

Proceso de atención de enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2

Nursing attention process for a patient with diagnosis of type 2 diabetes mellitus

Alba Martín Raquel*

*USM Hospital Reina Sofía, Calle Hermano Bonifacio, 3. 14520 - Fernández Núñez (Córdoba), España. raquelalbamartin@satse.es

RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus, tipo 2, se caracteriza por desarrollar en el paciente un déficit no absoluto de insulina así como una importante resistencia a la misma (insulino-resistencia) debido principalmente a una alteración de los islotes pancreáticos de Langerhans.

Objetivo: Estudiar la intervención enfermera a una paciente, diagnosticada de DM tipo II en nuestra consulta de atención primaria en la ciudad de Córdoba.

Metodología: Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería ante el siguiente caso clínico: Mujer de 89 años, viuda, vive con su hija que es su cuidadora informal principal. Su vivienda carece de ascensor y presenta una rampa que no cumple con la normativa legal vigente en la actualidad.

Resultados: Encontramos que los diagnósticos (NANDA) alterados en nuestra paciente eran: Deterioro de la movilidad y Patrón respiratorio ineficaz, tras lo cual planteamos los resultados (NOC)-intervenciones (NIC) correspondientes.

Conclusión principal: La vigilancia de este tipo de pacientes crónicos es minuciosa, ya que se les realizan controles periódicos de glucemia, constantes vitales, test doppler y monofilamento. Ante este último, obtuvimos en el último control una puntuación: 1, (Pie de riesgo). Además, realizamos frecuentemente Educación Para la Salud. Resulta primordial transmitirles tranquilidad y confianza.

PALABRAS CLAVE: Atención. Enfermería. Cuidados. Diabetes Mellitus tipo II. Comunicación.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus, Type 2 is characterized by the patient develop a non-absolute insulin deficiency and significant resistance to it (insulin resistance), mainly due to disruption of the pancreatic islets of Langerhans.

Objective: To study nursing intervention to a patient diagnosed with type II DM in our primary care clinic in the city of Córdoba.

Methodology: We applied the Nursing Process to the following case: This woman is 89 years old and widow. She lives with her daughter who is his main carer casual. Her house has no elevator and a ramp that does not meet the legal regulations currently in force.

Results: We found several diagnoses (NANDA) were altered in our patient: Impaired mobility and ineffective breathing pattern, after which we propose the appropriate Results –Interventions.

Main conclusion: The monitoring in this type of chronic patients is thorough, since they make regular checks of blood glucose, vital signs, and doppler test monofilament. Before this last, we obtained in last control your the following score: 1 (risk foot). Also, we often offered them Health Education. It is essential to convey them calm and confidence.

KEYWORDS: Attention. Nursing. Care. Diabetes Mellitus type 2. Communication.

Archivos de Medicina Familiar y General 2014; 11(2): 15-20

INTRODUCCIÓN

Los avances en la ciencia y en la medicina han tenido un fuerte impacto en los patrones demográficos de la población mundial reflejándose en el descenso de la natalidad, la disminución de la mortalidad en edades avanzadas, y la elevada expectativa de vida, principales características de nuestra actual y futura sociedad. El cambio en el perfil demográfico ha dado lugar al envejecimiento de la población con mayor prevalencia de las patologías crónicas que generan gran consumo y utilización de los servicios de salud (1).

Su presencia, además de la disposición genética y la edad, está relacionada con factores de riesgo asociados a estilos de vida, hábitos y costumbres como la mala nutrición, inactividad física, tabaquismo y el consumo de alcohol; otros factores son los niveles altos de colesterol, el sobrepeso y la obesidad. En los sistemas de salud este tipo de enfermedad está ejerciendo presión debido a los altos costos que representa la carga de morbilidad generada por la complejidad de la tecnología médica para su diagnóstico y tratamiento (2), en países desarrollados suponen el 75% del gasto sanitario y el 80% del gasto farmacéutico (3). Ante ello, la capacidad de ofrecer cuidados en el sistema informal, de ayuda mutua y reciprocidad prestada por familiares, amigos y vecinos sin retribución económica, es aprovechada por las instituciones de salud para reducir costos (4). En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen el problema de salud pública que produce mayor sobrecarga, generando un aumento imparable en el número de personas que requieren cuidados de larga duración y la necesidad de asistencia desde los sistemas informales, siendo la familia y los cuidadores proveedores directos de atención (1).

