

¡ME HE QUEDADO SIN AGUJAS!

Alberto Salmonte Rodríguez*, Arantxa Vázquez Rodríguez*,
Andrés Ramos Hernández**, Nuria González Báez**

RESUMEN

Los pacientes con DM necesitan de un autocontrol de su enfermedad más exhaustivo para evitar descompensaciones y recaídas de su enfermedad crónica. A través de la teoría de rango medio del autocontrol de la diabetes se empodera a los pacientes en la resolución de problemas y en el entreno de habilidades que incorporan a su vida diaria. El paciente R.A.B.V. es un paciente de 50 años, DM desde hace 20, con un mal control de su enfermedad, con cifras de hemoglobina glicosilada elevadas. Se realiza un plan de cuidados a través de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC. El paciente consiguió una mejora en su salud a través de la adhesión al plan y de nuestra intervención desde el ámbito comunitario.

PALABRAS CLAVE: diabetes; autocontrol, teoría de rango medio, lenguajes enfermeros, enfermería comunitaria.

I HAVE RUN OUT OF INSULIN NEEDLES!

ABSTRACT

The patients with diabetes need from a self-management of their disease more exhaustive to avoid descompensation and relapses of their chronic disease. Through a middle range theory of the self management of the diabetes, patients are empowered in the resolution of problems and in training of skills which are incorporated in their daily life. R.A.B.V. is a 50-year-old patient, with DM from 20 years ago with a bad control of her disease, with elevated glycated hemoglobin levels. We make a care plan through the standarized language of NANDA, NOC and NIC. The patient improved in her health through the adhesión to the plan and our intervention from the community level.

KEYWORDS: Diabetes, self-management, middle range theory, nursing language, community nursing.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

R.A.B.V, paciente de 50 años de edad, que acude a control con su enfermero por patología diabética de base.

No padece de alergias conocidas, salvo una pequeña reacción al Paracetamol en 2007. Tiene el calendario vacunal completo. Como problemas fundamentales destacan: DM tipo 2 (debut hace 20 años), HTA, hipercolesterolemia, asma con EPOC, bronquitis asmática, bloqueo de rama izquierda, hipertrofia ventricular izquierda, dermatitis atópica, disfunción eréctil, artritis y hepatitis tóxica. El tratamiento farmacológico habitual es: Novorapid flexpen 100 UI/ml, Toujeo Solostar 300 UI/ml, Metformina 1000 mg, Victoza 6 mg/ml, Novonorm 2 mg, A. Acetil Salicílico 100 mg, Losartán 100 mg, Cardyl 20 mg, Viagra 500 mg, Adolonta 50 y Ultibro. En la última analítica, destacan: Hematíes $5.59 \times 10^6/\text{mm}^3$, Hemoglobina 15.8 g/dL, Neutrófilos 68.3%, Glucosa basal 177 mg/dl; HbA1c 10.84 %; glucosa media estimada 235 mg/dl; Colesterol total 180 mg/dl; Triglicéridos 163 mg/dl.

Percibe su salud como mala. Su estado nutricional es inadecuado. Refiere episodios de estreñimiento en los últimos meses. No presenta problemas en la deambulaci3n. Duerme 5-6 h al día, buena higiene del sueño. Usa gafas para leer. Est3 satisfecho consigo mismo. Buenas relaciones con su familia y entorno, aunque refiere no tener amigos cercanos. Refiere vivir su sexualidad con problemas y ahora mismo est3 pasando por un momento de estr3s debido a la venta de su casa y la mudanza de la misma.

