

CASOS CLÍNICOS

El Modelo Integral del Cuidado de Enfermería Centrado en la Persona es la forma organizada y fundamentada de entregar el cuidado holístico, profesional y seguro al sujeto de estudio (persona, familia, comunidad). La intervención del profesional de enfermería expresa el conocimiento disciplinar en cada acto de cuidar centrado en la persona, considerándola de forma sistemática e integrada en sus concepciones física, biológica, psicológica, social, espiritual, cultural y emocional que determinan y satisfacen la necesidad de cuidado tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.

La práctica diaria del proceso de atención de enfermería (PAE) en sus cinco etapas: valoración, conclusiones clínicas (diagnóstico de enfermería), planeación de resultados esperados, ejecución de intervenciones independientes con su conjunto de cuidados y la evaluación de los resultados obtenidos es la metodología disciplinar para el desarrollo de la práctica de enfermería, tomar decisiones y definir el cuidado de forma independiente, así como otorgarlos con el mismo enfoque y definir cuáles son los interdependientes para la atención integral.

Esto es multifactorial o hasta situacional, pues las condiciones en las que se desarrolla el profesional de enfermería en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud limitan la oportunidad y el deseo de tomar decisiones respecto al cuidado y atención con calidad al sujeto de estudio (persona, familia o comunidad), por ejemplo, los recursos materiales e insumos, el incumplimiento del indicador enfermera-paciente de acuerdo con las áreas de especialidad, la ineffectividad en la distribución de profesionales con base en las competencias y formación académica, entre otros factores que afectan la calidad de la atención y seguridad del paciente.

La aplicación del modelo integral tiene la cualidad de ser una metodología de libre pensamiento, pero con sustento científico, adaptándose a los tiempos, entornos y **ámbitos ambulatorio u hospitalario**, pues esta libertad de observar la realidad de la persona (sana o enferma), sus respuestas humanas y analizar de forma crítica la condición de salud, así como los determinantes sociales de la salud, agiliza y facilita la conclusión clínica bajo una estructura mental consciente y fundamentada en evidencia científica.

Los siguientes casos clínicos son un ejemplo de la aplicación del modelo integral en la cotidianidad del cuidado, al igual que su utilidad para la formación de actuales y futuras generaciones, quienes deben desarrollar y fortalecer competencias de pensamiento crítico, analítico, deductivo, inductivo y retroductivo para la mejor toma de decisiones. La salud de la humanidad es una gran preocupación, hoy y mañana habrá que enfrentar problemas, retos y desafíos monumentales en salud, en crisis de determinantes sociales en salud, en decadencia total de un medio ambiente salubre, agua y aire saludables para la población del mundo; cada reto y cada desafío en salud invitan a que los futuros profesionales de la salud estén preparados con competencias que den respuesta a la solución de problemas y brinden una mejor atención en salud a la humanidad.

Los casos clínicos que se muestran contienen la aplicación lógica, congruente, sencilla, clara y estructura de la metodología del diario cuidar del **Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como la estructura metodológica disciplinar del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería que, como su nombre lo dice, se centra en la persona como sujeto de estudio.**

APORTACIÓN DEL CASO CLÍNICO DOS PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE): DIABETES MELLITUS T₂ EN ADULTOS

García de León Rubí Esmeralda, Monzón Arriaga Rosa Isela,
María de Jesús Posos González

PRIMERA ETAPA DEL PAE

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Paciente FLC, 50 años, nacido en 1975. Hablante de español; nivel educativo con primaria incompleta; estado civil, soltero; desempleado; no refiere alergias conocidas; grupo sanguíneo (O Rh+).

Signos vitales: presión arterial de 128/75; frecuencia cardíaca de 83 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 19 por minuto; temperatura corporal de 36.7 °C; saturación de oxígeno de 98%; glucosa en sangre y en ayuno de 150 mg/dL.

