

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Importancia de las terapias complementarias en el
cuidado integral de un paciente diabético”

Autor: Dámaso David García Martínez

Director: Dr. D. Agustín Simonelli Muñoz

Murcia, a 08 de febrero de 2013

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Importancia de las terapias complementarias en el
cuidado integral de un paciente diabético”

Autor: Dámaso David García Martínez

Director: Dr. D. Agustín Simonelli Muñoz

Murcia, a 08 de febrero de 2013



UCAM
Universidad Católica
San Antonio

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO: DÁMASO DAVID		CURSO ACADÉMICO: 2012/2013
Apellidos: García Martínez		Nombre: Dámaso David
DNI: 48632495-F	Titulación: Graduado en Enfermería	
Título del trabajo: Importancia de las terapias complementarias en el cuidado integral de un paciente diabético.		

El Prof/a. D. Agustín Simonelli Muñoz como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 08 de Febrero de 2013

Fdo.: _____



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En este apartado me gustaría tener una especial mención hacia mis padres, quienes con su esfuerzo han hecho posible mi entrada en una carrera universitaria como esta. Sin su apoyo nunca habría podido tener la dedicación durante estos 4 años, para concluir mis estudios y realizar el día de mañana el trabajo que me gusta.

Por esto y mucho más, les estaré siempre agradecido...

Tampoco me gustaría olvidar a María, más que una compañera una gran amiga que hace del día a día un camino llevadero en mi paso por enfermería.

ÍNDICE

RESUMEN	XVII
1. INTRODUCCIÓN	19
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivo General:	23
2.2. Objetivos Específicos:.....	23
3. MARCO TEÓRICO	25
3.1 Diabetes. Anatomía y fisiopatogenia de la enfermedad.....	25
3.3 Tratamiento actual	30
<i>3.3.1 Dieta y ejercicio físico</i>	<i>30</i>
<i>3.3.2 Fármacos</i>	<i>31</i>
<i>3.3.3 Terapias complementarias</i>	<i>33</i>
3.4 Importancia de las terapias complementarias en enfermería	35
3.5 Modelo enfermero de referencia	44
3.6 Justificación	45
4. METODOLOGÍA	47
4.1 Diseño	47
4.2. Sujeto del estudio	47
4.3. Ámbito y Periodo del estudio	47
4.4 Procedimiento de recogida de información.....	47
4.4.1. Fuente de información	47
<i>4.4.2. Procedimiento de información.....</i>	<i>48</i>
<i>4.4.3. Procesamiento de los datos</i>	<i>48</i>
5. RESULTADOS.....	49
5.1 Descripción del caso.....	49
5.2 Plan de cuidados.....	49
<i>5.2.1 Diagnósticos de enfermería identificados.....</i>	<i>68</i>

5.2.2 Red de razonamiento según modelo AREA.....	69
5.2.3 Ejecución.....	78
5.2.4 Evaluación.....	79
6. DISCUSIÓN	87
6.1. Limitaciones	89
7. CONCLUSIONES	91
8. BIBLIOGRAFÍA	93
9. ANEXOS	99
Anexo I Tablas	99

FIGURAS

Figura 3.1. Prevalencia de diabetes (año 2000) y estimación para el año 2030

Figura 3.2. Acción de antidiabéticos orales

Figura 3.3. Terapias complementarias que se utilizan en los cuidados

TABLAS

Tabla 3.1. Estimaciones de prevalencia de diabetes mellitus en la Unión Europea.

Tabla 3.2. Estudios de prevalencia de diabetes mellitus 2 en España.

Tabla 9.3. Clasificación de intervenciones de enfermería y terapias complementarias.

Tabla 9.4. Comportamiento de la investigación científica en grandes áreas de la medicina tradicional, alternativa y complementaria. (1993 – 2003). Medline

Tabla 9.5. Comportamiento de la investigación científica en las disciplinas mayores de la medicina tradicional, alternativa y complementaria. (1993 – 2003). Medline

Tabla 9.6. Técnicas más utilizadas en España.

Tabla 9.7. Nº de páginas web relacionadas con las terapias naturales (Enero 2011)

RESUMEN

Introducción y Objetivos: La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia. La falta de mejoría de esta situación hace surgir nuevos planteamientos para enfocar el problema debidamente. Para prevenir o mejorar los estados patológicos hace falta una visión global del problema. La medicina tradicional o complementaria se muestra en la actualidad como una alternativa capaz de ayudar y mejorar las enfermedades crónicas. Esta tradición cuenta con distintas terapias complementarias que hacen de su uso un abanico de recursos, dispuestos a ser utilizados y adoptados por los profesionales de la enfermería. Nuestro propósito es analizar el uso de dichas terapias en enfermería y conocer su posible aplicación en el ámbito de un paciente diabético.

Metodología: Para realizar el estudio de caso se utilizó como método de recogida de información, el modelo de los once patrones de Margory Gordon recogidos en el programa OMI de atención primaria, además de entrevista personal con el paciente y diferentes cuestionarios. El estudio fue realizado a un paciente con diabetes mellitus tipo 2 que evolucionó favorablemente cicatrizando y regenerando la úlcera que presentaba. Se llevó a cabo durante los meses de septiembre y octubre de 2012. Discusión y limitaciones: Creemos que la principal contribución del trabajo está relacionada con la aportación del análisis y situación de terapias complementarias así como mostrar aquellas beneficiosas para un paciente diabético, realizando el estudio a partir de un caso. Conclusiones: Las terapias complementarias se implantan de manera progresiva en la formación enfermera, tienen un contexto histórico relacionado con las teorías cumbres de la enfermería. Además, utilizando este arsenal terapéutico en un paciente diabético podemos hacer uso de la estevia rebaudiana, que se muestra como una hierba con propiedades medicinales para un paciente con diabetes.

Descriptor: TC, medicina tradicional, terapias complementarias, diabetes mellitus tipo 2, stevia rebaudiana, fitoterapia diabetes, TC enfermería

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas asistimos a una epidemia diabética en la que tanto el número de diabéticos como las complicaciones que esta enfermedad provoca se hace notar en la población. Es conocida la preocupación que existe por el aumento en los casos de diabetes mellitus (DM) a nivel mundial, no solo en pacientes que viven en países industrializados sino que por efecto de la globalización, también se da en países de menor desarrollo.

Existen dos tipos de DM bien definidos en la actualidad, la diabetes tipo 1, en la cual el cuerpo no produce insulina y la **diabetes tipo 2**, en la que el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. Este tipo de diabetes es el más común, presenta un grave aumento y se toma como ejemplo para desarrollar en este trabajo fin de grado los matices propuestos relacionados con esta patología.

La DM constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia, al hecho de que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica, a su elevada morbilidad y mortalidad y a su elevado coste sanitario [1].

En la 5ª edición del Atlas de Diabetes, que realiza estimaciones sobre DM se pronosticó que la cifra se incrementará hasta 552 millones de personas en el año 2030, siendo los países de bajos y medios ingresos los que se enfrentan al mayor crecimiento de la enfermedad [2].

Ante la preocupación de esta situación, La Asamblea General de las Naciones Unidas pidió a la OMS que en el 2012, difundiera recomendaciones internacionales para enfrentar la situación acontecida por las enfermedades crónicas, así pues, se establece el desarrollo de 5 líneas estratégicas [3]:

- Promoción de estilos de vida saludable y prevención primaria
- Diagnóstico precoz
- Tratamiento y seguimiento
- Abordaje de complicaciones y situaciones especiales
- Formación, investigación e innovación

La perspectiva de esta enfermedad hace evidente que los métodos utilizados, aunque logrando resultados y estando en camino, no parecen ser la solución que completa este problema.

Ante esta realidad imperante, se hace manifiesta la importancia de trabajos de investigación que reivindicuen otros tratamientos, que sumados o complementados puedan resultar beneficiosos ante el abordaje de esta patología.

Con el incremento de la demanda de alternativas terapéuticas, ajenas en conceptos y prácticas al modelo científico biomédico, la medicina tradicional se encuentra ubicada hoy en un contexto en el que hace algunos años no existía. Prueba de ello es el notable crecimiento de algunos de sus recursos en los países industrializados, así como los cambios ocurridos en la composición de la oferta de los servicios terapéuticos, en las formas de entender la salud y la enfermedad, así como el uso combinado de muchas de estas formas terapéuticas [4].

A pesar de los incuestionables logros de la investigación en el campo de la salud, la medicina moderna, al igual que la tradicional, también presenta sus limitaciones. La nueva medicina, cada vez más tecnológica, se ha separado de los pacientes y de la naturaleza, sus efectos adversos han crecido y se ha reducido el contacto personal con el médico. Tal vez, estas son algunas de las causas que han propiciado la búsqueda y aceptación de otra medicina, la tradicional,[4] y con ella la entrada de las terapias complementarias (TC) en el campo de la salud.

Haciendo alusión a la última de las líneas estratégicas mencionadas anteriormente, las TC se presentan como un recurso importante del que se puede hacer uso a una escala global pero también aplicándolo a un paciente diabético.

Se trata, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) de “un conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de manera individual o en combinación para

mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” [5].

La OMS reconoce el arraigo y la implantación que estas técnicas tienen en numerosos sitios y culturas en nuestro planeta. Dentro de las medidas que la OMS propone al colectivo de enfermería para alcanzar la “salud para todos” incluye la de favorecer el desarrollo y la integración de los “métodos tradicionales y complementarios”.

Para prevenir mejor o tratar los estados patológicos, primero hay que comprender su mecanismo, y eso es imposible si uno se aísla en una sola especialidad médica. Los misterios se esclarecen cuando se consigue desarrollar una visión global [6].

Estas terapias tratan al paciente como un todo integrador facilitando una visión no aislada del problema, además cuentan con algunas ventajas que las hacen atractivas, como ser técnicas menos invasivas y no poseer tantos efectos secundarios como los tratamientos convencionales, los cuales hacen uso de fármacos de síntesis.

La propia Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [7] incluye diversas intervenciones enfermeras incluidas o directamente relacionadas con este tipo de terapias alternativas y además cada vez son más las investigaciones científicas que se suman a esta temática aportadas por la medicina basada en la evidencia.

Por todo ello, consideramos importante las reflexiones, revisiones y aportaciones bibliográficas sobre esta temática, puesto que ayuda no solo al avance sino también al tema más importante de la profesión: el paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Analizar la utilización de terapias complementarias en el proceso de cuidar que realiza enfermería con un paciente.

2.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las distintas terapias complementarias que se pueden aplicar a un paciente con diabetes mellitus.
- Identificar modelos enfermeros relacionados con el cuidado holístico que infunden las terapias complementarias.
- Describir la eficacia de estevia rebaudiana y su aplicación oportunista en el tratamiento de la hiperglucemia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Diabetes. Anatomía y fisiopatogenia de la enfermedad

La diabetes es básicamente una enfermedad por la cual una persona no puede mantener adecuadamente los niveles de glucosa debido a una falta en la secreción de insulina o resistencia a la acción de la misma. La insulina es una sustancia necesaria para que la glucosa ingrese a las células diana y pueda ser almacenada o utilizada como fuente de energía.

La poca secreción de insulina provoca un aumento de la glucosa en sangre (hiperglucemia) y ocasiona los síntomas ya conocidos: polidipsia, polifagia, poliuria y visión borrosa teniendo además una mayor predisposición a padecer infecciones bacterianas. Una diabetes mal controlada puede ocasionar a largo plazo daños vasculares, así los efectos se vuelven más graves cuando hablamos de una hiperglucemia mantenida en el tiempo, de esta forma podemos encontrar a pacientes sufriendo lesiones en los ojos (retinopatía), riñones (nefropatía) y nervios (neuropatía) a consecuencia de su diabetes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la DM es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce una cantidad de insulina suficiente o cuando ésta no es utilizada eficazmente por el organismo. La insulina es la hormona encargada de regular los niveles de glucosa en sangre, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que posteriormente trae consecuencias graves como daño a órganos y sistemas, principalmente los sanguíneos.

También se podría concebir esta definición como un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre secundaria a una alteración relativa o absoluta de la secreción de insulina y/o por una alteración de la acción de la hormona en los tejidos insulino-dependientes.

La hiperglucemia crónica se acompaña de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas.

En el desarrollo de la diabetes están implicados diversos procesos patogénicos como la destrucción autoinmune de las células beta, disminución

en la producción de insulina y las anomalías que devienen de la resistencia a la insulina por parte del organismo [8].

Clasificación:

En 1979 el National Diabetes Data Group (NDDG) constituido por un grupo de expertos de la Asociación Americana de Diabetes clasificó la enfermedad en dos grandes grupos, Diabetes Mellitus tipo 1 o insulino dependiente y Diabetes Mellitus tipo 2 no insulino dependiente. Esta clasificación, es la que fue aceptada por el comité de expertos en diabetes de la OMS.

En la etiología de la **DM tipo 2** juegan un papel primordial dos efectos: la resistencia a la insulina y el déficit en su secreción. La resistencia a la insulina se presenta cuando las células del hígado, tejido graso y músculos del cuerpo no pueden utilizar de manera adecuada la insulina que produce el páncreas. Las células de los tejidos mencionados tienen ciertos receptores en su superficie, que son los encargados de “abrir” la puerta de la célula para que entre la glucosa y sea utilizada para producir energía o para que sea almacenada en forma de grasa o de glucógeno. Cuando esos receptores no pueden “abrirle” la puerta a la glucosa para que entre, entonces se presenta la resistencia a la insulina y no la dejan actuar correctamente [9].

Las células beta continúan respondiendo progresivamente hasta que fallan, fallo que parece determinado genéticamente e inician una serie de alteraciones metabólicas representadas inicialmente por hiperglucemia de ayuno e intolerancia a los hidratos de carbono (IHC) que finalmente llevan al desarrollo de una diabetes manifiesta, la cual puede ser controlada [9].

Los pacientes del tipo 2 se dividen a su vez en dos grupos: DM no insulino dependientes obesos en un 90% y DM no insulino dependiente no obesos en un 10%. El riesgo de padecer diabetes en el individuo adulto con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m² es cinco veces superior a cuando este índice es inferior a 25 kg/m² ya que la obesidad es una causa de resistencia a la insulina, la distribución androgénica de la grasa corporal parece ser también un factor de riesgo en pacientes no obesos [9].

Los criterios de inclusión para el diagnóstico de esta enfermedad quedan bien definidos según dos de las fuentes más importantes, OMS (Organización Mundial de la Salud) y ADA (Asociación Americana de Diabetes) y son los siguientes:

- Una Hemoglobina glicosilada (A_{1C}) $\geq 6.5\%$: La prueba debe ser realizada en un laboratorio bajo los parámetros certificados de estandarización del Programa Nacional de Glicohemoglobina (NGSP) y del ensayo de control de diabetes y complicaciones (DCCT).
- Glucemia en ayunas (definida como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl.
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una carga de glucosa, durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe ser realizada según las normas de la OMS, utilizando una carga de glucosa equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Una glucemia casual (a cualquier hora del día SIN relación con el tiempo transcurrido desde la última ingestión de alimentos o bebidas) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl en un paciente con Síntomas de diabetes (descritos por las 4Ps: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida inexplicable de peso).