JUSTIFICACI3N

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema que afecta a millones de personas en el mundo, tanto as3 que se considera ya un problema universal y un problema de salud p3blica (Fearon-Lynch y Stover, 2015) que ha ido increment3ndose en los 3ltimos aros. M3s concretamente, en la Comunidad Aut3noma de Canarias, la tasa de personas que padecen diabetes se encuentra por encima de la media espaola de la misma y tambi3n, consecuentemente, su tasa de mortalidad. Por estos motivos, se encuentra aumentada con respecto a la tasa espaola en general (Gobierno de Canarias [diabetes y vida saludable]). Cabe destacar que la diabetes mellitus tipo 2, en la mayor parte de las ocasiones se encuentra relacionada con la obesidad, lo cual hace que aumente a3n m3s el riesgo cardiovascular y tambi3n las posibilidades de

* Enfermeros residentes de primer aro en Atenci3n Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atenci3n Familiar y Comunitaria Tenerife-II Norte. Gerencia de Atenci3n Primaria de Tenerife. Direcci3n de contacto: albertosr.efyclalaguna@gmail.com y arantxavr.efyclalaguna@gmail.com.

** Tutores cl3nicos de Atenci3n Primaria de Equipo de la Zona B3sica de Salud Tacoronte. Gerencia de Atenci3n Primaria de Tenerife.

TABLA 1. ETAPAS DE LA TEORÍA DEL DOMINIO¹

Certeza (dominio del significado)	Las personas van a encontrar significado de enfermedad en experiencias de vida desagradables, al trascender el conocimiento que tienen de sí mismos para descubrir nuevos potenciales.
Cambio (dominio del destino)	Va a implicar la transformación de esos conocimientos en procesos productivos, desarrollando habilidades, actitudes y resoluciones de problemas para enfrentarse a la situación estresante.
Aceptación (dominio de sí mismo)	Se acepta que la situación es real, que no se puede hacer nada para superar el problema, pero sí trabajar «con» la enfermedad para una mejor calidad de vida.
Crecimiento (control sobre la transición de vida)	Transformación del desarrollo colectivo de los individuos como resultado del proceso estresante por el que han pasado.

padecer algún evento coronario. Es por ello por lo que su autogestión por parte del paciente es tan importante (Fearon-Lynch y Stover, 2015; Gobierno de Canarias [diabetes y vida saludable]).

TEORÍA DE RANGO MEDIO

Dados los antecedentes del paciente, se procederá a valorar al paciente en base a una teoría de rango medio, denominada «Una teoría de Rango medio para el autocontrol de la diabetes», publicada en el año 2015 por Jennifer A. Fearon Lynch y Caitlin Stover (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Estas autoras proponen la fusión de dos teorías ya existentes, que son la teoría del dominio y la teoría de la integración orgánica, para comprender mejor la respuesta humana y el abordaje del autocontrol en enfermedades crónicas, siendo en este caso la diabetes (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Por un lado, la teoría del dominio se ocupa de la respuesta humana a situaciones estresantes que requieren que las personas participen de forma activa en los procesos y así enfrentarse mejor a las circunstancias impuestas (Fearon-Lynch y Stover, 2015). Esta teoría se desarrolla a través de 4 etapas relacionadas entre sí, reflejadas en la tabla 1.

Por otro lado, la teoría de integración orgánica, subteoría de la teoría de la autodeterminación, requiere de diversos tipos de motivación extrínseca, de tal forma que los individuos respaldan el nuevo cambio porque comprenderán, finalmente, el valor del mismo, teniendo como consecuencia un mayor impacto sobre el compromiso del paciente y manteniendo sus comportamientos (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Las distintas de esta etapa se encuentran reflejadas en la tabla 2.

Estos comportamientos regulados van a ser influenciados, en distintos grados, por los siguientes factores (Fearon-Lynch y Stover 2015):



TABLA 2. ETAPAS DE LA TEORÍA DE LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA¹

Regulación externa	Es el menos autónomo de los 4. Los individuos van a realizar acciones en respuesta a recompensas y expectativas del entorno.
Introyección	Las motivaciones son parcialmente autónomas y van a permitir a los individuos incorporar valorar y regulaciones externas dentro de sí mismos.
Identificación	Los individuos consideran deliberadamente los objetivos que quieren alcanzar/alcanzados al reflexionar sobre los mismos.
Integración	La valoración de los valores u objetivos se asimila por completo dentro de los individuos.

- Autonomía: las acciones deben surgir desde la propia convicción del individuo.
- Competencia: confianza que tiene el individuo para afrontar la conducta identificada.
- Parentesco: percepción del apoyo de la autonomía que les brindan otros individuos.

