An artistic illustration of a healthcare professional, likely a nurse, wearing a white coat and a blue surgical mask. The professional is shown from the side, looking down at a patient's arm. The patient's arm is resting on a surface, and the professional's hands are positioned near it. The background is a stylized, colorful representation of a clinical environment with various medical equipment and shelves.

GUÍA DE CONSULTA DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

**DPTO. PRIMARIA - AREA 9
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
DE VALENCIA**



**EDICIONES
CECOVA**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana - CECOVA
ISBN: 978-84-09-54263-5
Dep. Legal: V-3764-2023

GUÍA DE CONSULTA
DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON
FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR
EN ATENCIÓN PRIMARIA

*DPTO. PRIMARIA - AREA 9
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA*



EDICIONES
CECOVA

PRÓLOGO

Actualmente uno de los ejes fundamentales sobre el que se sostiene el sistema sanitario es la Atención Primaria y Comunitaria. Las inversiones en infraestructuras así como el aumento progresivo de profesionales en los centros de salud y consultorios auxiliares han propiciado un desarrollo significativo de las consultas de enfermería de atención primaria. Los profesionales, muchos de ellos ya Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria, desempeñan una labor esencial en promoción de la salud así como de detección y seguimiento de factores de riesgo diversos abordados desde su consulta de enfermería.

Esta Guía nace de la necesidad de unificar criterios y elaborar algoritmos de actuación en las consultas de enfermería en aras de mejorar la gestión de las mismas y propiciar pautas comunes entre todo el personal de enfermería de Atención Primaria del Departamento.

Está creada por profesionales implicados en su labor diaria que, desde estas líneas, quiero agradecer el esfuerzo, la colaboración y el trabajo en equipo.

La Guía es una herramienta ágil y completa diseñada para poder ser consultada de manera rápida y que esperamos ayude al profesional de enfermería en su día a día.

Cristina Cantos García
Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria
Departamento Valencia-Hospital General

AUTORES

Arroyo Cháfer, María José
Bueno Juan, Mabel
Burguera Fernández, Dolores
Carratalá Vila, Manolo
Castillo Vargas, Lidia
Chaves López, Ana
Corton Tarazona, Francisca
Felipe Mesa, Alicia
García-Calvo García, Belén
Gramuntell Aranda, Teresa
Yuste Irizar, José Libre
Martinez Moros, Ana María
Mata Conca, Pilar

Molina Baeza, Fuensanta
Moreno Gómez, Jessica
Pardo Iglesias, Vanessa
Pina Martínez, Asunción
Piñango Alonso, Fernanda
Planells Díaz, Teresa
Prades Palmero, María Dolores
Raga Pons, Verónica
Raigón Mora, Antonio
Ripoll Pérez, Mayte
Rodado Guirado, Celia
Soriano López, Francisca
Tena Roig, Cristina



ÍNDICE

1. Consulta de precaptación o derivación	11
2. Atención de enfermería al paciente con tabaquismo.....	19
3. Atención de enfermería al paciente con obesidad.....	25
4. Atención de enfermería al paciente con dislipemias	29
5. Atención de enfermería al paciente con hipertensión.....	33
6. Atención de enfermería al paciente con diabetes.....	37
7. Anexos.....	49
<i>Anexo 1. Recomendaciones dietéticas</i>	<i>49</i>
<i>Anexo 2. Diabetes Mellitus</i>	<i>51</i>
<i>Anexo 3. Hipoglucemias. Prevención de síntomas y signos de alarma.....</i>	<i>54</i>
<i>Anexo 4. Titulación de la insulina</i>	<i>59</i>
<i>Anexo 5. Cuidados del pie diabético</i>	<i>61</i>
8. Bibliografía	63
9. Glosario	67

1. CONSULTA DE PRECAPTACIÓN O DERIVACIÓN:

Tiempo estimado: 30 min.

Valoración de los siguientes datos previos:

ANTECEDENTES FAMILIARES

The screenshot displays the 'Historial Clínico' (Clinical History) interface for a patient. The patient's details are: Edad 68a, Sexo Mujer, and Centro C.S. VALENCIA. The interface shows a list of medical history items categorized by year (2023, 2022, 2021). The 2023 items include: 24-Mar-2023 (ABUSO TABACO, CARDIOPATIA HIPERTENSIVA, DEPENDENCIA DE NICOTINA, OTRO PRODUCTO DE TABACO, SIN COMPLICACIONES), 14-Mar-2023 (GRUPE, INFECCION RESPIRATORIA, HIPERCOLESTEROLEMIA, HTA, CARDIOPATIA HIPERTENSIVA), and 02-Mar-2023 (GRUPE, INFECCION RESPIRATORIA). The 2022 items include: 23-Nov-2022 (CONTACTOS CON FINES ADMINISTRATIVOS, DISLIPEMIA MIXTA CON HIPERGLICERIDEMIA GRAVE, HTA), 03-Ago-2022 (CERUMEN IMPACTADO, BILATERAL), 29-Jul-2022 (CERUMEN IMPACTADO, BILATERAL), 19-Jul-2022 (ACTINICO CONJUNTIVITIS, BILATERAL), 22-Abr-2022 (HTA), and 30-Mar-2022 (HTA). The 2021 items include: 23-Nov-2021 (ALERGIA, ALERGICO), 18-Nov-2021 (ALERGIA, ALERGICO), 18-Nov-2021 (CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR)), 27-Oct-2021 (Nota Médica de Evolución CCEE), 16-Jul-2021 (HTA), 15-Jul-2021 (HTA), 02-Jul-2021 (TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN]), 02-Jul-2021 (HIPERTENSION ESENCIAL, TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN]), 28-Jun-2021 (TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN]), 15-Jun-2021 (TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN]), 13-Jun-2021 (TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN]), 26-May-2021 (TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN], HIPERTENSION ESENCIAL), 16-May-2021 (HIPERTENSION ESENCIAL), 12-May-2021 (URTICARIA), and 06-May-2021 (TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE DE QUERVAIN], HIPERTENSION ESENCIAL). The interface also shows a 'Tratamientos' (Treatments) section with medications like ATORVASTATINA, LOSARTAN, and AMLODIPINO, and a 'Peticiones en curso' (Pending requests) section with ESPROMETRIA.

• Familiares de PRIMER GRADO:

- Enfermedad cardiovascular precoz:
 - Hombres < 55 años
 - Mujeres < 65 años
- Diabetes Mellitus
- Hipercolesterolemia familiar

- Familiares de PRIMER Y SEGUNDO GRADO:
 - Hipertensión arterial
 - Hiperlipemias
 - Enfermedad tromboembólica
 - Nefropatías

ANTECEDENTES PERSONALES

The screenshot displays a medical history system interface for a patient. The header includes the date and time (31-Mar-2023 8:41:22), the center name (CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NOU - ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA), and patient information (Edad 68a, Sexo Mujer, SIP). The main content area is divided into several sections:

- Diagnósticos de enfermería activos (1):** CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR) (N...)
- Historial Clínico (85):** Consulta activa, Historia Personal.
- Acontecimientos adversos:** Alergias (ANTIBIOTICOS BETA LACTAMICOS: AMOXICILINA, MACROLIDOS: ESPRANICINA), Hábitos tóxicos (Alcohol: No valorada, Otras drogas: No valorada, Tabaco: A fecha 25/2/2020. Fumador habitual de 20 cigarrillos al día en fase precontemplativa).
- Historia Anticonceptiva:** No valorada.
- Historia Ginecológica:** No valorada.
- Historia Obstétrica:** No constan datos embarazo.
- Historia Perinatal:** No valorada.
- Historia Salud sexual:** No valorada.
- Patologías:** CIE-9 305.1 ABUSO DE TABACO del 28/04/2008 al 30/08/2012, CIE-9 726 TIENDONITIS INTERSECCIONES PERIFERICAS Y SINDROMES C del 08/03/2007 al 09/07/2010, CIE-9 590.1 PIELONEFRITIS AGUDA del 20/12/2004 al 09/07/2010.
- Éxitus:**

On the left side, there are sections for "Peticiónes en curso (1) - Último año" (14-Mar-2023, ESPINOMETRIA) and "Tratamientos (5)":

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Inicio	Fin
ATORVASTATINA 10 MG / 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día	CRÓNICO	23/11/2022	(7 meses)
LOSARTAN 100 MG / 28 COMPRIMIDOS RECLUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada día	CRÓNICO	08/03/2022	(7 meses)
AMLODIPINO 5 MG / 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día	CRÓNICO	08/03/2022	(7 meses)
ANORO ELLIPTA 55/2MCG 30 DOSIS POLVO PARA INHALACION UNIDOSIS	1 DILUVERIZACION cada día	Acrónico	02/03/2023	(-8 días)

At the bottom, patient vital signs are listed: PESO 49 Kg, TALLA 159 cm, IMC 19.3 Kg/m2, TAS 173 mm Hg, TAO 72 mm Hg, FRECAR 65 Pls. A green "SOS" button is visible in the bottom right corner.

Valoración patrón PERCEPCIÓN DE LA SALUD y NUTRICIONAL METABÓLICO

Uso de otros patrones funcionales a criterio del profesional

TABAQUISMO

SIA - Hábitos Tóxicos Usuario: Centro: C.S. VALENCIA NOU MOLES 31/3/2023 ? X

Paciente SIP: Edad: 68a Teléfono:

Hábitos tóxicos Tabaco Alcohol Otras drogas Comentarios

Tabaco Nuevo Modificar Histórico Seguimiento Abandono

Fecha: 31/3/2023 Usuario: (ENF)

AVERIGUAR SI FUMA

No Fumador

Ha dejado de fumar

Fumador

Se aconseja el abandono

Nº Cigarrillos [20] Día Fumador HABITUAL

Dependencia Física Test de Fagerström Breve Dependencia moderada 4 Test Fagerström Breve

Otros Datos Completar

APRECIAR LA DISPOSICIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN UN MES

No

Fase PRECONTEMPLATIVA: No se plantea el dejar de fumar

Se realiza una intervención motivacional Consultar

Fase CONTEMPLATIVA: Se plantea el dejar de fumar, pero no en menos de un mes

SI: Fase Preparación para el abandono

Observaciones:

✓ Aceptar ✗ Cancelar

10:06:00 SOS

GENERALITAT VALENCIANA CONSSELLERIA DE SANITAT

- Cada 2 años el hábito tabáquico y la cuantificación de cigarros/día en caso afirmativo

CONSUMO ALCOHOL

SIA - Hábitos Tóxicos Usuario: Centro: C.S. VALENCIA NOU MOLES 31/3/2023 ? X

Paciente SIP: Edad: 68a Teléfono:

Hábitos tóxicos Tabaco Alcohol Otras drogas Comentarios

Alcohol Nuevo Modificar

Fecha: 31/3/2023 Usuario: ()

Consumo

Exconsumo

No Consumo

Fecha Inicio: Fecha Fin:

CONSUMO gr.día gr.Semanas:

CAGE:

MALT-S/MALT-O:

Bebedor de Riesgo:

10:27:19 SOS

GENERALITAT VALENCIANA CONSSELLERIA DE SANITAT

DETECCIÓN DE FRCV

- DM: TEST DE FINDRISK
- HTA (PA >140/90 mmHg). Una medición de T.A. cada:
 - 5 años, si su edad es inferior o igual a 40 años
 - 2 años, si es superior a dicha edad
- Dislipemias
- Obesidad (IMC >30). Cada 5 años el cálculo del índice de masa corporal
- Obesidad abdominal (perímetro abdominal: Hombres > 102 y mujeres > 88)
- Cardiopatías (C. isquémica, Insuficiencia Cardíaca, etc...)
- Nefropatías (Insuficiencia Renal Crónica, etc...)
- Enfermedad tromboembólica



TEST DE FINDRISK

@elblogdepills ¿Qué riesgo tienes de sufrir diabetes tipo 2 en los próximos 10 años?