3.2 Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pronosticado que en el año 2030 la diabetes afectará a 370 millones de personas, lo que supone un aumento del 114% con respecto a las cifras publicadas anteriormente por esta entidad, correspondientes al año 2000. Europa aumentará la prevalencia actual cifrada en 33 millones en 2000 hasta alcanzar los 48 millones de pacientes [10].

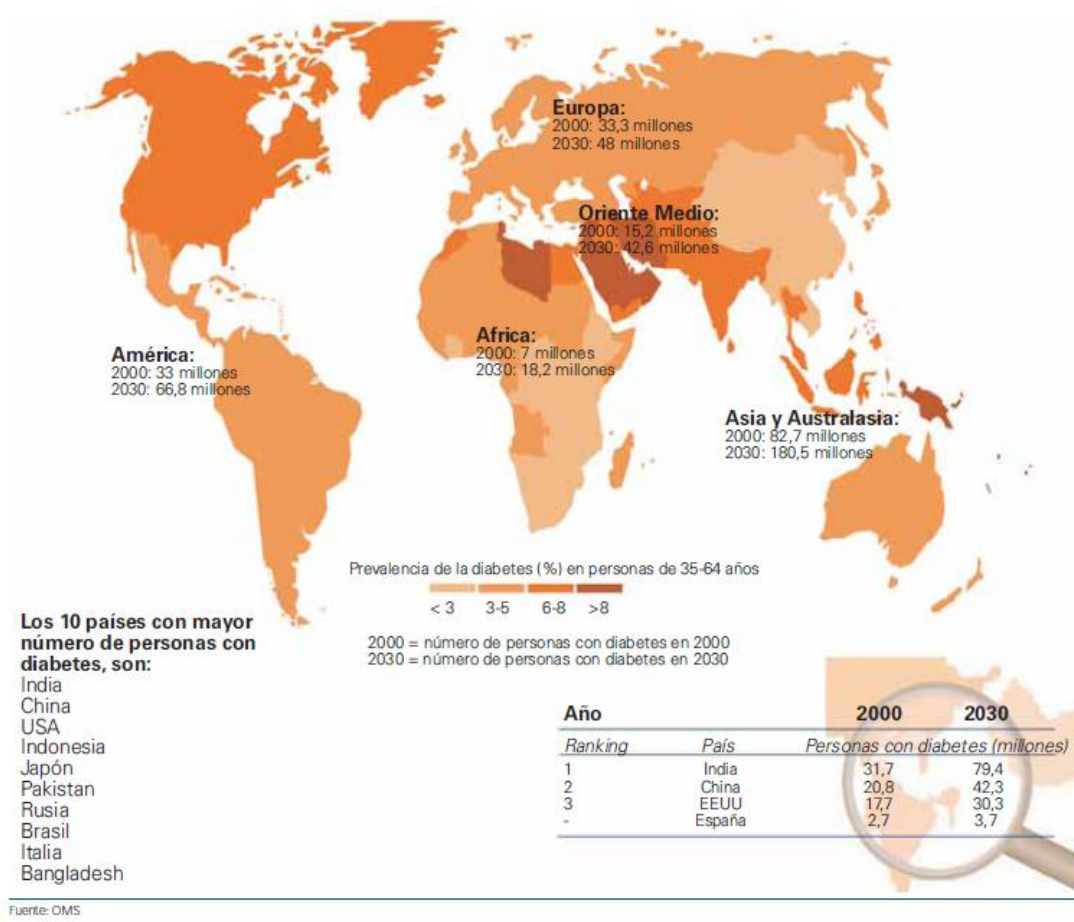


Figura 3. 1. Tomada de Delgado E. 2012 [10]

Actualmente la diabetes se distribuye por todo el mundo, aunque tiene mayor peso en los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo. En comparación con el resto de países de la Unión Europea (UE) España presenta unas cifras de prevalencia superiores a la media de la UE, como se expone en la siguiente tabla [10].

Tabla 3.1. Tomada de Delgado E. 2012 [10]

País	2003		2025	
	Prevalencia	Casos (miles)	Prevalencia	Casos (miles)
Austria	9,60%	576,0	11,90%	702,8
Alemania	10,20%	6.294,3	11,90%	7.143,7
Bélgica	4,20%	315,1	5,20%	394,6
Checa, República	9,50%	734,9	11,70%	887,4
Chipre	5,10%	27,7	6,30%	40,1
Dinamarca	6,90%	264,9	8,30%	330,4
Eslovaquia	8,70%	338,7	10,70%	443,3
Eslovenia	9,60%	145,2	12,00%	173,5
España	9,90%	3.004,3	10,10%	2.944,9
Estonia	9,70%	96,3	11,00%	89,4
Finlandia	7,20%	273,5	10,00%	383,9
Francia	6,20%	2.653,6	7,30%	3.285,3
Grecia	6,10%	493,0	7,30%	566,4
Holanda	3,70%	432,2	5,10%	635,3
Hungría	9,70%	711,4	11,20%	761,7
Irlanda	3,40%	89,8	4,10%	134,5
Italia	6,60%	2.880,1	7,90%	3.198,3
Letonia	9,90%	173,6	11,10%	178,2
Lituania	9,40%	248,9	10,80%	284,1
Luxemburgo	3,80%	12,5	4,40%	18,1
Malta	9,20%	25,8	11,60%	35,1
Polonia	9,00%	2.506,5	11,00%	3.152,6
Portugal	7,80%	584,5	9,50%	706,2
Reino Unido	3,90%	1.671,5	4,70%	2.141,4
Suecia	7,30%	456,9	8,60%	548,2
Media de la UE	7,50%	25.011,2	8,90%	29.179,6

Fuente: Diabetes Atlas, International Diabetes Federation. Prevalence DM Comparisons 2003-2025

La importancia que tiene el envejecimiento de la población en los registros de prevalencia futuros de la enfermedad reside en que la patología aumenta en los ancianos, de tal manera que la prevalencia puede llegar a superar el 20% en mayores de 75 años [11].

En España disponemos al menos de 12 estudios epidemiológicos, desarrollados en diferentes áreas geográficas y publicados entre 1992 y 2004. Según Elías Delgado, especialista del Servicio de Endocrinología del Hospital Central de Asturias, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en nuestro país se sitúa entre el 11 y el 15% de la población adulta a partir de 30 años, una cifra muy superior al porcentaje entre un 6 y un 10% estimado hasta ahora [10].

Tabla 3.2. Tomada de Delgado E. 2012 [10].

	Año de publicación	Edad (años)	Muestra	DM2	ITG	Criterios
León	1992	>18	572	5,60%	10,30%	OMS 85
Lejona (Euskadi)	1993	>30	862	6,40%	10,40%	OMS 85
Cerdaña (Cataluña)	1994	>6	492	5,50%	-----	OMS 85
Galicia	1995	40-69	1.275	7,50%	-----	OMS 85
Aragón	1997	10-74	935	6,10%	7,20%	OMS 85
Cataluña	1999	30-89	3.839	10,30%	11,90%	OMS 85
Albacete (C.-La Mancha)	2000	>18	1.263	9,80%	-----	OMS 99
Guía (Canarias)	2001	>30	691	18,70%	17,10%	OMS 85
SIRS (Multicéntrico)	2001	34-69	2.949	10,20%	9,40%	OMS 99
Pizarra (Málaga)	2002	>18	1.226	14,70%	11,50%	OMS 99
Asturias	2003	30-75	1.034	11,30%	13,20%	OMS 99
Yecla (Murcia)	2004	>30	286	12,60%	13,20%	OMS 99
Girona (Cataluña)	2004	25-74	1.748	13%	-----	ADA 97
Telde (Canarias)	2005	30-82	1.030	13,20%	11,40%	OMS 99
Valencia <i>Datos preliminares</i>		18-88	668	14,80%	11,80%	OMS 99
Sevilla <i>Datos preliminares</i>		>18	537	10,20%	7,40%	OMS 99

Fuente: Documento 2005 de consenso entre varias sociedades científicas sobre pautas de manejo del paciente diabético tipo 2 en España. *Avances en Diabetología* 2005;21(Supl 1).

3.3 Tratamiento actual

En la actualidad se dispone de distintos tratamientos para abordar esta enfermedad, siendo la suma de todos ellos el método más eficaz para tratar la misma.

3.3.1 Dieta y ejercicio físico

El tratamiento de la diabetes de tipo 2 apenas ha progresado desde hace 50 años (Dr. Jean Seignalet). Se recomienda un aumento de la actividad física, régimen y algunos medicamentos. Se recomienda realizar ejercicio, ya que se sabe desde hace tiempo que el sedentarismo y la obesidad no sólo favorecen la aparición de la diabetes del adulto, sino que potencian los factores agravantes [6].

La dietética clásica recomendada para el tratamiento de la diabetes del adulto se expone en varios artículos (Moulin, 1989; Lean, 1995; Jeambrun, 1996). Los regímenes alimenticios propuestos por los especialistas han diferido según las épocas, lo que demuestra que todavía no se ha encontrado el modo de nutrición ideal [6].

Actualmente, los principios fundamentales son los siguientes:

- 1) Una restricción calórica moderada: 500 a 1000 calorías por debajo de la ración habitual.
- 2) La búsqueda de un equilibrio entre los distintos tipos de nutrientes que se establecería en un 55% de glúcidos, un 30% de lípidos y un 15% de proteínas.
- 3) La noción de azúcares de absorción rápida o lenta ha sido reemplazada por la noción de índice glucémico, es decir, la capacidad que tiene un glúcido de aumentar la glucemia. Se deben consumir alimentos con un índice glucémico bajo, salvo en caso de hipoglucemia.
- 4) Para los lípidos, la relación entre ácidos grasos poliinsaturados y ácidos grasos saturados debe ser superior a 0,8 con el objetivo de reducir la neoglucogénesis y la hipercolesterolemia y de aumentar la sensibilidad a la insulina.
- 5) Se recomiendan las fibras solubles, almidón resistente (plátanos) y legumbres, con el fin de disminuir la absorción intestinal de los alimentos, y por consiguiente la hiperglucemia posprandial, el hiperinsulinismo reactivo y la tasa de colesterol.

3.3.2 Fármacos

Se han realizado revisiones generales de calidad sobre este tema (Tan y Nelson, 1996; Bressler y Johnson, 1997). Los medicamentos pertenecen a varias familias [6].

- Sulfamidas hipoglucemiantes: se fijan en los receptores de superficie de las células beta, a las cuales estimulan directamente.
- Biguanidas: disminuyen la insulinoresistencia a través de dos vías; aumentan la captación celular de la glucosa, al mejorar la unión entre insulina y receptores y aumentan la utilización celular de la glucosa. También disminuyen la hiperglucemia por dos vías; inhiben la

neoglucogénesis hepática y disminuyen la absorción intestinal de la glucosa.

- Acarbosa: su mecanismo de acción es movilizar varias alfa-glucosidasas, enzimas del borde en cepillo de los enterocitos. Una vez activadas, estas alfa-glucosidasas no están disponibles para separar a los oligosacáridos en monosacáridos absorbibles. Esto disminuye la absorción intestinal de la glucosa, lo que reduce la hiperglucemia.
- Tiazolidinedionas: disminuirían la resistencia a la insulina por tres vías: al aumentar la captación de glucosa por las células, al potenciar los efectos de la insulina y al disminuir la neoglucogénesis hepática.

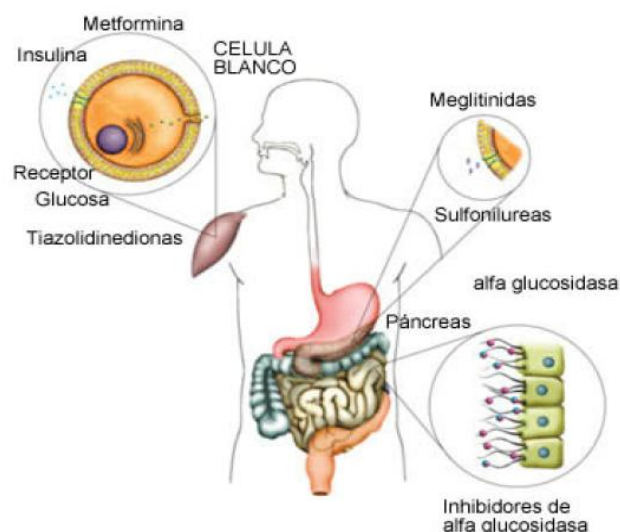


Figura 3.2. Tomada de Nadia M. 2006 [9]

Básicamente existen en la actualidad tres posibles frentes de acción de los antidiabéticos orales: la célula beta (sulfonilureas y meglitinidas), el borde en cepillo de la mucosa intestinal (inhibidores de alfa-glucosidasa) y las células blanco de insulina (hepatocitos, adipocitos, células musculares) [9].

Según el Dr. Jean Seignalet las medidas terapéuticas que se acaban de exponer moderan la evolución de la diabetes tipo 2 y retardan la aparición de complicaciones, pero no curan a los pacientes. Tarde o temprano, la diabetes se vuelve resistente a los medicamentos, se “descompensa”. Las células beta secretan cada vez menos insulina, y por tanto el único recurso es la

insulinoterapia. Otro problema es la aparición de las complicaciones vasculares que acortan de manera importante la esperanza de vida [6].

3.3.3 *Terapias complementarias*

Hasta ahora se han mencionado los tratamientos que dentro de una sociedad occidental, bajo el predominio de un modelo biomédico, alcanzan la mayor frecuencia de utilización. Sin embargo, una vez que el paciente se hace responsable de su enfermedad y se pregunta por qué ha llegado a esa situación, toma las riendas de su salud y eso le hace intentar elegir entre el abanico de posibilidades terapéuticas dentro del sistema de salud vigente [12].

Existe un creciente interés por parte de las sociedades de los países occidentales en la utilización de las llamadas terapias naturales o complementarias por distintas razones, fundamentalmente porque los medios que se ofrecen dentro del sistema de salud no satisfacen todas las expectativas. La medicina occidental, biomédica o alopática ha avanzado espectacularmente en algunos aspectos, como la cirugía, los trasplantes o la reducción de las enfermedades infecciosas, pero sin embargo, según numerosos autores, se encuentra con que las dolencias crónicas y degenerativas no las aborda como debiera. También son muchas las personas que tienen un enfoque diferente de la vida y de la salud, con la necesidad de una mejor relación con el entorno y con lo natural, y con un rechazo a la excesiva tecnificación y medicalización (Menéndez 1986; Foucault 1975) [12].

