

Diversidad y universalidad como respuesta a pie diabético en paciente paquistaní con diabetes *mellitus* tipo 2 desde Atención Primaria

*Diversity and universality in response to patient diabetic foot pakistani with type 2 diabetes mellitus from primary care*

Montserrat Brugada Faura	D. E. del ABS La Salut. Badalona (Barcelona)
Rafael Medrano Jiménez	D. E. del ABS La Salut. Badalona (Barcelona)
Olga Mora Morera	D. E. del ABS La Salut. Badalona (Barcelona)
Inocencia Valverde Caballero	D. E. del ABS La Salut. Badalona (Barcelona)
Antonia Martín Zafra	D. E. del ABS La Salut. Badalona (Barcelona)
Elvira Marcos Salas	Médico de familia del ABS La Salut. Badalona (Barcelona)

Correspondencia:

Rafael Medrano Jiménez  
Pasatge dels encants, s/n. 08916 Badalona  
E-mail: abspie@yahoo.es  
Teléf.: 650 19 08 66

Este trabajo obtuvo el Premio Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla al Mejor Caso Clínico presentado al IX Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas celebrado en Sevilla del 14 al 16 de noviembre de 2012.

RESUMEN

Siguiendo las enseñanzas de Madeleine Leininger sobre los conceptos de su modelo transcultural, buscamos una respuesta en el entorno de la Atención Primaria al caso que nos ocupa de una lesión ulcerosa en pie izquierdo, de etiología desconocida, en paciente paquistaní con diabetes *mellitus* tipo 2. Hallando la respuesta mediante la adaptación de similitudes de riesgo en el entorno de esta enfermedad, comunes en todas las culturas, y cuyas diferencias estriban en la localización de la úlcera y su factor desencadenante. Anómalas en nuestra cultura al estar relacionada con sus prácticas culturales.

PALABRAS CLAVE

Enfermería transcultural, cuidados de enfermería, pie diabético.

SUMMARY

*Following the teachings of Madeleine Leininger on transcultural concepts in their model, we seek an answer in the primary care environment to the present case of left standing ulcerative lesion of unknown etiology in Pakistani patients with type 2 Diabetes Mellitus. Finding the answer by adapting similarities in the environment risk to this disease, common in all cultures and whose differences lie in the location of the ulcer and its trigger. Abnormal in our culture to be related to their cultural practices.*

KEYWORDS

*Transcultural nursing, nursing care, diabetic foot.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido en España cambios sociodemográficos, económicos y culturales que han originado un nuevo contexto social. Esta nueva sociedad pluricultural implica, a los profesionales sanitarios, nuevos planteamientos y nuevas formas de actuar reflexionando sobre:

- Adoptar diferentes modelos de trabajo, no aplicados habitualmente, en nuestro entorno sociocultural.
- Adaptar nuestros conocimientos adquiridos a los cuidados específicos relacionados con la salud seguridad y realización en base a las diferentes culturas de la persona demandante.
- Profundizar en las diferentes costumbres y creencias cuyo conocimiento y comprensión ayuden a mantener el bienestar de la persona en su entorno sociocultural.

Siguiendo estas directrices, y aplicando las enseñanzas de Madeleine Leininger sobre los conceptos de salud, cuidados enfermeros y etnoenfermería de su modelo transcultural (1-2), buscamos una respuesta en el entorno de la Atención Primaria al caso que nos ocupa de lesión ulcerosa neu-



ropática en paciente paquistaní con diabetes *mellitus* (DM). Adaptando similitudes de riesgo en el entorno de la DM comunes en todas las culturas y cuyas diferencias estriban en la localización de la úlcera y su factor desencadenante. Anómalas en nuestra cultura, al estar relacionada con su práctica religiosa y el grado de afectación del bienestar de la persona (3).

*Descripción del caso.* Varón, 55 años, de nacionalidad paquistaní. Demanda espontánea de urgencias, en nuestro centro de salud referente, por presentar lesión ulcerosa grado II en dorso del pie izquierdo de 10 días de evolución, poco dolorosa, no exudativa y etiología desconocida (Fig. 1).



Fig. 1. Motivo de demanda asistencial.

*Antecedentes personales en historial clínico informatizado e-CAP:* Hipertensión, diabetes, retinopatía. Último control de enfermedad, superior a un año.

*Intervención.* Cura oclusiva en ambiente húmedo. Remitido a enfermería de referencia para control y seguimiento en 24 horas.

*Valoración general del paciente.* Paciente varón de complexión pícnica, consciente, orientado, normocoloreado, normotérmico, normotenso, normohidratado y piel atópica. Poco demandante en relación a cuidados enfermeros y con barrera idiomática.

