



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

*Apoyada de la teoría de los Cuidados Culturales
de Madeleine Leininger, aplicado a un paciente
con Diabetes Mellitus tipo II, Neumotorax pleural
derecho y condiciones sociales desfavorables
para la salud.*

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

GALLARDO SANTAMARIA LUIS BRUNO

No. DE CUENTA: 8922597-4

DIRECTOR DE TRABAJO: MTRA. *Iníga Pérez Cabrera*



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DEL 2005

0349840



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres Meynardo Gallardo y Guillermina Santamaria, por todo su apoyo y cariño en los momentos mas dificiles de mi vida.

A mi esposa Leticia ,por ser la luz de mi vida y juntos seguimos luchando para ser mejores.

A la Mtra. Iñiga Pérez, por su confianza y paciencia para la realización de este trabajo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE: Gallardo Santamaria
Luis Bruno

FECHA: 9- Noviembre - 2005

FIRMA: 

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	3
III. Metodología de trabajo.....	3
IV. Marco teórico.....	8
4.1 Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería.....	8
4.2 El Proceso de Atención de Enfermería y su estructura.....	9
4.3 Madeleine Leininger, el Cuidado y Culturas, teoría de la diversidad y la universalidad...	38
4.4 Conducta de la Enfermedad.....	46
4.5 Bases Andragógicas en la educación para la salud.....	54
V. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería...	59
5.1 Presentación del caso.....	59
5.2 Fase de valoración de Enfermería.....	59
5.3 Fase de diagnóstico de Enfermería.....	68
5.4 Fase de plan de atención de Enfermería.....	69

5.5 Fase de ejecución del plan de atención de Enfermería.....	72
5.6 Fase de evaluación del plan de atención de Enfermería.....	94
VI. Conclusiones.....	100
VII. Sugerencias.....	102
VIII. Glosario.....	104
IX. Referencia Bibliográfica.....	107
X. Cronograma.....	110
XI. Anexo.....	111

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las complejas necesidades de salud demandan una práctica profesional cada vez más eficaz, por lo que los profesionales de Enfermería y en especial los egresados de la licenciatura formados a través de un currículo académico que los prepare para innovar en el nivel profesional, son capaces de introducir cambios en el cuidado de la salud, y reflejan un aumento de calidad de los diversos niveles de atención, logrando la optimización de los recursos y el mejoramiento de la atención de Enfermería.

La Enfermería actual constituye una disciplina científica en el seno de las universidades, he inicia un camino de cuestionamiento y argumentación, permitiendo la adquisición del dominio del pensamiento escrito para que posteriormente se traslade a la praxis: pero una praxis vista como la acción comprometida de libertad de pensar, y la autonomía de decidir con la posibilidad de transformar el mundo de los cuidados y su historia racionalmente; cruzar la barrera que marca él límite de la apariencia o lo que se presenta en primera instancia, y observar, por que el objeto no se agota en su constitución pero pretende decir su forma, su esencia y no solo lo que parece.

La formación de la Enfermería se distingue de otras disciplinas del campo de la salud, en que perfila al egresado como un humano auténtico y realizado. Por ello "La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM tiene como propósito fundamental formar profesionistas capaces de proporcionar cuidados de salud en los individuos

y grupos, dando mayor énfasis en el primer nivel de atención".*

El presente Proceso de Atención de Enfermería como el método adoptado para la aplicación de los cuidados y aplicado a un paciente hospitalizado en una institución del Estado Mexicano, intenta concentrar en su acción la apreciación teórica del modelo transcultural del cuidado, con miras a utilizar como marco teórico y argumento del proceso la teoría de la Diversidad y la Universalidad en el cuidado y culturas de Madeleine Leininger, con un enfoque hacia satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y lo más relevante lo social; dado que el entorno antropológico y social determinan los niveles educativos que favorecen la adopción de diversas formas del cuidado de la salud.

II. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Proporcionar atención de calidad a través del Proceso de Atención de Enfermería, que comprende las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de problemas y necesidades biológicas, físicas, psicológicas y sociales detectadas en un paciente con Diabetes Mellitus Tipo II y Neumotórax Pleural, quien por su localización social y cultural es candidato a fomentar en él, hábitos y conductas saludables con el propósito de mejorar su estilo y calidad de vida en el domicilio y área de trabajo;

* Programa académico: guía para el servicio social y opciones de titulación. ENEO. México 2000. pp1.

y grupos, dando mayor énfasis en el primer nivel de atención".*

El presente Proceso de Atención de Enfermería como el método adoptado para la aplicación de los cuidados y aplicado a un paciente hospitalizado en una institución del Estado Mexicano, intenta concentrar en su acción la apreciación teórica del modelo transcultural del cuidado, con miras a utilizar como marco teórico y argumento del proceso la teoría de la Diversidad y la Universalidad en el cuidado y culturas de Madeleine Leininger, con un enfoque hacia satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y lo más relevante lo social; dado que el entorno antropológico y social determinan los niveles educativos que favorecen la adopción de diversas formas del cuidado de la salud.

II. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Proporcionar atención de calidad a través del Proceso de Atención de Enfermería, que comprende las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de problemas y necesidades biológicas, físicas, psicológicas y sociales detectadas en un paciente con Diabetes Mellitus Tipo II y Neumotórax Pleural, quien por su localización social y cultural es candidato a fomentar en él, hábitos y conductas saludables con el propósito de mejorar su estilo y calidad de vida en el domicilio y área de trabajo;

* Programa académico: guía para el servicio social y opciones de titulación. ENEO. México 2000. pp1.

aplicando la tesis central de la teoría de la Diversidad y la Universalidad en el cuidado y culturas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Realizar la historia clínica de Enfermería para valorar el estado de salud del paciente, detectando los problemas y/o necesidades presentes, elaborando los diagnósticos de Enfermería correspondientes e implementando un plan de cuidados encaminados a la educación para la salud en el hogar, en el trabajo y medio social que mejoren la calidad de vida del paciente.
- ✓ Crear un sistema de Enfermería apoyado en la teoría de Madeleine Leininger como apoyo para el individuo y su familia, que les permita establecer acciones específicas de salud a favor de su bienestar.
- ✓ Lograr mediante el plan de cuidados que el individuo conozca su padecimiento y los factores que pueden complicarlo, así mismo hacerle participe en actividades de salud que puedan llevarse a cabo a partir de lo que ofrece su hábitat cotidiano de vida y logren un cambio de actitud positiva hacia su salud.

III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

LIMITES:

- ✓ Hospital Regional de Zona "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE.
- ✓ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.
- ✓ Domicilio del paciente en Barrio de San Diego, Xochimilco.

LUGAR:

- ✓ Piso No.3, Medicina Interna.
- ✓ Domicilio del paciente.

aplicando la tesis central de la teoría de la Diversidad y la Universalidad en el cuidado y culturas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Realizar la historia clínica de Enfermería para valorar el estado de salud del paciente, detectando los problemas y/o necesidades presentes, elaborando los diagnósticos de Enfermería correspondientes e implementando un plan de cuidados encaminados a la educación para la salud en el hogar, en el trabajo y medio social que mejoren la calidad de vida del paciente.
- ✓ Crear un sistema de Enfermería apoyado en la teoría de Madeleine Leininger como apoyo para el individuo y su familia, que les permita establecer acciones específicas de salud a favor de su bienestar.
- ✓ Lograr mediante el plan de cuidados que el individuo conozca su padecimiento y los factores que pueden complicarlo, así mismo hacerle participe en actividades de salud que puedan llevarse a cabo a partir de lo que ofrece su hábitat cotidiano de vida y logren un cambio de actitud positiva hacia su salud.

III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

LIMITES:

- ✓ Hospital Regional de Zona "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE.
- ✓ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.
- ✓ Domicilio del paciente en Barrio de San Diego, Xochimilco.

LUGAR:

- ✓ Piso No.3, Medicina Interna.
- ✓ Domicilio del paciente.

PERIODO:

- ✓ Mayo – Noviembre 2005

RESPONSABLES:

- ✓ P.S.S. Gallardo Santamaría Luis Bruno
- ✓ Asesor: Mtra. Iñiga Pérez Cabrera

TIPO DE ESTUDIO

- ✓ Proceso de Atención de Enfermería.

RECURSOS:Humanos

- ✓ Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstétrica.
- ✓ Unidad de Trabajo Social del Hospital Regional de Zona "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE.
- ✓ Biblioteca de la ENEO.
- ✓ Biblioteca Central UNAM.
- ✓ Biblioteca de la UPN.

Materiales

- ✓ Instrumentos del Proceso de Atención de Enfermería.
- ✓ Equipo de cómputo.
- ✓ Línea de Internet.
- ✓ Hojas para impresión.

Institucionales:

- ✓ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- ✓ Hospital Regional de Zona "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE.

REALIZACIÓN:

Para la realización del Proceso de Atención de Enfermería se seleccionó el caso clínico de un paciente con Diabetes Mellitus Tipo II y Neumotórax Pleural derecho, de ubicación cultural y hábitos de salud limitados, al cual se le informó sobre lo que se pretendía realizar, así como los objetivos del mismo manifestándole que toda la información

obtenida sería de tipo confidencial y manejada de manera ética y responsable; esto con el propósito de obtener su consentimiento para tal efecto.

Primero se realizó una investigación documental de la historia médica del paciente, así como de su padecimiento y sus condiciones sociales, se hizo la recopilación de datos y posteriormente se tuvo la primera entrevista en el área de medicina interna, las siguientes entrevistas tendrían lugar en el domicilio del paciente.