1 ¿Qué edad tienes?

Menos de 35 años: 0 puntos
 De 35 a 44 años: 1 punto
 De 45 a 54 años: 2 puntos
 De 55 a 64 años: 3 puntos
 Mayor de 64 años: 4 puntos



2 ¿Diagnóstico de diabetes en algún miembro de tu familia?

No: 0 puntos
 Sí, en mis parientes: abuelos, tíos y primos: 3 puntos
 Sí, en mi familia directa: padres, hijos hermanos: 5 puntos



3 ¿Perímetro de cintura medido a nivel del ombligo?

Mujeres	Hombres	Puntos
Menos de 80 cm	Menos de 94 cm	0 puntos
80 hasta 88 cm	94 hasta 102 cm	3 puntos
Más de 88 cm	Más de 102 cm	4 puntos



4 ¿Actividad física de al menos 30 minutos diarios?

Sí: 0 puntos
 No: 2 puntos



5 ¿Con qué frecuencia comes fruta y verduras?

Diario: 0 puntos
 No diariamente: 1 punto



6 ¿Te han recetado medicamentos para la hipertensión?

No: 0 puntos
 Sí: 2 puntos



7 ¿Te han detectado alguna vez un nivel muy alto de azúcar en sangre?

No: 0 puntos
 Sí: 5 puntos



8 ¿Cuál es tu índice de masa corporal?

Menos de 25: 0 puntos
 Entre 25 y 30: 1 punto
 Más de 30: 3 puntos



< 7 puntos riesgo muy bajo 1%	7-11 puntos riesgo bajo 4%	12-14 puntos riesgo moderado 17%	15-20 puntos riesgo alto 33%	>20 puntos riesgo muy alto 50%
--	---	---	---	---

Fuentes: diabetesstiftung.de

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

- Comprobar si tiene puestas todas las vacunas que le corresponden para su rango de edad

ANALÍTICAS RECIENTES

- Si hay una analítica reciente (< 6 meses), realizar el SCORE

31-Mar-2023 9:03:15 CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NOU. ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Edad 68a Sexo Mujer SIP

Diagnósticos de enfermería activos (1)

CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR) (N...)

Resultados

Descripción	Fecha	Último valor	
Bioquímica / Aminoácidos y proteínas específicas (sangre/orina) (3 Items)			
FERRITINA	27-Sep-2018	34 ug/L (10.0-120.0)	M ☆
TRANSFERINA SANGRE	27-Sep-2018	254 mg/dL (200.0-360.0)	M ☆
TRANSFERINA-CAPACIDAD TOTAL DE SATURACIÓN	27-Sep-2018	26.5 % (25.0-50.0)	M ☆
Bioquímica / Bioquímica general de orina (3 Items)			
COCIENTE MICROALBUMINA/CREATININA (EN ORINA)	22-Abr-2022	No se puede efectuar el c...	M ☆
CREATININA (ORINA)	22-Abr-2022	51 mg/dL	M ☆
MICROALBUMINA (ORINA)	22-Abr-2022	<0.50 mg/dL	M ☆
Bioquímica / Bioquímica general de orina / ANORMALES Y SEDIMENTO (10 Items)			
BILIRRUBINA (EN ORINA)	22-Abr-2022	NEGATIVO	M ☆
CUERPOS CETÓNICOS (EN ORINA)	22-Abr-2022	NEGATIVO	M ☆
DENSIDAD (EN ORINA)	22-Abr-2022	1.01 (1.005-1.025)	M ☆
GLUCOSA (EN ORINA)	22-Abr-2022	NEGATIVO	M ☆
HEMOGLOBINA (EN ORINA)	22-Abr-2022	NEGATIVO	M ☆
NITRITOS (EN ORINA)	22-Abr-2022	NEGATIVO	M ☆
PH (EN ORINA)	22-Abr-2022	7 (5.0-8.0)	M ☆
PROTEÍNAS (EN ORINA)	22-Abr-2022	NEGATIVO	M ☆
SEDIMENTO (EN ORINA)	22-Abr-2022	Oribaje de anormales sin al...	M ☆
UROBILINÓGENO (EN ORINA)	22-Abr-2022	Normal	M ☆
Bioquímica / Bioquímica general sanguínea (23 Items)			
ALANINA-AMINOTRANSFERASA (GPT)	22-Abr-2022	22 U/L (3.0-35.0)	M ☆
ASPARTATO-AMINOTRANSFERASA (GOT)	10-Oct-2016	25 U/L (5.0-31.0)	M ☆
BILIRRUBINA TOTAL	22-Abr-2022	0.37 mg/dL (0.3-1.2)	M ☆
CAPACIDAD FIJACIÓN HIERRO LIBRE	27-Sep-2018	255.6 ug/dL (155.0-355.0)	M ☆
CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO	27-Sep-2018	348 ug/dL (110.0-370.0)	M ☆
CLORURO	22-Abr-2022	104 mgEq/L (98.0-107.0)	M ☆
COLESTEROL HDL	22-Abr-2022	64 mg/dL (50.0-200.0)	M ☆
COLESTEROL LDL CALCULADO	22-Abr-2022	94 mg/dL	M ☆
COLESTEROL LDL DIRECTO	22-Sep-2015	158 mg/dL	M ☆
COLESTEROL TOTAL	22-Abr-2022	170 mg/dL (100.0-200.0)	M ☆
CREATININASIASA (CK)	22-Abr-2022	157 U/L (34.0-145.0)	M ☆
CREATININA (SANGRE)	22-Abr-2022	0.91 mg/dL (0.51-0.95)	M ☆
FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO OGD - EPI	22-Abr-2022	65.49 mL/min/1.7	M ☆
FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO MDRD-4	22-Sep-2015	90 mL/min/1.7	M ☆
GAMMA-GLUTAMIL-TRANSFERTIDASA (GGT)	22-Abr-2022	26 U/L (5.0-38.0)	M ☆
GLUCOSA (SANGRE)	22-Abr-2022	84 mg/dL (74.0-100.0)	M ☆

Peticiones en curso (1) - Último año

- 14-Mar-2023 ESPIRONOMETRIA

Tratamientos (5)

- ATORVASTATINA 10 MG / 28 COMPRIMIDOS: 23/11/2022 (7 meses)
- LOSARTAN 100 MG / 28 COMPRIMIDOS RECLUBIERTOS: 08/03/2022 (7 meses)
- AMLODIPINO 5 MG / 28 COMPRIMIDOS: 08/03/2022 (7 meses)
- ANORO ELIPTA 55/22MCG 30 DOSIS POLVO PARA INHALACION UNIDOSIS: 02/03/2023 (-9 días)

PESO 49 Kg | TALLA 159 cm | IMC 19.3 Kg/m2 | TAS 173 mm Hg | TAD 72 mm Hg | FRECAR 65 Pls

- Según resultado, estratificación por riesgo atendiendo a:
 - En las personas con bajo riesgo constará cada 5 años, o al diagnóstico de un nuevo factor, el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años, calculado mediante las tablas SCORE o REGICOR
 - En las personas con moderado riesgo constará cada 2 años, o al diagnóstico de un nuevo factor, el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE o REGICOR
 - En las personas con alto riesgo constará cada año el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE o REGICOR
- Si se detectan FRCV, incluir en programa específico según guía.

NANDA:

- 00001: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO
- 0001N: DISPOSICION PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO
- 0008N: DISPOSICION PARA MEJORAR EL ESTADO INMUNITARIO
- 00053: AISLAMIENTO SOCIAL
- 00078: MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- 00079: INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO
- 00082: MANEJO EFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- 00084: CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD
- 00085: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA
- 00088: DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN
- 00097: DÉFICIT ACTIVIDADES RECREATIVAS
- 00099A: DÉFICIT EN EL MANEJO DE LA SALUD
- 00133: DOLOR CRÓNICO
- 00168: SEDENTARISMO

NIC:

- 5510: REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA
- 6530: MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN
- 6530.27: APOYAR UN REGISTRO NACIONAL PARA SEGUIR EL ESTADO DE INMUNIZACIÓN

- 5240: ASESORAMIENTO
- 6680: MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
- 6680.96: REALIZAR TRIPLE TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL
- 8990: CONCERTAR CITA
- 1800: AYUDA AL AUTOCUIDADO
- 0200: FOMENTO DEL EJERCICIO

CONSULTA DE PRECAPTACIÓN O DERIVACIÓN

TIEMPO ESTIMADO: 30 MIN

1. HISTORIA FAMILIAR

2. HISTORIA PERSONAL

a. Patrones funcionales

i. Percepción de la salud

1. Hábitos tóxicos

a. Alcohol

b. Tabaco

c. Drogas

ii. Nutricional metabólico

1. Test de Findrisk

b. Activar hoja de riesgo cardiovascular

i. Incluye revisión analítica

ii. Cálculo de Riesgo (SCORE)

c. Revisión vacunación

3. SOMATOMETRÍA:

a. Peso

b. Talla

c. IMC

d. Perímetro abdominal

4. SEGÚN RESULTADO, ESTRATIFICACIÓN POR RIESGO ATENDIENDO A:

- En las personas con bajo riesgo constará cada 5 años, o al diagnóstico de un nuevo factor, el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años, calculado mediante las tablas SCORE o REGICOR

GUÍA DE CONSULTA DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIO VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

- En las personas con moderado riesgo constará cada 2 años, o al diagnóstico de un nuevo factor, el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE o REGICOR
- En las personas con alto riesgo constará cada año el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE o REGICOR

31-Mar-2023 9:26:54 CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NOU ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Edad 68a Sexo Mujer SIP

Historial Clínico (85) Consulta activa Seguidientos

Hoja de seguimiento de riesgo cardiovascular

Diagnóstico de activación: (CIE-9 272) TRASTORNOS METABOLISMO DE LIPIDOS

	22-Abr-2022	18-Nov-2021	17-May-2021	25-Feb-2020	04-Oct-2018	27-Sep-2018
Tensión Arterial Sistólica (mm Hg)		173 (+)		135	139	
Tensión arterial diastólica (mm Hg)		72 (+)		80	81	
Frecuencia Cardíaca (Pis)		65 (+)			70	
Talla (cm)				159		
Peso (Kg)				49		
Índice de Masa Corporal (Kg/m ²)				19.3		
Perímetro Abdominal (cm)						
Requerimientos energéticos (Kcal/día)						
glucemia capilar (mg/dL)						
Información sobre factores de riesgo...						
Recomendaciones sobre dieta						
Recomendaciones sobre Ejercicio Fis...						
Valoración del cumplimiento						
Valoración efectos adversos de los f...						
Consejo antitabaco (Atención Terap...						
Revisión de los pies						
Fondo de Ojo o Retinografía						
Electrocardiograma (riesgo cardiovas...						
RCV Score (%)						
RCV Regcor (%)						
Tabla de predicción del riesgo coron...						
Riesgo Cardiovascular						
Índice tobillo/brazo derecho (I)						
Índice tobillo/brazo izquierdo (I)						
Intervenciones Educativas						
Autoanálisis						
Complicaciones crónicas						
Ingreso Hosp. por diabetes						
GLUCOSA (SANGRE) (mg/dL)					79	
HEMOGLOBINA GLICADA A1c (HbA1...						
COLESTEROL TOTAL (mg/dL)						227
COLESTEROL HDL (mg/dL)	64		67			65
COLESTEROL LDL DIRECTO (mg/dL)						