*Datos antropométricos.* Peso, 66 kg. Talla, 170 cm. Índice de masa corporal, 22,8%. Perímetro de cintura, 90 cm.

*Factores de riesgo cardiovascular.* Hipertensión, diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 de evolución desconocida. Complicaciones de la DM: Retinopatía.

*Estilos de vida.* Nivel socioeconómico bajo. Hábitos higiénicodietéticos deficientes con mal control metabólico (glicada de 8,5%). Actividad física, sedentario. Actividad laboral, bipedestación. No utilizó calzado de seguridad en el ámbito laboral. Creencia religiosa, musulmana.

*Categorización pie de riesgo.* Riesgo alto con úlcera activa y alteración sensitiva motora severa.

*Descripción de la úlcera.* Siguiendo la definición de pie diabético (4) y las recomendaciones de la EPUAP (*European Pressure Ulcer*) y la NPUAP (*Nationae Pressure Ulcer Advisor Panel*) (5) definimos la lesión (Fig. 1) como:

Lesión ulcerosa grado I, escala de Wagner localizada en el dorso del pie izquierdo a nivel de la cara anteroexterna del astrágalo, de aspecto redondeado de 4 mm de diámetro y 2 mm de profundidad, con fondo de fibrina. Dolor escaso, exudado nulo.

*Piel perilesional.* Con borde hiperqueratósico de 2 cm de diámetro. Pigmentación oscura sin signos externos de celulitis.

## OBJETIVOS

*En la persona.* Adaptación transcultural a nuestros planes de cuidado (NANDA) en base a sus necesidades alteradas y categorización del pie de riesgo.

*En la lesión.* Curación en el menor tiempo posible, evitando las complicaciones. Identificar tipo y factor causante. Evitar recidivas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En relación a las necesidades básicas detectadas adaptamos el modelo transcultural de Medeleine Leninger a nuestra planificación de cuidados en el marco de la taxonomía NANDA, estableciendo situaciones de similitud de riesgo en torno a la diabetes. Respondiendo, de este modo, al concepto de salud- enfermedad.

Mediante las actividades realizadas mostramos a la persona demandante, nuestra labor de cuidados enfermeros, más allá de la cura de la lesión, respondiendo al concepto de cuidar y cuidados enfermeros (Gráfico 1).

*Categorización pie de riesgo.* En la valoración neuropática se utilizó la escala de Boulton modificada: *Neuropatyc Disease Score* (NDS) y *Neuropatyc Sintomatyc Score* (NSS) para neuropatía sensitiva y sintomática. La escala NDS no contempla la sensibilidad presora, siendo la principal prueba en nuestro entorno. Se ha modificado la valoración de los reflejos alterados (de 2 puntos a 1) manteniendo la puntuación final de Boulton (puntuación máxima 10 puntos).

*Neuropatía motora.* Signo de los dedos en abanico, observación de la movilidad articular (dorsiflexión plantar).

*Neuropatía autonómica.* Signos de percepción (posicionamiento del primer dedo y signo de Romberg).

Valoración vascular mediante determinación del índice tobillo brazo (ITB), considerando valor de normalidad (>0,90 y <1,4) (7-10).

- Apoyo en actividades educativas para: control del riesgo cardiovascular (cumplimiento tratamiento farmacológico y estilos de vida saludables), adaptados a sus posibilidades, costumbres y creencias. Readaptar posturas durante el rezo.
- Soporte de consulta médica: solicitar pruebas básicas de laboratorio, electrocardiograma y derivación para atención podológica. Facilitar la programación de electromiograma (EMG).

Las maniobras exploratorias descritas forman parte de nuestra actuación de enfermería. La obtención de imágenes y su difusión ha sido bajo consentimiento informado, respetando su anonimato.

## RESULTADOS

*Valoración general del paciente.* Observamos una persona con capacidad cognitiva para desarrollar habilidades hacia el autocuidado con estilos de vida modificables.

*Categorización del pie de riesgo.* La escala NDS fue de 10 puntos y en la NSS de 9. Los signos motores se manifestaron alterados con mayor limitación en la extremidad izquierda y los de percepción, sin alteraciones.

Los resultados obtenidos fueron sugestivos de polineuropatía sensitivo motora sintomática evolucionada y de normalidad para las pruebas propioceptivas.