La metodología empleada es el Proceso de Atención de Enfermería, apoyado de la teoría de la Diversidad y la Universalidad en el cuidado y culturas, de la autora Madeleine Leininger.

El Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo en sus etapas de:

1. Valoración, interrogatorio, exploración física e identificación de factores de riesgo, así como aquellos elementos que determinan su situación social y cultural. Se obtuvieron datos de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, y de desarrollo, pues desde un punto de vista holístico es necesario que la Enfermería conozca los patrones de interacción en cinco áreas: la biológicas, física, psicológica, espiritual y social; esto para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

2. Diagnóstico de Enfermería con bases en el modelo de la Diversidad y la Universalidad. En esta fase la elaboración de diagnósticos se formularán de tipo real, potencial, de bienestar y de lo posible, para su posterior tratamiento. Analizando los datos significativos en función de la teoría

de la Diversidad y la Universalidad en el cuidado y culturas, dado que el entorno antropológico y social determinan los niveles educativos que favorecen la adopción de diversas formas del cuidado de la salud.

El uso de los diagnósticos de Enfermería favorecen la organización, al permitir identificar la respuesta del paciente ante distintas situaciones de salud a través de una valoración social y cultural propia, lo que aumenta la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

3. Planificación. En esta fase lo prioritario es una explicación verbal y con evidencias que logren convencer al paciente de la trascendencia de su padecimiento para la supervivencia y de los recursos de salud que le ofrece su hogar, comunidad, instituciones y el apoyo familiar.

Con la selección de las prioridades de atención basados en la antropología de cuidado y destacados en los diagnósticos ya elaborados, se seleccionaran todos los problemas que pueden presentar el paciente dentro de su familia y comunidad, que raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. Así, el planteamiento de los objetivos se considera como el resultado esperado. Esto es, determinar los criterios de resultado y describir los resultados esperados, tanto por parte del paciente o de la familia. Son formulados en términos de conductas mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido

mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividades de carácter intelectual.

Es sustancial que las actuaciones de enfermería se determinen por los objetivos de enfermería. Aquí, es necesario realizar visitas* al domicilio del paciente con la intención de activar las tareas concretas que la enfermería realiza para hacer realidad los objetivos y serán dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o en todo caso a eliminar el diagnóstico, además de promover un mayor nivel de bienestar.

4. Ejecución. Esta se realiza en el domicilio particular con dos visitas. Esta etapa se remite realmente a poner en práctica todas las intervenciones de Enfermería en el aspecto de educación a la salud, dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales que incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo de salud, brindando informes verbales claras y objetivas que mantengan un plan de cuidados actualizado. Para la práctica de acciones de Enfermería fue necesario realizar dos visitas al domicilio del paciente, el día 13 y 20 de Junio del presente año cada una de ellas en día lunes ya que así lo sugirió el paciente, con horario de las 13:00 a 17:00, donde se puso en práctica todas las actividades de la fase de planificación. Es necesario mencionar que las actividades realizadas en el hospital fueron únicamente de introducción a lo que se llevaría a cabo en su domicilio.

5. Evaluación de tipo cualitativa. A partir de los objetivos se evaluara el cuidado de Enfermería y el interés

* Los días de visita y el horario de las mismas, serán esclarecidos en la fase de ejecución.

que el individuo tiene por su salud. En esta última etapa se emite un juicio sobre la eficacia y la efectividad de las actuaciones de Enfermería y los resultados que manifieste el paciente en relación a su estado de salud. Así mismo se tratara de mostrar las mayores evidencias respecto a los conocimientos adquiridos mediante una última entrevista; estado emocional y afectivo que se realiza con la observación directa mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. Por último se interpretan los resultados con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

Cabe Mencionar que la última entrevista con el paciente se realizó el día 11 de Julio del presente año.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la Enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. En ese momento se comienza dislumbrar un método que englobara la actividad especial de Enfermería y continuara con el sujeto de atención para tratar de mejorar la respuesta humana, y es así como inician los orígenes del Proceso de Atención de Enfermería, cuando por primera vez fue considerado como un proceso solo se establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); posteriormente se añadió un quinto elemento con la etapa diagnóstica para establecer el Proceso de Atención de Enfermería tal y como lo conocemos hoy día. Además, la formulación de diagnósticos de Enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos

que el individuo tiene por su salud. En esta última etapa se emite un juicio sobre la eficacia y la efectividad de las actuaciones de Enfermería y los resultados que manifieste el paciente en relación a su estado de salud. Así mismo se tratara de mostrar las mayores evidencias respecto a los conocimientos adquiridos mediante una última entrevista; estado emocional y afectivo que se realiza con la observación directa mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. Por último se interpretan los resultados con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