Así, las TC se presentan como un gran recurso del que se puede hacer uso enfocándolo a las necesidades de cada paciente así como a su patología.

Podemos distinguir las siguientes:

- Acupuntura: Disciplina ocupacional de los métodos chinos tradicionales de la terapia por acupuntura que trata las enfermedades mediante la inserción de agujas en vías o meridianos específicos. Los lugares de inserción varían de

acuerdo con la enfermedad tratada. En ocasiones, se utiliza junto con el calor, la digitopuntura o la estimulación eléctrica [4].

- Homeopatía: Sistema terapéutico, fundado por Samuel Hahnemann (1755-1843), basado en la ley de que "lo similar se cura con lo similar". Las enfermedades se tratan mediante sustancias muy diluidas que causan síntomas similares a los de la enfermedad que se va a tratar en personas sanas. Dichas sustancias se diluyen hasta aproximadamente una molécula por dosis. Se sugiere que el beneficio terapéutico se debe a la fuerza vital energética de la sustancia original [4].

- Medicina tradicional china: Medicina tradicional basada en las costumbres, creencias y prácticas de la cultura china [4].

- Fitoterapia o terapia herbal: Es el uso de plantas naturales o de sustancias vegetales para el tratamiento de un amplio rango de síntomas y enfermedades y la mejoría de las funciones de los órganos y sistemas corporales. Es una modalidad de amplio uso en todo el mundo y que forma parte de otros sistemas completos de atención a la salud como la naturopatía, la medicina tradicional china y el Ayurveda. Gran parte de su extenso uso se hace en forma de autoconsumo. En muchos países occidentales, como ocurre en España, está regulada la producción, la autorización, el registro, la distribución y la dispensación de productos de origen vegetal, bien a través de la legislación alimentaria o de la de medicamentos tradicionales a base de plantas [13].

- La curación manual: trata los problemas médicos mediante la manipulación y el realineamiento de las diversas partes del cuerpo. Tal vez, el método más conocido es la quiropráctica, que se centra en el sistema nervioso y el reajuste de la columna vertebral. Otras formas de curación manual son: el masaje; la medicina osteopática, que usa la manipulación, además de la medicina tradicional y el tratamiento quirúrgico; y la curación por contacto, en la que aquellos que la practican ponen sus manos sobre o cerca del paciente para dirigir la energía hacia la parte enferma de su cuerpo [4].

- La dieta que pretende introducir cambios en la alimentación o en el estilo de vida de las personas: Muchas personas toman nutrientes suplementarios si su dieta habitual no contiene suficientes vitaminas o minerales y las personas con enfermedades crónicas como las cardiopatías o la diabetes a menudo cambian su dieta o hábitos para mantener el problema bajo control. Esta es una de las formas más útiles de cuidados alternativos, porque cambiar de hábitos y dieta no sólo ayuda a tratar numerosas enfermedades, sino que también puede prevenirlas. Esta parte de la medicina alternativa es ampliamente aceptada por el modelo médico occidental [4].

- El control de la mente y el cuerpo: se centra en la función que ejerce la mente sobre los trastornos que afectan al cuerpo. La hipnosis, un tipo de sueño consciente, puede ayudar a algunas personas a tratar las adicciones, el dolor o la ansiedad, mientras que tratamientos como la psicoterapia, la meditación y el yoga se emplean para la relajación [4].

3.4 Importancia de las terapias complementarias en enfermería

La contribución de muchas de las técnicas de Terapias Alternativas en los cuidados de salud en numerosos países no desarrollados ha sido claramente reconocida. En países de nuestro entorno el porcentaje de población que ha usado cualquier modalidad de tratamiento de medicina alternativa oscila entre el 18% de Holanda, 33% Reino Unido, 49% en Francia, 40% Bélgica, 40% en los Estados Unidos y 46% en Australia, teniendo en cuenta la variabilidad de los estudios disponibles. Existe una creciente atención a la medicina alternativa o complementaria en los países occidentales, que se traduce en un incremento de la oferta de formación, reglada o no, en una mayor incorporación de la medicina alternativa en el currículo de los profesionales sanitarios convencionales, una mayor atención a las iniciativas y fondos para la investigación de la eficacia y efectividad de estas técnicas, en el contexto de la medicina convencional y la creciente integración de algunas ramas de la medicina alternativa en la oferta sanitaria, junto al reconocimiento de las mismas y el establecimiento de estándares para su práctica [14].

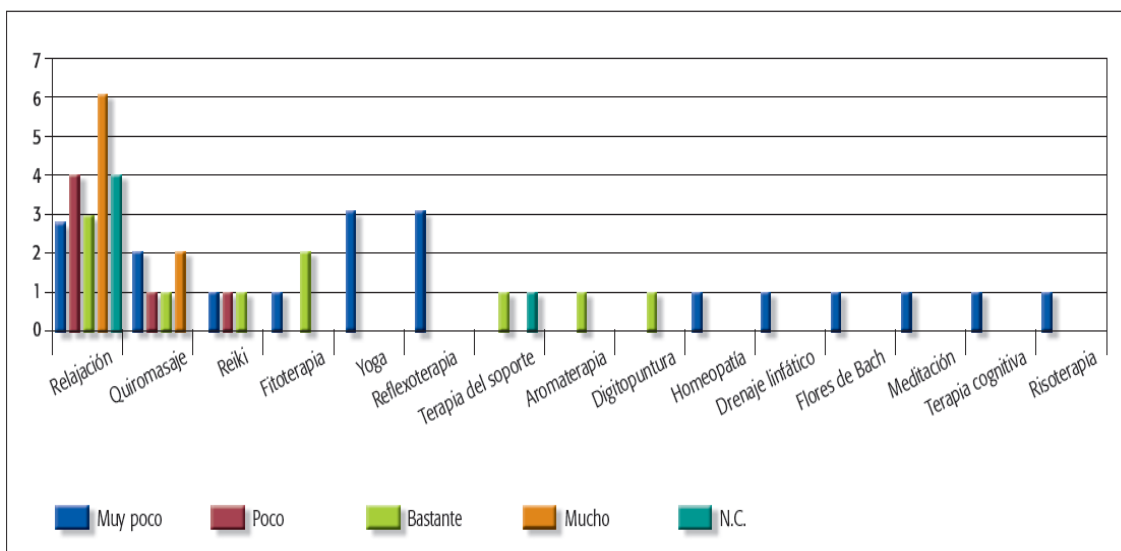


Figura 3.3. Tomada de Fernandez A. 2010 [37].

El grupo Cochrane define medicina alternativa y complementaria como un amplio dominio de recursos curativos que engloba a todos los sistemas de salud, modalidades, prácticas y sus teorías acompañantes y creencias, diferentes de aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad o cultura particular en un periodo histórico dado. También incluye los tratamientos preventivos o curativos o de promoción de salud y bienestar [13].

El interés en potenciar las terapias complementarias (TC) y que éstas formen parte de los conocimientos y la práctica enfermera es cada vez más creciente, lo que nos ha llevado a indagar qué se está escribiendo al respecto y a cuestionarnos sobre las orientaciones que se siguen para que las TC estén presentes en la formación básica enfermera, paso previo para que formen parte de los cuidados enfermeros.

Según Sandor, la integración de las prácticas holísticas en la formación enfermera permitiría tener “una nueva generación de enfermeras holísticas cuidadoras”. Esto provocaría cambios positivos en la manera de ofrecer los cuidados y en la manera de relacionarnos con las personas cuidadas [15].

En nuestra sociedad occidental, en los profesionales de la salud y en sus organizaciones se refleja la preocupación por que las TC sean ofertadas a los usuarios con las mayores garantías de calidad y seguridad, lo que plantea

determinadas exigencias en el ámbito de la formación y de la investigación, aspecto que debe tener un reflejo en las políticas sanitarias, tal como lo plantea la OMS [16].

El planteamiento filosófico enfermero ha llevado a la enfermería a un continuo cuestionarse sus creencias, sus valores, sus conocimientos, su centro de interés, su razón de ser, su práctica, etc., y el enfoque particular que la singulariza y le permite diferenciarse del resto de disciplinas.

Ponemos de relieve que el enfoque enfermero se apoya en la "teoría holística", aunque no siempre es asumido o comprendido, porque, de asumirlo, tendríamos respuestas algo diferentes respecto a cuestiones básicas y esenciales de la teoría de enfermería: cómo se concibe la persona, la salud, el entorno y el cuidado, etc. Asumir una teoría es mucho más que un ejercicio educativo e intelectual. La teoría debe impactar en la vida profesional y también en lo personal; fortalece y guía el propósito, el significado y la misión encomendada.

La práctica de la enfermería holística se fundamenta en el conocimiento enfermero desde la perspectiva de la globalidad, del más y diferente a la suma de partes, en la experiencia, la intuición y la creatividad, la investigación. La enfermería holística es un instrumento facilitador dentro del proceso de salud, considera de manera particular la experiencia subjetiva del cliente en torno a su salud, sus creencias y sus valores, su espiritualidad [17]. Desde este enfoque, los profesionales de enfermería se comprometen con el cuidado que apoya y transforma.

Como se ha planteado en numerosas ocasiones, aspectos del enfoque en que se sitúan las TC tienen mucho que ver con ese enfoque holístico. Así se recoge en diferentes teorías de enfermería, como las de M. Rogers, J. Watson, M. Newman, etc [18,19].

De manera particular, la Asociación Holística de Enfermería está incidiendo en que las TC formen parte de los cuidados enfermeros. Así también

lo recogen otros grupos, remarcando que las TC son instrumentos de cuidados [20].

Este ámbito también alcanza a la clasificación de las intervenciones enfermeras, como sabemos, las clasificaciones internacionales de enfermería, la de diagnósticos enfermeros (DE), la de las intervenciones enfermeras (NIC) y la de los resultados (NOC) se han desarrollado con la finalidad de unificar criterios en el lenguaje, determinar cuáles son los problemas que resuelven las enfermeras y las intervenciones que deben reconocérseles como propias, autónomas e independientes.

En la NIC, que configura la práctica del dominio enfermero, se incluyen ya diferentes TC, y se pone de relieve que estas modalidades terapéuticas ya han sido incluidas dentro de su competencia. La importancia que se concede a la NIC refuerza la justificación de que las TC forman parte de la esencia de enfermería, pertenecen a las acciones derivadas del juicio clínico profesional y se integran dentro del llamado "proceso enfermero" [21].

Según Snyder, en el sistema de salud actual, en el que todo debe ser documentado, las enfermeras, al incluir las TC en las clasificaciones enfermeras, han sabido resolver ese desafío de documentarlas y normalizarlas en su práctica.

En la NIC se incluyen: visualización, respiración guiada, relajación, masaje, toque terapéutico, musicoterapia, etc. Algunas autoras valoran positivamente que las enfermeras destaquen estas modalidades de terapias no invasivas como intervenciones de enfermería, porque permiten que se pueda disponer de una gran caja de "herramientas o instrumentos de los cuidados" que pueden facilitar la inclusión de las TC en la formación básica y en la formación continuada y el llevarlas a la práctica enfermera.

Las terapias complementarias (TC) han interesado en el transcurso de los años al personal sanitario, especialmente a las enfermeras dado su objetivo de tratar a los pacientes de una manera holística y más humana [22].

Sin embargo, aunque las enfermeras han ido formándose en TC todavía hoy se encuentran con algunas barreras legales en su aplicación. Actualmente las TC están en una fase de aprobación de su certificación por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [23].

El grupo de TC del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) ha presentado un proyecto para la aprobación del diploma de Acreditación y Capacitación (DAC) de las TC para que sean administrativamente reconocidas y reguladas en el ejercicio profesional de la enfermería [24].

Es necesario reflejar la situación actual de las TC y considerar qué actuaciones se pueden llevar a cabo para integrar las TC como instrumentos en los cuidados de enfermería, por eso el objetivo general de este estudio va encaminado a analizar la utilización de terapias complementarias en el proceso de cuidar que realiza enfermería.

La historia de la enfermería demuestra la preocupación de sus profesionales por dar respuesta a los cambios y a las necesidades de la sociedad; cómo han sabido desarrollar conocimientos y estrategias para responder en todos los tiempos. Como muchas veces se ha dicho, los profesionales de enfermería tenemos un papel relevante en el cuidado de la salud y también en el mantenimiento del sistema sanitario, y porque estamos cerca de la persona cuidada, tenemos la oportunidad de orientar, informar y educar a los usuarios y de ofrecerles las TC en nuestros servicios de cuidados; por eso se demanda formación y regularización de este tipo de terapias [25].

En el presente trabajo no solo se pretende revisar el estado de utilización de las TC en el mundo de la enfermería y su interacción con el paciente, sino que a propósito de un caso conocer también qué recursos puede ofrecer el ámbito de las TC enmarcándolo en un paciente diabético.

En Estados Unidos, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre el uso de terapias alternas y el autocontrol de la diabetes. La muestra fue de 701 individuos. Como resultados se encontró que el consumo de terapias alternativas se asoció con el cuidado de los pies [26].

El tratamiento actual para la diabetes mellitus tipo 2 tiene como objetivo el mantenimiento del nivel de glucosa en sangre dentro de un rango aceptado de normalidad, es decir, entre 70 y 100 mg/dl según la base de datos medline. Para conseguir dicho objetivo se hace indispensable la participación activa por parte del paciente, prestando mayor atención en el aspecto de auto cuidado, esto implica realizar ajustes adaptativos que requieren los aspectos del tratamiento para esta enfermedad.

El tratamiento farmacológico contempla dos opciones: los hipoglucemiantes orales y la administración de insulina. El tratamiento no farmacológico considera acciones que tienen que ver con el auto cuidado del paciente, tales como el plan de alimentación y ejercicio físico, pero también la disposición que mantenga para obtener otras formas o terapias de ayuda en su enfermedad. La atención no farmacológica está relacionada con la educación para la salud que la persona con diabetes recibe.

Se han identificado modelos distintos a la medicina institucional para tratar la diabetes mellitus tipo 2, haciendo evidentes las limitaciones de este modelo hacia el combate de los padecimientos crónicos y sobre todo en aquellos que tienen trasfondos culturales y educativos incidiendo en estilos de vida y patrones de conducta. De esta manera, se han propuesto programas y estrategias destinados a brindar tratamiento hacia las personas que ya están diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 y aquellas que están en riesgo de padecerla. De manera independiente, los pacientes han hecho búsqueda de diversos tipos de tratamiento que contemple otras formas de atender la enfermedad como lo son la acupuntura, homeopatía, **fitoterapia** entre otras actividades como el ejercicio, la dieta, apoyo social, etc [27].