El ITB fue de 1,11 en la extremidad derecha y de 1 en la izquierda. Sin alteraciones arteriales sugestivas del déficit de flujo sanguíneo periférico. Se clasificó al pie diabético de neuropático y el diagnóstico diferencial de la úlcera como neuropática, estableciendo una categorización de riesgo alto con úlcera activa. El resultado de la prueba del EMG fue de alteración axonal mixta severa, hasta el momento, no identificada anteriormente.

La capacidad del calzado habitual no determinó que fuera el factor desencadenante de la lesión (Fig. 2).



Fig. 2. Valoración capacidad del calzado.

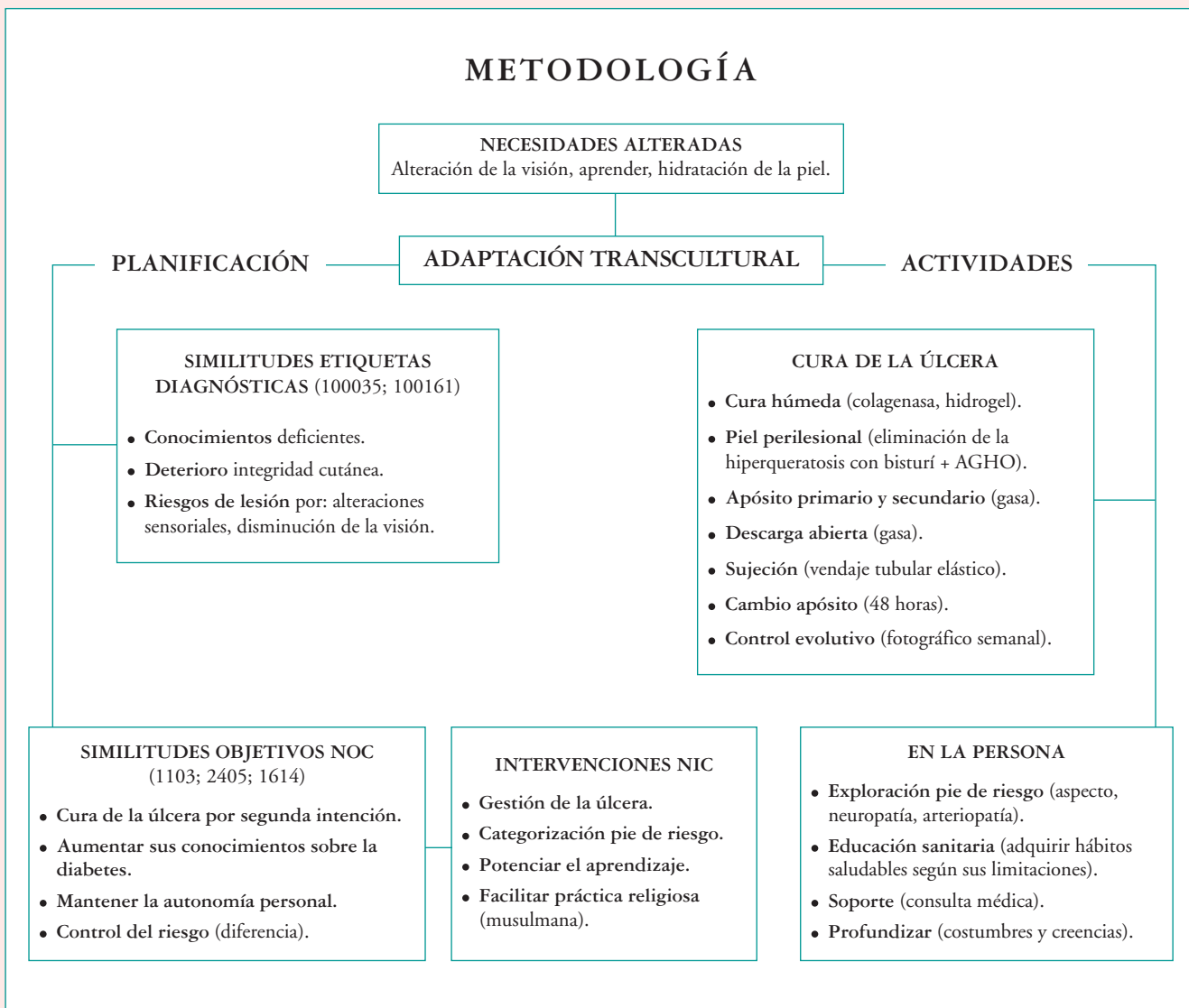


Gráfico 1.

### Evolución del caso

En la primera semana no se observaron cambios significativos. Sin poder determinar el factor desencadenante de la lesión, se valoró la posibilidad de derivación a dermatología para el estudio diferencial de otras dermatopatías diabéticas (11).

