

CASO CLÍNICO: ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

RESUMEN:

Describimos el caso de un varón con diabetes mellitus tipo 2, que es atendido en la Consulta de Enfermería de nuestro Centro de Salud para control y seguimiento de su diabetes y por presentar una lesión en el pie dcho.

La presencia de infección en una herida hace que la evolución de la misma sea tórpida y que el proceso de cicatrización se vea enlentecido, por ello es fundamental el control de las glucemias del paciente, la prevención de la infección de las heridas y la detección precoz de la misma, con el fin de lograr unos resultados satisfactorios.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico sobre el control y seguimiento de un paciente con diabetes y abordar estrategias de actuación tendentes a la prevención y detección precoz de las lesiones e infecciones en el pie diabético.

PALABRAS CLAVE:

Diabetes Mellitus, Pie diabético, heridas, lesiones, infección de heridas.

AUTOR:

Aniorte Hernández, Nicanor.

Consulta de Enfermería Centro de Salud Comunitario. Alicante. España.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es sin duda una de las entidades clínicas que nos encontramos con mayor frecuencia y trascendencia en los Centros de Salud, no solo por tratarse de una enfermedad con una elevada prevalencia sino por la repercusión socioeconómica que produce. Según las estimaciones de las OMS hay 422 millones de adultos en el mundo que padecen DM, 3,7 millones de muertes están provocadas por la diabetes y una glucemia elevada, y la prevalencia de dicha enfermedad en los últimos 30 años casi se ha duplicado, pasando del del 4.7% al 8.5%⁽¹⁾

En la Comunidad Valenciana, según datos de la Conselleria de Sanitat, la prevalencia de la diabetes diagnosticada es del 7.8%, afectando a unas 400.000 personas. Además hay un 6% de la población que tiene DM2 y lo desconoce, por lo que el volumen de afectados es todavía mayor, y se estima que puede afectar a unas 700.000 personas en la Comunidad Valenciana⁽²⁾. Al ser una enfermedad ligada al exceso de peso, el fenómeno de aumento progresivo de las tasas de sobrepeso y obesidad permite

formular una estimación futura también hacia un aumento en los casos de diabetes tipo 2.

Las personas que padecen DM tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones frente a aquellas que no la padecen y una de las complicaciones más temidas es el pie diabético (PD). Se calcula que del 15%-25% de las personas diabéticas se verán afectadas en el transcurso de su vida por una úlcera en el pie⁽³⁾

Las líneas estratégicas de actuación para el control de la diabetes deben tener un abordaje integral y estar orientadas a las necesidades en todas las etapas de la vida y del proceso de la diabetes, desde la prevención, la detección precoz, los cuidados, el tratamiento, el seguimiento y su integración social, familiar y laboral, en la que debe haber una necesaria coordinación entre todos los niveles de actuación profesional.

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad, ex-fumadora desde hace 5 años, diagnosticada de DM 2 hace unos 10 años, con los criterios de glucemia plasmática tras 8 horas de ayuno elevada en dos determinaciones en días diferentes (158 y 179 mg/dl) y cifras de HbA1c de 8,2%. Acude en el día de hoy a nuestra consulta para control y seguimiento de su diabetes.

Tras el diagnóstico de la Diabetes se inició terapia con Metformina 850 mg tres veces al día, tras la cual mantuvo un buen control glucémico durante los 4 años siguientes al inicio del tratamiento (media de HbA1c 6,1%) si bien, el último año la paciente comenzó a sufrir episodios frecuentes de hipoglucemia. Tras descartar errores en dosificación, dieta o ejercicio se redujeron las dosis de hipoglucemiantes. Desde hace dos años se constata un buen control metabólico a los 3 meses (HbA1c: 5,7%) sin hipoglucemias y estabilidad ponderal.