VALORACIÓN GENERAL

Para entender y comprender al paciente en su totalidad y a través de todas sus esferas se aborda a través de la valoración por patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon. Ésta los definió en el año 1996 como «una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo» (Del Gallego Lastra, 2015).

Estos patrones son once, y describen todas las áreas que comprende el ser humano. Son la expresión de la integridad biopsicosocial-espiritual de la persona, y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua (Del Gallego Lastra, 2015).

Se realiza la valoración a través de estos patrones por considerarla la herramienta más útil para detectar cambios en las respuestas humanas del paciente y en sus necesidades de cuidado (Gordon, 1996).

A su vez, a través de la teoría del autocontrol de la diabetes explicada previamente, se realizó una valoración de las diferentes etapas de las 2 teorías interrelacionadas (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Así, a través de la teoría del dominio, se abordaron las 4 etapas de las que nos hace referencia (Fearon-Lynch y Stover, 2015):

- Certeza: el paciente se muestra preocupado por su estreñimiento y por el aumento del nivel de Hb1aC; la actitud del profesional enfermero ante esto es resolver pensamientos y dudas acerca de estas cuestiones.
- Cambio: se producen cambios alimenticios a través del paciente para la resolución del problema; se desarrollan nuevos conocimientos y habilidades y se comienza un diario de glucosa.



TABLA 3. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción subjetiva de su salud como mala. - Exfumador. - Exconsumidor de drogas. - Abstemio. - Sedentario. - Tiene el estado vacunal completo.
Patrón 2. Nutricional-metabólico.	<ul style="list-style-type: none"> - No realiza una dieta especial. - Tiene una buena hidratación. - Apetito disminuido. - No se aprecian lesiones ni úlceras por presión. - Datos antropométricos: - Peso: 113 kg. - Talla: 183 cm. - IMC: 34,38 kg/m². - Perímetro abdominal: 121 cm.
Patrón 3. Eliminación.	<ul style="list-style-type: none"> - Deposiciones anormales, duras, 2 veces en semana. - Estreñimiento. - No portador de ostomías. - No tiene incontinencia urinaria.
Patrón 4. Actividad-ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad normal. - Parcialmente activo. - Independiente ABVD (índice de Katz A). - Independiente para las AIVD (Lawton y Brody: 8).
Patrón 5. Sueño-descanso.	<ul style="list-style-type: none"> - No refiere insomnio. - Duerme 5 h al día. - Duerme siesta. - Nivel de energía adecuado durante el día. - No relaciona sus problemas con el sueño.
Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene presbicia, usa gafas. - No alteraciones auditivas. - Habla clara. - Discurso coherente.
Patrón 7. Autocontrol-autoconcepto.	<ul style="list-style-type: none"> - No sufre de temores. - Satisfecho consigo mismo. - Dispuesto a mejorar su situación.
Patrón 8. Rol-relaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Buena relación con su mujer e hija. - No tiene amigos, ya que los relaciona con su época pasada. - Buena relación con su familia, aunque no cercana.
Patrón 9. Sexualidad-reproducción.	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene relaciones sexuales con su pareja (como mucho 2 al año). - No vive positivamente su sexualidad. - Considera que sus problemas de salud influyen negativamente en su vida sexual.
Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés.	<ul style="list-style-type: none"> - Refiere cambios importantes en los últimos años en su vida. - Se ha mudado recientemente, ha vendido su casa y está en proceso de comprar otra. - Ha cambiado su puesto de trabajo. - Tiene una buena relación familiar. - Se adapta bien a los cambios, es capaz de manejar situaciones difíciles.
Patrón 11. Valores-creencias.	<ul style="list-style-type: none"> - No se considera religioso. - No cree que la fe influya en su vida. - Se reconoce escéptico ante la influencia que lo espiritual pueda tener en su salud.



- Aceptación: se acepta la situación de cronicidad de la DM, que no puede hacer nada por cambiarlo, pero sí ayudarse a favorecer nuevas actitudes y comportamientos, con lo que se adhiere al cambio.
- Crecimiento: ante los buenos resultados que va obteniendo, se motiva a conocer más sobre su enfermedad y a mejorar su calidad de vida.