Segunda semana: se apreció un aumento de la hiperqueratosis circundante. Se planteó un cambio de estrategia en base a la profundización de sus creencias y prácticas religiosas (aplicación del concepto de etnoenfermería). La persona manifestó, verbalmente, que aumentaban sus molestias en la posición del pie desnudo durante unas fases concretas de la oración musulmana, escenificando las posiciones corporales durante el rezo (etiqueta Emic).

Durante su demostración (Fig. 3) pudimos observar que la posición del pie

izquierdo, en eversión forzada, recibía el peso del cuerpo, y con ello un aumento de presión sobre la localización de la lesión retrasando el proceso de cicatrización. Se consideró, como elemento desencadenante, el traumatismo repetitivo durante la práctica religiosa (etiqueta Etic).



Fig. 3. Identificación del factor causante.

Se incorporó, al plan de curas, la delaminación de la hiperqueratosis mediante bisturí semanalmente y descarga abierta de gasa con grueso suficiente para evitar la presión de la zona (Fig. 4), dado que no disponemos, en el centro, de fieltros de descarga.

En el tercer control se observó un cambio evolutivo favorable que se mantuvo



Fig. 4. Confección descarga provisional con gasa.



hasta la 15 semana (Fig. 5), siendo dado de alta de curas ambulatorias. Se instruyó en la confección de descargas.

142

A los dos meses, recidiva una lesión grado 0 (escala Wagner) bilateral con aumento de hiperqueratosis circundante. El paciente manifestó orar sin protección dado que no las había elaborado, pero, cambiaba el pie de apoyo.

Se derivó a podología para la confección de una ortesis de descarga de la zona afecta. Se elaboró una ortesis previo moldeado de escayola con material termomoldeable de densidad media y sujeción de cinta autoadhesiva (Fig. 6).

## DISCUSIÓN

A menudo, solemos enfocar la demanda hacia la patología a tratar o la úlcera a curar en base a una metodología científica recogida en protocolos estandarizados (1-9), minimizando aspectos tan importantes como es la implicación en las creencias religiosas y su repercusión en la salud o evolución de la enfermedad.

Zuberi SI, 2011, nos muestra cómo influye el estado depresivo en el bienestar entre pacientes diabéticos con complicaciones y sin complicaciones en un hospital de Karachi (12). Cortis JD, 2004, demostró que el desconocimiento de las creencias religiosas por parte de enfermería interferiría negativamente en el proceso de curación en una subcultura pakistaní atendida en un hospital del Reino Unido (13).

Teniendo en cuenta la tendencia multicultural que existe en estos momentos en nuestra sociedad, si nos preguntásemos: ¿Qué esperan de nosotros como enfermeros? ¿Qué repercusión en la salud representa las limitaciones de sus costumbres? ¿En qué nivel existencial sitúan la práctica religiosa? (14-12) Nos llevaría a una reflexión profesional en la consideración holística de la persona.

En relación a nuestro caso, el modelo asistencial transcultural nos ha permitido, por un lado, establecer similitudes en el entorno de una enfermedad universal como es la diabetes, identificando riesgos de complicación entre dos culturas diferenciadas y por otro, identificar los factores que intervienen en la complicación (15-17, 4, 5, 7).

Las diferencias las encontramos en la persona relacionada con el concepto del cuidado enfermero como sustantivo y en el nivel existencial de sus creencias (3), lo que sugiere un desconocimiento de nuestra labor asistencial manifestado por la falta de controles de enfermería, bien por desconocimiento del rol de apoyo y/o por la barrera idiomática.



Fig. 5. Fase de epilación.

La dificultad de comunicación oral supone un gran inconveniente en la relación interpersonal descrita por H. Peplau (1), pero no insuperable.

La aplicación de las etiquetas de la etnoenfermería Emic (manifestadas por la persona de forma verbal y demostrativa relacionadas con su práctica religiosa y Etic (a través de lo observado e interpretado sobre las manifestaciones de la persona) (1, 2), nos han permitido identificar el factor desencadenante de la lesión ulcerosa.

En nuestro caso, conocer el factor causante nos ha supuesto la posibilidad de aplicar los cuidados necesarios en la curación, y en el caso de la ortesis dotar de un elemento de prevención de riesgo y seguridad durante su práctica religiosa.

Esta necesidad, tan importante para la realización de la persona con su entorno, no fue detectada por las necesidades de V. Henderson dado que la persona es independiente para desarrollar su realización espiritual.

En nuestra experiencia personal, se han observado alteraciones dérmicas de similar localización en otras personas de la misma religión, representando un fenómeno común en su cultura. Nuestro caso obedece a las características particulares de la persona, tal como concluye D. Fornons (2).