RCV Score

Datos variable

Tipo Clínicas

Unidades %

La tabla Score bajo riesgo calcula el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular mortal en poblaciones con bajo riesgo cardiovascular basado en los siguientes factores:

- Edad
- Sexo
- Tabaquismo
- Presión sistólica
- Colesterol total
- Colesterol HDL

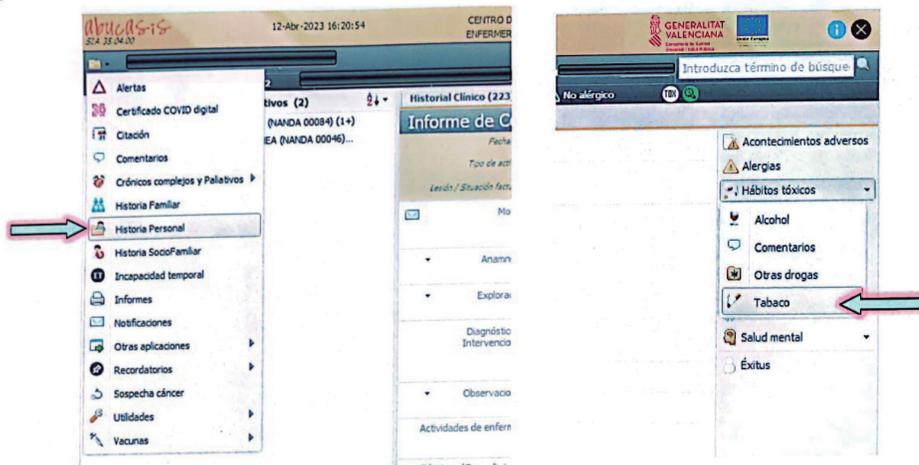
09:26:54 SOS 105

Página 1 de 2

PESO 49 Kg | TALLA 159 cm | IMC 19.3 Kg/m² | TAS 173 mm Hg | TAD 72 mm Hg | FRECAR 65 Pis

2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TABAQUISMO

Figura 1. Historia personal > Hábitos tóxicos > Tabaco



Completar datos (fumador y número de cigarrillos)

The screenshot shows the 'Hábitos tóxicos' form in the medical software. The form is titled 'Hábitos tóxicos' and has a sub-section for 'Tabaco'. The 'Tabaco' section has a 'Nuevo' button and a 'Historia' button. The 'AVERIGUAR SI FUMA' section has three radio buttons: 'No Fumador', 'Ha dejado de fumar', and 'Fumador' (selected). Below the 'Fumador' radio button, there is a checkbox for 'Se Aconseja al abandono' and a field for 'Cigarrillos' with a dropdown for 'Día'. The 'APRECIAR LA DISPOSICIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN UN MES' section has two radio buttons: 'No' and 'Sí: Paso Preparación para el abandono'. There is also a 'Observaciones:' field with a text area and a dropdown arrow. The form has 'Aplicar' and 'Cancelar' buttons at the bottom.

Figura 2. Utilidades > Cuestionarios > Tablas automatizadas

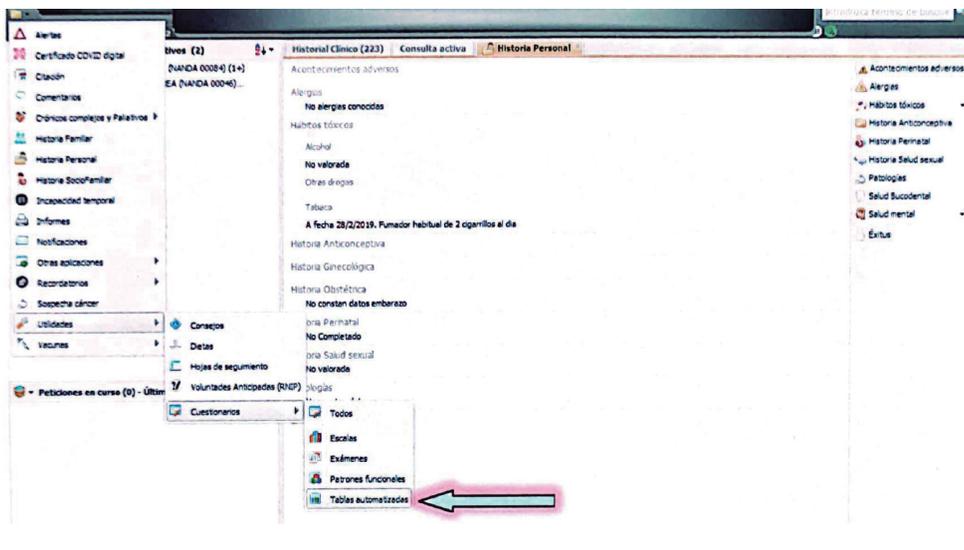
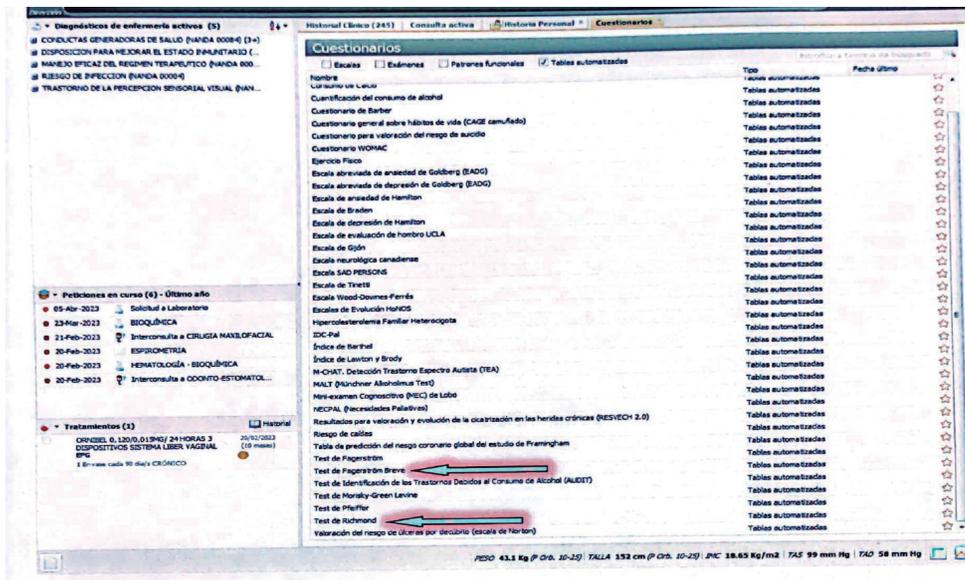


Figura 3. Seleccionar test de Fagerström Breve y Test de Richmond y completar.



Test de Richmond

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?

¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?

Test de Fagerström

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido, como el cine o una biblioteca? Sí No

¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? Sí No

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? Sí No

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

- 00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD: INSUFICIENTE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD DEL TABAQUISMO.
- 00083 CONFLICTO DE DECISIONES: DEJAR DE FUMAR
- 00158 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO: PREPARAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO
- 00082 MANEJO EFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO: EN PROCESO DE ABANDONO DEL TABAQUISMO
- 00084 CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD: MANTIENE CONDUCTA DE NO FUMAR
- 00079 INCUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO: RECAÍDA TABACO

INTERVENCIONES (NIC):

- NIC 4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
- NIC 5510 EDUCACIÓN SANITARIA

<u>TIPO Y NUMERO DE VISITAS</u>			
TIPO DE VISITA.	NUMERO DE VISITA.	DURACIÓN.	CALENDARIO.
VISITAS DE PREPARACIÓN	1º VISITA	30 MINUTOS	
	2ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 7 días después de la 1ª visita
	3ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 7 días después de la 2ª visita y 2-3 días antes del día D

DIA D (Día de abandono de tabaco)

VISITAS DE SEGUIMIENTO	4º VISITA	15 MINUTOS	Sobre 7 días después del día D
	5ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 14 días después del día D
	6ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 30 días después del día D
	7ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 2 meses después del día D
	8ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 3 meses después del día D

VISITAS DE CONTROL	9ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 6 meses después del día D
	10ª VISITA	15 MINUTOS	Sobre 1 año después del día D

PRIMERA VISITA:

- ANAMNESIS:
 - Antecedentes personales de hábitos tóxicos. (figura 1)
 - Valorar existencia de abandonos previos.
 - Valorar cumplimiento terapéutico.
 - Síntomas y complicaciones.

- EXPLORACIÓN FÍSICA: Peso, IMC, perímetro abdominal, TA, Test de Fagerstrom y Richmond (figura 2 y figura 3), valorar patrón funcional de enfermería.

- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: analítica control?, ekg?.

- PLAN:
 - lista de motivos para dejar de fumar.
 - Calendario de visitas.
 - Ejercicios de desautomatización.
 - Dar próxima cita.

SEGUNDA VISITA: (7 días después de la 1ª visita)

ANAMNESIS:

- Valorar cumplimiento terapéutico.
- Síntomas y complicaciones.
- Revisar lista de motivos.
- Elección del día D.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Peso, IMC, perímetro abdominal, TA.
- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** analítica control?, ekg?.
- **PLAN:** Prescripción actividad física.
- Buscar apoyo en personas próximas.
- Prevenir síntomas de abstinencia.
- Dar cita.

TERCERA VISITA: (7 días después de la 2ª visita) Y 2-3 días antes del día D.

ANAMNESIS:

- Valorar cumplimiento terapéutico.
- Síntomas y complicaciones.
- Revisar lista de motivos.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Las mismas que la 2ª visita.
- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** A criterio de enfermería.
- **PLAN:**
- Dar consejos sobre el día D.
- Informar sobre posible ganancia de peso.
- Prevenir síntomas de abstinencia.
- Dar cita.

CUARTA VISITA: (1ª visita de seguimiento 7 días después del día D).

• **ANAMNESIS:**

- Mantiene abstinencia.
- Valorar cumplimiento y/o Tto. terapéutico.
- Síntomas y complicaciones.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Las mismas que la 2ª visita.
- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** A criterio de enfermería.
- **PLAN:**
 - Felicitar/motivar.
 - Aconsejar para prevenir recaída.
 - Dar cita.

QUINTA VISITA: (14 días después del día D)

- **ANAMNESIS:** Igual que la 4ª visita.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Igual que la 4ª visita.
- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** A criterio de enfermería.
- **PLAN:** Igual que la 4ª visita.