A través de la teoría de la integración orgánica, se analizan los 4 parámetros que nos ayudan con la motivación de este paciente:

- Regulación externa: conocimiento limitado de la diabetes. No participa en su salud.
- Introyección: admite el problema y busca apoyo en nosotros para solucionarlo.
- Identificación: se consigue una motivación interna del paciente al ver la evolución y cambios en su enfermedad.
- Integración: admite que la DM es una enfermedad crónica y que la adopción de nuevos hábitos puede ayudarle en su enfermedad y a una buena evolución de la misma.

DIAGNÓSTICO

A través del método AREA (Kautz *et al.*, 2006), nos planteamos una serie de diagnósticos para su priorización y su idealización, los cuales fueron: estrés por sobrecarga, disposición para mejorar la nutrición, fatiga, intolerancia a la actividad, riesgo de nivel de glucemia inestable, obesidad, disfunción sexual, estreñimiento, mantenimiento ineficaz de la salud y disposición para mejorar la autogestión en salud (Universidad de La Laguna-CAS, 2022).

Finalmente, los diagnósticos enfermeros seleccionados como prioritarios fueron los siguientes:

- [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- [00232] Obesidad.
- [00059] Disfunción sexual.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Los objetivos del plan de cuidados se seleccionaron a través de la clasificación NOC (Moorhead, 2013). Para las actividades, se implantaron las intervenciones de enfermería de la clasificación NIC adecuadas al caso clínico que se implementó (Bulechek, 2013).

En la tabla 4 se expone el plan de cuidados realizado:

TABLA 4. PLAN DE CUIDADOS PERSONAL

TABLA 4. PLAN DE CUIDADOS PERSONAL				
NANDA 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable	<i>Factores de riesgo:</i> Falta de adhesión al plan terapéutico. Falta de aceptación del diagnóstico. Estado de salud física.		<i>Población de riesgo:</i> Estado de salud física comprometido.	
		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>
NOC 1619 Autocontrol: diabetes	Indicador 1: Realiza prácticas de cuidados de los pies	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Indicador 2: Sigue la dieta recomendada	1-Gravemente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Indicador 3: Trata los síntomas de hiperglucemia	1-Gravemente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Indicador 4: Diario de control de glucemia	1-Gravemente comprometido	5-No comprometido	2 meses
NIC 2120 Manejo de la hiperglucemia	<i>Actividades:</i> Vigilar la glucemia. Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia. Potenciar la ingesta oral de líquidos. Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia. Instruir al paciente y allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.		<i>Evidencia disponible:</i> – ADA, 2017 – Handelsman Y. Potential place of sglt2 inhibitors in treatment paradigms for type 2 diabetes mellitus. <i>Endocr Pract</i> [Internet]. 2015;21(9):1054-1065. Disponible en http://dx.doi.org/10.4158/EP15703.RA . – Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, <i>et al</i> . Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American diabetes association. <i>Diabetes Care</i> [Internet]. 2016;39(11):2065-2079. Disponible en http://dx.doi.org/10.2337/dc16-1728 .	
NANDA 00232 Obesidad	<i>Factores relacionados:</i> Comportamiento sedentario durante >2 h al día. Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar. Picoteo frecuente.		<i>Características definitorias:</i> Adulto IMC >30 kg/m ² .	
		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>
NOC 1629 Conducta de pérdida de peso	Indicador 1: Controlar el IMC	1-Gravemente comprometido	3-Medianamente comprometido	2 meses
	Indicador 2: Controla la ración de los alimentos	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses





	Indicador 3: Se compromete con un plan para comer de forma saludable	1-Gravemente comprometido	3-Medianamente comprometido	2 meses
	Indicador 4: Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos	1-Gravemente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
NIC 1280 Ayuda para disminuir de peso	<p><i>Actividades:</i> Ayudar al paciente a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad. Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.</p>		<p><i>Evidencia disponible:</i> – Arbit N, Ruby M, Rozin P. The meaning of food in life scale: Evidence for links with healthy eating, a positive relationship to food, and established determinants of healthy eating behavior. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2017; 49(7): S5-6. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.022. – Voils CI, Olsen MK, Gierisch JM, McVay MA, Grubber JM, Gaillar L, et al. Maintenance of weight loss after initiation of nutrition training: A randomized trial. Ann Intern Med [Internet]. 2017; 166 (7): 463. Disponible en http://dx.doi.org/10.7326/m16-2160.</p>	
		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de intervención</i>
NOC 1008 Estado nutricional	Intervención 1: Ingestión de alimentos.	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Intervención 2: Ingesta de líquidos	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
NIC 5246 Asesoramiento nutricional	<p><i>Actividades:</i> Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Establecer metas realistas y a corto plazo para el cambio nutricional. Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 h. Revisar con el paciente la medición de la ingesta.</p>		<p><i>Evidencia disponible:</i> – Arbit N, Ruby M, Rozin P. The meaning of food in life scale: Evidence for links with healthy eating, a positive relationship to food, and established determinants of healthy eating behavior. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2017; 49(7): S5-6. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.022. – Voils CI, Olsen MK, Gierisch JM, McVay MA, Grubber JM, Gaillar L, et al. Maintenance of weight loss after initiation of nutrition training: A randomized trial. Ann Intern Med [Internet]. 2017; 166 (7): 463. Disponible en http://dx.doi.org/10.7326/m16-2160.</p>	

<p>NANDA 00059 Disfunción sexual</p>	<p><i>Factores relacionados:</i> Alteraciones biopsicosociales de la sexualidad. Conflicto de valores. Alteración de la estructura o funciones corporales.</p>	<p><i>Características definitorias:</i> Referencias verbales del problema. Alteración en la relación con la pareja. Dificultad en el logro de satisfacción sexual.</p>																				
<p>NOC 0119 Funcionamiento sexual</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="306 284 482 363"></th> <th data-bbox="495 284 627 363"><i>Estado en el momento de la intervención</i></th> <th data-bbox="646 284 860 363"><i>Estado al final del plan</i></th> <th data-bbox="929 284 1052 363"><i>Tiempo de actuación</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="306 372 482 451">Indicador 1: Consigue la excitación sexual</td> <td data-bbox="495 372 627 451">2-Sustancialmente comprometido</td> <td data-bbox="646 372 860 451">4-Levemente comprometido</td> <td data-bbox="929 372 1052 451">2 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 460 482 539">Indicador 2: Expresa interés sexual</td> <td data-bbox="495 460 627 539">3-Medianamente comprometido</td> <td data-bbox="646 460 860 539">5- No comprometido</td> <td data-bbox="929 460 1052 539">2 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 548 482 627">Indicador 3: Expresa voluntad sexual</td> <td data-bbox="495 548 627 627">3-Medianamente comprometido</td> <td data-bbox="646 548 860 627">5-No comprometido</td> <td data-bbox="929 548 1052 627">2 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 636 482 737">Indicador 4: Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado</td> <td data-bbox="495 636 627 737">2-Sustancialmente comprometido</td> <td data-bbox="646 636 860 737">4-Levemente comprometido</td> <td data-bbox="929 636 1052 737">2 meses</td> </tr> </tbody> </table>		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>	Indicador 1: Consigue la excitación sexual	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses	Indicador 2: Expresa interés sexual	3-Medianamente comprometido	5- No comprometido	2 meses	Indicador 3: Expresa voluntad sexual	3-Medianamente comprometido	5-No comprometido	2 meses	Indicador 4: Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses	
	<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>																			
Indicador 1: Consigue la excitación sexual	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses																			
Indicador 2: Expresa interés sexual	3-Medianamente comprometido	5- No comprometido	2 meses																			
Indicador 3: Expresa voluntad sexual	3-Medianamente comprometido	5-No comprometido	2 meses																			
Indicador 4: Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses																			
<p>NIC 5248 Asesoramiento sexual</p>	<p><i>Actividades:</i> Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas. Incluir a la esposa en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso. Incluir juguetes de tipo sexual durante el acto para fomentar la estimulación y el aumento del deseo. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p>	<p><i>Evidencia disponible:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Mosack V, Hill TJ, Steinke EE. Predictors of change in sexual activity after cardiac diagnosis: Elements to inform sexual counseling. J Health Psychol [Internet]. 2017;22(7):925-931. Disponible en http://dx.doi.org/10.1177/1359105315619026. – Sandoval-Morillo Y, Lastrera-Obregón H, Espinoza-Saravia S, Torres-Deza C. Relación entre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y conducta de riesgo cardiovascular referida por las enfermeras. Rev Enferm Hered [Internet]. 2015;8(1):3. Disponible en http://dx.doi.org/10.20453/renh.2015.2535. 																				
<p>NIC 5400 Potenciación de la autoestima</p>	<p><i>Actividades:</i> Animar al paciente a identificar sus virtudes. Ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene sobre sí mismo y sobre la vivencia de sexualidad. Facilitar o recomendar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. Explorar los eventos sexuales anteriores que han sido solucionados con éxito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Erden S, Kaya H. Sexual dysfunction and anxiety levels of type 2 male diabetics. Appl Nurs Res [Internet]. 2015;28(3):239-243. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.014. 																				



