

Plan de Cuidados de Enfermería a un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

Curso académico (2021-2022)

Autora: Lara Mata Galván

Tutora: Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

Cotutor: Ángel Jonatan Medina Ponce

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Junio 2022

Resumen

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica está considerada como uno de los problemas de salud pública más prevalentes, afectando a 2,9 millones de persona a nivel nacional. Dicha enfermedad presenta diferentes factores de riesgo exógenos y endógenos, donde la principal causa evitable es el tabaquismo, por lo que su prevención se vuelve indispensable en la lucha contra ella.

Se ha desarrollado un plan de cuidados individualizado a un paciente diagnosticado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un centro de atención primaria de Gran Canaria.

Como herramienta de valoración se ha utilizado los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Para identificar los diagnósticos de enfermería, los objetivos e intervenciones enfermeras se ha empleado las taxonomías NANDA, NOC y NIC respectivamente.

Los diagnósticos de enfermería priorizados de manera conjunta con el paciente se centraron en: patrón respiratorio ineficaz, estilo de vida sedentario, riesgo de nivel de glucemia inestable, sobrepeso, riesgo de caídas en el adulto, autogestión ineficaz de la salud y aislamiento social.

Tras la intervención enfermera basada en el apoyo-educativo, se ha podido objetivar una mejoría en la calidad de vida, manifestada por el propio paciente. Esto ha permitido cerrar algunos de los diagnósticos de enfermería, quedando activos otros debido a estar más relacionadas con la esfera anato-fisiológica.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cuidados de enfermería, cuidados, EPOC, enfermería, paciente, plan de cuidados.

Índice

1. Introducción	1
2. Material y método	4
3. Resultados	5
3.1. Presentación del caso.....	5
3.2. Fase de valoración	5
3.3. Fase diagnóstica.....	8
3.4. Fase de planificación	10
3.5. Fase de ejecución.....	12
3.6. Fase de evaluación.....	12
4. Discusión.....	13
5. Conclusiones	15
Bibliografía.....	17

1. Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define como una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal con afección persistente de las vías aéreas. Sus principales síntomas son la disnea progresiva, la tos crónica y la expectoración, y generalmente se desarrolla a partir de los 40 ó 50 años^{1,2}. Su causa fundamental es el humo del tabaco, tanto en fumadores activos como pasivos, suponiendo, además, la principal causa evitable².

Con ello, para su diagnóstico y posterior seguimiento es necesario realizar diferentes pruebas como radiografía de tórax, espirometría, tomografía axial computarizada, oximetría, gasometría arterial, análisis de sangre, prueba de marcha de 6 minutos, electrocardiograma y ecocardiograma³. Sin embargo, la principal prueba diagnóstica es la espirometría, que se basa en medir el volumen de espiración efectuada con la máxima rapidez y esfuerzo con el que se espira. Por lo que, es clave su realización, volviéndose una prueba básica en atención primaria, para la población objeto de ser diagnosticada de EPOC y evitar así el infradiagnóstico¹.

Según la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) clasifica la EPOC en diferentes fenotipos³:

- Fenotipo no agudizador: paciente diagnosticado de EPOC que ha sufrido como máximo un episodio agudo una vez durante el año previo.
- Fenotipo agudizador: se define como aquel paciente que ha sufrido dos o más agudizaciones tanto ambulatorias como graves en el año.
 - Fenotipo agudizador eosinófilo: paciente con >300 eosinófilos/mm³ en fase estable.
 - Fenotipo agudizador no eosinófilo: paciente con <300 eosinófilos/mm³ en sangre periférica.

Referente a los factores de riesgo, existen los factores exógenos: como el tabaquismo activo o pasivo, el polvo de trabajo y químicos (actividades mineras), la contaminación del aire o infecciones repetidas de las vías aéreas; y los factores endógenos: edad, sexo, deficiencia de la alfa-antitripsina o el envejecimiento pulmonar^{2,3}.

Por otro lado, el signo por excelencia en la EPOC es la disminución persistente del flujo espiratorio forzado a 1 segundo (VEF1), aunque también se muestra un incremento del volumen residual y del cociente del volumen residual². Además, permite establecer la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo. Dependiendo del resultado se clasifican en¹:

- Grado I (leve): cuando el FEV₁, posbroncodilatador es $\geq 80\%$.

- Grado II (moderado): cuando el FEV₁ posbroncodilatador se encuentra entre 50-80%.
- Grado III (grave): cuando el FEV₁ posbroncodilatador se encuentra entre 30-50%.
- Grado IV (muy grave): cuando el FEV₁ posbroncodilatador es <30%.

En la actualidad, se estima que 2,9 millones de personas padecen EPOC, constituyendo un problema de salud pública y generando un impacto de entre 675-775 millones de euros anuales^{3,4}, y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como otros costes relacionados con la discapacidad. Cabe destacar que el infradiagnóstico conlleva que el diagnóstico se produzca en estadios avanzados, suponiendo así un mayor gasto de recursos sanitarios^{2,3}. El coste medio directo por paciente asciende a los 1.712-3.238 euros, relacionados con hospitalizaciones, fármacos, etc., y los costes indirectos se elevan a unos 1.440 euros por paciente/año, englobando los costes de cuidadores informales, formales y estancias en residencias⁴.

En 2020, en España, datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, muestran que fallecieron 42.423 personas por enfermedades del sistema respiratorio, siendo esta la cuarta causa de muerte, con una tasa de 89,6 fallecidos por cada 100.000 habitantes⁵. La Organización Mundial Salud apuntan que la tercera causa de muerte en el mundo el pasado 2019 fue la EPOC, por debajo de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, suponiendo así aproximadamente 3,5 millones de fallecimientos⁶.