La duración del proceso de curación lo podemos entender a través de las conclusiones de S. Tarrés (3). Observando el riesgo de recidivas y manifestaciones de la persona, comprendemos el alcance de su necesidad espiritual y su realización socio-cultural.

En relación a la categorización del pie de riesgo, la aplicación de escalas de neuropatía y la determinación del ITB, nos han permitido identificar factores de riesgo relacionados con el déficit sensorial. Estas intervenciones exploratorias han demostrado su eficacia en estudios de prevalencia con un nivel de evidencia elevado (4, 5, 7, 8, 9, 17), siendo recomendable poder



Fig. 6. Adaptación ortesis definitiva preventiva.

143

realizarlas al mayor número posible de personas con diabetes.

## CONCLUSIÓN

La valoración holística de la persona, bajo la perspectiva transcultural, nos permite comprender otros aspectos y condicionantes sobre la salud ajenos a nuestra cultura, siendo de gran utilidad en la actual sociedad pluricultural.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta Antropol*, N.º 22, 2006, Artículo 32. <http://hdl.handle.net/10481/7118>. ISSN 0214-7564. Consultado el 7 de julio del 2012.
2. Fornons Fontdevila David Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index Enferm* v.19 n. 2-3 Granada abr.-sep. 2010. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022>. Consultado el 7 de julio del 2012.
3. Tarrés Chamorro S. El cuidado del 'otro'. *Diversidad cultural y enfermería transcultural*. *Gaz. De Antropol*. 2001-5. Consultado el 17 de Julio del 2012 en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G17\\_15Sol\\_Tarres\\_Chamorro.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html).
4. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de consenso CONUEI. Cap. 4e definición del pie diabético, Anexo 8 pág. 99, anexo 10, pág. 100.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
6. Arribas Blázquez AA, Santamaría García JM, Domingo Blázquez M, Sellán Soto C, Borrego de la Osa R, Gómez González JL. Estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación. Edición 2009-2011. *FUNDEN* Abril del 2011. ISBN 978-84-92834-94-95 Consultado el 08-07-2012 en [http://ome.fuden.es/media/docs/23.Estudio\\_descriptivo\\_analitico\\_diagnosticos\\_09\\_11.pdf](http://ome.fuden.es/media/docs/23.Estudio_descriptivo_analitico_diagnosticos_09_11.pdf)
7. Aragón Sánchez.- FJ, Lázaro Martínez JL. Atlas de manejo práctico del pie diabético. Editores. Cap. 4. Rivera San Martín, Lázaro J.Luis. Diagnóstico de la polineuropatía periférica en diabetes mellitus. Pág. 50.
8. Jurado J, Caula J, Pou JM. Selección del riesgo y diagnóstico de la polineuropatía diabética. Validación metodológica de nuevos sistemas. *Aten Primaria* 2006; 38: 116-21.

9. Méndez Abad M, Gorrín Vargas G, Francisco Rodríguez M, Ardevol González R. Índice tobillo-brazo como método de cribado de arteriopatía periférica asintomática en atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42: 61-2.
10. Lavery LA, Peters EJ, Armstrong DG. What are the most effective interventions in preventing diabetic foot ulcers? *Int Wound J*. 2008 Jun; 5(3): 425-33. Abstract [PubMed - in process]
11. Ahmed K, Mohamed Z., Qayum I. Prevalence of cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2009 Apr-Jun; 21 (2): 76-9 Abstract PubMed.
12. Zuberi SI, Syed UE, Bhatti JA. Association of depression with treatment outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2011; 15: 11:27.
13. Cortis JD. Meeting the needs of minority ethnic patients. *J Adv Nurs*. 2004; 48: 51-8.
14. Mir G, Sheikh A. 'Fasting and prayer don't concern the doctors ... they don't even know what it is': communication, decision-making and perceived social relations of Pakistani Muslim patients with long-term illnesses. *Ethn Health* 2010; 15: 327-42.
15. Shera AS, Jawad F, Maqsood A, Jamal S, M Azfar, Ahmed U. Prevalence of chronic complications and associated factors in type 2 diabetes. *J Pak Med Assoc* 2004; 54: 54-9.
16. Valensi B, Girod I, Baron F, Moreau-Defarges T, Guillon P. Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes Metab* 2005; 31: 263-71.
17. Saeed N, Zafar J, Atta A. Frequency of patients with diabetes taking proper foot care according to international guidelines and its impact on their foot health. *J Pak Med Assoc* 2010; 60: 732-5.