La Diabetes Mellitus tipo II (DM 2) se caracteriza por desarrollar en el paciente un déficit no absoluto de insulina así como una importante resistencia a la misma (insulino-resistencia) debido principalmente a una alteración de los islotes pancreáticos (islotes de Langerhans). Es una enfermedad asociada a un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con una fuerte distribución de grasa abdominal, con una importante predisposición genética no del todo conocida (multigénica) (5). Por otro lado, la enfermería es una actividad humana muy antigua, pero como profesión organizada se sitúa entre las más jóvenes. En su evolución, con la entrada de la Reforma de la Atención Primaria, la enfermera dejó de ser un técnico sanitario a pasar a ser un agente de salud más del sistema sanitario con el desarrollo de unas competencias propias (6). La formación de las enfermeras del ámbito familiar y comunitario ha tenido un curso muy heterogéneo, donde han prevalecido unas preferencias más personales en cuanto a la formación continuada, pero sin ninguna formación normalizada que nos capacitará

para dar unos cuidados similares en cualquier zona de España ante unos mismos problemas de salud. Así, el 29 de junio se publicó en el Boletín Oficial del Estado/1729/2010 la aprobación del programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Este despliegue y operativización de la formación de la especialidad significará la unificación y normalización en la formación específica en atención comunitaria, para dar una atención rigurosa, amplia y de seguridad para la población con unos cuidados que fomenten la autonomía de las personas (7).

Todo lo expuesto anteriormente, sustenta la necesidad de detectar precozmente los síntomas que incapacitan a este tipo de pacientes crónicos. Para ello, es necesaria la presencia de enfermería como un componente más dentro del sistema sanitario actual.

SINOPSIS

Resumen de la historia clínica de nuestra paciente.

Mujer de 89 años, viuda, vive con su hija que es su cuidadora informal principal. Su vivienda carece de ascensor y presenta una rampa que no cumple con la normativa legal vigente en la actualidad.

Diagnósticos médicos: Diabetes tipo II, EPOC, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Hernia de Hiato, Hipercolesterolemia, Hipertensión Arterial, Espondiloartritis Degenerativa Múltiple.

Programas donde está incluida: Atención a movilizados, EPOC, vacunación de la gripe, examen de salud de 65 años, educación cardiovascular, atención al paciente pluripatológico, diabetes, anciano dependiente y frágil. No presenta alergias conocidas.

VALORACIÓN INICIAL

Según el Modelo de Virginia Henderson de Necesidades Básicas.

Respiración: Disnea a mínimos esfuerzos, con oxígeno domiciliario a un flujo de 2 litros/min., durante las 24 horas del día. Utiliza inhaladores.

Alimentación: Dieta sin sal, toma 2 litros/día de líquidos. Dificultad para masticar y tragar. Le faltan todas las piezas dentales, pero tiene prótesis. Buen apetito, salvo los últimos días. Dependiente sólo para cortar la carne, ella come sola. No prepara las comidas. No alergias alimentarias.

Movilidad: Actividad limitada de cama a sillón. Dispone de bastón y andador. Camina por la casa pero siempre acompañada. No puede subir escalones. Solo viaja en coche o taxi y si va acompañada. Pérdida de fuerza en manos, piernas y sobretodo en brazos.

Eliminación: Incontinencia urinaria y fecal de urgencia, que solventa con compresas. Para solventar su estreñimiento, toma laxantes. Entra sola en el baño pero no puede limpiarse sola.

Sueño: Duerme 7-8 horas, no se seste, tomando medicación para ello. A veces interrupción del sueño con desvelo prolongado.

Vestirse: Dependiente total, usa ropa adecuada.

Temperatura corporal: Se encuentra dentro de los límites normales.

Higiene: Dependiente total. Puede lavarse las manos pero no peinarse. Dispone de placa de ducha con agarraderas. Higiene adecuada, no heridas, no caídas ni quemaduras.

Evitar peligros ambientales: No alergias conocidas. Consciente y orientada. Déficit visual y auditivo, dispone de audífono.

Comunicación: su cuidadora principal es su hija, que viven juntas en el hogar.

Creencias y valores: Es cristiana católica. Aunque su marido ha fallecido hace varios años siente una tristeza por su pérdida.

Ocupación: Jubilada.

Actividades recreativas: Ver la televisión y escuchar la radio.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1º Diagnóstico NANDA: Deterioro de la movilidad.
Definición: Estado en el que el individuo experimenta limitación de la capacidad de movimiento físico independiente.