CRONOLOGÍA DEL CASO

- 1.^a visita el 16 de septiembre de 2021: paciente acude a recoger agujas a la consulta y se realiza captación oportunista haciendo una revisión de su historia clínica objetivando una hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) alterada, por lo que se decide citar de nuevo.
- 2.^a visita el 4 de octubre de 2021: toma de constantes vitales y realización de electrocardiograma. Se realiza valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Y, a su vez, se comienza a trabajar sobre la teoría de rango medio (TRM).
- 3.^a visita el 26 de octubre de 2021: se incide sobre la planificación del plan de cuidados y se hace valoración del pie diabético.
- 4.^a visita el 30 de noviembre de 2021: evaluación de resultados.
- 5.^a visita el 28 de diciembre de 2021: realización de una retinografía programada y se vuelve a incidir sobre educación sanitaria.

SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente, tras nuestra intervención se ha conseguido que el paciente disminuya su peso corporal en 2 kg y, por tanto, también su IMC a 33,29 kg/m².

Se ha conseguido un mayor control de sus cifras de glucemia con respecto a cuando empezamos a tratar con R.A.B.V. que también ha afectado de forma favorable a su hemoglobina glicosilada, que disminuyó aproximadamente en 2 puntos (8, 66%).

El propio paciente expresa tener menos sensación de estreñimiento y estar haciendo, aproximadamente, 4 deposiciones a la semana. Al mismo tiempo, refiere tras todo esto una mayor satisfacción en su vida sexual con su pareja.

RECIBIDO: 10-1-2022; ACEPTADO: 20-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K. y DOCHTERMAN, J.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- DEL GALLEGO LASTRA, R., GÓMEZ, J.D. y ROMERO, M.L. *Metodología Enfermera. Lenguajes Estandarizados*. Facultad de Enfermería Universidad Complutense de Madrid; 2015. 40 p.
- DIABETES Y VIDA SALUDABLE [Internet]. [Www3.gobiernodecanarias.org](http://www3.gobiernodecanarias.org). 2022 [consultado el 19/1/2022]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenido-Generico.jsp?idDocument=5bfdcc15-83a5-11e5-90da-cf3b644f409a&idCarpeta=7e922394-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c#0>.
- FEARON-LYNCH, J. y STOVER, C. *A Middle-Range Theory for Diabetes Self-management Mastery. Advances in Nursing Science* [Internet]. 2015; 38(4): 330-346. Disponible en <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/26322469/>.
- GORDON, M. En Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. Madrid: Mosby/Doyma. 1996; 74-109.
- KAUTZ, D., KUIPER, R., PESUT, D. y WILLIAMS, R. «Using NANDA, NIC and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model». *Int J Nurs Term & Clas*. 2006; 17 (3): 129-138.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M. y MAAS, M.L., Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA-CAS. Central Authentication Service [Internet]. [Www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es](http://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es). 2022 [consultado el 19/1/2022]. Disponible en <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es/nanda>.