SEXTA VISITA: (30 días después del día D IGUAL A CUARTA)

SEPTIMA VISITA: (2 meses después del día D IGUAL A CUARTA)

OCTAVA VISITA: (3 meses después del día D IGUAL A CUARTA)

NOVENA VISITA: (6 meses después del día D IGUAL A A CUARTA)

DECIMA VISITA: (sobre un año después del día D IGUAL A CUARTA)

SE LE DA EL ALTA...

3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON OBESIDAD

Seguimiento periódico de enfermería en el paciente con OBESIDAD.

Una pauta adecuada de periodicidad de controles tras el diagnóstico puede ser:

1º CONSULTA:

- Exploración física:
 - evolución del peso
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - presión arterial
- Antecedentes personales
 - Tabaquismo o exfumador
 - Consumo alcohol
 - DM
 - HTA
 - Dislipemias
 - Cardiopatías, Nefropatías, Enfermedad tromboembólica
- Solicitud de analítica anual
 - glucosa
 - creatinina
 - colesterol total
 - HDL
 - LDL
 - triglicéridos
 - transaminasas
 - ácido úrico
 - TSH (si síntomas)
 - HbA1C
- Educación para la salud (dieta y ejercicio).
- Establecer diagnósticos así como fijar objetivos.

2º CONSULTA, se realizara al mes. En estas visitas llevaremos a cabo:

- Exploración física:
 - evolución del peso
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - presión arterial
- Revisión resultados analíticos.
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta y ejercicio).
- REFAR

3º CONSULTA se realizara a los 3 meses.

- Exploración física:
 - evolución del peso
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - presión arterial
- Valoración de resultados analíticos.
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta y ejercicio).

4º CONSULTA se realizara a los 6 meses.

- Exploración física:
 - evolución del peso
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - presión arterial
- Valoración de resultados analíticos.
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta y ejercicio).
- Posible derivación a medico según criterios.

Objetivos de derivación

Se deberían derivar al médico:

- Un IMC mayor de 30 que durante los 6 meses no consiga perder peso para posible tratamiento farmacológico

- Un IMC mayor de 27 con factores de riesgo cardiovascular o con una comorbilidad importante

Objetivos de control

- Sobrepeso I (IMC 25-26,9): consejo dietético + ejercicio
- Sobrepeso II (IMC 27-29,9): disminuir entre un 5-10% del peso corporal en 6 meses
- Obesidad I (IMC 30 -34,9): disminuir un 10% del peso corporal mediante una dieta hipocalórica, ejercicio, modificación de conductas, y tratamiento farmacológico (incluir visita médica)
- Obesidad II (IMC 35 – 39,9): disminuir más del 10% del peso corporal con las medidas anteriores
- Obesidad III (IMC > 40): remitir a un especialista para disminuir entre el 20-30% del peso corporal

POSIBLES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

- 00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO.
- 00168 SEDENTARISMO.
- 00163 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN
- 00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD
- 00193 DESCUIDO PERSONAL
- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
- 00093 FATIGA
- 00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.
- 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.
- 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

INTERVENCIONES (NIC):

- NIC: 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL: UTILIZACIÓN DE UN PROCESO DE AYUDA INTERACTIVO CENTRADO EN LA NECESIDAD DE MODIFICACIÓN DE LA DIETA.
- NIC: 1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO: FACILITAR LA PÉRDIDA DE PESO CORPORAL Y/O GRASA CORPORAL.
- NIC: 5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA: FORTALE-

CER LA CONFIANZA DE UNA PERSONA EN SU CAPACIDAD DE REALIZAR UNA CONDUCTA SALUDABLE.

- NIC: 5612 ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO: PREPARAR A UN PACIENTE PARA QUE CONSIGA O MANTENGA EL NIVEL DE EJERCICIO PRESCRITO.
- NIC: 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA: PREPARACIÓN DE UN PACIENTE PARA SEGUIR CORRECTAMENTE UNA DIETA PRESCRITA.
- NIC: 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD: ANIMAR A UN PACIENTE A QUE ASUMA MÁS RESPONSABILIDAD DE SU PROPIA CONDUCTA.
- NIC: 5330 CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO: PROPORCIONAR SEGURIDAD, ESTABILIDAD, RECUPERACIÓN Y MANTENIMIENTO A UN PACIENTE QUE EXPERIMENTA UN ESTADO DE ÁNIMO DISFUNCIONALMENTE DEPRIMIDO O EUFÓRICO.
- NIC: 5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD: DESARROLLAR Y PROPORCIONAR INSTRUCCIÓN Y EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE QUE FACILITEN LA ADAPTACIÓN VOLUNTARIA DE LA CONDUCTA PARA CONSEGUIR LA SALUD EN PERSONAS, FAMILIAS, GRUPOS O COMUNIDADES.
- NIC: 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: PROMOCIÓN DE UN CAMBIO DE CONDUCTA.

4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPEMIAS

Seguimiento periódico de enfermería en el paciente con DISLIPEMIAS.

Una pauta adecuada de periodicidad de controles tras el diagnóstico puede ser:

1º CONSULTA:

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
 - calculo RCV(Score)
- Antecedentes personales
 - Tabaquismo o exfumador
 - Consumo alcohol
 - DM
 - HTA
 - Dislipemias
 - Cardiopatías, Nefropatías, Enfermedad tromboembólica
- Solicitud de analítica anual
 - sedimento con cociente creatinina / albumina
 - colesterol total
 - HDL
 - LDL
 - triglicéridos
 - hemograma
 - creatinina
 - TSH
 - glucemia
 - ácido úrico

- transaminasas
- GGT
- Solicitar pruebas complementarias
 - electrocardiograma (anual/bianual según factores de riesgo)
 - ITB (si clínica compatible)
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).
 - Establecer diagnósticos así como fijar objetivos.

2º CONSULTA, se realizara a los 2 meses. En estas visitas llevaremos a cabo:

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
- Revisión resultados analíticos.
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).
- REFAR.

3º CONSULTA, se realiza cada 6 meses si mal control o no cumple objetivos, si no es así se realiza cada 12 meses.

En estas visitas llevaremos a cabo:

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
- Solicitud de analítica semestral o anual

- sedimento con cociente creatinina / albumina
- colesterol total
- HDL
- LDL
- triglicéridos
- hemograma
- creatinina
- TSH
- glucemia
- ácido úrico
- transaminasas
- GGT
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).

Objetivos de control

Tabla 1. Objetivos terapéuticos en función del riesgo cardiovascular

Nivel de RCV	c-LDL	Colesterol no c-HDL	Apolipoproteína B
Muy Alto	<55 mg/dL (1.4 mmol/L) y reducción ≥50%	85 mg/dL (2.2 mmol/L)	65 mg/dL
Alto	<70 mg/dL (1.8 mmol/L) y reducción ≥50%	100 mg/dL (2.6 mmol/L)	80 mg/dL
Moderado	<100 mg/dL (2.6 mmol/L)	131 mg/dL (3.4 mmol/L)	100 mg/dL
Bajo	<115 mg/dL (3.0 mmol/L)	--	--

RCV: riesgo cardiovascular; c-LDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad; c-HDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad.

Modificada de [Eur Heart J. 2020](#); [Eur Heart J. 2021](#).

POSIBLES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

- 00201 RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ.
- 00072 NEGACIÓN INEFICAZ
- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
- 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS
- 00162 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD
- 00079 INCUMPLIMIENTO

INTERVENCIONES (NIC):

- NIC: 5230 AUMENTO DEL AFRONTAMIENTO
- NIC: 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
- NIC: 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
- NIC: 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA
- NIC: 5612 ENSEÑANZA : ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO
- NIC:5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
- NIC: 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
- NIC: 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA
- NIC: 5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO
- NIC: 1280 AYUDA PARA DISMINUIR PESO
- NIC: 4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
- NIC: 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD
- NIC: 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE

5. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HIPERTENSION

Seguimiento periódico de enfermería en el paciente con HIPERTENSION.

Una pauta adecuada de periodicidad de controles tras el diagnóstico puede ser:

1º CONSULTA:

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
- Antecedentes personales
 - Tabaquismo o exfumador
 - Consumo alcohol
 - DM
 - Dislipemias
 - Cardiopatías, Nefropatías, Enfermedad tromboembólica
- Solicitud de analítica anual
 - cociente creatinina / albumina
 - sedimento
 - colesterol total
 - HDL
 - N LDL
 - triglicéridos
 - iones en suero
 - hemograma
 - creatinina sérica
 - TFGe
- Solicitar pruebas complementarias
 - AMPA

- MAPA (si fuera necesario)
- electrocardiograma (anual)
- fondo de ojo (anual)
- ITB (si fuera necesario)
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).
- Establecer diagnósticos así como fijar objetivos.

2º CONSULTA, se realizara al mes. En estas visitas llevaremos a cabo:

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
- Revisión resultados analíticos.
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).
- REFAR.

3º CONSULTA se realizara a los 6 meses.

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).
- Solicitud de analítica semestral (si fuera necesario)

4º CONSULTA se realizara a los 9 meses.

- Exploración física:
 - Presión arterial

- frecuencia cardiaca
- IMC
- perímetro abdominal
- talla
- peso
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).

5º CONSULTA se realizara a las 12 meses.

- Exploración física:
 - Presión arterial
 - frecuencia cardiaca
 - IMC
 - perímetro abdominal
 - talla
 - peso
- Evaluación de objetivos
- Educación para la salud (dieta, tabaco, alcohol y ejercicio).
- Solicitud de analítica y pruebas complementarias.

Objetivos de control

- Población general:
 - ≤65 años :≤ 140/85 mmHg
 - 65-80 años: ≤ 140/90 mmHg
 - ≥80 años: ≤ 150/90 mmHg
- Diabéticos, AVC, IRCsin proteinuria: ≤130/80mmHg
- IRC con proteinuria ≥ 1gr: 125/75 mmHg

POSIBLES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
- 00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA
- 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

INTERVENCIONES (NIC):

- NIC: 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- NIC: 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
- NIC: 4150 REGULACIÓN HEMODINÁMICA
- NIC: 4040 CUIDADOS CARDIACOS
- NIC: 5270 APOYO EMOCIONAL
- NIC: 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

6. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DIABETES

La mayoría de pacientes con RCV elevado son DM2.

Es muy alto el porcentaje de comorbilidad: HTA, dislipemia, obesidad... La consulta de enfermería es un elemento clave en el Programa.

DESARROLLO DE CONSULTAS

Los pacientes acuden a enfermería tras un episodio cardiovascular agudo, remitidos por Hospital de referencia o derivados por su MAP para intervención. También se pueden recaptar por Alumbra.