La comorbilidad en Canarias en comparación a la del resto de España se encuentra aumentada, sobretodo en pacientes con hipertensión arterial, dislipidemia, cardiopatía isquémica y arritmia cardíaca. Sin embargo, respecto a los datos de prevalencia, estos están invertidos siendo menor el porcentaje en Canarias (7%) respecto al 10% a nivel peninsular¹.

Asimismo, los usuarios diagnosticados con frecuencia son pluripatológicos, dado que se asocian a enfermedades crónicas debido a la exposición del tabaco y a la avanzada edad, entre ellas, las más comunes son: enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, depresión y ansiedad, disfunción músculo-esquelético, síndrome metabólico, cáncer de pulmón, cataratas, deterioro cognitivo, hipertensión arterial, apnea del sueño y diabetes mellitus^{1,2}.

La Enfermería es un pilar profesional fundamental en el abordaje de la EPOC¹ y en su seguimiento, ya que los cuidados enfermos tienen como finalidad mejorar el bienestar del usuario siendo el centro de la atención, usando la educación y la promoción de la salud³. Es necesario que el abordaje sea interdisciplinar, integral y continuado con el fin de conseguir el

control de la enfermedad y generar cambios en el comportamiento del usuario. Por otro lado, la prevención primaria de los factores de riesgos reduce la aparición de la enfermedad, por ejemplo, el tabaquismo tanto activo como pasivo, como principal factor evitable.

En este contexto, los modelos conceptuales, provee una guía general para la práctica clínica, mediante la relación entre sus elementos metaparadigmáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Entre los diversos modelos de pensamiento enfermero de la escuela de necesidades y del paradigma de la integración, el modelo planteado por Dorothea Orem y su teoría del déficit de autocuidado, compuesto por: la teoría del autocuidado, del déficit de autocuidados y de los sistemas de enfermería, puede ser esta guía en el contexto de la atención primaria de la salud. El objetivo que plantea es: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"⁷. En el marco del sistema de enfermería de apoyo-educativo, el profesional puede adoptar diferentes roles: suplencia y ayuda, enseñar, guiar, promover un entorno favorecedor para su desarrollo personal y apoyo físico y psicológico.

Esta teoría es implementada en la práctica enfermera a través del método científico, en este caso con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este proceso estructurado en 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, permite prestar cuidados formales de una forma racional, lógica, sistemática e individualizada ya que las diferentes fases no son entidades aisladas, sino que se superponen y complementan en el marco del proceso⁸.

En este contexto el objetivo general del trabajo es planificar e implementar un PAE dirigido a responder a las necesidades y mejorar la calidad de vida de un paciente con EPOC.

Y los objetivos específicos:

1. Realizar una valoración integral del paciente usando los patrones funcionales de Marjory Gordon.
2. Identificar y clasificar los problemas en cada patrón disfuncional según la taxonomía NANDA.
3. Priorizar y planificar los objetivos (NOC) y las actividades (NIC) asociados a los diagnósticos de enfermería.
4. Ejecutar las intervenciones y actividades descritas en el plan de cuidados.
5. Evaluar los resultados obtenidos en función a los objetivos planteados y de las intervenciones realizadas.

2. Material y método

Este trabajo se ha centrado en la realización de un plan de cuidados a un paciente con diagnóstico de EPOC en un centro de Atención Primaria de la isla de Gran Canaria. Ha tenido una duración de 5 meses, desde diciembre de 2021 hasta abril de 2022, tras obtener el dictamen del CEIm de referencia (25 de noviembre de 2021; Nº 2021-451-1), y el consentimiento informado del paciente, garantizándose la confidencialidad, el anonimato y la participación voluntaria.

Como herramienta de valoración se utilizó los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon⁹. Tras la anamnesis y la entrevista, se pudo identificar los patrones disfuncionales. Las escalas y test utilizados fueron: el test de adhesión a los inhaladores¹⁰, evaluación del estado nutricional MNA¹¹, el cuestionario de la adhesión de la dieta mediterránea¹¹, la escala de Morisky-Green¹¹, el Test de Fageström¹¹, el Test de Richmond¹¹, la escala sociofamiliar de Gijón¹¹, el índice de Barthel¹¹, la escala de Lawton y Brody¹¹, preguntas de cribado de riesgo de caídas¹¹, Monofilamento Semmes-Weinstein 5.07¹², la escala de disnea modificada Medical Research Council (mMRC)³, índice de Katz¹³, el test de Pfeiffer¹³, test de depresión de Yessavage¹³, la escala de Apgar-familiar¹³ y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg¹⁴.

Se ha utilizado la *Taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*¹⁵ para identificar y clasificar los diagnósticos enfermeros relacionados con los patrones disfuncionales.

Una vez identificadas las respuestas y establecidos los diagnósticos de enfermería, de manera conjunta con el paciente se definieron los objetivos y las intervenciones del Plan de Cuidados, según la *Nursing Outcomes Classifications (NOC)*¹⁶ para los objetivos, y la *Nursing Interventions Classification (NIC)*¹⁷ para las intervenciones y sus respectivas actividades. Para la evaluación, se ha empleado la escala Likert como herramienta estructurada de recopilación de datos, en la cual a través de un conjunto de ítems con puntuaciones entre 1 (inadecuado) y 5 (completamente adecuado), se detalla el rango en el que se encuentra el paciente en el momento de la valoración, el objetivo fijado y el resultado conseguido tras las actividades enfermeras desarrolladas¹⁸.