Factores relacionados:

- ~ EPOC.
- ~ Renuncia del paciente para iniciar movimientos. Sedentarismo.
- ~ Intolerancia a la actividad.
- ~ Dolor y molestias.
- ~ Trastorno neuromuscular.
- ~ Trastorno músculo-esquelético.

Características:

- ~ Limitación de las habilidades motoras finas y/o gruesas.
- ~ Incapacidad para moverse intencionadamente dentro de un ambiente físico.
- ~ Rango de movimiento limitado.
- ~ Disminución de la fuerza, el control y/o masa muscular.
- ~ Restricciones impuestas por el movimiento.

- ~ Insomnio.
- ~ Deterioro en lo movimiento en la cama.
- ~ Deterioro de la de ambulación.

NOC (resultados)

- ~ Nivel de movilidad.
- ~ Nivel del dolor.

Instrumentos de evaluación (Indicadores):

Índice de Barthel (Evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)): Puntuación: 35. Conclusión: El paciente es dependiente-severo. Escala de Norton: Puntuación 13. Conclusión: Alto riesgo de úlceras por decúbito.

NIC (intervenciones)

- ~ Cambio de posición.
- ~ Manejo de energía.
- ~ Actuación ante el dolor.
- ~ Ayuda en los autocuidados.
- ~ Vigilancia de la piel.
- ~ Control del medio ambiente.
- ~ Prevención de caídas.
- ~ Control de la nutrición.
- ~ Apoyo al cuidador principal

2º Diagnóstico NANDA: Patrón respiratorio ineficaz.

Definición: Estado en el que la inspiración y/o la espiración del individuo no permiten una ventilación adecuada.

Factores relacionados:

- ~ EPOC.
- ~ Trastorno neuromuscular.
- ~ Dolor.
- ~ Ansiedad.
- ~ Trastorno músculo-esquelético.
- ~ disminución de energía o fatiga.
- ~ posición corporal.
- ~ Proceso inflamatorio.
- ~ Disminución de la expansión pulmonar.

Características:

- ~ Disnea, dificultad respiratoria, taquipnea, cianosis, alateo nasal, tos y cambios en la profundidad de la respiración.
- ~ Diámetro antero-posterior aumentado.
- ~ Uso de músculos accesorios.
- ~ Expansión torácica alterada.

NOC (resultados)

- ~ Estado respiratorio:
 - Ventilación.
 - Permeabilidad de las vías aéreas.

- Nivel de ansiedad.

Instrumentos-Escalas Clinimétricas utilizadas:

Índice de Barthel:

Puntuación: 35

Conclusión: El paciente es dependiente-severo.

Test de Pfeiffer (versión española): Evalúa el Estado Mental

Puntuación: 1

Conclusión: Compatible con la normalidad.

~ Analítica: c/ año o cuando proceda.

~ Doppler: para examinar el flujo de sangre en las arterias y venas grandes que irrigan los brazos y las piernas: cada 2 años.

~ Monofilamento: Evalúa la sensibilidad a la presión y táctil, lo que se ha denominado «sensibilidad protectora». cada año.

~ Petición para la realización de Retinopatía: cada año.

~ Prescripción enfermera.

~ Educación-promoción de la salud.

NIC (intervenciones)

- ~ Ayuda a la ventilación.
- ~ Disminución de la ansiedad
- ~ Manejo de las vías aéreas.
- ~ Oxigenoterapia.
- ~ Vigilancia.
- ~ Aspiración de las vías aéreas.
- ~ Mejorando la tos.
- ~ Manejo de la energía.

Actividades- Intervenciones de enfermería:

1ª. Test: Doppler. El último realizado a esta paciente fue el 2-7- 2009, con una puntuación de 1'5 (grado I, posible ausencia de manifestaciones específicas). Por el estado de salud de esta paciente, no se le puede realizar esta prueba, que le hubiera correspondido en Julio del 2012. Test de Monofilamento:el día 4-5-12. (Véase figura 2).

Figura 2. Test de monofilamento el día 4-5-12.



Conclusión: Pie de riesgo. Puntuación: 1.

Fuente: Elaboración propia.

EVOLUCIÓN:

Controles de enfermería en la consulta de Crónicos: (Figura 1)

El desarrollo de la especialidad y que los servicios sanitarios de Atención Primaria de Salud cuenten con especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria debe contribuir a una mejora de la resolución de los problemas de salud no sólo de la enfermera, sino del conjunto de profesionales de Atención Primaria.