En el momento de la consulta: Antropometría: Talla 166 cm. Peso 80 Kg. Índice de Masa Corporal [IMC]: 29.8 Kg/m² (Sobrepeso II). Tensión Arterial 153/90 mmHg (Grado 1). Glucemia capilar: 169 mg/dl. Patologías asociadas y medicación que actualmente toma: Para control de la TA: Enalapril 20 mg cada 24 h; para la osteoporosis: Alendronato 70 mg semanales y suplementos de calcio y vitamina D; para el ácido úrico: Alopurinol 1 comp. 150 mg/día; para la dislipemia; atorvastatina 40 mg cada 24 h y para la diabetes: Metformina 850 mg dos veces al día.

Las cuatro cuestiones a debatir en este caso clínico son:

1. ¿Qué factores de riesgo no modificados presenta el paciente? ¿Cómo podemos actuar frente a ellos?

Los factores de riesgo no modificados hasta el momento y a la vista de los datos antropométricos obtenidos en la visita son: obesidad (sobrepeso II), HTA (Grado 1) y riesgo de que vuelva a fumar. Las medidas a llevar a cabo en este sentido como objetivo pretenderán: no perjudicar la salud física y psíquica; perder peso a ritmo adecuado, control de la TA, que haya continuidad y estabilización del peso adecuado y de la TA. Para ello y considerando la importancia de las medidas higiénico-sanitarias incidiremos en: disminución en la ingesta de “Sal” a no más no más de 2 gr/día de sodio ó 5 gr/día de sal (ClNa) y sustituirla por otras sustancias tales como: limón, vinagre, hierbas aromáticas, ...; disminución de la ingesta de “alcohol” a no más de 20-30 gramos de etanol al día en el hombre (sería 720 ml de cerveza o 300 ml de vino o 60 ml de whisky) y no más de 10-20 gramos de etanol al día para las mujeres y personas de peso ligero; “Tabaco” estimular la importancia y ventaja de continuar sin fumar; “Ejercicio físico”: beneficioso porque permite perder peso, porque ayuda a disminuir la grasa corporal, y por ser una de las mejores estrategias para enfrentarse al estrés.

En cuanto a la alimentación recomendaremos disminuir el consumo de Glúcidos porque en poca cantidad de alimento se ingiere gran cantidad de calorías; en cuanto a las Proteínas, recomendaremos el consumo de proteínas de alto valor biológico con menor valor calórico por lo que nos inclinaremos por el consumo de las carnes magras y en cuanto a los Lípidos, recomendaremos seguir una dieta con aporte adecuado de grasas insaturadas. Por último, recomendaremos el consumo de Fibra, porque ayudará a completar la sensación de saciedad sin aporte de calorías⁽⁴⁾

2. ¿Cómo podemos gestionar la consulta para mejorar la adherencia al tratamiento?

Debemos tener en cuenta que una buena gestión de la consulta nos ayudará a obtener una mayor eficacia y por ello mejorar los resultados de la misma.

En este sentido es importante, por una parte eliminar en los pacientes las ideas negativas previas, por otra establecer estrategias para vencer la resistencia al cambio en los hábitos y costumbres de los pacientes y por último, referido a los profesionales de la salud, la empatía, escucha activa, utilización de una terminología adecuada y comprensible para el paciente, que nos ayudará a conseguir los cambios de conducta requeridos en el paciente.

Todo ello nos ayudará a disminuir los factores que inciden negativamente en los cambios de hábitos y rutina no saludables y a favorecer los factores positivos y reforzadores, de los cuales son herramienta imprescindible: la información correcta y completa, la monitorización periódica, la advertencia de posibles efectos adversos, el conocimiento de las posibles alternativas terapéuticas y la búsqueda de la ayuda y apoyo familiar⁽⁵⁾

3. ¿Cómo realizamos la valoración para el pie diabético de riesgo?