Cabe Mencionar que la última entrevista con el paciente se realizó el día 11 de Julio del presente año.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la Enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. En ese momento se comienza dislumbrar un método que englobara la actividad especial de Enfermería y continuara con el sujeto de atención para tratar de mejorar la respuesta humana, y es así como inician los orígenes del Proceso de Atención de Enfermería, cuando por primera vez fue considerado como un proceso solo se establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); posteriormente se añadió un quinto elemento con la etapa diagnóstica para establecer el Proceso de Atención de Enfermería tal y como lo conocemos hoy día. Además, la formulación de diagnósticos de Enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos

en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El avance de la Enfermería aún encierra incertidumbres en su amparo epistemológico y en su sustento teórico, aun así, la Enfermería con el nivel de conocimiento vigente tiene la bondad de ser aceptada por la comunidad. De hecho se asevera que la diferencia entre la Enfermería y las demás disciplinas sanitarias con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud del objeto de estudio y los cuidados de Enfermería. Las demás disciplinas tienen otros aspectos de la atención del paciente, el especialista en nutrición sabe más de nutrición y el farmacéutico de farmacología; sin embargo, cada enfermera o enfermero aporta conocimientos de nutrición y farmacología a las relaciones con los sujetos de atención. El grado de estos conocimientos es suficiente en muchos casos, cuando resulta insuficiente, entonces hace falta una consulta. Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica por qué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la Enfermería por otras disciplinas. *(Carpenito LJ:1994:5)*

4.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU ESTRUCTURA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de Enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería. Este método permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática; evidentemente lo que se pretende es que todo lo realizado se sustente a la luz de la razón. El objetivo principal, es constituir una

estructura que pueda cubrir individualmente las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, entendiendo las necesidades como universales y no exclusivas de una teoría. De tal forma que se logren identificar los problemas reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, para posteriormente establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad. (*Alfaro-Lefvre R:1997:33*).

Compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; el PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería. Como todo método, este proceso de atención configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen a cada uno de sus pasos. El uso y aplicación de cada uno de los pasos del PAE da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de Enfermería para cada sujeto de atención. (*Atkinson, Murray ME.1983:7*).

La valoración fase inicial del proceso de Enfermería, consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. El diagnóstico de Enfermería, es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración. La planificación, es un desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. La ejecución, es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La evaluación, es la fase final del

proceso de atención, aquí se comparan las respuestas de la persona y determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

En el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería es necesario tener una serie de capacidades técnicas como el manejo instrumental y de tecnología; capacidad intelectual para emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico; capacidad de relación con la intención de saber mirar empáticamente y obtener el mayor número de datos para valorar la interacción entre la enfermera y el paciente. Con estas capacidades a favor de la Enfermería se obtienen ventajas en el campo del ejercicio profesional y las normas de calidad en la prestación de cuidados. El paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería y para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Otra de las bondades que brinda el PAE, son la participación del paciente en su propio cuidado, al mismo tiempo la continuidad y calidad de atención satisface el trabajo y el crecimiento profesional de los enfermeros y enfermeras. Tiene las características de dirigirse a un objetivo; es sistemático por que implica un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos; es dinámico por que responde aun cambio continuo; es interactivo ya que está basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la Enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud; y es flexible porque se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o

comunidades ya que sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. *(Gordon M:1996:36)*

Valoración

El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen las ciencias y las humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de Enfermería. En una etapa inicial como lo es la valoración, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, éstas incluyen al paciente como fuente inicial o primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que otorgue información sobre el paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y textos de referencia. *(Alafaro-Lefvre R:1996:21)*. Muchas veces se recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, y de desarrollo. Desde un punto de vista holístico es necesario que la Enfermería conozca los patrones de interacción en cinco áreas: la biológicas, física, psicológica, espiritual y social; esto para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos antes mencionados puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

La formación de enfermeras y enfermeros les posibilita para realizar una adecuada valoración del paciente, en la que esta implícita la actitud y las motivaciones, lo que piensan, sienten y creen sobre la Enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad durante el proceso, al igual que una

base sólida de conocimientos para la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones. Las habilidades en los métodos y procedimientos hacen posible la toma de datos, comunicarse de forma eficaz, la observación sistemática con base en formularios o guías que identifican los tipos de datos necesarios en la historia clínica. Tener claridad en la diferencia entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos (*Gordon M:1996:16*). La Enfermería, a menudo hace inferencias extraídas con pocos o ningún signo que la apoye, lo cual da como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. Por esta razón, lo primordial es seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica se adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración. La observación sistemática sigue un orden de "cabeza a pies", que es el orden de la valoración según los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades y dejando para el final la parte posterior del tronco y extremidades. La valoración por "sistemas y aparatos", valora el aspecto general, las constantes vitales y cada sistema o aparato de forma independiente comenzando por el que presente zonas más afectadas. El criterios de valoración por "patrones funcionales de salud" pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo o familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. (*Fernández:1993:43*)

En general la valoración inicial busca datos sobre los problemas de salud detectados por el paciente y los factores contribuyentes para sus problemas. En las valoraciones posteriores, toma en cuenta los problemas de salud detectados, el análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, la determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido, y la obtención de nuevos datos que informen del estado de salud.