En la actualidad padece diabetes mellitus tipo 2, con seis años de evolución controlada con metformina y dieta balanceada; también ingiere complejo B y vitamina E; emplea cremas a base de aceites esenciales para hidratar y proteger de la piel.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Percepción y salud: rutina de higiene personal con baño diario; cepillado dental tres veces al día; lavado de manos antes y después de los alimentos, y después de ir al baño. Padece vitiligo, diabetes mellitus tipo 2 y discapacidad intelectual. Se aplica en la piel cremas recetadas por los especialistas.

Nutrición: peso de 56.8 kilos, estatura de 1.50 metros, IMC de 25.24, con sobrepeso. La alimentación: tres comidas al día, a base de verduras, fruta, pollo, pescado, carne en ocasiones; rara vez carne de cerdo; ingesta de otros alimentos, como chatarra, pan, galletas o antojitos; consume más tortillas o pan cuando los cuidadores se distraen. Consume líquidos como agua simple o de frutas, pero no bebidas gaseosas o energéticas. Glucosa por laboratorio de 150 mg/dL, colesterol de 162 y triglicéridos de 203 mg/dL.

Eliminación: sin problema al orinar, uresis de color amarilla y abundante; las evacuaciones son después de cada comida, por lo general sin problemas para evacuar.

Actividad y ejercicio: no practica deporte ni actividad física, es sedentario; la única actividad que realiza es cortar la hierba; podar árboles o flores; apilar leña; barrer el patio; dar de comer a loros, gallinas y gata. Las caminatas son por compras o mandados, lavar su ropa y hacer limpieza; la televisión es un entretenimiento diario.

Sueño-descanso: duerme unas ocho horas por la noche y realiza dos siestas de 30 minutos durante el día; por lo general descansa bien, ronca cuando duerme.

Cognitivo-perceptual: orientado en persona y espacio, pero no es consciente del tiempo; presenta hipoacusia del oído derecho, con deterioro del tímpano debido a una infección pasada; reconoce a su familia y a sí mismo; tiene discapacidad intelectual desde pequeño, que pudo deberse a cuadros febriles de más de 39° cuando era un bebé; la madre biológica era descuidada y no lo alimentaba bien; su padre enfermó y falleció; la madre lo abandonó; los tíos se hicieron cargo de él. FLC no sabe leer ni escribir, tiene dificultades para expresar lo que siente o duele, no puede mantener una conversación prolongada o profunda, no puede explicar sucesos. Su aprendizaje es lento y no siempre puede asimilarlo; para desempeñar una actividad específica tienen que instruirle en repetidas ocasiones.

Autopercepción-autoconcepto: FLC tiene conciencia de sus límites; en algunos aspectos, sabe que no puede ejercer ningún tipo de trabajo formal y que no puede formar una familia; él ha comentado que no puede ser capaz de mantener a nadie. No expresa cómo se siente con sus enfermedades, pero es evidente que tiene cierto disgusto por las manchas en su piel (debido al vitíligo); su vida está ligada con su madre adoptiva, depende de ella y se cuidan de forma mutua; cuando la ve enferma busca ayuda.

Rol-relaciones: su núcleo familiar está conformado por su madre y él; la convivencia es armoniosa, aunque hay momentos en los que él muestra su lado infantil, dada su condición intelectual, pero los lazos que tiene con su madre son profundos, hay una dependencia mutua, se acompañan y juntos cuidan los animales y mascotas de la casa. Tiene una buena relación con las tres hermanas; la segunda hermana es quien está al pendiente de su salud, de las condiciones alimentarias y del hogar, es a ella a quien recurrir cuando pasa cualquier situación de salud de su madre y de él; hay convivencia constante, pues viven a lado. Las sobrinas tratan de cuidarlo siempre y llevarlo a actividades recreativas para que se distraiga. Su padre falleció hace 25 años. En el pueblo, casi todos lo conocen, se relaciona bien con las personas y mantiene pláticas muy pequeñas, pero desde que algunos niños y adolescentes empezaron a molestarlo dejó de salir a sus paseos.