Este hecho sumado al creciente desarrollo de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) hacen de los pacientes unos sujetos cada vez más exigentes y abiertos a escuchar y recibir un mayor abanico de posibilidades de tratamiento. Por ello la necesidad emergente en los profesionales sanitarios de abordar este tipo de fenómeno desde una perspectiva cercana al individuo la cual pueda responder de manera más próxima y objetiva su punto de vista así como su relación con el uso de TC.

Además de las medidas preventivas y el uso de fármacos dirigidos a reducir la glucemia, es importante que éstos presenten pocos efectos adversos. En este sentido, el empleo de fitoterapia en el tratamiento de la diabetes puede ser de utilidad en combinación con la terapéutica convencional, pues hay plantas medicinales con actividad hipoglucemiante comprobada, eficaces y con una baja incidencia de efectos adversos en tratamientos prolongados, por lo que dentro de las posibilidades que tiene un paciente diabético de poder beneficiarse de diferentes TC como apoyo a su tratamiento de base, el tratamiento complementado con fitoterapia merece una especial mención.

La fitoterapia se define como la ciencia que estudia la utilización de las plantas medicinales y sus derivados con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, para aliviar o para curar las enfermedades, así, el panorama actual del medicamento, ámbito perteneciente al Colegio Oficial de Farmacéuticos, reconoce la **estevia rebaudiana bertonii**, copalchi, nopal, chanco y yacón entre otros como **especies vegetales con acción hipoglucemiante** [28].

En el caso de la stevia rebaudiana el reconocimiento es bastante amplio, siguiendo su auge numerosos estudios publicados en diferentes revistas científicas, así como la base de datos Pubmed, de los cuales haremos mención en las próximas líneas.

La stevia o estevia es una planta fanerógama perteneciente a la familia de las asteráceas conocida internacionalmente por sus propiedades edulcorantes cuyos extractos tienen hasta 300 veces el dulzor del azúcar, lo que la convierte hoy en la principal alternativa a los edulcorantes artificiales, algunos de los cuales, como el aspartamo, se consideran posibles cancerígenos. Ideal pues para diabéticos, obesos y personas con problemas de hipertensión cuenta con la ventaja de que puede cultivarse fácilmente. Además su ingesta parece carecer de efectos secundarios, pues sus hojas (en crudo, en polvo o secas) se consumen sin problema en Paraguay desde hace al menos cinco siglos [29].

Entre las propiedades medicinales destacan las acciones hipotensora, antimicrobiana, dietética, digestiva e hipoglucémica, por lo que su uso está muy recomendado para personas afectadas de diabetes tipo 2 [30].

Hoy se sabe que sus principales principios activos son los glicósidos de esteviol, sustancia mucho más dulce que el azúcar con la ventaja sobre éste de que no contiene calorías. Los cuatro glicósidos mayoritarios en la planta son el esteviósido, el rebaudiósido A, el rebaudiósido C y el dulcósido A. Físicamente el esteviósido es un polvo blanco cristalino, inodoro, no fermentable, de sabor dulce aún en soluciones muy diluidas y muy soluble en agua, cuyo principal obstáculo para ser comercializado de forma masiva es un regusto final amargo que para ser eliminado exige procesos de laboratorio costosos. Sin embargo, la ingesta de las hojas tiernas parece ser mucho más económica, igual de saludable y con más propiedades medicinales que los extractos purificados.

La estevia parece capaz de disminuir y regular los niveles de glucosa en sangre gracias a su actividad sobre las células pancreáticas, ya que las estimula a fabricar insulina. Por eso, casi todos los textos consultados recomiendan el uso de estevia a los enfermos de diabetes tipo 2 [30].

Cabe añadir que según la Asociación Europea de la Estevia (EUSTAS) sus ventajas frente a otros edulcorantes son éstas [31]:

- Se trata de un producto completamente natural, no sintético.
- El esteviósido (su principal principio activo) no contiene calorías.
- Es inocua, carece de toxicidad.
- Las hojas pueden usarse en su sabor natural.
- Tanto las hojas como el extracto pueden ser cocinadas.
- Es estable, incluso cuando se calienta por encima de 200 grados.
- No fermenta.
- Realza los sabores.
- Está clínicamente probada pues se ha consumido de forma frecuente por muchas personas sin efectos negativos.
- Se puede mezclar con otros edulcorantes.
- Tiene una larga durabilidad

Como muestran algunos trabajos, el consumo de estevia y sus derivados parece ser positivo en el tratamiento de la DM tipo 2 y por tanto puede presentar ventajas en la alimentación de este tipo de pacientes, pues a diferencia del azúcar su efecto en sangre es insignificante.

Como muestra de ello, se encuentra el trabajo efectuado por los investigadores daneses Gregersen, Jeppesen, Holst y Hermansen sobre las propiedades antihiper glucémicas del esteviósido en seres humanos, que con el título “Antihyperglycemic effects of stevioside in type 2 diabetic subjects” se publicó en el 2004 en la revista *Metabolism*. Para ello reclutaron a 12 pacientes que sufrían DM tipo 2 y demostraron con éxito que el esteviósido reduce los niveles de glucosa. En conclusión obtendrían: “el esteviósido reduce los niveles postprandiales de glucosa en sangre en pacientes con diabetes tipo 2, lo que indica efectos beneficiosos sobre el metabolismo de la glucosa. El esteviósido puede ser ventajoso en el tratamiento de la diabetes tipo 2” [32].

Más recientemente, en el año 2012 se ha publicado otro estudio sobre ratas titulado “antioxidant, anti-diabetic and renal protective properties of stevia rebaudiana” con el objetivo de estudiar los efectos de las hojas de estevia y sus polifenoles en ratas diabéticas inducidas por estreptozotocina. Los resultados mostraron “una reducción de la glucosa en sangre y el incremento del nivel de insulina en el grupo de ratas alimentado con estevia y extractos de sus polifenoles en comparación con el grupo control diabético”. Concluyeron el efecto hipoglucemiante de la estevia [33]. Como éste, se han sumado más estudios similares en ratas con resultados semejantes al obtenido en el estudio que mencionamos en este trabajo.

3.5 Modelo enfermero de referencia

Como es bien sabido, los cuidados enfermeros en sus orígenes y en el inicio de su profesionalización han tenido un claro enfoque naturista: evoquemos cómo se ofrecieron los primeros cuidados, con qué y para qué, tal como refleja Colliere [34].

La temática reflejada en este trabajo, tiene una clara correlación con algunos de los grandes modelos enfermeros, dueños del largo desarrollo de los cuidados de enfermería a lo largo de toda nuestra historia. Por un lado, podemos volver la mirada hacia Florence Nightingale (1858), considerada una de las pioneras de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Ejemplo histórico a seguir, de ella se dice fue mística, visionaria, reformista, sanadora, medioambientalista, científica, etc. Según sus enseñanzas, "sólo la naturaleza cura; lo que tiene que hacer la enfermera es poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe".

Quizá se debería de recuperar en cierta medida el espíritu de F. Nightingale, las orientaciones, que nunca deberíamos haber olvidado o reemplazado totalmente por un enfoque excesivamente tecnológico y medicalizado [25].

Es el momento de reconsiderar sus enseñanzas, y de reevaluar cómo deberían educarse las enfermeras. Y aunque la fisonomía de los modernos cuidados de salud ha cambiado, la esencia del mensaje de F. Nightingale sigue siendo la misma y nos conduce hacia los cuidados holísticos [25].

Además, otro aspecto destacado a la hora de tratar con el paciente desde una perspectiva integradora, haciéndolo partícipe de su tratamiento y los resultados a obtener, recuerdan a las enseñanzas de Dorothea Orem y su teoría general del autocuidado. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para

ejercerlos. En una patología como la DM este aspecto se torna importante para conseguir los objetivos propuestos en el tratamiento.

3.6 Justificación

El plan de cuidados que realizamos a nuestro paciente diagnosticado de diabetes, nos derivó a una búsqueda bibliográfica para averiguar el estado del tema, obteniendo el siguiente resultado; existen muchos tratamientos para la DM así como información respecto a ella, sin embargo la incidencia y prevalencia como se ha nombrado anteriormente ha aumentado y se prevé que siga haciéndolo.

¿No es por ello que se deberían plantear distintas alternativas que apoyen, ayuden o coexistan junto a otros tratamientos de base? Si bien la diabetes mellitus ha sido ampliamente estudiada, pocos investigadores han reportado el análisis del uso y efectos de TC por parte de estos pacientes. La realidad de hoy día es que los tratamientos actuales no llegan a ser suficientes para controlar de una manera preventiva y eficaz la enfermedad.

Apoyando el tratamiento de base de la DM nos adentramos en el ámbito de las TC, creemos de este que es un ámbito, que utilizado correctamente, tiene mucho que ofrecer al paciente y para ello hace falta seguir indagando en el tema, abrir nuevas ideas que muestren que las TC existen y pueden ofrecerse como un recurso más para completar el tratamiento.

Estas técnicas tradicionales ahondan en los profesionales sanitarios, quienes más o menos conscientes de ello, saben de su existencia y utilidad. Cuentan con una tradición y filosofía que evocan al pensamiento enfermero a lo largo de su historia y su manera de contemplar al paciente. Por ello nos parece un tema atractivo, que despierta nuestro interés para llevarlo a cabo en este trabajo, y añadir sobre él lo mucho que puede enriquecer nuestra profesión.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Estudio cualitativo, tipo Estudio de Caso.

4.2. Sujeto del estudio

Paciente varón de 84 años, diagnosticado de diabetes en el año 1983. Ocupa su vida en la medida que puede a la huerta y la carpintería. No presenta hábitos tóxicos. Nacionalidad española. Viudo, con 3 hijas encargadas de él, fijó su residencia en las Torres de Cotillas hace más de 20 años. Refiere buen control de diabetes. Excluyendo hiperglucemia cursada recientemente, no presenta alteraciones analíticas importantes.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio

El estudio se realizó en el ámbito de atención primaria, concretamente en el “CS Las Torres de Cotillas” de la ciudad de Murcia, en el periodo desde el 17 de septiembre al 28 de octubre del año 2012. Este estudio fue autorizado por el personal del centro y por el paciente, mediante consentimiento verbal.

4.4 Procedimiento de recogida de información

El paciente ha sido informado de acuerdo a las normas de la declaración de Helsinki, manteniendo en todo momento el anonimato.

4.4.1. Fuente de información

Como fuente de información hemos utilizado una valoración de enfermería realizada al paciente durante su estancia en el centro de salud, además del diagnóstico médico, pruebas de laboratorio, examen físico del paciente así como la observación directa. Hemos podido acceder a la historia clínica del paciente con el apoyo del coordinador de enfermería del centro y se ha guardado en todo momento el secreto profesional.

4.4.2. Procedimiento de información

La recogida de datos comenzó accediendo a la historia clínica a través del programa OMI, realizándole una entrevista personal el día 5 de octubre de 2012 a las 10:30 AM, así como la valoración de enfermería mediante los 11 patrones de Margory Gordon. El tiempo de estudio ha durado 6 semanas, el paciente se ha mostrado colaborador y dispuesto a contestar diferentes test así como a cambiar hábitos en su estilo de vida.

4.4.3. Procesamiento de los datos

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

El contenido del trabajo trata de un Plan de Cuidados de enfermería basado en la taxonomía NANDA-NOC-NIC (N-N-N). Es decir, se ha empleado la clasificación de la sociedad científica de enfermería NANDA Internacional [35] (*North American Nursing Diagnosis Association*) para desarrollar los diagnósticos de enfermería, las intervenciones según la clasificación NIC [7] (*Nursing Interventions Classification*) y los resultados esperados según la clasificación NOC [36] (*Nursing Outcomes Classification*); para el cual se ha utilizado el modelo AREA como metodología enfermera para el desarrollo del diagnóstico principal, el cual nos ha facilitado la toma de decisiones a la hora de diseñar nuestro plan de cuidados.

Para la búsqueda de la evidencia científica se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline, Cochrane, Elsevier. Junto con libros consultados de biblioteca de la Universidad Católica San Antonio.

Tras la revisión exhaustiva, los artículos fueron clasificados y seleccionados según los criterios de interés y objetivos del trabajo.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción del caso

Paciente varón de 84 años, diagnosticado de diabetes en el año 1983. Ocupa su vida en la medida que puede a la huerta y la carpintería. No presenta hábitos tóxicos. Nacionalidad española. Viudo, con 3 hijas encargadas de él, fijó su residencia en las Torres de Cotillas hace más de 20 años.

Refiere buen control de diabetes, no presenta alteraciones analíticas importantes, sin embargo nos comunica haber cursado con ciertos valores altos de glucemia en las últimas semanas y acude a nuestra consulta de Enfermería por ulceración en pierna izquierda visiblemente exudativa.

Elijo este caso para mi plan de cuidados por la facilidad de trato que tengo con el paciente, abierto y dispuesto a responder cada una de mis preguntas.

5.2 Plan de cuidados

Valoración realizada según los 11 patrones funcionales de Margory Gordon, recogidos en el programa OMI de atención primaria.

PROTOCOLO

Nombre N.H.C 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
 Episodio ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 Curso Descriptivo 5/10/2012 PATRON 01: PERCEP. DE LA SALUD (ANC.)
 Profesional FERNANDEZ BANO, JOSEFA
 Percep. de salud (Anc.) Valoración general

Peso	90	Talla	180	3	IMC	27.778	Temp	
TAS	105	TAD	60		F.C.		F.R.	
Hig. personal	Buena	Hig. vest./arreglo	Adecuado	Vacunas	Completas		Revisiones	Completas
Hig. boca	Adecuada	Hig./seg. vivienda	Buena	Habitos tóxicos	No			
Prob./salud [nt]	SI			Tabaco	No			
Tipo problema	Enf. crónica			Alcohol	No			
Nivel cuidados	Adecuada			Drogas	No			
Conocimientos	Adecuada			Café exc.	No			
Actitud	Aceptación							
Tto. farma [nt]	SI	Adhesión tto	Adecuada	Polimedicación	No			
Ind. terap.	SI	Adhesión ind.	No	Automedicación	SI			
Actitud terapia	Interés	Alergias	No	Seg. medicación	SI			
Caidas [nt]	No	Accidentes	No					
Prob. movilidad	SI	Sist. ayuda	SI					
Nº Ingresos [nt]	0	Causa						
Prev. accident.	No							
COMENTARIOS:	RESULTADO Patron eficaz							

Cons. medicación [nt]
 C. prev. accidentes [nt]
 Cons. hig. personal [nt]

TEST DE BARBER

Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Si"

- ¿Vive solo?
- ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
- ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
- ¿Necesita de alguien que le ayude a menudío?
- ¿Le impide su salud salir a la calle?
- ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
- ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
- ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
- ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Possible Situación de Riesgo **Total contestaciones afirmativas** **2**

TEST DE LEVANTATE Y ANDA (GET UP AND GO)

Se coloca al paciente confortablemente sentado en una silla con brazos situada a 3 metros de la pared y se le insta a que se levante sin utilizar las manos, permanezca un momento de pie, camine hacia la pared, gire sin tocar la pared, vuelva hacia la silla, gire alrededor de ésta, y se siente sin utilizar las manos. Deberá tenerse en cuenta el equilibrio, la velocidad de la marcha, la longitud del paso, su altura y frecuencia... El paciente puede utilizar apoyos (andador, bastones...) si los utiliza habitualmente.

