paciente mantiene una vida activa con los cuidados adecuados.
- El paciente realiza actividad física adecuada a sus capacidades.

### **4.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Educación al paciente sobre los beneficios de la actividad física para el manejo de la HTA y el control de peso.
- Exploración de las limitaciones/dificultades para la actividad física.
- Identificación de riesgos para la actividad física (piel, vista, riesgo cardiovascular).
- Identificar miedos del paciente ante la actividad física.
- Elaboración de un plan personalizado de actividad física: tipo de ejercicio, frecuencia, duración e intensidad.
- Organización de grupos para realizar actividad física: caminatas, bailes, otros deportes.
- Recomendar disminuir el uso de vehículos.
- Recomendar y enseñar actividades físicas que se pueden realizar en los hogares.
- Organizar actividades recreativas con los clubes y/o grupos de apoyo.
- Instruir a líderes comunitarios para organizar actividades deportivas en la comunidad con los pacientes y su entorno social.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal.
- Controlar el cumplimiento del programa de actividad física.

- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicio.

## **5. Sueño - Descanso.**

### **5.1. Problemas habitualmente identificados**

- Descanso insuficiente / no reparador.
- Alteración del patrón de sueño relacionado con ansiedad crónica.
- Alteración del patrón de sueño relacionado con la relacionado con medicación diurética.

### **5.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene un descanso reparador
- El paciente conoce técnicas de manejo de la ansiedad y estrés

### **5.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar el patrón de descanso del paciente.
- Explorar las posibles causas de la alteración del sueño/descanso del paciente.
- Educar al paciente-familia-cuidador sobre conductas que favorecen la higiene del sueño:
  - o Evitar alimentos/sustancias estimulantes (alcohol, café, tabaco...)
  - o Cena ligera, 2 h antes de acostarse. Evitar comidas ricas en carbohidratos, azúcares, grasas.
  - o Evitar beber en exceso desde 1 h antes de acostarse.
  - o Realizar ejercicio físico regular como rutina de vida.
  - o Habitación limpia, ventilada, templada, silenciosa.

- o Evitar luces frías e intensas.
- o Horario regular de descanso.
- o Evitar aparatos digitales previo al descanso.

- Reevaluar la pauta de tratamiento diurético de la HTA.

- Ayudar al paciente a establecer una rutina que facilite la adaptación al sueño.

- Recomendar actividades tranquilas al final del día.

- Crear estrategias de alianza con líderes comunitarios, comisiones vecinales, iglesias, escuelas y otros, para organizar actividades que favorezcan el descanso comunitario (control del ruido nocturno).

## **6. Cognitivo - Perceptual.**

### **6.1. Problemas habitualmente identificados**

- Síntomas relacionados con la tensión elevada: dolor de cabeza, náuseas, dolor muscular torácico.

- Secuelas de ACV (pérdida parcial de movilidad).

- Deterioro cognitivo como complicación a medio-largo plazo: pérdida de memoria, capacidad de atención y aprendizaje.

- Deterioro de la visión relacionado con el mal control de la tensión arterial (hipertensión ocular).

- Deterioro de la memoria relacionada con el mal control del estrés crónico.

- Pérdida de sensibilidad y fuerza (en manos principalmente)

### **6.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce los síntomas de la elevación de la PA.
- El paciente mantiene la tensión arterial dentro del rango adecuado.
- El paciente mantiene una adhesión al tratamiento terapéutico.

### **6.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Refuerzo del manejo de la enfermedad para evitar las complicaciones (Ver patrón 1)
- Control/Seguimiento del cumplimiento terapéutico y evolución de la enfermedad, en USF/domicilio.
- Educación a paciente-familia-cuidador en la detección de complicaciones.
- Alivio de los síntomas.
- Derivación temprana a especialistas cardiovasculares y oftalmólogos de ser necesario.

## **7. Autopercepción - Autoconcepto.**

### **7.1. Problemas habitualmente identificados**

- Alteración del estado de ánimo: ansiedad, tristeza, depresión...
- Toma de decisiones inadecuadas para el control de las HTA.
- Falta de confianza en sus capacidades para mejorar su estado de salud (sentido de coherencia).
- Temor a la pérdida de independencia relacionado con la HTA.
- Baja autoestima relacionado con factores asociados al proceso de la enfermedad.
- Falta de motivación para el autocuidado y adopción de hábitos de salud.

- Abandono del autocuidado relacionado con baja autoestima.
- Abandono de proyectos personales y planes de futuro.
- Expectativas fatalistas ante la evolución de la HTA relacionado con desconocimiento del proceso de enfermedad/falta de apoyo para el autocuidado.

### **7.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce y acepta su estado de salud.
- El paciente identifica sus dificultades para su autocuidado.
- El paciente conoce sus recursos/activos de salud para el control de la HTA.
- El paciente conoce sus capacidades para el manejo de la HTA.
- El paciente identifica sus dificultades para su autocuidado.