La valoración se realiza sobre el sustento de los conocimientos de anatomía, fisiología, patología entre otros, de la ciencias sociales y del comportamiento humano. El desarrollo de la capacidad para tomar decisiones depende del grado de aplicación de los conocimientos, las habilidades técnicas e interprofesionales como las relaciones interpersonales, sus convicciones (ideas, creencias), capacidad creadora y el sentido común.

Con la información concreta obtenida del paciente acerca de su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado, interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas y estado actual de las capacidades. Los datos pueden ser de tipo:

- ✓ *Subjetivo*: los cuales no se pueden medir y son propios de paciente, es decir, lo que la persona dice que siente o percibe y solamente el afectado los describe y verifica.
- ✓ *Objetivos*: ellos pueden medir por cualquier escala o instrumento como las cifras de la tensión arterial; datos históricos como los antecedentes ocurrido anteriormente, comprenden hospitalizaciones previas,

enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento en adaptaciones pasadas.

El proceso de entrevista tiene cuatro finalidades:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermero-paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre. La iniciación se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva; el cuerpo tiene como finalidad la conversación, esta parte se centra en la obtención de la información necesaria que comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente, y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente. Por último el cierre, es la fase final de la entrevista donde es importante resumir los datos más significativos ya que también constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación (Arias, Robayna: 2001: 47-52).

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: un ámbito interpersonal, en el que dos o más

individuos se ponen en contacto y se comunican; y otro ámbito es el de una habilidad técnica. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Las interferencias más comunes son de tipo cognitiva que consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador. Otra es de tipo emocional, muy frecuente y consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Aquí destacan los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Suele suceder que se presente la agresividad del entrevistador, excesiva valoración de sí mismos o proyección sobre los pacientes e incluso irresponsabilidad de las obligaciones (Borrell:1986:18) En la interferencia social, las diferencias sociales conllevan en el profesional de una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

En la obtención de la información objetiva o subjetiva, formal o informal, de carácter primario o secundario, a través del interrogatorio directo o indirecto permite aclarar respuestas y verificar datos. Esto lleva a la reflexión o reformulación, en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente. Las comparaciones no verbales aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista y la transmisión de los mensajes se realiza con mayor efectividad que las palabras habladas. Los más usuales son las expresiones faciales, la forma de estar y la posición

corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar (Briggs,J:1985:23).

Las cualidades del entrevistador, tales como empatía, calidez, concreción, y respeto son imprescindibles en la entrevista. En la empatía, la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta el interlocutor junto con esa comprensión consta de dos momentos, uno interiorizar la situación emocional del paciente, y otro dar a entender que la comprende. La calidez, proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador, se expresa más a nivel no verbal. El respeto, es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente lo que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos (Borrell:1989:20). En otras palabras, implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona. La concreción, es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista y la autenticidad supone que uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos.

La exploración física es la actividad final de la recolección de datos conocido como examen físico. Inicia con la observación bajo el consentimiento de la persona, primer encuentro con que se manifiesta el paciente de manera somática. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados han de ser posteriormente confirmados o descartados. La exploración física se centra en determinar

en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Se utilizan cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Lippincott:1995:19).

- ✓ La inspección, es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- ✓ La palpación, consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial, son datos que nos ayudan en la valoración.
- ✓ La percusión, implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos que aparecen cuando se percuten músculos o huesos; mates que aparecen sobre el hígado y el bazo; hipersonoros que aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire; y timpánicos, se encuentran al percutir el estómago, intestino o abdomen llenos de aire.

- ✓ La auscultación, consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos las características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos al recargar solo la oreja sobre la zona a explorar.

Las distintas formas de abordar un examen físico pueden ser desde la cabeza a los pies, por sistemas o aparatos corporales y por patrones funcionales de salud (Lippincott:1995:19).

Los datos obtenidos validados, significa que la información reunida es verdadera "basada en hechos". Esto es, asegurar que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontandolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

En la organización de los datos se trata de agrupar la información de forma tal que ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, o por patrones funcionales. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Se debe elegir para el establecimiento de la agrupación de datos el modelo desarrollado en cada centro asistencial o que se

prefiera. Los componentes de la valoración del paciente son:

- ✓ Datos de identificación. Considerados datos cronológicos, tiempo y espacio, culturales y socioeconómicos.
- ✓ Historia de salud. Incluyen diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamiento prescritos.
- ✓ Valoración física. Se realiza mediante patrones funcionales en términos mensurables y no abstractos⁴. En este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan.