Este Test se valora Subjetivamente

- Sin evidencia de riesgo de caídas
- Levemente anormal
- Moderadamente anormal
- Severamente anormal
- Claro riesgo de caídas durante el test

VALORACIÓN DEL TEST "LEVANTATE Y ANDA"

5

PROUOCULU

Nombre: 185290 Fecha Nacimiento: 1/09/1928 Edad: 84 Años
 N.H.C: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 Episodio: PATRON 02: NUTRIC.-METABOLICO (ANC.)
 Curso Descriptivo: 5/10/2012 Profesional: FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA

Nutrición-Metabol. (Anc)

Valoración general

Peso	90	Talla	180	3	IMC	27.778	Temp.		
Comidas/día	4	Lugar comidas	Casa	Liquididad (ml.)	2000	Horario fijo	SI	Vitaminas	No
Alim. adec. [nt]	SI								
Prob. Boca	No	Prob. Dieta	No	Otros Problem.	No	Sint. digest.	No	Dependencia	No
Caries	No	No equilibrada	No	Insuficiente	No	Inapetencia	No	Alt. peso	No
Úlceras	No	Entre horas	No	Lact. escasos	No	Inole. alimen	No	Corre s/hambre	No
Inflamación	No	Cena abundan.	No		No	Sedentarismo	No		No
Prob. Comer	No								
Masticar [nt]	No								
Pr. tragar	No								
Sonda NG	No								
	17	Estado nutricional	Normal						
Alt. Piel	SI	Sig. rascado	No	Dermatitis	No	Prurito	No	Friedad	No
Alt. integridad	SI								
Frag. capilar	SI								
Def. hidratación	No								
Calor al tacto	No								
COMENTARIOS:	<p>RESULTADO: Patrón alterado</p> <p><input type="checkbox"/> Cons. Alimentación [nt]</p>								

TEST DE NORTON					
Estado Físico General	<input type="checkbox"/> Bueno	<input checked="" type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Muy malo	
Estado Mental	<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Estuporoso / Comatoso	
Movilidad	<input type="checkbox"/> Total	<input checked="" type="checkbox"/> Disminuida	<input type="checkbox"/> Muy limitada	<input type="checkbox"/> Inmóvil	
Actividad	<input type="checkbox"/> Ambulante	<input checked="" type="checkbox"/> Camina con ayuda	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Encamado	
Incontinencia	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Urinaria o fecal	<input type="checkbox"/> Urinaria + fecal	
Riesgo mínimo / no riesgo					
Total puntos					17

PROTOCOLO

Nombre N.H.C 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
 Episodio ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 Curso Descriptivo 5/10/2012 PATRON 03: ELIMINACION (ANC.) Profesional FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA

ELIMINACIÓN (Anciano)

Valoración general

INTESTINAL

Deposic/sem.	4	Consistencia	Blandas	Color	Normal
Problemas eliminación	No	Incontinenc.[n]	No	Sist. de ayuda	No
Dolor defecar	No	Fisuras	No	Laxantes	No
Dolor abdomen	No	Fecalomias	No	Supositorios	No
Dist. abdomen	No	Hemorroides	No	Enemas	No
Sangre heces	No	Ruidos intest.	No	Ostomía	No
Flatulencia	No				

URINARIA

Micciones/día	3	Caract. orina	Normal	Sist. de ayuda	No
Problemas micción	No	Polluria	No	Absorbentes	No
Incontinencia	No	Poliquiria	No	Colector	No
Disuria	No	Oliguria	No	Sonda vesical	No
Escozor	No	Nicturia	No	Urostomía	No
Retenciones	No				
Globo vesical	No				
Goteo	No				

CUTANEA

Prob. eliminación cutánea	SI	Drenajes	No
Sudor copioso	No	Heridas exudativas	SI
Olor corporal	No		

COMENTARIOS

RESULTADO Alto riesgo de alteración

TEST DE BARTHEL		
BAÑO	Independiente	5
VESTIDO	Ayuda	5
ASEO PERSONAL	Independiente	5
RETRETE	Ayuda	5
USO DE LA ESCALERA	Ayuda	5
TRASLADO SILLÓN/CAMA	Independiente	15
DEAMBULACIÓN	Ayuda	10
MICCIÓN	Continente	10
DEPOSICIÓN	Continente	10
ALIMENTACIÓN	Independiente	10
Grado de incapacidad	Moderada	Total puntos 80

TEST DE KATZ

Valora la independencia en las siguientes situaciones:

- LAVADO Dependiente si recibe ayuda en el aseo de mas de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
- VESTIDO Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponerse/ajustarse o permanece parcialmente vestido.
- USO DEL RETRETE Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
- MOVILIZACIÓN Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
- CONTINENCIA Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
- ALIMENTACIÓN Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
(No se puntúa si recibe ayuda para cortar el pan o la carne)

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ **B**

- A Independiente en todas las funciones.
- B Independiente en todas las funciones menos una.
- C Independiente en todas las funciones excepto lavado y otra más.
- D Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido y otra más.
- E Independiente en todas las funciones excepto lavado, el uso del inodoro y otra más.
- F Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro, la movilización y otra más.
- G Dependiente de las seis funciones.
- Otros Dependiente pero no clasificable en los estadíos anteriores.

PROTOCOLO

Nombre 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
N.H.C. ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Episodio 5/10/2012 PATRON 04: ACTIVIDAD-EJERCICIO (ANC.)
Curso Descriptivo 5/10/2012 PATRON 04: ACTIVIDAD-EJERCICIO (ANC.) Profesional FERNANDEZ BANO, JOSEFA

ACTIV.-EJERCICIO (Anc.)

Valoración general

TAS	105	TAD	60	F.C.	68	F.R.	
Dependiente	No	Barreiras ambientais	No				
Def: motoras	SI	Falta de recursos	No				
Def: sensorial	SI	Parálisis, parestias	No				
Def: emocional	No	Prob. salud limitantes	SI				
Sint. Respiratorios	No	Sint. Fisicos	No				
Tos ineficaz	No	Cansancio excesivo	No				
Disnea	No	Hipotonía muscular	No				
Cianosis	No	Inmovilizaciones	No				
Otorenea	No	Claudicación intermitente	No				
Ruidos respiratorios		Pulsos periféricos					
	80		B				

EJERCICIO/OCIO		Horas/semana	Dias/semana
Ejercicio fisico	No		
Paseo	No		
Act. de ocio [m]	No		
Aburrimento	No	Incapaz ocio habitual	
Desinterés ocio	No	Incap. actividad habitual	
Mantenimiento hogar	Adecuada		

COMENTARIOS

RESULTADO Alto riesgo de alteración

Cons. Ejercicio [m]

PROTOCOLO

Nombre N.H.C 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
 Episodio ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 Curso Descriptivo 5/10/2012 PATRON 05: SUEÑO-DESCANSO (ANC.) Profesional FERNANDEZ BANO, JOSEFA

SUEÑO-DESCANSO (Anciano) Valoración general

Horas sueño/día	7	Lugar	Casa	Horario sueño regular	SI
Siestas	SI	Minutos/día	30	De:	23
Ronca	SI	Apnea de sueño	No	A:	6
Problemas con el sueño	No				
Pr. conciliar el sueño	No				
Interrupciones sueño	No				
Ayudas para dormir	No				
Se levanta cansado	No	Confusión	No		
Somnolencia	No	Cansancio	No		
Alt. Descanso/Relajación	No	Horas descansó/día	8		
Medicamentos para descansar	No	Influye en sus actividades	No		
Alteraciones en examen	No				
Signos de cansancio	No				
Alt. de la conducta	No				

COMENTARIOS

RESULTADO Patrón eficaz

TEST DE PFEIFFER	
Marcar sólo las respuestas erróneas	
<input type="checkbox"/>	¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)
<input type="checkbox"/>	¿Qué día de la semana es hoy?
<input type="checkbox"/>	¿Cuál es el nombre de este sitio?
<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene la dirección)
<input type="checkbox"/>	¿Qué edad tiene?
<input type="checkbox"/>	Dígame su fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/>	¿Cómo se llama el presidente del gobierno?
<input type="checkbox"/>	¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?
<input type="checkbox"/>	Dígame el apellido de su madre
<input checked="" type="checkbox"/>	Reste de tres en tres desde veinte
Normal	Total respuestas erróneas 2

TEST MINIMENTAL

Edad del paciente

>65 años <=65 años

ORIENTACIÓN

Marcar sólo las respuestas correctas

<input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que lugar estamos?
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que planta o piso?
<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que mes estamos?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que municipio?
<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que estación del año estamos?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que provincia?
<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que año estamos?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿En que país?

FIJACIÓN

Repita estas 3 palabras hasta que las aprenda: Peseta, Caballo, Manzana 3

(1 punto cada palabra correcta)

CONCENTRACIÓN Y CALCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 3

(1 punto cada cálculo correcto hasta 5)

Repita estos números hasta que los aprenda: 5-9-2. Ahora dígalos hacia atrás..... 3

(1 punto cada número correcto hasta 3)

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? 2

(1 punto cada palabra correcta)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Marcar sólo las respuestas correctas

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?

Repita la frase: "En un trigal hay cinco perros"

Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde?

¿Qué son un perro y un gato?

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad

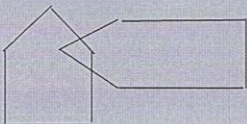
y póngalo encima de la mesa 3

(Cada acción un punto 0-3)

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

Escriba una frase

Copie este dibujo:



PUNTUACIÓN TOTAL MINIMENTAL TEST: 31

PROTOCOLO

Nombre **N.H.C** Fecha Nacimiento **1/09/1928** Edad **84 Años**
 Episodio **185290** **ACTIVIDADES PREVENTIVAS**
 Curso Descriptivo **5/10/2012** PATRON 06: **COGNITIVO-PERCEPTIVO (ANC.)** Profesional **FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA**

COGNITIVO-PERCEP. (Anc.)

Valoración general

Nivel consciencia	-		2		31
Orientado	SI	Puede leer	SI	Puede escribir	SI
Alt. Cognitivas	No	Pr. lenguaje	No	Pr. comprensión	No
Pr. exp. ideas	No	Pr. concentrar	No	Fobias, miedos	No
Pr. memoria	No	Sint. depresivos	No		
Dif. decisiones	No				
Alt. Perceptivas	SI				
Pr. visión [nt]	No	Audifono		Pr. olfato	No
Pr. audición [nt]	SI	Vértigo	No	Pr. gusto	No
Tapón cera [nt]	No			Pr. sensil./táctil	SI
Dolor	SI				
Tipo	Agudo	Intens.	2: Moderado	Alt. activ.	SI
Loc.	mmil	Control	Adecuada		
Alt. Conducta	No				
Intranquilidad	No	Irritabilidad	No	Agitación	No
COMENTARIOS					
RESULTADO Alto riesgo de alteración					

PROTOCOLO

Nombre **185290** Fecha Nacimiento **1/09/1928** Edad **84 Años**
 N.H.C **ACTIVIDADES PREVENTIVAS**
 Episodio **5/10/2012** **PATRON 07: AUTOPERCEPCION (ANC.)** Profesional **FERNANDEZ BANO, JOSEFA**
 Curso Descriptivo **AUTOPERCEPCION (Anc.)** Valoración general

Pr. Consigno mismo Verbalizaciones autonegativas Expresiones de desesperanza Expresiones de inutilidad	No No No No	No No No No
Pr. Conductuales Conducta indecisa Confusión Det. de la atención Irritabilidad Agitación Angustia	No No No No No No	No No No No No No
Cambios Recientes Tipo cambios Son un problema	No No No	No No No
Datos del Examen Imagen corporal Nervioso(5)/Relajado(1)	Cuidado 2	Rasgos personales Aserivo(5)/Pasivo(1) Afinitivo 4
COMENTARIOS:		
RESULTADO Patrón eficaz		

PROTOCOLO

Nombre N.H.C 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
 Episodio ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 Curso Descriptivo 5/10/2012 PATRON 08: ROL-RELACIONES (ANC.) Profesional FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA

ROL-RELACIONES (Anciano)

Valoración general

Convive en:	Unid. familiar	Nº personas grupo familiar [nt]	2
Convive con	su hija	Cambios domicilio [nt]	No
Cuida de alguien	No	Hijos	
Depende de alguien	SI	Alt. función del rol	No
Red apoyo familiar [nt]	Adecuada	Situación vivienda [nt]	Adecuada
Situac. económica [nt]	Adecuada	Situac. sociofamiliar [nt]	Adecuada
Pr. relación social	No	¿Se siente solo?	
Pr. relación familiar	No		
Perdida seres queridos	SI	Duelo anticipado	No
Conductas inefectivas	No	Negación pérdida	No
Expresión de culpa	No		
Tristeza prolongada	No		
Pertenece a grupos/asociaciones			
COMENTARIOS			
RESULTADO Patón eficaz			

PROTOCOLO

Nombre N.H.C 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
Episodio ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Curso Descriptivo 5/10/2012 PATRON 09: SEXUALIDAD-REPROD. (ANC) Profesional FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA

SEXUALIDAD (Anc.) Valoración general

Edad menopausia	<input type="checkbox"/>	Sofocos	<input type="checkbox"/>	No
Sequedad	<input type="checkbox"/> No	Sangrado	<input type="checkbox"/>	No
Rev. Ginecológicas	<input type="checkbox"/> No	Periodicidad (meses)	<input type="checkbox"/>	
Ultima rev.	<input type="checkbox"/>	Periodicidad (meses)	<input type="checkbox"/>	
Rev. Urológicas	<input type="checkbox"/> No	Periodicidad (meses)	<input type="checkbox"/>	
Motivo	<input type="checkbox"/>	Periodicidad (meses)	<input type="checkbox"/>	
Relac. Sexuales	<input type="checkbox"/> No	Satisfacción (0/5)	<input type="checkbox"/>	
Dificultades	<input type="checkbox"/> No	Satisfacción (0/5)	<input type="checkbox"/>	
Cont. de riesgo	<input type="checkbox"/> No	Satisfacción (0/5)	<input type="checkbox"/>	

COMENTARIOS:

RESULTADO Patron eficaz

PROTOCOLO

Nombre: N.H.C. 185290 Fecha Nacimiento: 1/09/1928 Edad: 84 Años
 Episodio: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 Curso Descriptivo: 5/10/2012 PATRON 10: ADAPTACION AL ESTRES (ANC.) Profesional: FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA

ADAPTACIÓN ESTRÉS (Anc.)