A continuación vamos a mencionar algunos de los controles que se realizan en esta consulta y su frecuencia:

- ~ Peso: cada mes.
- ~ Tensión Arterial: cada mes.
- ~ Glucemia: semanal (sólo a los pacientes diabéticos).

Figura 1. Controles de nuestra paciente.

Fecha	Glucemias	G.basal	A.A	A.C	D.C	D.A	D.D	SaO ₂ (con O ₂)	T.A	Peso
10-2-14	Glucemias	105	120	86	87	146	80	94%	120/74	87.1 kg
12-3-14	Glucemias	105	89	104	160	99	74	95%	130/79	88.2 kg
9-4-14	Glucemias	114	82	114	106	127	123	95%	125/71	86.2Kg
12-1-14	Hb Glicosilada								6.5	

Fuente: Elaboración propia.

2ª. Prescripción enfermera: Se le realizan las siguientes recetas: Absorbente noche incontinencia urinaria de noche, anatómico elástico, talla grande, 1/12horas. 80 unidades, cuyo coste es de 39.23 euros. Absorbente incontinencia urinaria super-noche, anatómico elástico talla grande, 2/12horas. 80 unidades, cuyo coste es de 46.11 euros.

3ª. Educación Sanitaria: Siempre que estamos en contacto con nuestros usuarios se intenta realizar educación para la salud y promoción de esta. En mi caso, a nuestra paciente se le intenta explicar la importancia de llevar una alimentación adecuada para lograr controlar el peso y los niveles de glucemia, informarle de los síntomas de una hipoglucemia e hiperglucemia y que hacer en estos casos y prevenirlos etc. Manejo del tratamiento farmacológico, en este caso los fármacos orales y cambios en la alimentación. Explicar cuáles son las complicaciones de la diabetes, así como las revisiones que debe seguir. Importancia de la Hemoglobina (HbA1c) en su control. Finalmente, exploración del pie como prevención de lesiones posteriores, dando recomendaciones en pies de riesgo como son:

Calzado adecuado: No debe ser ni apretado ni suelto, el interior debe tener 1-2cm más largo que el pie, debe dejar bastante espacio para los dedos

En caso de deformidades en el pie deberán remitirse a personal especializado para que le recomienden el calzado especial apropiado para cada caso.

Deberá ser de piel flexible, con cordones o velcro que ajuste bien el pie, transpirables y con un interior sin costuras. Tacón en mujeres no superior a 5 cm.

Evitar andar descalzo, tanto en casa como en espacios exteriores: playa, césped, etc.

Las medias y calcetines deben ser de tejidos naturales, las costuras se llevarán hacia fuera para no rozar con la piel.

Piel: Lavado periódico del pie con agua a 37°C. Deberá lavarse adecuadamente utilizando el jabón con un pH 5.5 y realizando una buena hidratación evitando los espacios interdigitales. Las uñas deberán limarse con lima de cartón, rectas.

Xerosis, grietas: Se impregnará la piel con crema de urea para aumentar la hidratación.

127 Hiperqueratosis (callosidades): Se producen en zonas de roce pudiendo provocar hemorragias subcutáneas, por lo que estas zonas requerirán especial observación.

Se debe hacer un desbridamiento periódico para evitar úlceras. No utilizar callicidas, ni productos irritantes (esparadrapos.)

Fuentes de calor: Avisar de la posibilidad de quemaduras sin dolor. No utilizar brasero, bolsas de agua caliente ni radiadores (8).

4ª. Informe- reflexión a partir de dos guías de práctica clínica

En el control de crónicos se realiza el cribado para el pie diabético realizando una exploración previa a los pies del usuario:

- ~ Retirar los zapatos e inspeccionar si son adecuados: tamaño, costuras, presencia de cuerpos extraños en el interior...
- ~ Presencia de deformidades en áreas de alta presión: Hallux valgus, pie plano, pie de Charcot.
- ~ Zonas de alta presión: dedos en garra, dedos de martillo, Hallux valgus...
- ~ Úlceras previas.
- ~ Uñas: Mal cortadas, encarnadas, micosis, edemas subungueales.

Se utiliza el monofilamento para medir la sensibilidad por presión (neuropatía sensorial-motora) y para detectar enfermedad vascular periférica se le realiza la técnica Doppler. (9-10).

DISCUSIÓN

La enfermería familiar y comunitaria es una especialidad importante dentro de nuestra profesión, ya que trabaja desde el primer peldaño dentro de la escala de la salud.