Se establecen unas determinadas consultas, posteriores a la primera visita que sería común para todas las patologías que se incluyen en el RCV (diabetes, HTA, tabaquismo, obesidad...) En estas consultas se realizará dicha intervención enfermera sobre el paciente DM2. Éstas son 4 y se desarrollan a continuación:

VISITAS	
VISITA INICIAL	- ANAMNESIS - EXPLORACIÓN FÍSICA Y PARAMETROS BIOQUÍMICOS - EPS
3 MESES	- PESO - TA - P ABDOMINAL - VALOR ADHESIÓN AL TRATAMIENTO
6 MESES	- PESO - ANALÍTICA SEMESTRAL
12 MESES	- PESO - ANALÍTICA COMPLETA - AFIANZAR PAUTAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS - VALORAR OBJETIVOS CUMPLIDOS

VISITA INICIAL

1. ANAMNESIS
2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PARAMETROS CLÍNICOS
3. EPS

1. ANAMNESIS:

Se recopilará toda la información relevante al paciente:

- Los antecedentes personales y familiares ya se han recopilado en la primera visita general:

- Valoración. Se irán cumplimentando patrones funcionales:
 - Percepción-manejo de la salud
 - Nutricional/metabólico
 - Actividad/ejercicio
 - Autopercepción-Autoconcepto
 - Adaptación-tolerancia al estrés

Sería interesante pasar en este momento una encuesta para valorar el nivel de conocimientos (escala de conocimientos ECODI)

Al cumplimentar dichos patrones, detectamos y obtenemos mucha información sobre el paciente y su estado de salud y gracias a ellos, podemos obtener los diagnósticos de Enfermería y poder proponer los objetivos e intervenciones a realizar sobre el paciente.

POSIBLES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

- 00126: DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS
- 00161: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS
- 00162: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD
- 00184: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES

- 00179: RIESGO NIVEL GLUCEMIA INESTABLE
- 00099A: DÉFICIT EN EL MANEJO DE LA SALUD
- 00001: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO
- 0082: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (ESPECIFICAR)
- 00082: MANEJO EFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Los diagnósticos NANDA no son estáticos serán revisables en las distintas sesiones y los adaptaremos a las evaluaciones continuas de los pacientes.

- Se revisará el historial de vacunación del paciente.
- Valorar que conoce sobre su enfermedad, si ha entendido como tomarse el tratamiento.
- Si precisa insulina, enseñarle cómo y cuándo administrársela.
- Averiguar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y/o otras sustancias tóxicas) y registrarlo en HISTORIA PERSONAL

2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PARÁMETROS CLÍNICOS

- Determinación de parámetros antropométricos:
 - Presión Arterial -Peso
 - Talla
 - Índice de masa corporal (IMC) -Perímetro abdominal
- Remitir para un segundo control:
 - ECG: Se realizará un ECG anual o bianual según criterios clínicos y problemas asociados.
 - ITB: Se solicita ITB a todo paciente con sospecha de claudicación intermitente y a los diabéticos fumadores.
 - Exploración de pies: (inspección y monofilamento)
 - Remitir a retinografía: RCV grave control anual, si RCV normal control bianual
 - Analítica inicial: Se solicitará una analítica completa anual y al menos una cada 6 meses. En pacientes con cambio de tratamiento, se realizará determinación de HbA1c cada 3 meses hasta alcanzar objetivo control. Las analíticas periódicas se solicitarán según los Perfiles preestablecidos en ABUCASIS: DM anual y semestral HTA, enfermedad

renal, vit B12 y otros parámetros que de manera individualizada se considere que es necesario conocer acerca del paciente.

- Educación diabetológica y programar seguimiento

3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD(EPS):

PRIMERA SESIÓN: (El mismo día o en los tres días siguientes al diagnóstico, 45 minutos de duración)

- Hay que explicar que es la DM y posibles complicaciones
- Controles glucémicos según caso (ayunas, preprandial, postprandial y perioricidad)
- Programar una dieta
- Incidir en la importancia del ejercicio físico
- Insulinización (cómo y cuándo administrar, posibles efectos por una incorrecta administración)
- Hipoglucemias, prevención se síntomas y signos de alarma
- Pactar objetivos con el paciente
- Hasta ajustar tratamiento y adecuar educación diabetológica, pautaremos controles cada dos semanas y más frecuentes si se procede a la insulinización.

Objetivos de EPS

- Al finalizar la sesión, la persona con diabetes y el cuidador principal (si procede) conocerán:

1. Qué es la DM
2. El mecanismo de acción del tratamiento farmacológico prescrito por el médico
3. Los procesos que han de seguir para tomar y conservar, de forma correcta los fármacos prescritos por el médico, para el control de la glucemia.
4. Normas generales de alimentación adecuada a sus características específicas.
5. Normas generales del plan de actividad física adecuada a sus características específicas.

- Al finalizar la sesión la persona con diabetes y el cuidador principal (si procede) serán capaces de identificar los cambios:

1. En la adherencia al tratamiento prescrito por el médico.
2. La adaptación del plan de alimentación.
3. La adaptación del plan de actividad física.

- Al finalizar la sesión la persona con diabetes y su cuidador principal (si procede), serán capaces de identificar los miedos o temores que ocasiona el diagnóstico de la DM.

INTERVENCIONES PRIMERA SESIÓN: (NIC)

- NIC 5240: ASESORAMIENTO.
- NIC 5246: ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
- NIC 5602: ENSEÑANZA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMEDAD.
- NIC 5616: ENSEÑANZA SOBRE DIETA PRESCRITA, EN GENERAL Y SIN PROFUNDIZAR.
- NIC 5614,04: ENSEÑANZA SOBRE EL PROPÓSITO DE LA DIETA.
- NIC 5612: ENSEÑANZA INDIVIDUAL/EJERCICIO PRESCRITO.
- NIC 0200: FOMENTO DEL EJERCICIO.
- NIC 5606: ENSEÑANZA INDIVIDUAL.
- NIC 5616: ENSEÑANZA MEDICAMENTOS PRESCRITOS.
- NIC 4360: MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.
- NIC CSINB: PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES: EPS NIVEL BÁSICO.
- NIC CSINM: PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES: EPS NIVEL MEDIO.
- NIC CSINS: PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES EPS NIVEL SUPERIOR.

Las intervenciones (NIC) serán adaptadas en cada sesión según objetivos pautados con el paciente y sus resultados.

SEGUNDA SESIÓN (A los 7-15 días después de la primera sesión. Unos 20 minutos de duración)

- Evaluar si los objetivos propuestos en la primera sesión se han alcanzado.

- Si alguno no se ha alcanzado, la segunda sesión retoma los mismos objetivos y repite las intervenciones necesarias para conseguir alcanzar los objetivos propuestos.

- Si se han alcanzado los objetivos se plantean los objetivos de esta segunda sesión.

- Objetivos de la segunda sesión:

- Al finalizar la sesión, la persona con diabetes y el cuidador principal (si procede) conocerán:

1. La importancia de saber los valores de glucemia objetivo y qué significa el valor de la HbA1c y la variabilidad glucémica.
2. El significado de la glucemia basal, glucemia pre-ingesta de alimentos y glucemia postprandial.
3. Cuál es el valor adecuado de peso óptimo e índice cintura.
4. Cuál es el valor adecuado de TA y cifras de c-HDL y c_LDL
5. La identificación de estos valores en los resultados de su última analítica.
6. El papel nutricional de las proteínas, grasas e hidratos de carbono.
7. La clasificación de los hidratos de carbono en lentos y rápidos.
8. La regla del 15 para la recuperación de una hipoglucemia.
9. La identificación de las limitaciones que tiene la práctica del ejercicio físico si procede.

- Al finalizar la sesión de EPS, la persona con diabetes y el cuidador principal (si procede) serán capaces de identificar:

1. La adaptación del plan de alimentación.
2. La adaptación del plan de actividad física.

- Al finalizar la sesión la persona con diabetes y el cuidador principal (si procede) serán capaces de identificar los miedos o temores que les ocasiona el diagnóstico de la DM.

INTERVENCIONES PROPIAS DE LA SEGUNDA SESIÓN (NIC).

- NIC 5240: ASESORAMIENTO
- NIC 5602: ENSEÑANZA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMEDAD.
- NIC 5614: ENSEÑANZA SOBRE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS.
- NIC 5614: ENSEÑANZA SOBRE LA DIETA PRESCRITA, EN GENERAL, SIN PROFUNDIZAR.
- NIC 5614,04: ENSEÑANZA SOBRE EL PROPÓSITO DE LA DIETA.
- NIC 5606: ENSEÑANZA INDIVIDUAL.
- NIC 4360: MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.
- NIC CSINB: PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES: EPS NIVEL BÁSICO
- NIC CSINM: PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES: EPS NIVEL MEDIO
- NIC CSINS: PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES EPS NIVEL SUPERIOR

Las intervenciones (NIC) serán adaptadas en cada sesión según objetivos pautados con el paciente y sus resultados

3 MESES

1. PESO
2. TA
3. Perímetro Abdominal
4. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (REFAR)
5. EPS

1. PESO

Se pesará al paciente y mediremos el perímetro abdominal, ya que es un parámetro que nos da mucha información de si al pa-

ciente ha realizado o no cambios en sus hábitos de vida, es decir, si sigue la dieta, si realiza ejercicio y demás pautas que se le indicó en la visita inicial.

El objetivo terapéutico sería conseguir un IMC <25

El objetivo terapéutico para el perímetro abdominal: <94 cm hombres y <80 cm mujeres.

2. TA

Controlar periódicamente la TA, nos puede prevenir e posibles complicaciones cardiovasculares y proporcionar mucha información de la adherencia a los hábitos de vida recientemente adquiridos.

El objetivo terapéutico sería 130-135/80-85 mmHg

3. VALORAR ADHESIÓN AL TRATAMIENTO. REFAR

Traer toda la medicación que toma.

Comprobaremos si el paciente cumple con el tratamiento. Si toma los ADOs cómo y cuándo corresponde.

Comprobaremos si sabe describirla el porqué, para qué, cuando, cuanto y como la toma.

Si conoce los efectos secundarios e interacciones.

La Automedicación.

Grado de conocimiento global de su tratamiento: Bueno/Regular/malo.

Grado de adherencia al tratamiento: Bueno/Regular/Mal.

Si observamos que el resultado no es el esperado, se puede incidir en las pautas que consideremos.

4. EPS

Revisaremos objetivos pactados en anteriores consultas, valoraremos positivamente los logros, incidiremos sobre objetivos no conseguidos (sin amonestar). Valoraremos estado emocional del

paciente y aclararemos dudas que surjan. Apoyo emocional al paciente siempre en positivo.

6 MESES

1. PESO
2. ANALÍTICA SEMESTRAL
3. EPS

1. PESO

En cada consulta pesaremos al paciente, ya que, en cada una de ellas, seguirá proporcionándonos información sobre la adherencia al tratamiento NO farmacológico. Y sabremos si corresponde volver a incidir en el repaso de la alimentación e importancia del ejercicio físico en la DM2 y en general en cualquier patología que guarde relación con RCV.

2. ANALITICA SEMESTRAL

Se solicitará una analítica cada 6 meses en el paciente diabético para controlar los parámetros bioquímicos y se citará con enfermería para ver resultado y decidir si se aborda nuevamente el tema de la alimentación y ejercicio nuevamente.

Se escogerá el perfil RCV + diabetes semestral y posibilidad de solicitar algún parámetro adicional si así lo considera la profesional.

3. EPS:

- Se abordará EPS según características del paciente.
- Valoraremos objetivos pactados.
- Valoración de patrones funcionales si hay cambios.

Se valorará la introducción del paciente en Educación Grupal Diabético.