Valoración general

Cambios/Prob. importantes		Tipo	
Influencia (significativa)	No	¿En qué influye?	
Prob. en la adaptación	No	Rechazo/retraso al sanitaría	No
Emociones inapropiadas	No	Negación problemas evidentes	No
Soluciones inadecuadas	No	Minimiza los síntomas	No
Incapaz afrontar situación	No		
Deficiente apoyo familiar	No		
Rechazo	No	Comunicación limitada	No
Intolerancia	No	Dependencia pasiva	No
Psicosomalización	No	Ayuda poco satisfactoria	No

Estres: Sensación actual	No	Estres: situaciones anteriores	No
Desencadenantes conocidos	No	Prob. en la resolución	No
¿Está normalmente tenso?	No		

Estrategias adaptación estrés	No	Tolerancia al estrés	
Sistemas de apoyo	No		
Ayudas para relajación	No		
Técnicas de relajación	No		
Medicamentos/drogas	No		

COMENTARIOS

RESULTADO: Patron eficaz

PROTOCOLO

Nombre: **185290** Fecha Nacimiento: **1/09/1928** Edad: **84 Años**
 I.H.C. **ACTIVIDADES PREVENTIVAS**
 Episodio **5/10/2012** PATRON 11: VALORES-CREENCIAS (ANC.) Profesional **FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA**
 Curso Descriptivo **VALORES-CREENCIAS (ANC.)**

VALORES CREENCIAS (Anc.) Valoración general

? Que le importa en la vida? Familia Ideas/creencias importantes SI

? Contento con su vida? SI

Conflictos/preocupaciones importantes No

Pertenece a grupos/asociaciones No

? De qué tipo? Es importante para él No

Problemas para su integración No Conflicto/oposición familiar No

Practica alguna religión SI

Es importante en su vida SI Problemas para sus prácticas No

Le ayuda en sus problemas SI Conflicto/oposición familiar No

VALORACIÓN FAMILIAR

Valores/costumbres culturales SI

Creencias religiosas SI

OTROS ASPECTOS

Conflicto/preocupación vida-muerte No Actitud Activa

Conflicto/preocup. sufrimiento-dolor No Actitud Aceptación

Conflicto/preocupación enfermedad No Actitud Aceptación

COMENTARIOS

RESULTADO Patrón eficaz

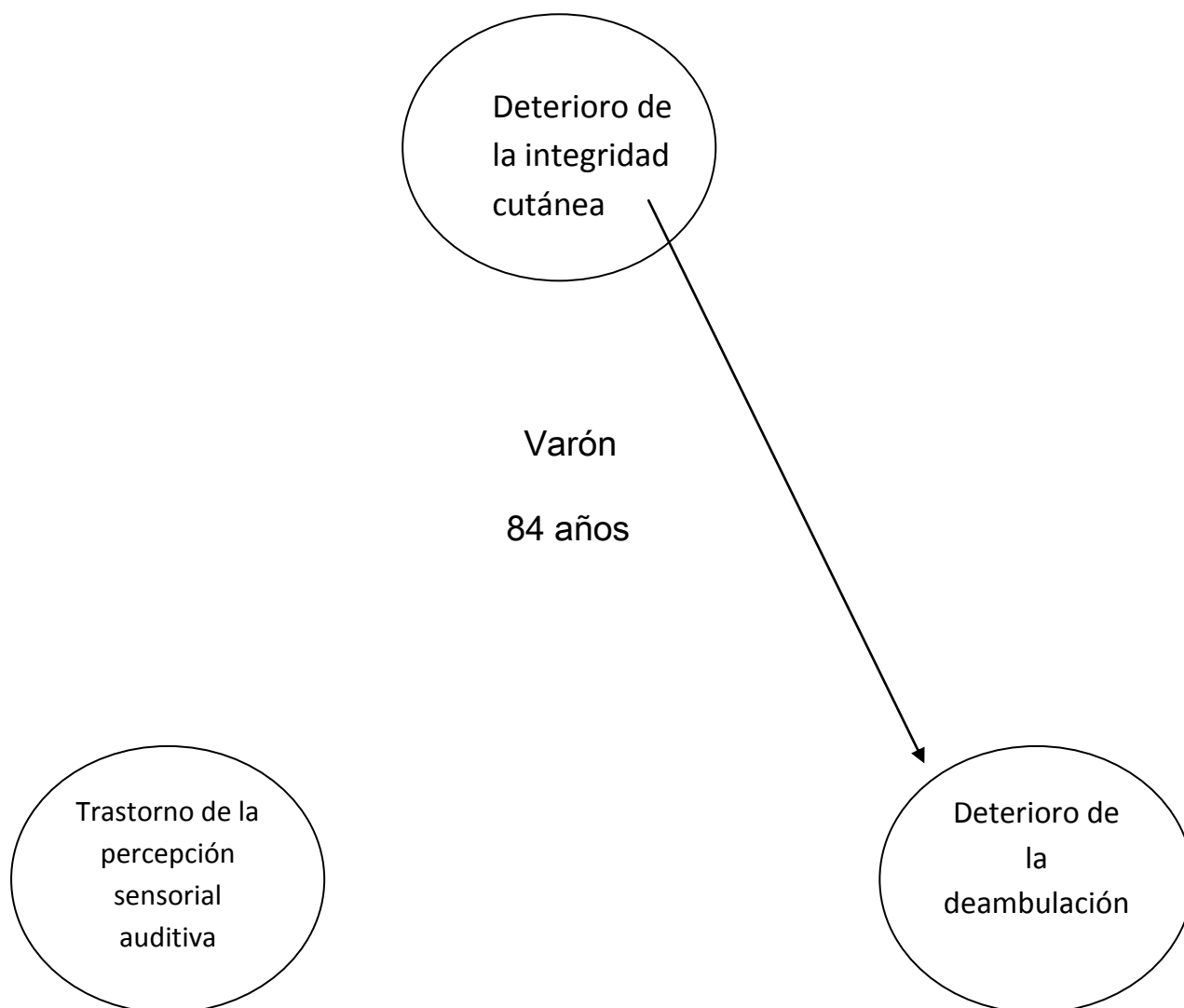
5.2.1 Diagnósticos de enfermería identificados

- (00046) **Deterioro de la integridad cutánea** m/p alteración de la circulación, factores mecánicos (cizallamiento, presión, sujeciones) r/c invasión de las estructuras corporales, destrucción de las capas de la piel.

- (00088) **Deterioro de la deambulación** m/p deterioro del equilibrio, resistencia limitada r/c deterioro de la habilidad para subir escaleras, deterioro de la habilidad para recorrer distancias requeridas.

- (00122) **Trastorno de la percepción sensorial auditiva** m/p alteración de la integración sensorial, alteración de la recepción r/c cambio informado o medido de la sensibilidad acústica.

5.2.2 Red de razonamiento según modelo AREA



- Justificación diagnóstico principal

Deterioro de la integridad cutánea m/p alteración de la circulación, factores mecánicos (cizallamiento, presión, sujeciones) r/c invasión de las estructuras corporales, destrucción de las capas de la piel.

A mi parecer es el deterioro de la integridad cutánea el diagnóstico principal a tratar debido a que el paciente acude a la consulta de enfermería por ese motivo, además ese problema deriva en el paciente limitándole todavía más la movilidad reducida que presenta en ese miembro ya que, como refleja, tiene miedo a golpearse o rozarse con la herida mientras ésta esté activa y prefiere no moverse mucho. Este diagnóstico es independiente de la deficiencia auditiva que presenta durante muchos años y en tratamiento con dispositivos de ayuda.



Fecha 8/10/2012
Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente

Edad 84 Años

Teléfono 968626394

Email

Diagnóstico de enfermería 00046 Deterioro de la integridad cutánea
Fecha de inicio 8/10/2012 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO	8/10/2012	
C.D.	046-1	Invasión de las estructuras corporales
	046-2	Destrucción de las capas de la piel (dermis)
F.R.	00225	Alteración de la circulación
	00244	Factores mecánicos (p.ej., cizallamiento, presión, sujeciones)
NOC:	0407	<u>Perfusión tisular: periférica</u>
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido
	Indicador: 040707	Coloración de piel normal
	Indicador: 040709	Piel intacta
	1101	<u>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</u>
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido
	Indicador: 110102	Sensibilidad en el rango esperado
	Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado
NIC:	2316	Administración de medicación: tópica
	Actividad: 231602	Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.
	Actividad: 231604	Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
	Actividad: 231605	Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.
	Actividad: 231607	Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
	Actividad: 231609	Extender la medicación uniformemente sobre la piel.
	Actividad: 231611	Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
	Actividad: 231613	Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.
	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico
	Actividad: 358405	Retirar el esparadrapo y los restos.
	Actividad: 358412	Dar masaje alrededor de la zona afectada.
	Actividad: 358425	Aplicar un apósito oclusivo limpio (Tegaderm o Duoderm), si es necesario.
	Actividad: 358426	Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede.
	Actividad: 358433	Registrar el grado de afectación de la piel.
	3660	Cuidados de las heridas
	Actividad: 366001	Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.
	Actividad: 366003	Anotar las características de la herida.
	Actividad: 366006	Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
	Actividad: 366021	Vendar con gasas de malla apropiada, si es necesario.
	Actividad: 366026	Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.
	3680	Irrigación de heridas
	Actividad: 368002	Explicar el procedimiento al paciente mediante preparación sensorial.
	Actividad: 368004	Proteger las ropas del paciente para que no se ensucien con la solución de irrigación o el drenaje de la herida.

Valoración: 2

Valoración: 2

Valoración: 3

Valoración: 2



Fecha 8/10/2012
Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente

Edad 84 Años

Teléfono

Email

Diagnóstico de enfermería 00046 Deterioro de la integridad cutánea
Fecha de inicio 8/10/2012 Fecha de cierre

- Actividad: 368006 Colocar al paciente de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida en un recipiente, dependiendo de la ubicación de la herida.
- Actividad: 368008 Irrigar la herida con la solución adecuada con una jeringa de irrigación grande.
- Actividad: 368018 Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.
- Actividad: 368021 Informar al médico de cualquier signo de infección y/ o necrosis.
- 4070 Precauciones circulatorias
- Actividad: 407001 Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema llenado capilar, color y temperatura de la extre
- Actividad: 407006 Evitar lesiones en la zona afectada.
- Actividad: 407007 Evitar infecciones en heridas.
- Actividad: 407010 Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
- Actividad: 407011 Observar las extremidades para ver si hay calor, rojeces, dolor o edema.

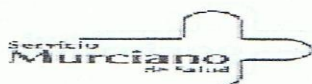
SEGUIMIENTO

ESPACIO DE TIEMPO

7 DÍAS FECHA ESTIMADA DE

REVISIÓN:

15/10/2012



Fecha 15/10/2012
Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente

Edad 84 Años

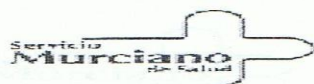
Teléfono

Email

Diagnóstico de enfermería 00045 Deterioro de la integridad cutánea
Fecha de inicio 8/10/2012 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO 8/10/2012

C.D.	045-1	Invasión de las estructuras corporales	
	045-2	Destrucción de las capas de la piel (dermis)	
F.R.	00225	Alteración de la circulación	
	00244	Factores mecánicos (p.ej., cizallamiento, presión, sujeciones)	
NOC:	0407	Perfusión tisular; periférica	
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido	
	Indicador: 040707	Coloración de piel normal	Valoración: 2
	Indicador: 040709	Piel intacta	Valoración: 2
	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido	
	Indicador: 110102	Sensibilidad en el rango esperado	Valoración: 3
	Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado	Valoración: 2
NIC:	2316	Administración de medicación: tópica	
	Actividad: 231602	Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.	
	Actividad: 231604	Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.	
	Actividad: 231605	Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.	
	Actividad: 231607	Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.	
	Actividad: 231609	Extender la medicación uniformemente sobre la piel.	
	Actividad: 231611	Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.	
	Actividad: 231613	Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.	
	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico	
	Actividad: 358405	Retirar el esparadrapo y los restos.	
	Actividad: 358412	Dar masaje alrededor de la zona afectada.	
	Actividad: 358425	Aplicar un apósito oclusivo limpio (Tegaderm o Duoderm), si es necesario.	
	Actividad: 358426	Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede.	
	Actividad: 358433	Registrar el grado de afectación de la piel.	
	3660	Cuidados de las heridas	
	Actividad: 366001	Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.	
	Actividad: 366003	Anotar las características de la herida.	
	Actividad: 366006	Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.	
	Actividad: 366021	Vendar con gases de malla apropiada, si es necesario.	
	Actividad: 366026	Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.	
	3680	Irrigación de heridas	
	Actividad: 368002	Explicar el procedimiento al paciente mediante preparación sensorial.	
	Actividad: 368004	Proteger las ropas del paciente para que no se ensucien con la solución de irrigación o el drenaje de la herida.	



Fecha 15/10/2012

Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente

Edad 84 Años

Teléfono 968626394

Email

Diagnóstico de enfermería 00046 Deterioro de la integridad cutánea
 Fecha de inicio 8/10/2012 Fecha de cierre

Actividad: 368006 Colocar al paciente de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida en un recipiente dependiendo de la ubicación de la herida.

Actividad: 368008 Irrigar la herida con la solución adecuada con una jeringa de irrigación grande.

Actividad: 368018 Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.

Actividad: 368021 Informar al médico de cualquier signo de infección y/o necrosis.

4070

Precauciones circulatorias

Actividad: 407001 Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extre

Actividad: 407006 Evitar lesiones en la zona afectada.

Actividad: 407007 Evitar infecciones en heridas.

Actividad: 407010 Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.

Actividad: 407011 Observar las extremidades para ver si hay calor, rojeces, dolor o edema.