Sexualidad y reproducción: el paciente no tiene ningún problema con sus genitales, los cuales se encuentran desarrollados de acuerdo con su edad. No tiene vida sexual activa, no tiene pareja sentimental, no figura dentro de sus intereses.

Adaptación-tolerancia al estrés: FLC no tiene buen afrontamiento al estrés, su manera de lidiar con ello es a través del miedo y llanto; si hay algo desconocido y fuera de su rutina, le provoca nerviosismo; por ejemplo, asistir a citas médicas lo estresa, sobre todo cuando el personal de salud le hace preguntas, pues no sabe cómo ni qué responder; la mandíbula le empieza a temblar, no puede articular palabras.

Valores y creencias: su familia es católica, por lo que tiene los sacramentos del bautismo, comunión y confirmación, pero solo va a misa si lo obligan; no asiste de forma voluntaria a menos que haya festividades que le llamen la atención, como para la feria de la Guadalupana; cree en Dios, pero no es capaz de orar o establecer un vínculo religioso más profundo.

SEGUNDA ETAPA DEL PAE

Conclusiones clínicas

Problema: falta de autocuidado para el control y manejo de la glucosa.

Etiología /causas: la evidencia señala que el deterioro cognoscitivo en personas con DM2 explica un deterioro del estado clínico, así como dificultades en cuanto al autocuidado y monitoreo, cuidado nutricional y apego a la toma de fármacos hipoglucemiantes y aplicación de las dosis correctas de insulina. Los pacientes que no llevan un régimen nutricional adecuado tienden a padecer descontrol de los niveles de glucemia. Los pacientes con sobrepeso que no modifican su estilo de vida y tienen un descontrol en la toma de fármacos para el control de la glucosa resultan en un nivel de glucemia inestable.

Una vida sedentaria sin actividad física repercute en el descontrol de los niveles de glucemia.

La condición de dependencia cognitiva repercute de forma negativa en actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria y modifica las metas individualizadas de control de la DM2, al igual que en la falta de compromiso y entendimiento de la enfermedad y sus afectaciones en el organismo; ello incide en el descuido del autocuidado en el control y manejo de la glucosa.

Signos y síntomas: las personas adultas con DM2 con deterioro cognoscitivo presentan cambios en la cognición, que van desde alteraciones leves en las funciones ejecutivas hasta trastorno neurocognoscitivo mayor; el deterioro clínico del paciente se manifiesta con dificultad en el autocuidado, monitoreo del cuidado nutricional y falta de apego a la toma de fármacos hipoglucemiantes.

La hiperglucemia persistente provoca mayor deterioro cognoscitivo, pues existe una asociación entre la hemoglobina glucosilada y el deterioro cognoscitivo: por cada 1% más alto de la HbA1C, más baja la función cognoscitiva del individuo.

La evidencia también señala que hasta el 85% de las personas que viven con diabetes presentan sobrepeso u obesidad; estas condiciones han demostrado afectar de distintas maneras el control de quienes viven con diabetes debido a que el exceso de grasa corporal se asocia con una afectación en la función de la insulina y también es un factor de riesgo independiente para la hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemias y ECV. Con seguridad, la evidencia en un futuro muy próximo arrojará aportaciones en las manifestaciones clínicas relacionadas e interrelacionadas con la DMT2.

TERCERA ETAPA DEL PAE

De acuerdo con la propuesta del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería, se establecen las respuestas esperadas y se analizan los factores causales; los resultados se enfocan en la solución de problemas en el siguiente cuadro:

Verbo (enfoque del desenlace)	Dimensión (variable a medir)	Temporalidad (plazo de cumplimiento)	Acción medible (límites y alcances)
Mejorar	Autocuidado del nivel de glucemia en el adulto	Resultado a corto plazo	Nivel de glucemia en el adulto

Resultado: mejorar la autogestión del nivel de glucemia en el adulto.