En España, se encuentran descritas las competencias enfermeras que se han de adquirir al finalizar la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, las cuales se agrupan en: competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, con la salud pública y comunitaria, con la docencia, con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, y competencias vinculadas con la investigación [6].

Esta creación de una enfermería especialista más competente comienza con el uso de la enfermería basada en la evidencia (EBE). Se ha comprobado que basar la práctica en las mejores evidencias disponibles, mejora la continuidad de los cuidados, proporciona cuidados de mayor calidad, disminuye la morbi-mortalidad de nuestros pacientes crónicos y aumenta la seguridad. [15-16].

Y más, teniendo en cuenta que la práctica asistencial es cada vez más compleja debido a diversos factores entre los que se encuentran, el aumento importante de la información científica disponible, y los constan-

tes cambios de las necesidades y expectativas que se generan en la sociedad respecto al servicio sanitario y sus profesionales [7].

Por otra parte, la especialidad supone dar un giro a la visión habitual que tiene la enfermería del paciente como ser individual a una visión más holística e integral. En este sentido, se han encontrado numerosos artículos sobre la calidad de la atención de enfermería y qué entiende el paciente por atención de calidad; la similitud de todos ellos en cuanto a los criterios de calidad muestra de nuevo, que no es habitual la visión del paciente inmerso en su entorno, sino como ser individual que acude a una consulta [17].

Un estudio realizado nos resulta significativo pues trata de un grupo de enfermeras de atención primaria que tenía a su cargo pacientes con enfermedad en fase crónico-terminal. Opinamos que se deberían incrementar los conocimientos sobre buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos pues, este estudio demostró que estas profesionales no poseían los conocimientos idóneos sobre cronicidad para satisfacer la demanda de sus pacientes y familia [10].

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Prevención de la enfermedades crónicas una inversión vital. Nueva York: OMS; 2002.
- Sepúlveda GJ. Epidemiología de las enfermedades crónicas. En Achury DM. Cuidado al paciente con enfermedad crónica (21-33). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2010. pp. 26-36.
- De Sancho JL, Sarria A, Yáñez D, Hernández A, Ovalle MA, Perianes A. Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- Querejeta GM. Discapacidad/dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Imsero; 2004.
- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 31: S55-S60, 2008.
- Pérez Vico Díaz L, Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G, Brito Brito R, Rufino Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. ENE. Revista de Enfermería. 2013; 7(2).
- Fernández López L. Reflexiones a propósito de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. COMUNIDAD 2012; 14(2):176-182.
- Guía de atención enfermera a personas con diabetes. Servicio Andaluz de Salud. 2ª Edición revisada. 2006.
- Guía de Práctica Clínica: Diabetes tipo II. Sistema Nacional de Salud. 2009.
- "Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud". Rev. Cubana Enfermer. La Habana. En-Jun. 2009; 25(1): 2. Consultado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192009000100005&lng=es&nrm=iso&tng=es.
- Avances en Diabetología. Revista Oficial de la Sociedad española de Diabetes. Ed. Mayo. Julio-agosto 2010; 26(4).
- Halimi S. et al. Papel de vildagliptina en el tratamiento de la diabetes tipo 2 en ancianos. Curr. Med. Res. Opin. 2010; 26(7): 1647-56.
- Müller WA, Faloona GR, Aguilar-Parada E, Unger RH. Abnormal alpha-cell function in diabetes. Response to carbohydrate and protein ingestion. N. Engl. J. Med. 1970; 283: 109-115.
- Palacios Mateos, J.M. Endocrinología y Metabolismo. Ed. Paz Montalvo, 1979.
- Visboll T, Holst JJ. Incretins insulin secretion and type 2 diabetes mellitus. Diabetología 2004; 47: 357-66.
- Weyer C, Bogardus C, Mott DM, Pratley RE. The natural history of insulin secretory dysfunction and insulin resistance in the pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. J Clin Invest 1999; 104: 787-94.
- Tizón Bouza E, Marcos Espino MP. ¿Es posible el uso de la evidencia científica en la formación de especialistas de enfermería familiar y comunitaria? ENE. Revista de Enfermería. 2013; 7(3).
- González Torrente S, Pericas Beltrán J, Bennasar Veny M, Adrover Barceló R, Morales Asencia JM, De Pedro Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. BMC. Health Services Research. 2012; 12: 227.
- Bekemeier B. Nurses Utilization and Perception of the Community/Public Health Nursing Credential. Am J Public Health. 2009; 99(5): 944-949.