12 MESES

1. PESO

2. ANALÍTICA COMPLETA

3. AFIANZAR PAUTAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

4. VALORAR OBJETIVOS CUMPLIDOS

1. PESO

En cada consulta pesaremos al paciente, ya que en cada una de ellas, seguirá proporcionándonos información sobre la adherencia al tratamiento NO farmacológico. Y sabremos si corresponde volver a incidir en el repaso de la alimentación e importancia del ejercicio físico en la DM2 y en general en cualquier patología que guarde relación con RCV.

2. ANALÍTICA COMPLETA

Las analíticas se solicitan según los perfiles establecidos en ABUCASIS. Diabetes anual, RCV, control de estatinas, creatinina, cociente albúmina y si se procede, enfermedad renal crónica.

También se aconseja determinación de vitamina B12, y TSH (en mujeres de >50 años o presencia de obesidad o dislipemia).

3. AFIANZAR PAUTAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

Conversar con el paciente y ver el grado conocimientos adquiridos durante éstas visi-tas, y repasar aquello que observemos que es su debilidad.

4. VALORAR OBJETIVOS CUMPLIDOS

Valorar los objetivos que ha conseguido durante este tiempo y reforzar los logros y animar a seguir realizando ese esfuerzo, ya que esta patología le va a tener que acompañar de por vida y por consiguiente los hábitos de vida saludables si quiere prevenir posibles complicaciones.

5. VALORAR INTRODUCCION DEL PACIENTE EN EDUCACION GRUPAL DM

SEGUIMIENTO

Al finalizar estas 4 visitas establecidas, la enfermera decidirá la frecuencia de posteriores visitas de seguimiento y control, en función de las necesidades que detecten del paciente, nivel de compromiso, resultados y objetivos conseguidos y disponibilidad y colaboración del usuario tratado.

En principio, la retinografía se realizará bianual, ECG anual y el ITB dependerá de la evolución y clínica del paciente.

7. ANEXOS

ANEXO 1: RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

En la diabetes, como en la gran mayoría de patologías, la alimentación es un gran pilar del tratamiento no farmacológico, por lo que manteniendo una dieta equilibrada, que se ajuste a las necesidades del paciente, mejorará el resultado y disminuirá las posibles complicaciones de dicha patología.

Dicho esto y dependiendo de la capacidad que denotemos en el paciente, y para que éste se implique en su proceso, debemos ¿enseñar a comer? Al usuario. Para ello, tenemos varias formas de hacerlo:

- Explicarle y proporcionarle listado de alimentos permitidos y desaconsejados, en función de las cantidades de HC.
 - Método del plato o método Harvard
- A continuación, explicaremos y detallaremos cada método

1. Alimentos permitidos y desaconsejados en función de las cantidades de HC

- En general la dieta debe ser variada.
- Usar las tecnologías culinarias mas saludables: cocción, vapor, asados, al papillote, etc.
- Aderezos de elección: aceite de oliva virgen extra (poca cantidad, limón, especias aromáticas, mostaza.
- Preferiblemente beber agua y no saltarse ninguna ingesta.

ALIMENTOS PERMITIDOS	EVITAR ALIMENTOS	ALIMENTOS DESACONSEJADO
<ul style="list-style-type: none"> - Verduras - Caldos y sopas desgrasadas - Carnes magras - Pescados blancos o azules - Huevos - Quesos descremados - Yogures naturales y leche - Fruta - Agua - Infusiones - Edulcorantes no calóricos (sacarina, aspartamo, sucralosa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceite y grasas - Harinas - Legumbres - Frutos secos - Alcohol (si ninguna otra patología lo contraindica, puede tomar un vaso al día de cerveza o vino) 	<ul style="list-style-type: none"> - Azúcar y dulces (chocolate, nata, mermelada, helados, caramelos, miel, pasteles, bollos) - Quesos curados - Refrescos (coca cola, kas...) - Grasas (mantequilla, embutidos, tocinos, salsas, fritos) - En general cualquier alimento procesado

2. Método del plato o Método Harvard

El método plato, también conocido como Plato de Harvard o plato saludable, es una herramienta muy visual e intuitiva que utilizamos en la consulta para identificar los grupos alimentarios que deben de estar presentes en nuestras comidas, así como las proporciones que tienen que representar y de ésta manera, poder enseñar a los pacientes qué y cómo deben comer y que sepan sin tener un menú diario, elaborarse ellos mismos sus platos bien proporcionados en cuanto a nutrientes.



EL plato se divide en 3 partes:

1. 50% del plato equivale a vegetales crudos, asados, al vapor... Hay que intentar incorporar color y variedad. Recordar que las patatas cuentan como farináceos, no como vegetales.
2. 25% del plato equivale a proteínas: carne, pescado, huevos, lácteos, legumbres (habichuelas, gavanzos, lentejas) y frutos secos. A poder ser, evitar las carnes rojas y elegir las magras (carne de pollo, pavo, aves n general, conejo...).

También evitar l máximo las carnes procesadas (embutidos y bacon).

3. 25% del pato equivale a HC o farináceos: pan, arroz, patata, harinas (trigo cebada, quinoa, avena...) pasta, guisantes, a poder ser, utilizarlos integrales y evitar los refinados.

Escoja aceites vegetales saludables como aceite de oliva, colza, soja, maíz, girasol, cacahuete, y otros, y evite los aceites parcialmente hidrogenados, ya que contienen grasas no saludables.

Evite las bebidas azucaradas, gaseosas y/o alcohólicas. Limite la leche y productos lácteos a una o dos porciones al día, y limite el zumo de fruta a un vaso pequeño al día, ya que la fruta al ser triturada, aumenta el nivel de absorción de glucosa.

ANEXO 2: DIABETES MELLITUS

DEFINICIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica que implica niveles inapropiados de glucosa en la sangre. La DM tiene diversas categorías incluyendo tipo I, tipo II, diabetes gestacional, diabetes neonatal o por causas secundarias debido a endocrinopatías, uso de esteroides, etc. Los principales tipos de diabetes son la DM1, siendo más frecuente en niños o adolescentes, y DM2, con mayor prevalencia en adultos de mediana o edad avanzada, que resulta de una secreción no efectiva de insulina o de la disminución de la respuesta tisular en algunos de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona, La patogenia de la DM1 y DM2 es drásticamente diferente y, por lo tanto, cada tipo tiene varias etiologías, presentaciones y tratamientos.

La DM es una enfermedad crónica compleja que requiere de atención sanitaria continuada con estrategias multifactoriales del riesgo más allá del control glucémico. La educación y el apoyo para la autogestión de los pacientes son fundamentales para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. [1]

Como enfermedad crónica, la DM afecta aproximadamente a 347 millones de personas en todo el mundo, estimando que en 2030 uno de cada diez adultos tendrá diabetes. Es, además, una de las principales causas de muerte en los últimos 15 años según la OMS. Su inadecuado control supone el desarrollo de complicaciones y daños graves para la persona que la padece, que conducen a un deterioro tanto de la calidad como de la esperanza de vida, afectando no sólo a la persona que la padece sino también a su entorno y familia. Esta situación requiere de profesionales de la enfermería cualificados que den respuesta a las necesidades de salud desde una atención ética, humana, autónoma y competente, bajo un prisma de seguridad para el paciente y centrada en las buenas prácticas enfermeras. [2]

COMPLICACIONES

Independientemente del tipo específico de diabetes, las complicaciones incluyen enfermedades microvasculares, macrovasculares y neuropáticas. Las enfermedades microvasculares y macrovasculares varían según el grado y la duración del mal control de la diabetes e incluyen la neuropatía, la retinopatía, nefropatía, enfermedades cardiovasculares, especialmente si están asociadas con otras comorbilidades como la dislipemia y la hipertensión. Una de las consecuencias más severas de la DM es su efecto en las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades macrovasculares manifestadas clínicamente como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular cerebral y la insuficiencia arterial periférica son la principal causa de morbimortalidad de las personas con diabetes. Las personas con diabetes presentan un riesgo superior a la población general de sufrir enfermedad cardiovascular independientemente de otros factores de RCV presentes en la DM2, además del tabaco. La macroangiopatía y la aterosclerosis son los principales responsables de la enfermedad cardiovascular.

La enfermedad renal es otra causa significativa de morbilidad y mortalidad en paciente con DM. Es uno de los factores principales del fracaso renal agudo que hará necesario incluso que el paciente

comience con terapia de diálisis o trasplante renal. La nefropatía diabética es una enfermedad renal grave de la DM1 y la DM2. También es llamada enfermedad renal diabética. Hasta el 40% de las personas con diabetes padecen finalmente la enfermedad renal.

La DM es también la causa principal de amputaciones de miembros, primordialmente debido a vasculopatías y neuropatías asociadas con la enfermedad. Muchos pacientes que desarrollan neuropatías necesitan de manera regular revisión de pies para prevenir la infección de heridas que pueden no ser diagnosticadas con la antelación suficiente.

Esta patología es también una de las causas más comunes de déficit de visión o incluso ceguera en adultos de entre 20 a 74 años. La duración de la diabetes es el factor más crucial para el desarrollo de la retinopatía diabética. Por ello, es altamente recomendado realizar de manera frecuente exámenes de la retina cinco años después de la instauración del diagnóstico de la enfermedad. Una presión arterial sanguínea descontrolada añade, además, otro factor de riesgo a la hora de desarrollar edema macular. Por consiguiente, bajar los valores de la presión arterial en pacientes con diabetes también afecta al riesgo de la progresión de la retinopatía.

La disfunción eréctil es una complicación muy prevalente en hombres con diabetes, especialmente con DM2. Aunque la etiopatogenia es multifactorial, es fundamental un buen control metabólico.

La complicación aguda más severa de la DM es la cetoacidosis diabética más común en pacientes con DM1. Esta condición es normalmente debida a dosis inadecuadas de insulina, incumplimiento terapéutico o infecciones agudas. En este proceso, la falta de insulina puede conllevar a que los tejidos sean incapaces de obtener glucosa del torrente sanguíneo. La compensación, para ello, hace que el metabolismo de los lípidos sea sustituido por cuerpos cetónicos como sustitutos de fuente de energía lo que causa acidosis sistémica. La combinación de hiperglucemia y cetoacidosis causa poliuria, acidemia y vómitos que finalizan en una anomalía electrolítica lo cual puede desencadenar una amenaza vital. En la DM2 la hiperglucemia hiperosmolar es un problema emer-

gente. Su presentación es parecida a la cetoacidosis diabética: exceso de sensación de sed, glucosa en sangre elevada, sequedad de boca, poliuria, taquipnea y taquicardia. Sin embargo, esta última no se presenta con exceso de cuerpos cetónicos en las muestras de orina ya que la insulina sigue produciéndose por las células beta pancreáticas. El tratamiento para ambos procesos, consiste en administración de insulina y exceso de hidratación intravenosa. El cuidado de electrolitos, especialmente el potasio, es enormemente importante en el manejo de ambos procesos.

ANEXO 3: HIPOGLUCEMIAS, PREVENCIÓN DE SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

HIPOGLUCEMIA

Entendemos por hipoglucemia la concentración de glucosa en plasma venoso inferior a 70mg/dl. Es la complicación aguda más frecuente en las personas con Diabetes Mellitus. Se puede relacionar directamente con el tratamiento con sulfonilureas e insulina, así como la falta de ingesta de alimentos, el exceso de ejercicio físico y/o ingesta de alcohol.

