



## CUIDADOS

# Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. Gestión de un caso clínico en Atención Primaria



Lucía Pérez-Vico-Díaz de Rada<sup>a,\*</sup>, Miriam González-Suárez<sup>a</sup>,  
Gonzalo Duarte-Clíments<sup>a</sup> y Pedro Ruymán Brito-Brito<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Enfermería Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Multiprofesional Sur de Atención Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España*

<sup>b</sup> *Investigación de Enfermería Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Multiprofesional Sur de Atención Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España*

Recibido el 30 de octubre de 2013; aceptado el 28 de enero de 2014

Disponible en Internet el 29 de abril de 2014

### PALABRAS CLAVE

Gestión de casos;  
Diagnóstico de enfermería;  
Atención Primaria de Salud;  
Servicio social

**Resumen** Se presenta el caso de un paciente varón de 52 años de edad que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria para el control metabólico de diabetes mellitus tipo 2. Su frecuencia de visitas aumenta al percibir dificultades añadidas por cambio de tratamiento farmacológico. Se realiza entrevista focalizada, empleando el marco de patrones funcionales de salud, donde destaca que el paciente no sabe leer ni escribir, no trabaja desde hace 25 años y hay expresiones manifiestas de falta de control sobre su autocuidado. Se elabora un plan de actuación priorizando los diagnósticos enfermeros de NANDA-I *Mantenimiento ineficaz de la salud, Impotencia y Deterioro de la interacción social*. Los objetivos fueron orientados a la mejora de los conocimientos y control sobre su enfermedad y participación en actividades de ocio. Para ello, contactamos con los recursos sociosanitarios de la zona, acordando con el paciente la asistencia a aquellas actividades que, siendo de su interés, pudieran mejorar sus autocuidados y, en definitiva, su calidad de vida. En evaluaciones sucesivas se aprecia mejoría en el control de su enfermedad, con aumento de su nivel de conocimientos y autocuidado. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria deben considerar los recursos comunitarios disponibles empleando un enfoque integral para el beneficio terapéutico y manejo de las enfermedades crónicas, especialmente en aquellos pacientes cuyas condiciones socioculturales sean desfavorables, como el caso que nos ocupa.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Case management;  
Nursing diagnosis;  
Primary Health Care;

**Community resources prescription for self-care improvement in chronic illnesses. Clinical case management in Primary Health Care**

**Abstract** A case is presented of a 52 year-old male seen in a Primary Care nursing clinic for a type 2 diabetes mellitus metabolic control. The frequency of the visits increased due

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luciaperezvico@gmail.com](mailto:luciaperezvico@gmail.com) (L. Pérez-Vico-Díaz de Rada).

## Social work

to perceived difficulties caused by changing the medical treatment. A focused interview was conducted under functional health patterns framework. The patient was unable to write or read, had not worked for the last 25 years, and expressed a lack of control over his self-care. An action plan was prepared, prioritizing Ineffective Health Maintenance, Powerlessness, and Impaired Social Interaction NANDA-I nursing diagnoses. The goals were set at improving knowledge and control over his disease and participating in leisure activities. To achieve these, the social health resources in the area were contacted, and agreed that the patient could attend activities that could improve his self-care and his quality of life. An improvement in his diabetes control was observed in the following evaluations, with an increase in his level of knowledge and self-care. The Primary Health care nurse should consider available community resources by using a comprehensive approach to chronic diseases for their therapeutic benefit and management, especially in those patients with adverse sociocultural conditions.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La enfermería comunitaria se conforma como un agente de cambio sociosanitario que apuesta por métodos participativos a nivel individual, familiar y social<sup>1</sup>. La gestión de casos, bajo un enfoque biopsicosocial, implica una buena valoración e identificación de necesidades, diseño del plan de intervención para lograr los resultados esperados y evaluación. Todo ello coordinado de forma multidisciplinar junto a pacientes y familias. Las personas con necesidades psicosociales podrían requerir servicios comunitarios en un contexto integrado, flexible y sin interrupciones en la prestación de los mismos. Esta atención debe coordinarse de manera efectiva y los equipos gestores de casos personifican las estrategias de coordinación necesarias<sup>2,3</sup>. El paciente tipo que estos equipos atienden es una persona con problemas de salud crónicos cuya conciencia sobre la enfermedad y la importancia que atribuye a la misma difiere, en ocasiones, de la percepción de necesidades de cuidados que observa la enfermera. Las circunstancias vitales que rodean al paciente condicionan las enfermedades y su evolución. Además, dependencia, vulnerabilidad y fragilidad generan muchas veces más demandas que la propia enfermedad. En Atención Primaria se intenta que sea el propio paciente quien asuma de modo responsable los autocuidados dentro de sus posibilidades<sup>4</sup>. Las personas con una enfermedad crónica deben conocer los objetivos terapéuticos, las opciones de asistencia y tratamiento, así como su propio papel en la toma de decisiones para asumir nuevas responsabilidades<sup>5</sup>. En ese contexto de atención, los profesionales han de considerar los valores, percepciones y sentimientos personales para adecuar el plan terapéutico, lograr el cambio conductual y resolver los problemas identificados. Si incluimos en la anamnesis estos aspectos lograremos aproximarnos de forma más certera a sus necesidades reales<sup>6</sup>.

Por otro lado, atendiendo a las condiciones socioculturales de los pacientes, el analfabetismo puede suponer un hecho vergonzante no reconocido espontáneamente que limita, en consecuencia, actividades avanzadas de la vida diaria como la interacción social, tareas de recreo u ocupacionales<sup>7</sup>. Además, carecer de conocimientos de lectoescritura dificulta el autocuidado y podría incrementar el

riesgo de padecer complicaciones. Es entonces cuando debemos priorizar las dificultades asociadas al nivel sociocultural para valorar las necesidades y planificar los cuidados, adaptando, además del lenguaje, todo el plan terapéutico en sí mismo. La coordinación de recursos a nivel sociosanitario toma especial relevancia para alcanzar objetivos fijados y ofrecer continuidad a los cuidados mediante un seguimiento estrecho del caso.

## Descripción del caso clínico

Varón de 52 años que acudía a su centro de Atención Primaria únicamente para controles analíticos semestrales de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 10 años. Estaba en tratamiento oral con metformina pero, debido al aumento progresivo en los valores de glucemia basal y hemoglobina glucosilada, su médico le pautó insulina hace 3 meses. El paciente, por iniciativa propia, acude ahora a diario a consulta de enfermería para medir su glucemia en ayunas, verbalizando mayor complejidad en el plan terapéutico desde la prescripción de insulina. Constan, en su historia clínica electrónica, intervenciones enfermeras educativas anteriores dirigidas al fomento del autocuidado. Se le ofreció la posibilidad de asistir a educación diabetológica grupal pero no acudió, abandonando los controles periódicos en consulta de enfermería. Actualmente, se observa la falta de conocimientos acerca de la enfermedad y los cuidados higiénico-dietéticos. Se le propone en una de las consultas llevar el glucómetro a casa, previo adiestramiento, para realizar él mismo la prueba y registrar el perfil glucémico. El paciente rechaza esta opción, aduciendo la complejidad del aparato y mostrando preferencia por acudir cada día al centro de salud pues refiere que así sale de su casa. Ante la complejidad del caso, se decide programar una visita para valoración completa por patrones funcionales de salud.

## Valoración general

Para entender mejor a la persona, sus vivencias, expectativas y necesidades, empleamos el marco de valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon. En la [tabla 1](#)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2647388>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2647388>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)