La documentación y registro de la valoración constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud. Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con las normas de calidad. Por lo tanto permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad, e implica una prueba de carácter legal. (Iyer:1989:45) Las mas representativas: a) deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario; b) las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas; c) evitar las generalizaciones y los términos vagos como, "normal," "regular", etc. d) los

⁴ Estas categorías ya se mencionaron en el apartado de examen físico.

hallazgos descritos de manera meticulosa, forma y tamaño; e) la anotación clara y concisa; f) escribir de forma legible y con tinta indeleble trazando una línea sobre los errores; g) ortografía y gramática usando sólo las abreviaturas de uso común.

Diagnóstico

La fase del diagnóstico en el PAE es el paso posterior a la valoración. Se trata de un enunciado del problema real o en potencia del paciente, el cual indica la dirección del objeto a resolver. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Un diagnóstico de Enfermería se muestra real cuando se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Se tiene que aclarar que el diagnóstico de Enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones (dependiente, interdependiente e independiente) según el nivel de decisión que corresponde a la Enfermería, surgirán problemas en la persona que competirán a un campo u otro de actuación. La dimensión dependiente de la práctica de la Enfermería incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la Enfermería es administrar el tratamiento médico prescrito. La dimensión interdependiente de la Enfermería se refiere a aquellos problemas o situaciones donde la prescripción y tratamiento abordan el

ámbito de la Enfermería y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que la Enfermería controla para detectar su inicio o su evolución y colaboran otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo. La dimensión independiente de la Enfermería, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales (Gordon:65:1996).

Dentro de los diagnósticos de Enfermería se muestran fases que aseveran la veracidad de lo redactado, estos son:

- ✓ *Identificación de problemas.* Se destaca el análisis de los datos significativos, o la deducción de ellos. Es un planteamiento de alternativas como hipótesis; y la síntesis que es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- ✓ *Formulación de problemas.* En esta parte resaltan los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA. Habrá que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional.
- ✓ *Investigación.* Para investigar sobre los problemas de Salud, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin que los resultados de las investigaciones puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto es posible llevarlo a cabo al disponer de un lenguaje común previo que une los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

- ✓ *Docencia.* La inclusión de los diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo académico. Esto permite organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos, además de disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- ✓ *Asistencial.* El uso de los diagnósticos de Enfermería hacia la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de Enfermería, al permitir identificar las respuestas personales ante distintas situaciones de salud; centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia; aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados; organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional; delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas; diferenciar la aportación de Enfermería a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales; unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia; y mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

✓ *Gestión.* Algunas de las ventajas que brinda la utilización de los diagnósticos de Enfermería en este ámbito son ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados. También permitir como consecuencia una mejor distribución de los recursos humanos y materiales. Otras ventajas serían el favorecer la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia y así posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería, consecuentemente los costes reales de los cuidados brindados al usuario. Ello facilita el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

Los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica menciona que. cada categoría diagnóstica tiene 5 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4. Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80 ó-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50 ó 79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo.

Estos se organizan entorno a los factores fisiopatológicos relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de Enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo, lo fisiopatológico (biológico y psicológicos) shock, anorexia nerviosa, etc; y de tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.); de medio ambiente, como estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc; personales, como encontrarnos en el proceso de muerte o divorcio; y de maduración, como paternidad o maternidad, adolescencia, etc.

Se establecen cuatro tipos de diagnósticos, pudiendo ser reales, de alto riesgo, y de bienestar o posibles.

- ✓ El diagnóstico de tipo real representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Todo el enunciado del diagnóstico define los factores relacionados y sus características. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (*Gordon:1990:69*). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de

Enfermería real. Consta de tres partes llamado formato PES de las siguiente forma: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos o síntomas (S). Esto último es el que valida el diagnóstico.

- ✓ El diagnóstico de alto riesgo es un juicio clínico donde un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Aquí, la descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" y consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología o factores contribuyentes (E).
- ✓ El diagnóstico de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos. El primero es el deseo de un nivel mayor de bienestar, y el segundo el estado o función actual. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Estos diagnósticos son inherente a un paciente o grupo de pacientes que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La Enfermería puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.
- ✓ El diagnóstico de lo posible enuncia y describe un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera o enfermero debe confirmar o

excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología o factores contribuyentes (E).