3. Resultados

3.1. Presentación del caso

Paciente varón de 77 años en seguimiento por Atención Primaria (AP) con los siguientes antecedentes personales: EPOC, HTA esencial, DM2, dislipemia, isquemia coronaria crónica, deterioro cognitivo leve, hipoacusia, tumor del orificio uretral, tumor del cuerpo del páncreas e incontinencia urinaria.

3.2. Fase de valoración

Utilizando los 11 patrones de Marjory Gordon⁹ en la entrevista estructurada y la exploración física, determinamos los siguientes resultados en cada uno de ellos (Tabla 1).

Tabla 1. Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon⁹

Patrón 1: Percepción-control de la salud
<p>El paciente se muestra preocupado por su estado actual de salud. En seguimiento por Atención Primaria y Atención Especializada en la unidad de digestivo, urología y neumología.</p> <p>Polimeditado, comenta que conoce su medicación, pero no la toma correctamente. No ha presentado ningún problema con la medicación y no toma fármacos que no figuran en su plan de tratamiento. No presenta alergias medicamentosas.</p> <p>Tratamiento actual: Omeprazol 20 mg VO 0-0-0-1-0, Insulina glargina 100U/ml SC 14-0-0-0-0, Empagliflozina y Metformina 12,5mg/1000 mg VO 1C/12h, Ácido acetilsalicílico 100 mg VO 0-1-0-0-0, Furosemida 40 mg VO 1-0-0-0-0, Pentoxifilina 400 mg VO 0-0-0-1-0, Atorvastatina 40 mg VO 0-0-0-1-0, Tamsulosina 0,4 mg VO 0-0-0-1-0, Glutámico ácido, Alanina, Glicina y Pygeum Africanum VO 1-1-0-0-0, Metamizol 575 mg VO 1C/8h, Paracetamol 1000 mg VO 1C/8h, Budesonida y Formuterol fumarato dihidrato 160/4.5 mcg INH 2-0-0-2-0, Bromuro de Ipratropio 20 mcg INH 3-3-0-3-0.</p> <p>Fumador de 30 cigarrillos al día durante más de 40 años en fase de precontemplación. Abstemio, no consume drogas. Estado vacunal incompleto, se ha vacunado exclusivamente de la COVID-19 (3 dosis; última dosis 02/11/2021) y de la gripe (última dosis 02/11/2021). Pendiente de vacuna Prevenar 13, antitetánica y Pneumo 23.</p> <p>Refiere que no acude de manera periódica a citas en el centro de salud. Último ingreso hospitalario en octubre de 2021 relacionado con tratamiento quirúrgico de Ca. Próstata.</p> <p>Análítica (2021): Glucosa 155 mg/dL. HbA1c: 14%. HbA1c: 52 mmol/mol. HDL-colesterol 57 mg/dL. LDL-colesterol 105 mg/dL. Colesterol 207 mg/dL. Triglicéridos 225 mg/dL. La tasa de filtrado glomerular se encuentra levemente elevada 134,28 ml/min. Hemoglobina: 13,8 g/dL. Hematocrito: 40,5%.</p> <p>Peso: 85,4 kg. Talla: 173 cm. IMC: 28,53. Tensión Arterial: 112/89 mm/Hg. FC: 89 lpm. FR: 38 rpm. Glucemia al azar: 258 mg/dl. Sat: 98%. RCV: Enfermedad cardiovascular establecida.</p> <p>Última espirometría: FVC: 59% FEV1: 50 % FEV1/FVC: 52,61%.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Test de Morisky-Green-Levine: 2 puntos (no cumplidor).➤ Test de Adhesión a los inhaladores: 20 puntos (Mala adhesión).➤ Test de Fageström para la dependencia a la nicotina: 9 puntos (Alto grado de dependencia).➤ Test de motivación de Richmond: 2 puntos (Motivación baja).
Resultado del patrón: Alterado

Patrón 2: Nutricional-metabólico

El paciente refiere no hacer dieta especial, aunque apunta que su alimentación no es adecuada. El consumo de frutas y verduras no lo realiza diariamente. Consume legumbres, pastas y arroz, cada una de ellas, más de dos veces por semana. Toma lácteos diariamente y huevos 2 veces en semana. Según comenta, consume carne y pescado, cuando puede permitírselo. No utiliza edulcorantes y su ingesta de sal es baja. Señala que su apetito se ha visto aumentado los últimos meses y que ha ganado peso, pero que únicamente realiza dos comidas al día. Indica que toma más de 2 litros de agua al día. No presenta dificultades para la alimentación y presenta prótesis dental total.

Muestra un buen estado de la piel y mucosas, hidratadas, sin alteraciones. No presenta edemas, lesiones. Exploración del pie diabético: buena higiene y color de la piel, hidratado, sin edemas ni deformidades. Pulso pedio y tibial posterior conservados.

Buena higiene general y buen estado en uñas, sin deformidades ni onicomycosis.

- Monofilamento Semmes-Weinstein 5.07: 5 puntos. (Sensibilidad alterada).
- Evaluación del estado nutricional MNA: 20 puntos (Riesgo de malnutrición).
- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea: 6 puntos (baja adherencia).

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 3: Eliminación

Presenta un buen hábito intestinal, realizando deposiciones una vez al día, de aspecto y consistencia normales. No presenta estreñimiento ni necesita ayuda de laxantes. Presenta problemas de alteración urinaria. Comenta que realiza 10 micciones diarias de aspecto normocolúricas y sin sedimentos. Está diagnosticado de incontinencia urinaria funcional desde hace 2 años y utiliza Absorbentes de Incontinencia Orina. La sudoración es normal.