El propósito es resolver los causales o disminuir los efectos en medida de lo posible y en un tiempo considerable. Se evalúa con las respuestas humanas de aceptación, modificación de la conducta y estilos de vida, y nivel de estrés, entre otros factores.

Los cuidados planeados fueron los siguientes con base en Cenetec, evidencias y recomendaciones:¹

- Individualizar las metas del control glucémico (tomando en cuenta comorbilidad, condición y capacidad funcional).
- Evaluar el nivel educativo y capacidad del cuidador para la vigilancia de medidas de autocuidado del paciente.
- Aplicar estrategias educativas en el binomio paciente-cuidador para mejorar resultados y reducir costos de la enfermedad.
- Adaptar el programa de administración de fármacos para los pacientes con deterioro cognoscitivo o funcional.

- Crear un programa combinado de actividad física de intensidad moderada tres veces a la semana y terapia nutricional para el paciente.
- Revalorar de manera regular la salud mental para detectar trastornos que puedan afectar el control glucémico.
- Valorar de forma integral aspectos geriátrico-médicos, psicológicos, funcionales y sociales para establecer metas para el tratamiento.
- Valorar y establecer la condición de dependencia funcional para actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, lo cual modifica las metas individualizadas del control de DM T2.
- Evaluar causas modificables de la hipoglucemia: 1) adecuada ingesta de hidratos de carbono; 2) organización de la alimentación (p. ej., no saltar comidas); 3) adecuación de tipo y horario de la actividad física; 4) sitios de aplicación de insulina (si corresponde); y de forma eventual, disminuir la dosis y/o rotar el fármaco (orales y/o insulinas) para un mejor equilibrio entre beneficios y riesgos.
- Evaluar cada año con la escala de valoración mínima del estado nutricional (MNA) para identificar al paciente con pobre estado nutricional.
- Analizar de forma temprana el deterioro cognoscitivo leve o demencia de forma inicial y anual, pues influye en el apego al tratamiento.
 - ◊ Valorar el control glucémico para reducir los riesgos de complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía).
- Medir la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y mantenerla inferior a 7.0% para prevenir complicaciones microvasculares
 - ◊ Valorar cambios en el estilo de la dieta y actividad física para reducir de modo significativo el nivel glucémico.
 - ◊ Establecer consumo de proteínas no menor a 1.2 g/kg de peso corporal, para evitar pérdida significativa de la masa muscular.
 - ◊ Definir horario matutino para la ingesta de su alimentación, ya que una comida rica en carbohidratos por la noche produce aumento de la glucemia postprandial.
- Optimizar la calidad en el cuidado de la salud, mejorando los niveles de glucemia y de los principales factores de riesgo, de las enfermedades del corazón y cerebrovasculares.
- Revaloración continua de los resultados y replanteamiento de las intervenciones y cuidados.

CUARTA ETAPA DEL PAE

Se enfoca en el cumplimiento del resultado planteado para satisfacer la necesidad de atención del sujeto de estudio (persona, familia, comunidad), a través de cuidados de enfermería integrales y holísticos con base en la evidencia y centrados en la persona; estos elementos son una demostración de la competencia, nivel académico y conocimientos para la toma de decisiones que los profesionales de enfermería pueden hacer cuando se aplica el modelo integral del cuidado. Por ejemplo:

Ejecución de cuidados integrales enfocados a la resolución de causales determinados en el problema de enfermería (diagnóstico) para el paciente:

- Se valoran de forma integral aspectos geriátrico-médicos, psicológicos, funcionales y sociales; se establecen metas de cumplimiento, empezando por los signos vitales, oximetría de pulso y glucosa en sangre (dextrostix).
- Se orienta y ayuda a crear un programa combinado de actividad física de intensidad moderada, con una rutina para tres veces a la semana; se incluye terapia nutricional.