### **7.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las emociones del paciente respecto a su enfermedad (temores).
- Explorar las expectativas del paciente respecto a su estado de salud.
- Explorar sobre su autoconcepto (qué piensa el paciente de sí mismo).
- Promoción de la autorresponsabilidad en el abordaje de la HTA.
- Explorar cómo ha influido la presencia de HTA en sus hábitos y su toma de decisiones.
- Explorar cómo valora el paciente su capacidad para el autocuidado.
- Identificar con el paciente sus capacidades y limitaciones para el autocuidado.

- Reforzar las capacidades del paciente para el control de la HTA.
- Reforzar los logros del paciente en cuanto al cambio de hábitos conseguidos.
- Capacitación del equipo de salud para el abordaje emocional del paciente.
- Talleres de manejo de emociones y fomento de la autoestima.
- Promover las actividades de grupo y comunitarias, con el refuerzo de los clubes de hipertensos.
- Crear espacios para que pacientes y familias compartan experiencias vivenciales y estrategias de autocuidados.
- Educación/refuerzo de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento.
- Calendarizar visitas domiciliarias para educación a paciente-familia-cuidador.
- Fomentar el acompañamiento familiar en las consultas y actividades.
- Ofrecer apoyo psicológico profesional.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo psicosocial en la comunidad.
- Fomentar la implicación de la familia en el cuidado del paciente.
- Prevenir de consumo de drogas, tabaco y alcohol (inicio/recaída).

## **8. Rol - Relaciones.**

### **8.1. Problemas habitualmente identificados**

- Riesgo de deterioro del rol familiar/laboral relacionado con el mal control y complicaciones de la HTA.
- Riesgo de aislamiento relacionado con la pérdida de actividades-relaciones

sociales y/o con la pérdida de independencia.

- Riesgo de pérdida de la independencia para el autocuidado.
- Pérdida de la independencia relacionado con complicaciones de la hipertensión arterial (ACV, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, etc.).
- Falta de apoyo familiar y social para el autocuidado.
- Dificultad para el autocuidado en el contexto laboral y social (comportamiento poco saludable del grupo social del paciente).

### **8.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente mantiene su rol familiar, social y laboral.
- El paciente tiene el apoyo familiar para su autocuidado.
- La familia se involucra y colabora en el cuidado del paciente.

### **8.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las redes de apoyo familiar y social del paciente.
- Explorar el apoyo que el paciente recibe de su familia y personas cercanas para la adherencia a sus autocuidados.
- Promover la implicación familiar en el abordaje de la HTA.
- Promover el acompañamiento familiar en consulta, actividades educativas, etc.
- Ofrecer apoyo psicológico al paciente y su familia.
- Orientar y realizar seguimiento de los autocuidados.

- Talleres de manejo de emociones y fomento de la autoestima.
- Fomentar actividades recreativas con clubes, grupos de apoyo y entorno social del paciente.
- Promover la comunicación entre el paciente y sus redes de apoyo (familiar y social).

## **9. Sexualidad - Reproducción.**

### **9.1. Problemas habitualmente identificados**

- Impotencia sexual.
- Disminución de la libido.
- Temor a las relaciones sexuales relacionado con el esfuerzo físico (riesgo cardiovascular).
- Complicaciones durante el embarazo (preeclampsia).
- Escasa consulta respecto a problemas durante las relaciones sexuales (por miedo, vergüenza, inseguridad, etc.)
- Deterioro de la relación de pareja.

### **9.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente (y su pareja) disponen de la información y asesoramiento profesional necesario.
- La paciente acude a los controles periódicos de la tensión arterial durante el embarazo.

### **9.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar con el paciente (y su pareja) las dificultades para las relaciones íntimas.

- Exploración de las preocupaciones de la pareja.
- Reforzar el manejo y control de la enfermedad para la prevención de las complicaciones. (Ver patrón 1 y 2).

- Trabajar con la pareja sobre los autocuidados en la enfermedad.

- Implicar a la pareja en los controles de salud y actividades educativas del paciente.

- Talleres de apoyo psicológico en pareja/grupos de parejas.

- Talleres de afectividad y sexualidad con profesionales (parejas/grupos).

- Valoración de alternativas para mejorar las relaciones sexuales.

- Exploración de las expectativas del paciente y su pareja respecto al acto sexual.

- Abordaje del paciente: El equipo de salud realiza un abordaje inclusivo (sexualidad inclusiva) y con enfoque de género.

- Ofrecer información sobre alternativas para mantener una vida sexual satisfactoria para la pareja.

- Capacitaciones del equipo de salud de familia en afectividad, sexualidad y enfoque de género.

- Control periódico de la presión arterial durante el embarazo.