Fecha 15/10/2012
Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente
Edad 84 Años Teléfono 968626394
Email

SEGUIMIENTO		15/10/2012	
C.D.	046-1	Invasión de las estructuras corporales	
	046-2	Destrucción de las capas de la piel (dermis)	
F.R.	00225	Alteración de la circulación	
	00244	Factores mecánicos (p.ej., cizallamiento, presión, sujeciones)	
NOC:	0407	Perfusión tisular: periférica	
	Valoración: 4	Levemente comprometido	
	Indicador: 040707	Coloración de piel normal	Valoración: 4
	Indicador: 040709	Piel íntacta	Valoración: 4
	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
Valoración: 4	Levemente comprometido		
	Indicador: 110102	Sensibilidad en el rango esperado	Valoración: 5
	Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado	Valoración: 4
NIC:	2316	Administración de medicación: tópica	
	Actividad: 231602	Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.	
	Actividad: 231604	Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.	
	Actividad: 231605	Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.	
	Actividad: 231607	Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.	
	Actividad: 231609	Extender la medicación uniformemente sobre la piel.	
	Actividad: 231611	Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.	
	Actividad: 231613	Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.	
	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico	
	Actividad: 358405	Retirar el esparadrapo y los restos.	
	Actividad: 358412	Dar masaje alrededor de la zona afectada.	
	Actividad: 358425	Aplicar un apósito oclusivo limpio (Tegaderm o Duoderm), si es necesario.	
	Actividad: 358426	Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede.	
Actividad: 358433	Registrar el grado de afectación de la piel.		
3660	Cuidados de las heridas		
Actividad: 366001	Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.		
Actividad: 366003	Anotar las características de la herida.		
Actividad: 366006	Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.		
Actividad: 366021	Vendar con gasas de malla apropiada, si es necesario.		
Actividad: 366026	Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.		



Fecha 15/10/2012
Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente

Edad 84 Años

Teléfono 968626394

Email

Diagnóstico de enfermería 00046 Deterioro de la Integridad cutánea
Fecha de inicio 15/10/2012 Fecha de cierre

- 3680 Irrigación de heridas
- Actividad: 368002 Explicar el procedimiento al paciente mediante preparación sensorial.
 - Actividad: 368004 Proteger las ropas del paciente para que no se ensucien con la solución de irrigación o el drenaje de la herida.
 - Actividad: 368006 Colocar al paciente de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida en un recipiente, dependiendo de la ubicación de la herida.
 - Actividad: 368008 Irrigar la herida con la solución adecuada con una jeringa de irrigación grande.
 - Actividad: 368018 Vendar la herida con el tipo de venda/e estéril adecuado.
 - Actividad: 368021 Informar al médico de cualquier signo de infección y/ o necrosis.
- 4070 Precauciones circulatorias
- Actividad: 407001 Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema llenado capilar, color y temperatura de la extre
 - Actividad: 407006 Evitar lesiones en la zona afectada.
 - Actividad: 407007 Evitar infecciones en heridas.
 - Actividad: 407010 Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
 - Actividad: 407011 Observar las extremidades para ver si hay calor, rojeces, dolor o edema.

5.2.3 Ejecución

Esta etapa del plan de cuidados te obliga a poner en práctica de la manera más óptima posible los conocimientos adquiridos, los objetivos planificados y las intervenciones elaboradas de forma individual para alcanzar las metas programadas. De manera consecuente se pretende alcanzar un mayor bienestar bio-psico-social para el paciente, todo ello bajo un criterio basado en la evidencia científica adquirida a lo largo del plan de estudios.

Al paciente se le fue citando cada 48 horas para revisión y nueva cura, en el transcurso de los días se podía observar la favorable evolución en la cicatrización (específicamente de los bordes hacia el lecho de la úlcera) además de una coloración rosácea acompañada de tejido de granulación que nos indicaba la dirección correcta de nuestro camino a seguir.

5.2.4 Evaluación

En este paciente el diagnóstico principal obtenido a través de la red de razonamiento clínico se encontraba a nivel cutáneo.

En ese contexto el propósito era cumplir los objetivos fijados en el plan de cuidados, para obtener la mayor recuperación por parte de nuestro paciente, dotándole del mayor grado de autonomía posible.

Siguiendo esta directriz observé que nuestro paciente realizaba con demasiada frecuencia actividades contraproducentes (tareas, obligaciones, cuidado de animales...) lo que generó un comportamiento ineficaz para lograr el objetivo marcado.

Tras conversar con el paciente se corrigieron aquellas actividades que no se cumplían de acuerdo al plan de cuidados, concluyendo un resultado que hizo de este elaborado plan una herramienta exitosa para sobrellevar su problema de la mejor manera.

PROTOCOLO

Nombre N.H.C. 185290 Fecha Nacimiento 1/09/1928 Edad 84 Años
 Episodio ULCERA, ULCERACION VARICOSA PIERNA DERECHA
 Curso Descriptivo 15/10/2012 SEG. P02: NUTRIC./METABOLICO (ANC.)
 Profesional FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA

Nutricional

Valoración general

Peso	90	Talla	180	3	IMC	27.778	Temp.	
Comidas/día	4	Lugar comidas	Casa	Horario fijo	SI	Vitaminas	No	
Alim. adec.[nt]	SI	Liquidodía (ml.)	2000	Prob. Dieta	No	Otros Problem.	No	
Prob. Boca	No	Prob. Dieta	No	Sint. digest.	No	Dependencia	No	
Caries	No	No equilibrada	No	Inapetencia	No	Alt. peso	No	
Ulceras	No	Insuficiente	No	Intole. alimen	No	Come s/hambre	No	
Inflamación	No	Entre horas	No	Sedentarismo	No			
Prob. Comer	No	Láct. escasos	No					
Masticar [nt]	No	Cena abundan.	No					
P. tragar	No							
Sonda NG	No							
Alt. Piel	SI	Estado nutricional	Normal					
Alt. integridad	No	Sig. rascado	No					
Frag. capilar	SI	Dermatitis	No					
Def hidratación	No	Prurito	No					
Calor al tacto	No	Frialdad	No					
COMENTARIOS:	<p><input type="checkbox"/> Cons. Alimentación [nt]</p>							
RESULTADO	Alto riesgo de alteración							

PROTOKOLO

Nombre **185290** Fecha Nacimiento **1/09/1928** Edad **84 Años**
 N.H.C. **UICERA, UICERACION VARIOSEA PIERNA DERECHA**
 Episodio **15/10/2012** SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO (ANC.)
 Curso Descriptivo **SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO (ANC.)** Profesional **FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA**

Actividad Valoración general

TAS TAD F.C. F.R.

Dependiente
 Def. motoras
 Def. sensorial
 Def. emocional
 Sint. Respiratorios
 Tos ineficaz
 Disnea
 Cianosis
 Ortopena
 Ruidos respiratorios

Barreiras ambientales
 Falta de recursos
 Parálisis, parestias
 Prob. salud irritantes
 Sint. Físicos
 Cansancio excesivo
 Hipotonía muscular
 Inmovilizaciones
 Claudicación intermitente
 Pulsos periféricos

85 2 B

EJERCICIO/OCIO

Ejercicio físico	<input type="text" value="No"/>	Horas/semana	<input type="text"/>	Días/semana	<input type="text"/>
Paseo	<input type="text" value="No"/>				
Act. de ocio [m]	<input type="text" value="No"/>	Incapaz ocio habitual	<input type="text"/>		
Aburrimiento	<input type="text" value="No"/>	Incap. actividad habitual	<input type="text"/>		
Desinterés ocio	<input type="text" value="No"/>				
Mantenimiento hogar	<input type="text" value="Adecuada"/>				

COMENTARIOS:

Cons. Ejercicio [m]

RESULTADO

PROTOCOLO

Nombre **FERNANDO SANDOVAL** Fecha Nacimiento **1/09/1928** Edad **84 Años**
 N.H.C **185290**
 Episodio **ULCERA, ULCERACION VARICOSA PIERNA DERECHA**
 Curso Descriptivo **15/10/2012 SEG. P02: NUTRIC./METABOLICO (ANC.)** Profesional **FERNANDEZ BAÑO, JOSEFA**

Auto percepción

Valoración general

Pr. Consiigo mismo No No
 Verbalizaciones autonegativas No
 Expresiones de desesperanza No
 Expresiones de inutilidad No

Pr. con su imagen corporal No No
 Le preocupan los cambios No
 Miedo al rechazo de otros No
 Sent. negativo de su cuerpo No

Pr. Conductuales No No
 Conducta indecisa No
 Confusión No
 Det. de la atención No
 Irritabilidad No
 Agitación No
 Angustia No

Otros Problemas No No
 Fracasos, rechazos No
 Amb. familiar desfavorable No
 Carencias afectivas No
 Insomnio No
 Dif. concentración No
 Ansiedad, depresión No

Cambios Recientes No No
 Tipo cambios No
 Son un problema No

Influyen en: No No

Datos del Examen
 Imagen corporal Cuidado Cuidado
 Nerviosos(5)/Relajado(1) 2 2

Rasgos personales Afinitivo Afinitivo
 Asertivo(5)/Pasivo(1) 4 4

COMENTARIOS:

RESULTADO Patón eficaz

PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED]
 N.H.C: 185290 Fecha Nacimiento: 1/09/1928 Edad: 84 Años
 Episodio: ULCERA, ULCERACION VARICOSA PIERNA DERECHA
 Curso Descriptivo: 15/10/2012 SEG. P02: NUTRIC./METABOLICO (ANC.)

Profesional: FERNANDEZ BANO, JOSEFA

DIAGNOSTICO

Diagnósticos de Enfermería

EVALUACION:

CIAP	Diagnósticos NANDA	S97	- ULCERA, ULCERACION VARICOSA PIERNA DERECHA
Factores relacionados		00046	- Deterioro de la integridad cutánea
Resultados NOC			Alteración de la circulación Factores mecánicos (p.ej., cizallamiento, presión, sujeciones) Perfusión tisular: periférica Integridad tisular: piel y membranas mucosas Coloración de piel normal
Indicadores			Piel intacta Sensibilidad en el rango esperado Coloración en el rango esperado Administración de medicación: tópica Cuidados de la piel: tratamiento tópico Cuidados de las heridas Irigación de heridas
Intervenciones NIC			Precauciones circulatorias Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente. Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación. Retirar los restos de medicación y limpiar la piel. Averiguar el fármaco tópico según este prescrito. Evitar el frotamiento excesivo sobre la piel. Controlar si se aplica la medicación uniformemente sobre la piel. Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución. Retirar el esparadrapo y los restos. Dar masaje alrededor de la zona afectada. Aplicar un apósito oclusivo limpio. (Tegaderm o Duroderm), si es necesario. Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede. Registrar el grado de afectación de la piel. Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida. Anotar las características de la herida. Limpiar con jabón antibacteriano, si procede. Vendar con gasas de malla apropiada, si es necesario. Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida. Proteger las ropas del paciente para que no se ensucien con la solución de irrigación o el drenaje de la herida. Colocar al paciente de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida en un recipiente, depende de la herida. Irigar la herida con la solución adecuada con una jeringa de irrigación grande. Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado. Informar al médico de cualquier signo de infección y/ o necrosis. Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, coloración de la piel). Evitar lesiones en la zona afectada. Evitar infecciones en heridas. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada. Observar las extremidades para ver si hay calor, rojeces, dolor o edema.
Actividades			

OTRAS CARACTERISTICAS:

[Empty text box for other characteristics]

TEST DE BARTHEL		
BAÑO	Independiente	5
VESTIDO	Ayuda	5
ASEO PERSONAL	Independiente	5
RETIRETE	Independiente	10
USO DE LA ESCALERA	Ayuda	5
TRASLADO SILLÓN/CAMA	Independiente	15
DEAMBULACIÓN	Ayuda	10
MICCIÓN	Contnente	10
DEPOSICIÓN	Contnente	10
ALIMENTACIÓN	Independiente	10
Grado de Incapacidad	Ligera	Total puntos 85

TEST DE NORTON					
Estado Físico General	<input checked="" type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Muy malo	
Estado Mental	<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Estuporoso / Comatoso	
Movilidad	<input type="checkbox"/> Total	<input checked="" type="checkbox"/> Disminuida	<input type="checkbox"/> Muy limitada	<input type="checkbox"/> Inmóvil	
Actividad	<input type="checkbox"/> Ambulante	<input checked="" type="checkbox"/> Camina con ayuda	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Encamado	
Incontinencia	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Urinaria o fecal	<input type="checkbox"/> Urinaria + fecal	
Riesgo mínimo / no riesgo				Total puntos	18

Opinión personal - Conclusion

5.2.5 Opinión personal/ Conclusión

Me gratifica haber podido realizar un plan de cuidados de diferente forma a la que viene siendo habitual, comprobando el desconocimiento que existe aún en el ambiente de nuestra profesión a la hora de manejar planes de cuidados con la herramienta que nos brinda OMI, por lo que es un aspecto a tener en cuenta el hecho de estar preparado para poder llevarlo a cabo.

6. DISCUSIÓN

El uso de terapias alternativas y complementarias es cada vez más común entre la población; la finalidad de recurrir a este tipo de tratamientos es disminuir los síntomas y tratar de retardar las complicaciones devenidas por una enfermedad. Nuestro paciente acude a ellas con el deseo de controlar mejor su enfermedad, encontrarse bien y evitar en lo posible el desgaste que produce a la larga la enfermedad.

Entre las repercusiones positivas que de las TC obtiene nuestro paciente, cabe destacar el resultado complaciente que muestra tras la información y el uso de estos procedimientos, independientemente de los objetivos logrados respecto al motivo de la consulta. En otro estudio (Suárez 2002), una de las conclusiones que se aporta es que el grado de satisfacción de los usuarios de TC es alto, lo que queda asentado con el dato de que el 100% de las personas estudiadas recomendaría la terapia a la que se está sometiendo y al 92% les gustaría que lo ofreciera la seguridad social [12].

En el campo de la investigación sobre la medicina tradicional y complementaria y sobre el uso de estas técnicas y procedimientos, hemos podido comprobar que se dispone cada vez de un mayor número de estudios publicados. Este hecho queda reflejado en las tablas 2 y 3. El número de trabajos procesados por Medline en el área de la medicina tradicional y complementaria se aproxima a los 50.000 en los últimos 10 años [4]. La medicina complementaria muestra una mayor riqueza de investigación en comparación con la medicina tradicional, esto no es difícil de comprender: la medicina complementaria no sustituye a la occidental, sino que es un auxilio para ella.

La calidad de estos estudios mejora lentamente en el tiempo, pero una de las limitaciones más importantes que hemos contemplado en nuestro estudio sigue siendo la falta de calidad metodológica llevada a cabo en ellos. No podemos omitir que ante el auge que se está viviendo, la falta de investigaciones científicas suficientes sigue siendo el talón de Aquiles de la medicina tradicional frente a la medicina occidental. Pero es precisamente en este espacio donde la medicina tradicional puede imponerse o desaparecer.

Conformar sus bases científicas es esencial para lograr una posición ante el reto lanzado por la medicina occidental. La investigación científica es el único camino para convertir la medicina tradicional en una medicina basada en evidencia [4].

A través de toda la literatura consultada observamos una cierta tendencia por parte de los enfermeros a la utilización de las TC como herramienta de cuidados.