- ✓ Se puede añadir un quinto tipo, este llamado de síndrome que comprenden un grupo de diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de Enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. Al enunciarlos hay que tener en cuenta una serie de directrices, como unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con", "mejor que", "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa. La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Desde el punto de vista legal es conveniente y aconsejables escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el paciente; evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico ya que puede llevar a un enunciado confuso; no mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico; no indicar el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico. Además es conveniente no escribir un diagnóstico de Enfermería que repita una indicación médica, no renombrar un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de Enfermería; y no indicar dos problemas al mismo tiempo porque dificulta la formulación de los objetivos (Gordon:1990:69).

Planificación

La fase de planificación de los cuidados de Enfermería se realizan una vez que se ha concluido la valoración e identificado de las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros para proceder a la planeación de los cuidados o tratamiento de Enfermería. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de Enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de planeación del proceso de Enfermería incluye diferentes etapas:

- ✓ Establecer prioridades en los cuidados. Es la selección de todos los problemas que pueden presentar el paciente, una familia o una comunidad, que raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- ✓ Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado y. describir los resultados esperados, tanto por parte del individuo o de la familia. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se

deben fijar a corto y largo plazo. Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con el paciente, la familia o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, la Enfermería y a quien se le brindan los cuidados.

- ✓ Elaboración de las actuaciones de Enfermería. Esto es, determinar los objetivos de Enfermería. Aquí la determinación de actividades implica las acciones especificadas en el plan de cuidados que corresponden a las tareas concretas que la Enfermería realiza para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones de Enfermería que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. Para un diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o en todo caso a eliminar el diagnóstico, además de promover un mayor nivel de bienestar. Para un diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo y prevenir la presentación del problema, así como el seguimiento desde su inicio. Para un diagnóstico de Enfermería de bienestar o posible, las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico.
- ✓ Se debe priorizar los problemas que se van a incluir en el plan de cuidados y por tanto tratados. Estos deben

consultarse con el paciente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo. Por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. EL interés es indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas que provoca la enfermedad (Maslow:1972:76), esta carencia coloca al paciente en un estado de supervivencia. A pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir. Por lo tanto se da preferencia a aquellos diagnósticos de Enfermería y complicaciones potenciales referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera o enfermero. En realidad las actividades que la Enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas (Maslow:1972:77) y favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad. Se tiene que hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la Enfermería y que aún no se han asumido plenamente.

El planteamiento de los objetivos se realiza una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar. Se deben definir los objetivos que se proponen con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para dirigir los cuidados; identificar los resultados esperados; medir la eficacia de las actuaciones. Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de Enfermería es establecer ¿qué se quiere conseguir? ¿cómo? ¿cuándo? y ¿cuánto?. Existen dos tipos de objetivos, los objetivos de Enfermería o criterios de proceso, y los objetivos del paciente o criterios de resultado.

Las normas generales para la descripción de objetivos identifican el escribirlos en términos que sean observables y puedan medirse; que se describan en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de Enfermería; que se pueda elaborar objetivos cortos; y hacer específicos los objetivos. Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de Enfermería esto es señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Estos objetivos dirigen la actuación de Enfermería hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

1. A encontrar sus puntos fuertes, esto es sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
2. A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
3. A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de Enfermería en el plan de cuidados deben responder a preguntas sobre capacidades, limitaciones y recursos del paciente que se pueden fomentar, disminuir,

aumentar o dirigir. Es interesante la consideración que dice "la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad" (*Brunner y Suddarth:1987:13*). Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad y al medio que le rodea. Esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de Enfermería se describen en forma cronológica, es decir, a corto plazo cuando los resultados pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos. A mediano plazo para un tiempo intermedio, de tal forma que se logren utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación. A largo plazo cuando los resultados esperados requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos de objetivos. El primero abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de Enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro; y el segundo donde se obtiene la mejora a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de Enfermería, dado que las acciones de Enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo que es lo habitual en instituciones.

Al describir los objetivos se debe entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de Enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera o enfermero. Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga, como las conductas esperadas. Las principales características de los objetivos del paciente son el ser alcanzables; ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc. Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades. Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir; también influyen los recursos financieros. Las actividades de Enfermería pueden ser de tres tipos: (Iyer:1969:34).

- ✓ *Dependientes.* Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las indicaciones médicas, señalan la manera en que se ha de llevar a cabo.

- ✓ *Interdependientes.* Son aquellas actividades en que la Enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- ✓ *Independientes.* Son aquellas actividades de la Enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Estas actividades estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la Enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, fundamentan las decisiones y actuaciones de Enfermería. Deben ser individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares. Se emplean para proporcionar un medio seguro y terapéutico y van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje. Por supuesto que se comprenderá la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la Enfermería planifica y actúa en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano, tales como la promoción de la salud, prevención de enfermedades, restablecimiento de la salud, rehabilitación y acompañamiento en los estados agónicos. A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo

realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de Enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

1. El diagnóstico enfermero real.
 - ✓ Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - ✓ Promover mayor nivel de bienestar.
 - ✓ Controlar el estado de salud.
2. Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo son:
 - ✓ Reducir o eliminar los factores de riesgo.
 - ✓ Prevenir que se produzca el problema.
 - ✓ Controlar el inicio de problemas.
3. Para el diagnóstico enfermero posible son:
 - ✓ Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
4. Para el diagnóstico enfermero de bienestar son:
 - ✓ Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

El éxito de las actuaciones de Enfermería siempre dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas y obtener los resultados esperados. El plan de cuidados de Enfermería "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello" (*Griffith-Kenney y Christensen:1986:23*).