- Se establecen acuerdos de actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria a partir del deterioro cognoscitivo y dependencia funcional:
 - Caminar por lo menos una vez al día durante 30 minutos.
 - Estiramiento de brazos y piernas de forma constante.
- Se valora el nivel educativo y se vigila el desarrollo de autocuidado; se proporciona apoyo para las actividades; también se capacita al familiar o cuidador de apoyo; se le recomienda acudir cada año a la valoración del estado nutricional (MNA) e identificar su estado nutricional.
- Con trípticos y carteles se orienta y educa al binomio paciente-cuidador para mejorar resultados de autocuidado y reducir costos de la enfermedad.
- Se orienta al paciente y cuidador sobre apego y administración de fármacos para disminuir el deterioro cognoscitivo o funcional. Esto incluye:
 - Llevar una libreta de registros de resultados de glucemia diaria.
 - Elaborar una tabla por dosis y horarios.
 - Membretar los fármacos con horarios y dosis.
 - Revisar fecha de caducidad.
 - Observar reacciones al fármaco y acudir de inmediato a la unidad médica más cercana en caso de efectos secundarios.
 - Conocer el tipo de ropa que debe usar para evitar riesgos de lesión en la piel.
- Se instruye en cuanto al cuidado sobre los trastornos de salud mental que pudiera presentar la persona en caso de afectarse el control glucémico.
- Se documenta el proceso de atención que se dio al paciente en su ámbito tanto en el expediente clínico como en el formato de registros de enfermería.

QUINTA ETAPA DEL PAE

Se concluyen las intervenciones y cuidados integrales de enfermería centrados en el sujeto de estudio (persona, familia, comunidad) en el paciente con DMT2.

Para el sujeto ha sido difícil evitar el consumo de comidas chatarra, o con alto contenido de carbohidratos y grasas, pero ha tomado conciencia de lo dañinas que pueden llegar a ser para su salud, por lo que ha cuidado su alimentación, evitando el consumo excesivo de tortillas y pan, refrescos embotellados, y racionalizando el consumo de frutas dulces; dejó de añadir azúcar al café con leche.

En cuanto la autogestión del nivel de glucemia, el paciente logró establecer un día específico para medir la glucosa llevando un cuaderno de notas; aunque no sabe cuál es la cifra ideal que debe mantener, siempre pregunta cuánto obtuvo, y si ha logrado salir bien y mantenerse en un rango normal (el nivel de glucosa capilar pasó de 157 a 125 mg/dL) en un corto plazo.

Sin embargo, no logra cumplir con el ejercicio, no gusta de ejercitarse y ha incumplido el programa de ejercicios acordado.

El paciente necesita paciencia, perseverancia y capacitación continua para cambiar su estilo de alimentación.

Se evaluó la respuesta humana de forma inmediata y a corto plazo sobre la modificación de la conducta en salud, alcance y mejoras; en la revaloración se replantearon nuevos resultados.

Este caso es un ejemplo sencillo de la aplicación del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería MICENF Centrado en la Persona en el ámbito ambulatorio.

REFERENCIAS

1. Cenetec. *Guía de Práctica Clínica (GPC) "Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus 2 en la persona adulta mayor", con código IMSS-657-21*; México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2021.
2. Secchi N, Lavalle-González FJ, Garnica-Cuéllar JC *et al.* Guía mexicana de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento en pacientes adultos con diabetes tipo 2; *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr* 2023; 10(2): 1-86. doi: 10.24875/RME.M23000030
3. OMS-OPS. *Pacto mundial contra la diabetes: implementación en la región de las Américas*; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes/pacto-mundial-contra-diabetes-implementacion-region-americas>
4. Guía NICE 2022: actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. EVIDENCIA Act Práct Amb 2022 abr-jun. Disponible en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/7015/4697>
5. IMSS. *Guía para la implementación de acciones esenciales para la seguridad del paciente del manual de procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención 2660-003-056*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2022.