Para evaluar la neuropatía utilizaremos:

- “Monofilamento 5.07 de Semmens-Weinstein”. Determina la percepción de la sensibilidad en los pies del paciente. Consiste en la utilización de un filamento de nylon de un determinado grosor y que ejerce una fuerza constante al presionarlo sobre la piel (10 gr para el calibre 5.07). El paciente se colocará en decúbito supino sobre la camilla de exploración y con los ojos cerrados; a continuación se presionará con el filamento, que se debe doblar en parte, durante 1-1,5 segundos, y se preguntará al paciente si siente o no su contacto. Las zonas a explorar como mínimo son: en la cara plantar de cada pie sobre las cabezas del primero, tercero y quinto metatarsiano, los dedos primero y quinto y sobre el talón, así como entre la base del primer y segundo dedo en la cara dorsal. No se aplicará sobre zonas con hiperqueratosis importante o con callos.
- Vibración de un diapasón (128 Hz) mide la sensibilidad vibratoria, el diapasón se coloca sobre el dedo gordo o cabeza del primer metatarsiano.

Para evaluar la enfermedad arterial periférica utilizaremos el Índice tobillo-brazo (ITB) por Doppler (o esfigmomanómetro en su defecto) y la exploración clínica, donde valoraremos el:

- Reflejo aquileo: contracción del tríceps sural, la cual provoca una flexión plantar del pie; dolor al pinchazo (raíz de la uña de primero o segundo dedo)
- Control de los cambios de color en relación con los cambios de posición de la extremidad (excesiva palidez al elevar el pie y enrojecimiento al descenderlo)
- Observación de la posible presencia de trastornos tróficos (atrofia del tejido celular subcutáneo, piel brillante, ausencia de vello en dorso del pie y onicogriposis)
- Comprobación de la temperatura de los pies.

De la recogida de todos los datos obtenidos dejaremos constancia por escrito.

4. ¿Qué nuevas actividades/acciones podemos llevar a cabo con el paciente?

Las estrategias de intervención comunitaria mediante la formación de grupos de personas adultas pretende atender sus intereses y preocupaciones, desarrollar objetivos comunes, estimular las capacidades a través de actividades, elevar la autoestima, apoyar el autocuidado y desarrollar actitudes positivas, se llevan a cabo

mediante la participación en el seno de la comunidad de pacientes que tienen similares problemas de salud y mediante ellas se refuerza positivamente las distintas acciones individuales, compartiendo experiencias y conocimientos entre los propios pacientes. La "Dinámica grupal" busca explicar los cambios internos que se producen como resultado de las fuerzas y condiciones que influyen en los grupos como un todo y de cómo reaccionan los integrantes. La intervención en grupos tiene como objetivo transformar los procesos grupales en situaciones de aprendizaje.

En el ámbito de pacientes con diabetes, ejemplos de actividades grupales a las que intentaremos que nuestra paciente se incorpore, según sus preferencias y/o necesidades son: ejercicio físico, alimentación, administración de insulinas, control del estrés, etc.

BIBLIOGRAFIA:

1. Fundación para la Diabetes. Infografía "Diabetes" sobre el informe mundial de la OMS (Nov. 2016). [Acceso el 31 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/118/infografia-diabetes-informe-mundial-oms>
2. Estrategia de Diabetes en la Comunidad Valenciana 2017-2021. [Acceso el 31 de mayo de 2018]. Disponible en: www.san.gva.es/documents/156344/7167642/Estrategia+de+diabetes+CV+2017-2021.pdf
3. Guía de práctica clínica. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH). [Acceso el 31 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.aeev.net/pdf/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>
4. IV PLAN DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2016-2020) [Acceso el 31 de mayo de 2018]. Disponible en: www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV+PLA+DE+SALUT+Llibre+Valencia+web.pdf
5. Diego Ayuso, Rodolfo F, Grande et al. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ed. Diaz de Santos. 2012.
6. Guía Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Pie diabético. Evaluación, prevención y tratamiento. [Acceso el 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes/completa/apartado11/pie_diabetico.html