Síntomas:

Los síntomas son diversos y podemos clasificarlos en dos grandes grupos.

1. Adrenérgicos: como taquicardia, palpitaciones, palidez, bostezos, temblores, sudoración fría, sensación de hambre, ansiedad.
2. No adrenérgicos: mareo, dificultad para concentrarse, visión doble o borrosa, alteración de la visión de los colores rojo y verde, sensación de calor o frío, dolor de cabeza, alteración de la conducta, escaso criterio, confusión, alteración de la memoria a largo plazo, habla confusa, lengua trabada, marcha inestable, lapsus de conciencia, letargia, convulsiones e incluso coma.

Causas de la hipoglucemia:

1. Cambios en la alimentación, insuficiente aporte de hidratos de carbono.
2. Errores con la medicación o en su administración: olvidos, retrasos, dosis erróneas, falta de destreza.
3. Exceso de ejercicio no programado.
4. Alcohol, drogas, interacciones con medicamentos.

Prevención de las hipoglucemias:

La Educación Terapéutica es un proceso educativo integral que se convierte en una de las mejores herramientas para prevenir, reconocer y tratar las hipoglucemias:

1. Transmitir e incidir en las causas más comunes que pueden ocasionar la hipoglucemia como los errores en la dosis, tipo de insulina, modificaciones en la técnica de inyección, disminución de la ingesta de hidratos de carbono, retraso en el horario de las comidas, diarreas graves, ingesta excesiva de alcohol, ejercicio no programado, etc.
2. Identificar síntomas –adrenérgicos y no adrenérgicos-.
3. Revisar el tratamiento y su adherencia.
4. Identificar las necesidades y atender las demandas del paciente.
5. Abordar el miedo ante una primera hipoglucemia. Dar herramientas para saber cómo manejarse ante la aparición de los primeros síntomas, ya que así aumentarán las posibilidades de un mayor manejo de la situación.
6. Implicar a la familia y entrenarles para tratar una hipoglucemia grave – ante una disminución del nivel de conciencia-

Tratamiento ante una hipoglucemia

1. Hipoglucemia leve o moderada:

Debe de ser tratada lo más rápidamente posible, entre otras cosas para evitar complicaciones mayores. Si disponemos de glucómetro se realizará una determinación, si no se dispone del mismo debemos de pensar que estamos ante una hipoglucemia.

Persona consciente: Se recomienda utilizar la REGLA DE LOS 15

No utilizar alimentos ricos en grasa o proteínas que enlentecen la absorción. – leche o chocolate- tardan entre 15 y 30 minutos en hacer el efecto deseado.

Administraremos 15 g de Hidratos de Carbono de absorción rápida:

- Solución oral, tabletas -15g de glucosa-
- Azúcar: 3 cucharadas o 2 sobres
- Bebidas azucaradas: 150 ml o 150 ml de zumos de fruta.
- Cucharada sopera de miel 15 ml

Pasados 15 minutos volveremos a realizar una determinación de glucemia capilar:

- Si la glucemia digital es < 70 mg/dl volver administrar 15 mg de HC de absorción rápida y nueva determinación tras 15 minutos.
- Si la glucemia digital es > 70 mg/dl administra 1 ración de HC de absorción lenta – 3 galletas, 1 pieza de fruta, 1 vaso de leche o 30 gramos de pan - para evitar nueva hipoglucemia.

Regla de los 15

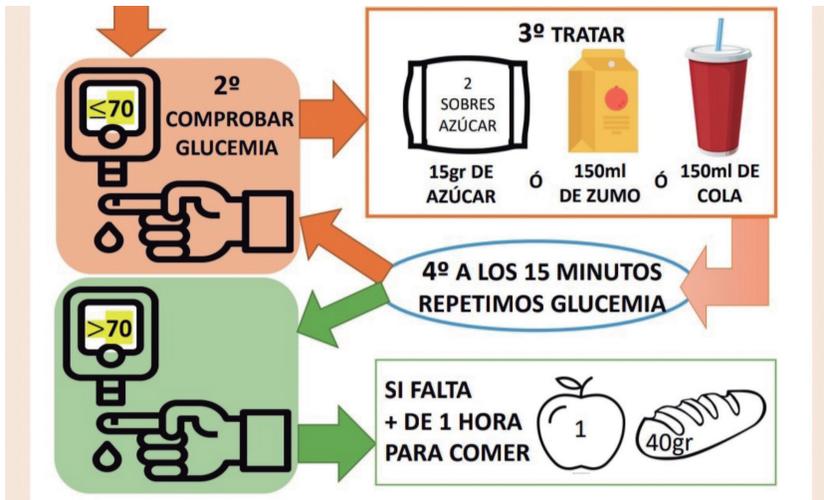


Figura 1. Regla de los 15/15.

2. Hipoglucemia grave con alteración de la conciencia:

Ante un paciente inconsciente o con incapacidad para consumir alimentos lo importante es NO ADMINISTRAR NADA POR VÍA ORAL. El tratamiento de elección será el glucagón inyectable o intranasal. Los familiares, personas cercanas, compañeros de trabajo, deberían estar familiarizados con los kits de glucagón, ya que no precisa ser administrados por un profesional sanitario. Tras recuperar la conciencia se puede administrar 1 ración de HC de absorción lenta para evitar una nueva hipoglucemia.



Figura 2. Preparación comercial de glucagón. Inyectar subcutáneo.



Figura 3. Glucagón intranasal

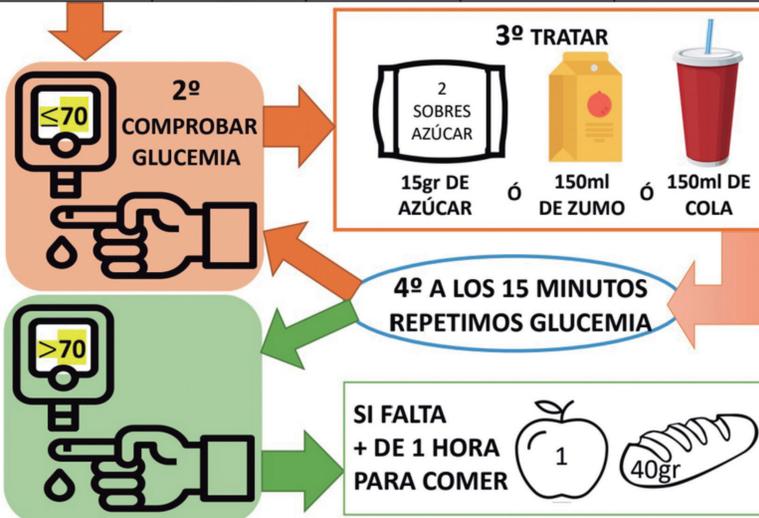
**HIPOGLUCEMIA:
glucemia < 70 mg/dl
(Azúcar en sangre bajo)**

POSIBLES CAUSAS:

- a) Consumo escaso de alimentos
- b) Saltarse una comida
- c) Aumento del ejercicio físico por encima del habitual
- d) Exceso de insulina o medicamentos antidiabéticos

**1º RECONOCER LOS SINTOMAS DE LA HIPOGLUCEMIA
(suelen aparecer súbitamente)**

<p>TEMBLOR</p> 	<p>TAQUICARDIA</p> 	<p>SUDOR</p> 	<p>MAREO</p> 	<p>NERVIOSISMO</p> 
<p>HAMBRE</p> 	<p>VISION BORROSA</p> 	<p>DEBILIDAD</p> 	<p>CEFALEA</p> 	<p>IRRITABILIDAD</p> 



ANEXO 4. TITULACIÓN DE LA INSULINA

RECOMENDACIONES ADMINISTRACIÓN INSULINA RÁPI-DA (BOLO)

Objetivo 2h post (desayuno – comida – cena): no > 180mg/dl (entre 120 y 180 mg/dl)

Realizar control de glucemia antes y 2h después de cada ingesta (desayuno – comida – cena)

Aumentar insulina rápida (bolo) de 1 en 1 unidad, si 3 días seguidos por encima de objetivo 2h después de la ingesta (> 180 mg/dl).

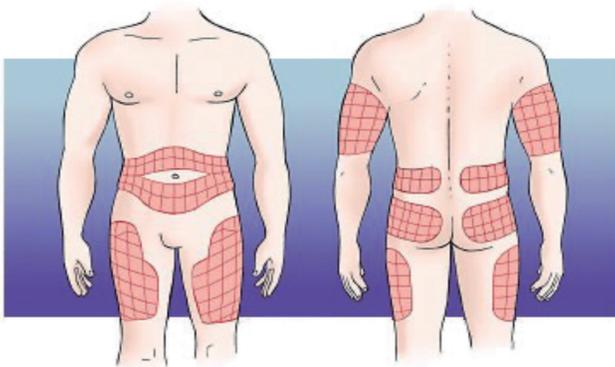
Reducir insulina rápida (bolo) en 1 unidad si glucemia 2 h después de la ingesta por debajo de objetivo (< 120 mg/dl)

Administrar insulina rápida (bolo) antes de cada ingesta (desayuno – comida – cena)

Importante rotar las zonas de inyección (abdomen, piernas y brazos)

Acudirá a su Centro de Salud para recoger:

- Contenedor de material punzante
- Agujas pluma de insulina
- Lancetas



RECOMENDACIONES ADMINISTRACIÓN INSULINA BASAL (LENTA)

Realizar control de glucemia en ayunas y administrar la insulina basal (lenta) todos los días.

Objetivo en ayunas: 90-130mg/dl

Aumentar o reducir insulina basal (lenta) de 2 en 2 unidades, si de 5 días, 3 días seguidos están por encima o debajo del objetivo (90-130mg/dl) según el esquema de insulina basal.

- Si glucosa < 90 mg/dl: Disminuir 2 unidades
- Si glucosa entre 131 y 160 mg/dl: Aumentar 2 unidades
- Si glucosa entre 161 y 200 mg/dl: Aumentar 4 unidades
- Si glucosa entre 201 y 240 mg/dl: Aumentar 6 unidades
- Si glucosa > 240 mg/dl: Aumentar 8 unidades

Guardar en nevera la insulina, excepto la pluma que se está utilizando, que se dejará fuera de la nevera a tª ambiente sin superar los 30°.

La pluma de insulina una vez utilizada, tendrá una duración de 28 días. (Poner fecha de apertura en la pluma), excepto Tresiba (duración 8 semanas)

Cambiar la aguja de la pluma con cada inyección, y retirar la aguja de la pluma inmediatamente después de administrar la insulina

Realizar test de seguridad (comprobar que la aguja funciona correctamente) desechando 2 unidades de insulina.

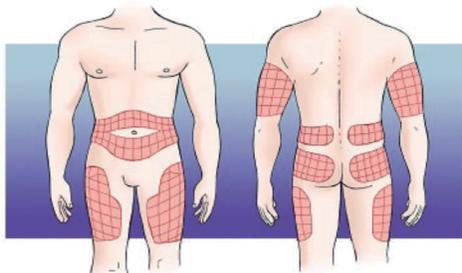
Tras administrar la insulina, esperar 10 segundos sin retirar la aguja, para introducir la insulina de forma completa.