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Refiere buena movilidad sin necesidad de dispositivos de ayuda, aunque tras el diagnóstico de la EPOC, ha llevado una vida más sedentaria. Presenta síntomas compatibles con una disnea de esfuerzo como la dificultad respiratoria, asfixia, fatiga o tos. Referente a las AVD básicas no precisa de ayuda para bañarse, vestirse, alimentarse. Relacionado con las AVD instrumentales dispone de ayuda en casa para realizar las labores del hogar, como limpiar, cocinar, planchar, etc. En concreto, servicio de ayuda a domicilio municipal (SAD), ya que de forma autónoma no las realizaba con éxito.

En la actualidad no precisa de oxigenoterapia extra. Comenta que está jubilado y que acude al centro de día durante las mañanas. Se le ha realizado la ley de Dependencia en 2019 con resolución de Dependencia Severa.

Actividades de ocio: son las realizadas en el centro de día, como reuniones recreativas, talleres de manualidades, musicoterapia, etc.

- Índice de Katz: 1 punto (Ausencia de incapacidad).
- Índice de Barthel: 95 puntos (Dependencia leve).
- Escala de Lawton y Brody: 3 puntos (Dependencia severa).
- Escala de disnea modificada Medical Research Council (mMRC): Grado 3. (Disnea moderada)
- Preguntas de cribado de riesgo de caídas: 2 puntos. (Riesgo de caída)

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 5: Sueño-descanso

Refiere insomnio de conciliación. Apunta haber tenido medicación para conciliar el sueño, pero que no le funcionaba. Actualmente no toma tratamiento. Señala que únicamente consigue dormir unas 5h de manera interrumpida. No presenta un sueño reparador, ya que se encuentra cansado al levantarse y mantiene un nivel de energía medio-bajo durante el resto del día. Comenta que realiza siestas diarias durante 90 minutos.

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 6: Cognitivo- perceptivo

Colaborador, consciente y orientado. Mantiene un discurso claro y coherente. No presenta alteración de la conducta. Presenta hipoacusia en ambos oídos, por lo que le dificulta la comprensión. Señala que tiene estudios básicos. No siguió estudiando dado que comenzó a trabajar. Tras exploración se visualiza tapón de cerumen bilateral. No presenta alteraciones visuales, tras ser intervenido de cataratas bilateral en 2019 Actualmente el paciente presenta dolor agudo, tras su última intervención de extirpación de tumor de próstata, pero está controlado con la analgesia pautada.

Realizada retinografía en noviembre de 2019 con midriasis farmacológica con tropicamida con resultado normal por lo que la periodicidad del cribado será bianual en pacientes diabéticos sin retinopatía diabética aparente. No obstante, en dicha visita la enfermera que ejercía como técnica de la prueba comento que aplicaría criterios de exclusión por estar intervenido de cataratas y seguimiento en AE. Por motivos de exclusión técnicas diagnósticas en AP no se ha realizado nuevo control o valoración.

- Test de Pfeiffer: 5 fallos (deterioro cognitivo leve).

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 7: Autocontrol-autoconcepto

Manifiesta ansiedad tras la detección del tumor en el orificio uretral. Además, expresa preocupación por el mismo motivo. Se encuentra satisfecho consigo mismo, aunque hay aspectos en los que podría mejorar según señala.

- Test de Goldberg: 6 puntos de subescala de ansiedad y 5 puntos de depresión (ansiedad y depresión presente).
- Test de Depresión de Yesavage: 9 puntos (depresión leve).

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 8: Rol-relaciones

Vive solo y es viudo desde hace 8 años. Refiere tener tres hijos, aunque no mantiene relación con ellos. Carece de soporte familiar. Además, apunta que actualmente está en proceso de duelo ya que su primo ha fallecido recientemente y era con el único pariente que mantenía relación. No obstante, señala que mantiene buena relación con sus compañeros del centro del día. Comenta que tiene a un profesional ayudándole en las tareas el hogar, tras la resolución de la Ley de dependencia por vivienda inadecuada y riesgo social alto.

- Cuestionario Apgar-familiar: 0 puntos (familia con grave disfunción).
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón: 18 puntos (riesgo social elevado).

Resultado del patrón: **Alterado**

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

El usuario comenta no sentirse cómodo tratando este tema y que prefiere no responder a estas preguntas.

Resultado del patrón: No valorable

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés
El paciente refiere haber sufrido cambios importantes en estos últimos años, la detección del tumor en el orificio uretral, relacionados con su estado de salud. Pero que lo ha sobrellevado y afrontado de una manera adecuada y esperanzadora. Comenta que las situaciones difíciles las habla con un amigo que ha hecho en el centro de día.
Resultado del patrón: No alterado
Patrón 11: Valores-creencias
Comenta que lo más importante actualmente es tener salud y por esto le preocupa el tumor detectado. Añade que es creyente y católico, pero sin generar gran relevancia en su vida. Comenta que no ha realizado testamento vital.
Resultado del patrón: No alterado

Fuente. Elaboración propia

3.3. Fase diagnóstica

Tras la anamnesis y validación de los datos obtenidos en la valoración por patrones funcionales, se identificó los siguientes Diagnósticos de Enfermería (DdE). Muchos de estos DdE estaban asociados a distintos patrones funcionales y a la hora de clasificarlos hemos optado por hacerlo por dominios según plantea la NANDA¹⁵ (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los DdE por dominios según la NANDA¹⁵