Si hablamos de diabetes, los estudios encontrados en la literatura científica afirman y demuestran tanto la incidencia como la prevalencia de esta enfermedad [10,11]. Coincidimos con estas cifras puesto que desde nuestra experiencia en atención primaria, pudimos comprobar, gracias a los profesionales sanitarios, que gran parte de las consultas programadas las ocupaban pacientes con esta patología. Tanto es así, que gran parte de EPS (educación para la salud) observada en consulta con los pacientes, iba enfocada a tratar patrones a seguir y cambios en el estilo de vida relacionados con esta enfermedad.

Abed N. en Chile durante el año 2010 encontró que el 64% de las personas con diabetes ha hecho uso de terapias alternativas de manera complementaria para tratar su enfermedad [27].

En el 2006, en Taiwán se realizó un estudio transversal donde se exploró el uso de terapias alternativas en pacientes diabéticos. Los participantes informaron un extenso uso de estos recursos. La prevalencia de uso de terapias alternativas o complementarias en personas diagnosticadas con DM fue de 61% [27].

Estos resultados difieren con los encontrados en nuestro estudio, que revelan una escasa utilización por parte de nuestro paciente de este arsenal terapéutico. Sin embargo haciendo partícipe al paciente en el control de su enfermedad, explicándole el sentido y significado de la terapia complementaria en su tratamiento, encontramos en nuestro paciente una mayor adherencia al tratamiento que hace del plan de cuidados una herramienta de éxito logrando los objetivos propuestos de manera eficaz.

En cuanto a la stevia rebaudiana, los resultados parecen muy prometedores. Aunque no se ha podido constatar en nuestro paciente su eficacia, la revisión bibliográfica acerca del tema pone de manifiesto los resultados favorables encontrados en la mayoría de estudios publicados, que dan respuesta a las propiedades farmacológicas que esta planta puede ofrecer a los pacientes diagnosticados de DM tipo 2 [30,32,33], por lo que podría ser motivo de nuevas investigaciones sobre el tema para finalmente ver sus resultados extrapolados.

De igual forma, hemos podido comprobar que existe una concordancia en el tiempo en la forma de entender y cuidar al paciente dentro de un equilibrio con la naturaleza, coincidimos con los estudios revisados [34, 25] en la manera de entender y potenciar la salud en el paciente, tomando como punto de partida las enseñanzas de la madre de la enfermería moderna, Florence Nightingale, que tanto han hecho por nuestra profesión.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Margen estrecho de tiempo de consecución para realizar el estudio de caso.
- Restricciones a la hora de elegir un plan de cuidados donde se enmarque el paciente más adecuado a nuestras ideas para realizar el estudio de caso deseado.
- El acceso a varios de los artículos que se pueden consultar a lo largo del estudio son previo pago para su visualización completa.

7. CONCLUSIONES

1. Las terapias complementarias, enmarcadas en el ámbito de la medicina tradicional, se implantan de manera progresiva en la oferta formativa de los profesionales de enfermería.

2. La fitoterapia se muestra como una terapia coadyuvante en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

3. La estevia rebaudiana bertonii puede ser de gran ayuda para aquellas personas que deben disminuir su ingesta de azúcares, como es el caso de los pacientes diabéticos, dado que este edulcorante no es metabolizado por el organismo.

4. Existen teorías de enfermería, como la que acuña Florence Nightingale con el primer modelo conceptual de enfermería, que simpatizan con las ideas fundamentales de las llamadas terapias complementarias.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Isla P. Educación Terapéutica en diabetes: ¿Dónde estamos? Revista ROL de Enfermería [Internet]. 2011 [citado 17 de Diciembre de 2012]; 34(6):32-38.
2. Federación Internacional de Diabetes. Atlas Diabetes 2012. [Internet]. 2012 [citado 23 de Diciembre de 2012]. 5ª Ed. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf?utm_medium=email&utm_campaign=IDF%20Diabetes%20Atlas%202012%20Update&utm_content=IDF%20Diabetes%20Atlas%202012%20Update+Preview+CID_720a5262162f1f585ba9fc8ca39fef30&utm_source=campaignmonitor&utm_term=Spanish
3. Isla P. Diabetes Mellitus: La pandemia del siglo XXI. Recien; Revista Científica de Enfermería [revista de Internet]. Noviembre 2012 [citado 20 de Diciembre de 2012]; nº 5. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_5_nov_2012/art_original_diabetes_mellitus.pdf
4. Cañedo R, Zaldívar J, Montejo M, Peña Rodríguez K. De la medicina popular a la medicina basada en evidencia: estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. ACIMED [serial on the Internet]. Octubre 2003 [citado 28 de Diciembre 2012]; 11(5). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000500007&lng=en.
5. Isola M. Prodeco: Proyecto de Desarrollo Comunitario. [Revista de Internet]. 2010 [citado 23 de Diciembre de 2012]; vol. 3. Disponible en: http://medicinaintercultural.org/sites/default/files/u/uid/p1288/f-1181-revista_nu_3.pdf

6. Seignalet J. Alimentación. La tercera medicina. Ed RBA. 3ª Edición. 2010.
7. McCloskey, J., Bulechek, G., Butcher, K. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª edición. Elsevier. Madrid. 2009.
8. Vélez H, Rojas W, Borrero R, Restrepo J. Endocrinología. Fundamentos de Medicina. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. 7ª ed. Edición 2011.
9. P.M Nadia. "La stevia rebaudiana y su propiedad hipoglucemiante en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" [tesis]. Instituto de gastroenterología boliviano japonés: Universidad Mayor San Andrés; 2006.
10. Delgado E. Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años [revista de internet]. Mayo 2012 [citado 09 de Enero de 2013]. Vol.7. Nº2. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/72/08_pdf/analisisepidemiologia.pdf
11. The expert comité on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Follow up report on the diagnosis of diabetes mellitus: diabetes care. 26:3160-7; 2003.
12. Echevarría P. Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales [Internet]. Julio de 2008 [citado 18 de Diciembre de 2012]. Gazeta de

Antropología: 24 (2); artículo 27. Disponible en:
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/6917>

13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Análisis de situación de terapias complementarias [Internet]. 2011 [citado 05 de Enero de 2013]. Disponible en:
<http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
14. Lázaro M.D. Terapias alternativas y complementarias: Evidencia clínica. Publicación Oficial SEDENE. [Internet]. 2008 [citado dic 2012]; nº 27. Elsevier. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13183875&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=319&ty=117&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=319v00n27a13183875pdf001.pdf
15. Sandor MK. Educating the next generation of healers. *Journal of Holistic Nursing*. 2005 jun;23(2):117-9 Pubmed PMID: 15883460
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
17. Colbath JD, Prawlucky PM. Holistic nursing care. *Nursing Clinics North America*. 36: XI-XII. 2001.
18. Engebretson J. Alternative and complementary healing: Implications for nursing. *J Prof Nurs*. 15: 214-223. 1999. Pubmed PMID: 10450647.
19. López J. Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición. *Enfermería Clínica*. Septiembre 2003;13:127-36.22. OIIQ.

20. Richarson J. Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2001; 10:793-8.
21. Snyder M, Limdqvist R. Issues in Complementary Therapies: How We Got to Where We Are. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2001; 6(2).
22. Zamarra MP. El valor de la visión holística para la enfermería en el alivio del sufrimiento. *Educare*. 2007; 21:37. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/>.
23. Grup de Teràpies Complementàries del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Instruments complementaris de les cures d'infermeria. Document Marc. Barcelona: COIB; 2004. p. 52-53.
24. Comissió de teràpies naturals del COIB. Proposta per a l'obtenció de diplomes d'acreditació (DAC) en instruments complementaris de les cures infermeres: Teràpies naturals [Internet]. Barcelona; 2008. Disponible en: www.coib.es.
25. López J. Integración de las terapias complementarias en el currículo enfermero. Marzo 2008 [citado en diciembre de 2012]. 26: 58-63. vol. 26 num 03. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/nursing-20/integracion-las-terapias-complementarias-curriculo-enfermero-13117341-articulos-especiales-edicion-esp%C3%B1ola-2008>.
26. Arcury T, Bell R, Snively B, Smith S, Skelly A, Wetmore L, *et al*. Complementary and alternative medicine use and diabetes self management among rural older adults [Internet]. Marzo 2006 [citado Enero 2013]. *Complement health pract. Rev.* 2006 april; 11(2): 95-106

27. Camarillo G. Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la unidad de medicina familiar número 66 IMSS y sus creencias sobre el uso de terapias alternas y complementarias [tesis]. Instituto de Salud Pública: Universidad Veracruzana; 2012.
28. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Especies vegetales con acción hipoglucemiante (IV): estevia, copalchi, nopal, chancho, yacón. Vol. 29; nº 283: pags476-480. 2005.
29. Discovery, DSalud. La estevia, singular y novedoso edulcorante natural [revista de Internet]. Diciembre de 2009 [citado en diciembre de 2012]. N° 122. Disponible en: <http://www.dsalud.com/index.php?pagina=articulo&c=111>
30. Larrañaga N. Estevia, el edulcorante natural. IV Congreso de Estudiantes Universitarios de Ciencia, Tecnología e Ingeniería Agronómica. Mayo 2011. Disponible en: <http://www.ceigram.upm.es/sfs/otros/ceigram/Contenido%20Formaci%C3%B3n/Contenido%20cursos,%20seminarios%20y%20congresos/congresos/librodeactasIVcongreso.pdf>
31. Eustas.org [Internet]. European Stevia Association: EUSTAS.; 2013 [citado Enero 2013]. Disponible en: <http://www.eustas.org/>
32. Gregersen S, Jeppesen PB, Holst JJ, Hermansen K. Antihyperglycemic effects of stevioside in type 2 diabetic subjects. Departamento f Endocrinology and Metabolism C, Arthus University Hospital, Denmark. Enero 2004; 53 (1): 73-6. Pubmed PMID: 14681845.
33. Shivanna N, Naika M, Khanum F, Kaul VK. Antioxidant, anti-diabetic and renal protective properties of Stevia rebaudiana. 6 Noviembre

2012; 14 (6). Pii: S1056-8727 (12)00280-2. Pubmed PMID:
23140911.

34. *Collière MF*. Promover la vida. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill;
2ª ed. 1993.

35. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y
clasificación 2009-2011. Madrid. Elsevier. 2010.

36. Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. Clasificación de resultados de
enfermería (NOC) 4ª edición. Elsevier. Madrid 2009.

37. Fernandez A, Salvador T. Formación y aplicación de las terapias
complementarias en los cuidados de enfermería al paciente
oncológico. 2010. [citado en diciembre 2012]. Vol 28. Num 7.
Disponible en: [http://www.elsevier.es/es/revistas/nursing-
20/formacion-aplicacion-las-terapias-complementarias-los-cuidados-
13154720-articulos-especiales-edicion-esp%C3%B1ola-2010](http://www.elsevier.es/es/revistas/nursing-20/formacion-aplicacion-las-terapias-complementarias-los-cuidados-13154720-articulos-especiales-edicion-esp%C3%B1ola-2010)

9. ANEXOS

Anexo I Tablas

Tabla 9.3. Clasificación de intervenciones de enfermería y terapias complementarias. Blanca J. 2005

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y terapias complementarias	
1480 Masaje simple	4860 Terapia de reminiscencia
4920 Escucha activa	5465 Contacto terapéutico
1380 Aplicación calor-frío	5880 Técnica de relajación
4400 Musicoterapia	1610 Baño
5420 Apoyo espiritual	5360 Terapia de entretenimiento
0180 Manejo de la energía	5424 Facilitar la práctica religiosa
5270 Apoyo emocional	5400 Potenciación de la autoestima
1320 Acupresión	5920 Hipnosis
1330 Aromaterapia	5320 Humor
4680 Biblioterapia	4330 Terapia artística
5310 Dar esperanza	4430 Terapia con juegos
4390 Terapia con el ambiente

Tabla 9.4. Comportamiento de la investigación científica en grandes áreas de la medicina tradicional, alternativa y complementaria durante el periodo 1993 – 2003 según Medline. Cañedo R. Octubre 2003.

Materia	Total de registros (10 años, MESH)	Ensayos clínicos		ECA		5 años	
		No.	% (1)	No.	% (2)	No.	% (3)
Medicine, Traditional	5 066	150	2	84	56	56	66
Complementary Medicine	4 987	3 309	66	1 913	57	1 233	64
Complementary Therapies	35 169	3 323	9	1 922	57	1 238	64
Medicine, Oriental Traditional	1 721	90	5	50	55	34	68
Medicine, Chinese Traditional	1 454	82	5	48	58	32	66

*Leyenda ECA: Ensayos controlados aleatorios.

(1) Por ciento de ensayos clínicos del total de trabajos identificados en 10 años.

(2) Por ciento de ensayos clínicos aleatorios del total de ensayos clínicos.

(3) Por ciento de ensayos clínicos aleatorios realizados en los últimos 5 años.

Tabla 9.5. Comportamiento de la investigación científica en las disciplinas mayores de la medicina tradicional, alternativa y complementaria durante el periodo 1993- 2003, según Medline. Cañedo R. Octubre 2003.

Materia	Total de registros (10 años, MESH)	Ensayos clínicos		ECA		5 años	
		No.	% (1)	No.	% (2)	No.	% (3)
Plants, Medicinal	14 789	419	2	268	63	174	64
Diet therapy	5 969	1 020	17	740	72	381	51
Exercise Therapy	4 483	1 117	24	802	71	502	62
Phytotherapy	4 441	429	9	303	70	289	95
Acupuncture	2 535	463	18	332	71	238	71
Chiropractic	1 911	64	3	49	76	22	44
Homeopathy	1 740	113	6	77	68	37	54
Hypnosis	1 410	192	13	138	71	53	74

*Leyenda ECA: Ensayos controlados aleatorios.
 (1) Por ciento de ensayos clínicos del total de trabajos identificados en 10 años.
 (2) Por ciento de ensayos clínicos aleatorios del total de ensayos clínicos.
 (3) Por ciento de ensayos clínicos aleatorios realizados en los últimos 5 años.

Tabla 9.6. Técnicas más utilizadas en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011

Técnica	Frecuencia de utilización
Yoga	32,5%
Acupuntura/Medicina tradicional china	31,5%
Quiromasaje	28,4%
Homeopatía	23,0 %
Reflexología podal	16,1%
Tai-chi	13,3%
Terapia floral	12,0%
Drenaje linfático	9,1%
Naturopatía	8,8%
Reiki	8,4%
Osteopatía	8,2%

Tabla 9.7. N° de páginas web relacionadas con las terapias naturales (Enero 2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011

Término	N° de páginas
“Terapias complementarias”	1.050.000
“Medicina alternativa”	708.000
“Medicina natural”	368.000
“Medicinas alternativas”	229.000
“Terapias naturales”	169.000
“Medicinas complementarias”	74.400
“Medicinas naturales”	16.300
“Terapias no convencionales”	7.810