No masajear la zona después de la inyección

Importante rotar las zonas de inyección (abdomen, piernas y brazos)

Acudirá a su Centro de Salud para recoger:

- Contenedor de material punzante
- Agujas para la pluma de insulina
- Lancetas



ANEXO 5. CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO

¿QUÉ PUEDO HACER PARA AYUDARME?

Cuidados adecuados de los pies

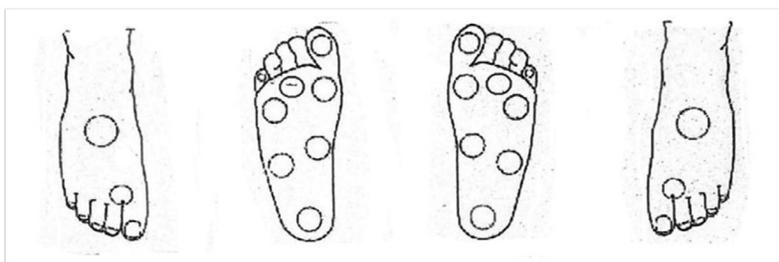
- No camine nunca descalzo por ningún sitio (casa, césped, arena de la playa, etc.)
- Para calentar los pies, utilizar calcetines. Los calcetines y las medias deben ser cómodos, transpirables, sin costuras y de hilo, lana, algodón (fibras naturales, no sintéticas) y nunca deben apretar en ningún sitio de las piernas.
- Utilizar zapatos cómodos, de horma ancha, piel natural, sin costuras ni pliegues interiores. Con tacón de no más de 4cm. Adaptados siempre a la actividad física que realice, cerrados, transpirables y flexibles. Revíselos siempre antes de ponérselos. Procurar comprarlos por la tarde. Evitar rozaduras.
- Nunca utilizar bolsas, ni botellas de agua caliente ni mantas eléctricas. Retirarse de las fuentes de calor como chimeneas, estufas o braseros.
- No curarse a uno mismo las lesiones. Observar en todo momento lo aprendido en las sesiones formativas en relación con la cura casera de heridas, y solo curarlas en casa si son arañazos o pequeñas rozaduras y tras haber consultado a su equipo de salud.
- Lavar bien la zona con agua y jabón. Como antiséptico se puede aplicar uno transparente. Cuidado con los pliegues del esparadrapo de papel sobre la gasa. Curar y mantener la herida seca.

FICHA DE EXPLORACIÓN DE LOS PIES

CONSULTA:		FECHA:	
-----------	--	--------	--

DATOS DEL PACIENTE: Nombre: Apellidos: Fecha de nacimiento: Historia Clínica:
--

Anotar sobre los dibujos los resultados de la exploración con monofilamento, así como de la observación visual.



Derecho

Derecho

Izquierdo

Izquierdo

<u>Comentarios sobre el estado general de cada pie</u>	
Derecho	Izquierdo

Autocuidado de los pies por el paciente

Conocimiento:	Suficiente		Mejorable		Escaso	
Práctica regular:	Aceptable		Deficiente		Nula	
Calzado:	Idóneo		Pasable		Inapropiado	

Evaluador:

Firma:

8. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Hermida A., Amor Valero J., Ariztegui Echenique A., García López C., Cornejo Martín J., Gómez Ruiz C., et al. (2021). Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina. Disponible en: <https://www.redgdps.org/publicaciones-redgdps/>.
- Baque Rosero, C. L. (2020). Intervención educativa en salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Bachelor's thesis, Jipijapa. UNESUM).
- *Calendario común de vacunación a lo largo de la vida*. Recuperado el 3 de abril de 2023, de https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalvida.pdf
- Chena J.A. et al. (2011). Diabetes Mellitus Aspectos para Atención Primaria de Salud. Novo Nordisk.
- Consejo General de Enfermería, 'Manejo del paciente con Diabetes tipo 2'; 2020
- Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med Clin (Barc).2013;140:272. -vol.140 núm 06. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-documento-consenso-atencion-clinica-al->
- De Mejora, P., Afrontamiento, D., & Riesgo, D. (s/f). *Guía de Abordaje del Riesgo Cardiovascular Global*. Enfermeriaavila.com. Recuperado el 16 de mayo de 2023, de <https://enfermeriaavila.com/wp-content/uploads/2020/05/BOL-9.pdf>
- Echegaray, M. T. R. Plan de Cuidados Estandarizado del IAM en Atención Primaria.
- Figuerola D. (editor), Bosch M., Cabasés T., Cabré JJ., Coma C., Flores M., Hernández JM., Jansà M., Juvinyà D., Marí MT., Muñoz À., Paretas M., Peláez P., Peralta G., Rodergas J., et al. (2011). Manual de educación terapéutica en Diabetes. Ediciones Díaz Santos.
- *Guía de abordaje enfermero*. Recuperado el 3 de abril de 2023, de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria. https://semap.org/wp-content/uploads/2021/05/REccAP_GUIA_CCvI_EN_ATENCION_PRIMARIA.pdf
- *Guía de abordaje enfermero*. (s/f). Semap.org. Recuperado el 16 de mayo de 2023, de <https://semap.org/guia-de-abordaje-enfermero/>
- *Guía de intervención de enfermería en HTA y riesgo cardiovascular* (MARZO, 2020). (2021, octubre 13). Ehrlica. <https://www.ehrlica.org/guias-de-intervencion-de-enfermeria-en-hipertension-arterial-y-riesgo-cardiovascular-marzo-2020/>

- Holke de Ibarburu, C. (2019). Propuesta de educación grupal para pacientes diabéticos tipo 2.
- *Hypertension in adults: diagnosis and management* | Guidance | NICE. (s/f). Recuperado el 16 de mayo de 2023, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127>
- La evidencia, G. C. B. en. (s/f). del riesgo cardiovascular. Saludcastillayleon.es. Recuperado el 16 de mayo de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cardiovascular/documentacion/guias/valoracion-tratamiento-riesgo-cardiovascular-guia-clinica-b.ficheros/293418-Valoracion%20y%20Tratamiento%20del%20Riesgo%20Cardiovascular.pdf>
- Linares, J. M. M., Barrilao, R. G., & Peinado, F. O. (2014). Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (63), 44-48.
- No, S. I. (s/f). *Dirección Atención Primaria Departamento Salud Valencia-Hospital General 1 ¿DIAGNOSTICO DE HTA? NO HTA HTA DIAGNOSTICADA REVISIÓN AL MENOS CADA 2 AÑOS EN MAYORES DE 40 AÑOS, DE 14 A 40 AÑOS CADA 4 -5 AÑOS*. Gva.es. Recuperado el 16 de mayo de 2023, de [https://chguv.san.gva.es/documents/10184/254523/V%C3%ADa+cl%C3%ADnica+hipertensi%C3%B3n.+Febrero+2016/a9764f51-98ae-409f-b478-4805b315e105\(S/f-a\)](https://chguv.san.gva.es/documents/10184/254523/V%C3%ADa+cl%C3%ADnica+hipertensi%C3%B3n.+Febrero+2016/a9764f51-98ae-409f-b478-4805b315e105(S/f-a)). Gobiernodecanarias.org. Recuperado el 16 de mayo de 2023, de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/acd81df1-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/08_Abordaje_Hipertension.pdf
- Planelles, M. C. F., Estevan, M. D. G., & Rico, R. J. RUTA ASISTENCIAL PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.
- Plate, H. E. (2021). The nutrition source. Harvard TH Chan School of Public Health <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy>. Accessed, 22.
- Protocolo de atención al tabaquismo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Departamento 9 de Salud (CV) <https://chguv.san.gva.es/>
- *Recomendaciones en vacunación antineumococica en adultos*. Recuperado el 3 de abril de 2023, de http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Dossier_gripe_2022_23.pdf
- Sapra A., Bhandari P, 'Diabetes Mellitus'; actualización 26 de junio de 2022'
- (S/f-b). *Revespcardiol.org*. Recuperado el 16 de mayo de 2023, de <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-eas-sobre-el-manejo/articulo/90040540>
- Tabaquismo. Abordaje en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. I.S.B.N.: 978-84-8144-874-0. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf

- US Public Health Service. *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499/>

INFOGRAFÍA

- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/emoji>” title=”emoji iconos”
- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/sudor>” title=”sudor iconos”
- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/nervioso>” title=”nervioso iconos”
- https://www.flaticon.es/icono-gratis/debilidad_4940743
- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/dolor-de-cabeza>
- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/temblor>
- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/medidor-de-glucosa>”title=”medidor-de-glucosa iconos”>
- <https://www.flaticon.es/iconos-gratis/caja-de-jugo>

9. GLOSARIO

DISLIPEMIAS

- IMC: índice de masa corporal
- RCV: riesgo cardiovascular
- DM: diabetes mellitus
- HTA: hipertensión arterial
- HDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad
- LDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad
- TSH: hormona estimulante de tiroides
- GGT: enzima gamma-glutamil transferasa
- ITB: índice tobillo brazo
- REFAR: programa de revisión y seguimiento de farmacoterapia

HIPERTENSIÓN

- IMC: índice de masa corporal
- DM: diabetes mellitus
- HDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad
- LDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad
- TFGe: tasa de filtración glomerular estimada
- AMPA: automonitorización de la presión arterial
- MAPA: monitorización automática de la presión arterial
- ITB: índice tobillo brazo
- REFAR: programa de revisión y seguimiento de farmacoterapia
- AVC: Accidente vascular cerebral
- IRC: insuficiencia renal crónica

OBESIDAD

- IMC: índice de masa corporal
- DM: diabetes mellitus
- HTA: hipertensión arterial
- HDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad
- LDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad
- TSH: hormona estimulante de tiroides
- HbA1C: hemoglobina glicosilada
- REFAR: programa de revisión y seguimiento de farmacoterapia

DIABETES

- EPS: Educación para la salud
- ECODI: Escala de conocimientos en diabetes
- NANDA: Nort American Diagnosis Association (diagnósticos enfermeros)
- IMC: Índice de masa corporal
- ECG: Electrocardiograma
- ITB: Índice tobillo brazo
- HbA1c: Hemoglobina glicosilada
- HTA: Hipertensión arterial
- NIC: Intervenciones enfermeras
- NOC: Objetivos enfermeros
- c-HDL: Colesterol de lipoproteínas de alta densidad
- c-LDL: Colesterol de lipoproteínas de baja densidad
- PA: Perímetro abdominal
- REFAR: Programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia en la Conselleria de Sanitat
- mmHg: milímetros de mercurio
- ADOs: Antidiabéticos orales
- RCV: Riesgo cardiovascular
- DM2: Diabetes mellitus tipo 2
- DM1: Diabetes mellitus tipo 1
- TSH: Hormona estimulante de la tiroides
- HC: Hidratos de carbono
- OMS: Organización mundial de la salud

CONSULTA DE CAPTACIÓN

- IMC: Índice de masa corporal
- HTA: Hipertensión arterial
- TA: Tensión arterial
- FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular
- DM: Diabetes Mellitus
- ECG: Electrocardiograma
- Tto.: Tratamiento



EDICIONES
CECOVA