- Promoción de la concepción controlada y segura.

- Programar actividad física con la pareja.

- Derivación a especialistas cardiólogos, urólogos, psicólogos, sexólogos según necesidad.

## **10. Afrontamiento - Tolerancia al Estrés.**

### **10.1. Problemas habitualmente identificados**

- Grado elevado de ansiedad relacionado con el diagnóstico/proceso de enfermedad.
- Grado elevado de ansiedad relacionado con factores externos (inundaciones, economía, inseguridad ciudadana, etc.)
- Grado elevado de estrés en el núcleo familiar/entorno laboral (conflictos familiares, problemática social, etc.)
- Negación de la responsabilidad propia en el control de la enfermedad.
- Falta de apoyo familiar en para los autocuidados.
- Negación de la relación de la HTA con hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, otras drogas.
- Consumo de alcohol como ayuda para el manejo del estrés.

### **10.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente dispone de recursos para el manejo adecuado del estrés/ansiedad en diferentes situaciones.
- El paciente acepta su estado de salud y la necesidad de autocuidado.
- La familia conoce la enfermedad y la influencia del estrés en la HTA.

### **10.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar grado de estrés del paciente.
- Explorar los recursos personales del paciente para el manejo del estrés

(recursos y estrategias que utiliza el paciente).

- Explorar el entorno del paciente (familiar, social y laboral) y ayudar al paciente a identificar las situaciones estresantes que precipitan la ansiedad.
- Promover la creación de clubes/grupos de apoyo y espacios de escucha.
- Identificar recursos, herramientas, actividades recreativas y sociales que ayuden a la reducción del grado de estrés del paciente.
- Promover actividades recreativas (talleres de manualidades, talleres de relajación, control de la respiración, actividades deportivas, actividades recreativas, baile, etc).
- Ofrecer interconsultas con psicología.
- Promover talleres de relajación y meditación.
- Ayudar a clarificar los conceptos equivocados y miedos ante la HTA.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Manejo de expectativas del paciente (positivas y negativas).
- Identificar actividades recreativas y sociales que ayuden a la reducción del grado de estrés del paciente.

## **11. Valores - Creencias.**

### **11.1. Problemas habitualmente identificados**

- Creencia sobre la dependencia a la medicación.
- Creencias de que la hipertensión es una enfermedad emocional, no física.

- Priorización de consultas con curanderos.
- Rechazo al tratamiento por creencias religiosas.
- Priorización de los hábitos tóxicos sobre su autocuidado (hábito tabáquico, alcoholismo).
- Consumo de alcohol como relajante.
- Abandono del tratamiento recomendado y sustitución por remedios medicinales.

### **11.2. Necesidades de salud (objetivos y priorización)**

- El paciente conoce el proceso de enfermedad, origen, evolución, tratamiento y complicaciones.
- El paciente conoce los riesgos del abandono de la medicación.
- El paciente abandona hábitos tóxicos.

### **11.3. Intervenciones / Actividades (enfoque Salutogénico)**

- Explorar las creencias e ideas previas del paciente-familia sobre la enfermedad.
- Identificar las creencias que limitan el autocuidado adecuado en la HTA.
- Explorar la influencia de creencias religiosas en la adherencia al tratamiento.
- Intervenciones a nivel comunitario para identificación de creencias/mitos.
- Crear alianzas con líderes comunitarios y líderes espirituales para el manejo de creencias/mitos.
- Apoyo espiritual a los pacientes y familias.
- Crear espacios de escucha para compartir creencias sobre la HTA.

- Educación a pacientes y a comunidad sobre: o Causas y primeros síntomas de la HTA.

- o Importancia de consultar al médico ante los primeros síntomas.
- o Riesgos del diagnóstico tardío de la HTA.
- o Riesgo del tratamiento con determinados remedios alternativos.
- o Cualquier información necesaria para el manejo de la enfermedad.

- Promover actividades de promoción de la salud para la prevención de la HTA en la comunidad.

- Divulgación de mensajes y consejos sanitarios a través de medios de gran alcance (posters, radio, redes sociales, etc.).

- Reforzar el manejo de la HTA (Ver patrón 1).

- Crear estrategias para promover el diagnóstico precoz de la HTA.

- Crear estrategias comunitarias para promover la adherencia a los antihipertensivos.

- Crear alianzas con líderes espirituales, iglesias.

- Explorar los remedios alternativos que toma el paciente.

- Redirigir en la toma de remedios, y educar al paciente en su combinación con la medicación (si es preciso).

- Ofrecer alternativas terapéuticas al paciente (tratamientos combinados).

- Organizar talleres de medicina natural desarrollados por especialistas.

# Estrategia de implementación de planes de cuidados en Atención Primaria de Salud

Con la colaboración de:



**Fuden**  
Fundación para el desarrollo  
de la Enfermería

Con la financiación de:

