

CUIDADOS ENFERMEROS DOMICILIARIOS A UN PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO



María Álvarez Fernández

Pablo Fernández Prieto

C.S. Contrueces

SOCIEDAD ACTUAL:



ENFERMEDAD CRÓNICA

PLURIPATOLOGÍA

PACIENTES CON EDAD AVANZADA

OBJETIVOS:

PAPEL DE LA ENFERMERA FyC

COORDINACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE AP

CASO CLÍNICO



EPOC severo con O2 domiciliario 24 horas

Tabaquismo

Hiperlipidemia

HTA

Insuficiencia cardiaca derecha

Insuficiencia venosa crónica

Obesidad

Ingresos hospitalarios agudización EPOC:

- 6 en 2011
- 12 en 2012 (2 UCI)

Se deriva a enfermera de AP, para cura de úlcera vascular



Problemas



Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 0401 Estado circulatorio	3660 Cuidados de la heridas 4070 Precauciones circulatorias
Gestión ineficaz de la propia salud	3103 Autocontrol: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica 1623 Conducta de cumplimiento : Medicación prescrita	4410 Establecimiento de objetivos comunes 5520 Facilitar el aprendizaje 4420 Acuerdo con el paciente 7140 Apoyo a la familia

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Intolerancia a la actividad	0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso 0200 Ambular	4310 Terapia de actividad 2380 Manejo de la medicación
Procesos familiares disfuncionales	2602 Funcionamiento de la familia	7100 Estimulación de la integridad familiar 4410 Establecimiento de objetivos comunes

TRABAJO COORDINADO EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA



¿QUÉ SE CONSIGUIÓ?

- Adherencia al tratamiento
- Sin agudizaciones EPOC ni ingresos hospitalarios
- Cicatrización de la herida
- Pérdida de peso
- Mejor control de su estado de salud



Agosto 2014

Se acude a visita domiciliaria para seguimiento.

Fuma 5 cigarrillos/día.

Ha recuperado peso.

Se encuentra bien y sin disnea.

Achaca su mejoría a la correcta toma de la medicación y buena praxis de los profesionales



CONCLUSIONES

Unos cuidados integrales de enfermería a los pacientes frágiles, unido a la coordinación con otros miembros del EAP, puede contribuir a mejorar su salud

BIBLIOGRAFÍA

1. NNN Consult. [Acceso 12 de agosto]. Disponible en <http://nnnconsul.csinet.es/index>.
2. Ferrer Arnedo C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. Revista EFC. 2013;1(1):8-15.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2012. [Acceso 18 de agosto]. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
4. Tirado Pedregosa, G et al. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index Enfermería. 2011, vol.20, n.1-2, pp. 111-115 .[Acceso 21 de agosto]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
5. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Asturias 2014. [Acceso 24 de agosto]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf.
6. Martín I, Gorroñogoitia A, Gómez J, Baztan JJ, Abinaza P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en Atención Primaria. 2010; 42:388-93.
7. Román Sánchez P. La atención al paciente crónico complejo. Galicia Clin 2012; 73 (Supl.1): S5-S