Dominio 1. Promoción de la Salud
<ul style="list-style-type: none"> - [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento, dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria - [00168] Estilo de vida sedentario r/c conocimiento inadecuado sobre los beneficios saludables asociados a la actividad física, motivación inadecuada para la actividad física, apoyo social inadecuado m/p no realiza ejercicio durante el tiempo libre, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según la edad y el sexo - [00257] Síndrome de fragilidad del anciano r/c ansiedad, apoyo social inadecuado, estilo de vida sedentario, tristeza, disfunción cognitiva m/p deterioro de la memoria, aislamiento social - [00300] Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar r/c conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento del hogar, dificultad en la toma de decisiones, apoyo social inadecuado m/p entorno antihigiénico, ansiedad relacionada con las tareas del hogar, dificultad para mantener un entorno confortable - [00043] Protección ineficaz r/c vacunación inadecuada m/p fatiga - [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas r/c motivación inadecuada m/p alteración del estado anímico - [00188] Tendencia para adoptar conductas de riesgo para la salud r/c apoyo social inadecuado, autoeficacia baja m/p tabaquismo
Dominio 2. Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> - [00233] Sobrepeso r/c patrones anormales de la conducta alimentaria, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según la edad y el sexo m/p índice de masa corporal > 25 kg/m² - [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c adherencia inadecuada al régimen de tratamiento, hábitos dietéticos de ingesta inadecuados, estilo de vida sedentario - [00296] Riesgo de síndrome metabólico r/c tabaquismo, hábitos dietéticos inadecuados, índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según la edad y sexo

Dominio 3. Eliminación e Intercambio
- [00016] Deterioro de la eliminación urinaria r/c musculatura vesical debilitada, relajación involuntaria del esfínter m/p incontinencia urinaria
Dominio 4. Actividad/Reposo
- [00095] Insomnio r/c ansiedad, síntomas depresivos m/p ciclo de sueño-vigilia no reparador
- [00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga, ansiedad m/p alteración del volumen tidal
- [00298] Disminución de la tolerancia a la actividad r/c estilo de vida sedentario síntomas depresivos m/p disnea de esfuerzo, expresa fatiga
- [00193] Descuido personal r/c incapacidad para mantener el control m/p higiene del entorno inadecuada, disfunción cognitiva
Dominio 5. Percepción/Cognición
- [00126] Conocimiento deficiente r/c información inadecuada m/p conducta inadecuada
- [00131] Deterioro de la memoria r/c aislamiento social, apoyo social inadecuado, síntomas depresivos, estimulación intelectual inadecuada m/p dificultad para recordar acontecimientos
Dominio 6. Auto percepción
- [00224] Riesgo de baja autoestima crónica r/c afecto recibido inadecuado, apoyo social inadecuado, cohesión familiar inadecuada
Dominio 7. Rol/Relaciones
- [00063] Procesos familiares disfuncionales r/c habilidades de resolución de problemas inadecuadas m/p deterioro de las relaciones familiares, cohesión familiar inadecuada
- [00060] Interrupción de los procesos familiares r/c interacción comunitaria alterada m/p alteración en las relaciones personales, disminución del apoyo mutuo
Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- [00146] Ansiedad r/c necesidades no satisfechas m/p expresa preocupación, expresa ansiedad sobre los cambios en los episodios vitales, expresa alteración sueño-vigilia
- [00069] Afrontamiento ineficaz r/c apoyo social inapropiado, recursos de salud inapropiados m/p expresa alteración sueño-vigilia, informa de sensación de control inadecuada
- [00137] Aflicción crónica r/c crisis en la gestión de la aflicción m/p tristeza
- [00148] Temor r/c m/p expresa temor, nerviosismo
Dominio 10. Principios Vitales
- [00242] Deterioro de la toma de decisiones independiente r/c confianza personal inadecuada en la toma de decisiones m/p dificultad para escoger una opción de cuidados de salud que se adapte mejor al estilo de vida habitual
Dominio 11. Seguridad/Protección
- [00303] Riesgo de caídas del adulto r/c ansiedad, incontinencia, mareos al girar el cuello
Dominio 12. Confort
- [00053] Aislamiento social r/c apoyo social inadecuado m/p interacción mínima con otros
- [00054] Riesgo de soledad r/c aislamiento social

Fuente: Elaboración propia

3.4. Fase de planificación

Se acordó con el paciente priorizar los siguientes problemas (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería prioritarios, objetivos y actividades

PROBLEMA 1
[00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga, ansiedad m/p alteración del volumen tidal
Objetivo: Mejorar patrón respiratorio adecuado a sus capacidades
NOC: [0403] Estado respiratorio: ventilación
Indicadores: [040301] Frecuencia respiratoria [040314] Disnea de esfuerzo
NIC: [3140] Manejo de la vía aérea
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a toser de forma efectiva - Eliminar las secreciones fomentando la tos - Fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo - Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea
PROBLEMA 2
[00168] Estilo de vida sedentario r/c conocimiento inadecuado de los beneficios para la salud asociados con la actividad física m/p no hace ejercicio durante el tiempo libre
Objetivo: Conseguir que el usuario realice ejercicio físico
NOC: [1633] Participación en el ejercicio
Indicadores: [163307] Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio [163308] Participa en ejercicio con regularidad
NIC: [0200] Fomento del ejercicio
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Animar al individuo a empezar con el ejercicio - Ayudar al individuo a establecer metas a corto y largo plazo de programa de ejercicios - Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio - Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del individuo - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo
PROBLEMA 3
[00179] Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable r/c ingesta dietética inadecuada, estilo de vida sedentario
Objetivo: Conseguir niveles de glucemia estable
NOC: [2300] Nivel de glucemia
Indicadores: [230001] Concentración sanguínea de glucosa
NIC: [2120] Manejo de la hiperglucemia
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las causas posibles de la hiperglucemia - Fomentar el autocontrol de la glucemia - Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y de ejercicio - Revisar los registros de insulina con el paciente y su familia - Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional

PROBLEMA 4
[00233] Sobrepeso r/c patrones anormales de la conducta alimentaria, la actividad física diaria medio es inferior a la recomendada según la edad y el sexo m/p índice de masa corporal > 25 kg/m2
Objetivo: Reducir IMC
NOC: [1004] Estado nutricional
Indicadores: [100401] Ingesta de nutrientes [100405] Relación peso/talla
NIC: [1260] Manejo del peso
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el peso corporal ideal del individuo - Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejerce en su influencia sobre el peso - Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario - Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable - Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo
PROBLEMA 5
[00053] Aislamiento social r/c apoyo social inadecuado m/p interacción mínima con otros
Objetivo: Mayor interacción con otros
NOC: [1503] Implicación social
Indicadores: [150302] Interacciona con vecinos [150311] Participa en actividades de ocio
NIC: [5100] Potenciación de la socialización
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas - Fomentar las actividades sociales y comunitarias - Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos - Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine - Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás
PROBLEMA 6
[00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c conocimiento inadecuado sobre el régimen de tratamiento, dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria
Objetivo: Conseguir incluir el régimen terapéutico en la vida diaria
NOC: [1848] Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Indicadores: [184815] Uso correcto de la medicación prescrita [184817] Uso correcto del inhalador
NIC: [2300] Administración de medicación
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación - Controlar el cumplimiento del régimen de medicación - Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito - Enseñar al paciente el método de administración de los fármacos - Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente

PROBLEMA 7
[00303] Riesgo de caídas del adulto r/c ansiedad, incontinencia, mareos al girar el cuello
Objetivo: Disminuir el número de caídas
NOC: [1912] Caídas
Indicadores: [191201] Caídas en bipedestación [1912092] Caídas caminando
NIC: [6610] Identificación de riesgos
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la disponibilidad y calidad de recursos - Instruir sobre los factores de riesgo y planificar a reducción del riesgo - Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo - Aplicar las actividades de reducción del riesgo - Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo

Fuente. Elaboración propia

3.5. Fase de ejecución

Para la elaboración de este PAE, se realizaron cinco consultas en el centro de salud. A finales de 2021, se realizó la valoración inicial, exploración del usuario y toma de constantes, donde se identificaron los DdE (Tabla 1) y se priorizaron con la colaboración del usuario. También se revisó la historia clínica del paciente y se examinaron las últimas pruebas realizadas.

En la segunda consulta se planificaron las actividades a realizar (Tabla 2) y se acordó junto con el paciente los objetivos a corto y largo plazo. Las actividades se fueron incrementando en intensidad y frecuencia, por ejemplo, los paseos, que se comenzarían con días alternos de 15 minutos de duración y finalmente se realizarían 5 veces en semana durante 45 minutos, en un contexto de revaloración continúa.

Las siguientes tres consultas fueron de seguimiento donde las actividades se adaptaron a la situación del paciente y se evaluaron los resultados obtenidos.

3.6. Fase de evaluación

Tras la realización de las actividades planteadas, los NOC establecidos se han evaluado a través de los indicadores, utilizando las escalas Likert¹⁸, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de resultados

Indicadores	Inicio	Medio	Final
[040301] Frecuencia respiratoria	1	2	3
[040314] Disnea de esfuerzo	1	2	3
[163307] Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio	1	3	5
[163308] Participa en ejercicio con regularidad	1	3	5
[230001] Concentración sanguínea de glucosa	1	2	3
[100401] Ingesta de nutrientes	1	2	3
[100405] Relación peso/talla	2	3	4
[150302] Interacciona con vecinos	1	2	4
[150311] Participa en actividades de ocio	1	2	4
[184815] Uso correcto de la medicación prescrito	1	3	5
[184817] Uso correcto del inhalador	1	3	5
[191201] Caídas en bipedestación	2	4	5
[191202] Caídas caminando	2	4	5

Escala Likert¹⁸: 1 (inadecuado); 2 (ligeramente adecuado); 3 (moderadamente adecuado); 4 (sustancialmente adecuado); 5 (completamente adecuado). Elaboración propia

4. Discusión

En ocasiones, cuando se plantea realizar un plan de cuidados, se busca dar respuesta a las necesidades de un paciente en base a sus diagnósticos médicos, sin parar a procesar la información que obtenemos del usuario, sus miedos, necesidades y diferentes repuestas humanas derivadas de su proceso salud-enfermedad. Este error conceptual, que en ocasiones es habitual, hace que tengamos una visión de la persona más biomédica, sin contemplar otras esferas.

De ahí, la importancia de contar con un modelo conceptual y una metodología enfermera, que nos permita transformar los datos obtenidos en la valoración, en información relevante que, tras un proceso de razonamiento clínico, nos permita identificar las diferentes respuestas del paciente derivado de sus problemas de salud. El modelo conceptual de Dorothea Orem¹⁹, y su teoría del autocuidado nos puede servir de ayuda a desarrollar dicho objetivo, capacitar al usuario para que este pueda efectuar acciones dirigidas al mantenimiento de su salud y a la recuperación de la enfermedad.

El diagnóstico de aislamiento social²⁰ según diferentes autores supone un vínculo directo entre la salud física y mental, influyendo en el bienestar y en la calidad de vida del usuario. Tras la anamnesis, se pudo concluir que dicho problema le generaba al usuario preocupación y temor. Por ello, el paciente comenzó a participar activamente en las actividades programadas en su centro de día, consiguiendo una mayor involucración y reduciendo su preocupación.

Por otro lado, tras la valoración global del usuario y basándonos en sus respuestas y necesidades también se ha detectado el diagnóstico del mal uso de los inhaladores, siendo una intervención de carácter prioritario dado la patología del usuario. Serrano et al.²¹, muestra la eficacia de la intervención enfermera relacionado con el uso de inhaladores presurizados, consiguiéndose un aumento significativo (70,3%) en su uso correcto al final de la intervención (inicio 13,5%). En el marco de la gestión del cuidado de este paciente, este objetivo se alcanzó de manera satisfactoria, evidenciado en cada una de las consultas de seguimiento, donde el paciente demostró su correcto manejo.

La participación activa del paciente ha permitido plantear objetivos realistas y actividades aceptadas por el paciente, al mismo tiempo que ha contribuido a aumentar la satisfacción del paciente con la atención recibida, caracterizada por ser más participativa que imperativa. Por ello, es indispensable, que el usuario a la hora de planificar el PAE esté implicado para conseguir así mejores resultados y que esto mejore su calidad de vida.

Se ha evidenciado que la actividad física²² mejora el control de la EPOC, un estudio señala que el 73,6% de los 833 participantes con EPOC realizaba ejercicio físico de forma regular, asociando este hábito con menores datos de agudizaciones graves, así como con un menor número de hospitalizaciones. En este caso clínico, se ha conseguido la implicación del usuario a la hora de incorporar en su rutina diaria la actividad física, fomentando paseos de diferentes intensidades y duración.

La realización de ejercicio físico junto a la modificación de la dieta²³ ha conseguido lograr el objetivo de reducir el IMC, otro de los problemas que preocupaban al usuario. En el caso de este paciente, se ha comenzado paulatinamente debido a su patología y su estado físico, no obstante, a lo largo de las semanas y gracias a su constancia, se ha logrado que el usuario perdiese 4 kg. Tras esta pérdida de peso el usuario manifestó satisfacción con el resultado.

Aunque si bien es verdad que el compromiso del usuario es un punto relevante, la consideración de factores externos como los económicos son primordiales. Esto ha ocurrido en las actividades relacionadas con el nivel inestable de glucemia, que, aunque según la sociedad Española de Diabetes²⁴ señala que la asociación entre la eficacia de las intervenciones sobre el estilo de vida y la reducción de la HbAc1 se debe a la adherencia de la misma, hay que analizar las circunstancias personales del usuario. No obstante, aunque dicho objetivo no se haya podido lograr de forma exitosa, si que se ha abordado el tema y adaptado la dieta a sus necesidades fisiológicas y personales.

Los temores y preocupaciones del usuario son dos factores primordiales a la hora de realizar un plan de cuidados, así como sus inseguridades, por ejemplo, el miedo relacionado con el riesgo de caídas en adulto mayor²⁵, por ello la prevención es un punto fundamental para que el usuario gane confianza y seguridad. Para ello, la realización de actividad física se considera la intervención más efectiva para reducir el riesgo de sufrir caídas en el ámbito doméstico o comunitario que son los escenarios donde mayor número de caídas se registran, por eso abarcar este problema es de suma relevancia.

Entre las limitaciones encontradas para desarrollar este plan de cuidados destacar, la dificultad de implementar el contenido teórico en un contexto real de aprendizaje como es la práctica clínica y además darle el formato de un trabajo escrito académico, donde la toma de decisiones requiere de un juicio clínico derivado del razonamiento clínico. La ausencia de una cuidadora ha supuesto otra limitación desde una perspectiva profesional. La falta de soporte familiar objetivada en la fase de valoración se identificó como un DdE prioritario, sin embargo, para el paciente no lo era, mostrando un afrontamiento y una respuesta adaptativa eficaz ante esta situación. Esta intervención ha permitido entender que cada persona es única en su proceso de salud-enfermedad y en su existencia. De ahí la importancia de analizar lo que le sucede, le preocupa y le importa a la persona en el marco de una atención en cuidados, la cual es dinámica y está determinada por el contexto personal, social y familiar de la persona.

Tal vez estas dificultades puedan estar relacionadas con el error conceptual de partir de un problema de colaboración, en este caso de un paciente diagnosticado con EPOC y la idea de escoger aquellos DdE relacionados con el diagnóstico médico. Siendo fundamental la adecuada valoración integral del paciente.

5. Conclusiones

Con respecto al objetivo general se ha podido diseñar, planificar, implementar y evaluar un plan de cuidados individualizado a un paciente con EPOC. Esto ha permitido una atención centrada en las necesidades del paciente, donde se ha objetivado la resolución de algunos problemas que contribuyeron a mejorar su calidad de vida y otros episodios que sin ser resueltos y mermar el bienestar del paciente, permitió aumentar la capacidad de adaptación y afrontamiento en el marco de su proceso de salud-enfermedad.

En relación con los objetivos específicos, se puede concluir que:

1. Tras mantener una relación de cuidados y de comunicación con el paciente, se ha realizado una valoración integral, identificándose las áreas disfuncionales o en riesgo de alteración, siendo de gran ayuda la utilización de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
2. Los datos obtenidos en la valoración, permitió identificar en el paciente las diferentes respuestas a sus problemas de salud. Estas se clasificaron mediante la taxonomía NANDA.
3. La colaboración activa del usuario en este proceso ha permitido priorizar y realizar una planificación con el paciente y no para el paciente, permitiendo plantear objetivos y actividades realistas y alcanzables, usando las taxonomías NOC y NIC respectivamente. Esto permitió plantear un plan de cuidados individualizado, con el fin de promover cambios en el paciente y contribuir a mejorar su bienestar. Se alcanzaron determinados objetivos planteados, entre los cuales destacan: estilo de vida sedentario, uso de inhaladores, aislamiento social, control de peso y el riesgo de caídas.
4. A pesar de haber planificado estos cuidados con el paciente y haberlos implementados, no se han podido alcanzar todos con la misma satisfacción.
5. Se alcanzaron los objetivos, relacionados con el ámbito competencial de la enfermería, entre los cuales destacan: estilo de vida sedentario, uso de inhaladores, aislamiento social, control de peso y el riesgo de caídas. Sin embargo, no se han alcanzado de manera tan satisfactoria los relacionados con problemas de colaboración como la EPOC o el riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable.

Aun tratándose de una intervención profesional de caso único, la realización de un plan de cuidados individualizado nos permite prestar unos cuidados organizados y sistemáticos en nuestra práctica profesional, basados en la evidencia y el razonamiento.

A su vez, debemos integrar la teoría en el contexto clínico, consiguiendo así profundizar en lo que le sucede a la persona de una manera integrada e integral, siendo consciente de la alteridad humana y por tanto de las diferentes respuestas humanas ante su proceso de salud-enfermedad.

Bibliografía

1. Servicio Canario de Salud. Proceso Asistencial Integrado de la EPOC en Canarias. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias; 2018 [Acceso 20 Sep 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/eGvGakR>
2. Barboza M. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2017 [Acceso 20 Sep 2021]; 2 (6). Disponible en: <https://cutt.ly/9GvH48g>
3. Gómez MC, Mata MC, Bernáldez M, Palacios L. Guía de recomendaciones prácticas en Enfermería. EPOC. Enríquez M y Fernández P. Coordinadoras. Madrid: IM&C; 2021 [Acceso 25 Sep 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/eGvGcd1>
4. Merino M, Villoro R, Hidalgo-Vega A, Caromona C, Grupo de trabajo Colaborativo EPOC-Extremadura. Extremadura: Fundación Weber: 2017 [Acceso 26 Feb 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/2GvGV0U>
5. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de muerte. INE. 10 Nov 2021 [Acceso 26 Sep 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf
6. Organización Mundial de la Salud [sede web]; 9 Dic 2020 [Acceso 27 Sep 2021]. Las 10 principales causas de defunción [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
7. Marcos MP, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [Acceso 7 Feb 2022]; 24(4): 168-177. Disponible en: <https://cutt.ly/kGvHBdu>
8. Jara F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [Acceso 8 feb 2022]; 13(4): 208-215. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
9. Fernández-Lasquetty B. La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas. En: Fernández-Lasquetty Blanc B. Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NOC, NIC. 4ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2021. p. 41-54.
10. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, de Llano LP, et al. TAI Study Group. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for Asthma and COPD Patients. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2016 Apr; 29(2):142-52. DOI: 10.1089/jamp.2015.1212.

11. Servicio Andaluz de Salud. “Examen de Salud para mayores de 65 años” [Internet]. Estrategia de Cuidados de Andalucía. España; Junta de Andalucía. 2017 [Acceso 18 Feb 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/xGvHLEM>
12. Martínez RM. El pie diabético y situaciones especiales. En: Martínez Ortega RM. Prevención y cuidados enfermeros en pacientes con diabetes. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2021. p. 195-212.
13. García MV, Rodríguez C, Bonill C. Valoración de las necesidades en la persona anciana. En: García López MV, Rojas Ocaña MJ. Enfermería del anciano. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 117-43.
14. Servicio Andaluz de la Salud. Protocolo asistencial Ansiedad. Servicio Andaluz de la Salud, Consejería de Salud y Familias. 2020 [Acceso 27 Feb 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/3GvHwbT>
15. Heather T, Kamitsuru S, Takao C. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12º ed. España: Elsevier; 2021.
16. Moorhead S, Swanson E Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6º ed. España: Elsevier; 2018.
17. Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7º ed. España: Elsevier; 2018.
18. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Revista electrónica de investigación educativa [Internet]. 2018 [Acceso 9 Feb 2022]; 20(1). Disponible en: <https://cutt.ly/jGvHhys>
19. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2017 [Acceso 7 Abr 2022]; 19 (3). Disponible en: <https://cutt.ly/iGWt3IE>
20. Gené J, Ruiz M, Obiols N, Oliberas L, Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten. Primaria. [Internet]. 2016 [Acceso 5 Abr 2022]; 48 (9): 604-609. Disponible en: <https://cutt.ly/aGZnEvC>
21. Serrano A, Sánchez A, García M, Medina MD, Arnau J. Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación. Metas Enferm. [Internet]. 2015 [Acceso 6 Abr 2022]; 18(5): 18-23. Disponible en: <https://medes.com/publication/100433>
22. Abajo A, Díaz A, González J, Peleteiro B, Capón J, Mahmoud O, et al. Estimación de actividades preventivas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 [Acceso 3 Abr 2022]; 33(5). DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.585>

23. Gómez JM, Martínez M. Sobrepeso y obesidad: eficacia de las intervenciones en adultos. *Enfermería clínica* [Internet]. 2018 [Acceso 4 Abr 2022]; 28(1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.005>
24. Pascual V, Gómez R, Pérez A, Pérez P, Carrerero J, Caixàs A. Actualización en el Tratamiento Dietético de la Prediabetes y Diabetes Tipo 2. Madrid. IMC; 2020 [Acceso 3 Abr 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/RGvHE9H>
25. Laíño J. Intervenciones enfermeras para la prevención de caídas del adulto mayor frágil en el ámbito comunitario. Trabajo de Fin de Grado. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. 2016 [Acceso 6 Abr 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/lGvHPuc>