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados,

la comunicación, y la evaluación (Bower:1982:81). Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

Ejecución

Esta etapa se remite realmente a poner en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades de Enfermería:

- ✓ Continuar con la recolección y valoración de datos.
- ✓ Realizar las actividades de Enfermería.
- ✓ Anotar los cuidados de Enfermería en formas de anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- ✓ Dar los informes verbales de Enfermería.
- ✓ Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta etapa, se debe mencionar la continuidad de la recolección y valoración de datos, esto es debido a que por un lado se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y contemplados como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

La fase de evaluación se entiende como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la Enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes, el primero como recolección de datos sobre el estado de salud, problema o diagnóstico que se evalúa, y el segundo como la comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados son:

1. *Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.* Se lleva a cabo por medio de la observación directa, examen físico y examen de la historia clínica.
2. *Señales y Síntomas específicos.* Se inicia con la observación directa, la entrevista con el paciente y el examen de la clínica.
3. *Conocimientos adquiridos.* Se realiza por medio de la entrevista con el paciente o la aplicación de un test.
4. *Capacidad psicomotora.* Se refiere a las habilidades, por medio de la observación directa durante la realización de una actividad.
5. *Estado emocional.* Se realiza con la observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de

emociones o información obtenida de los familiares y personal de salud.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados de Enfermería, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

4.3 MADELEIN LEININGER Y EL CUIDADO Y CULTURAS, TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD.

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en Enfermería, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social Entre los años 1950 y 1960 señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico-teórico entre la Enfermería y la antropología, formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la Enfermería transcultural.

En su pensamiento de la Enfermería transcultural asevera, que cada individuo internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera les ha servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo. El conocimiento de la diversidad como de la universalidad de la asistencia de Enfermería que plantea esta teoría, es de extraordinaria importancia para fijar una base sustancial de conocimiento y para convertir a la Enfermería en una disciplina y una profesión transcultural. Esta teoría tiene una proyección hacia el futuro y ha comenzado a despertar el interés a escala mundial, debido a su enfoque holístico, a varios

conceptos y constructos relacionados con el entramado social, el entorno y el lenguaje, que cobran una importancia excepcional para poder descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura o sustentado en el mundo de la persona.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la Enfermería, ha definido la Enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la Enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura o de lo universal. Sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptuar y comprender a las personas.

En su tesis sobre la Enfermería transcultural establece "la diferencia entre Enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de Enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la Enfermería transcultural. La Enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la Enfermería transcultural, otra diferencia es que la Enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica

comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas" (Marriner:1999:443).

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Esta teoría tiene una proyección hacia el futuro y ha comenzado a despertar el interés a escala mundial, debido a su enfoque holístico, a varios conceptos y constructos relacionados con el entramado social, el entorno y el lenguaje, que cobran una importancia excepcional para poder descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura o sustentado en el mundo de la persona.

Leininger ha concluido que el concepto de asistencia corresponde con un fenómeno muy engañoso que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales. Los cuidados culturales conforman la teoría integral de Enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los

valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émicos (interno) y ético (exterior). La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés.

Leininger ha sostenido que la asistencia es la esencia de la Enfermería y el rasgo predominante, distintivo y unificador de esta disciplina. Dicha asistencia es un dominio complejo, engañoso y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos de culturas. Leininger plantea que existen diferentes formas de expresiones y modelos de asistencia, tan diversos entre sí como, hasta cierto punto universales.

Leininger defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoEnfermería, para estudiar los cuidados. La etnoEnfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de Enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada (o su representante), a través de las manifestaciones émicas locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de Enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales. Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etno-Enfermería basado en creencias émicas (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se

emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas éticas (visiones externas) del investigador.

Uno de los objetivos importante de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado modelo sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Afirma Leininger que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los

profesionales de Enfermería a sus pacientes de otras culturas. Además de los diagnósticos médicos y de Enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

Los datos se obtienen inductivamente, son suministrados por sus informantes en forma de relatos descriptivos e interpretativos, basados en observaciones y en una actitud participativa o en otra forma de explicar la asistencia como un elemento básico del método. Utiliza el método etnocientífico como procedimiento formal y riguroso para el estudio de los fenómenos humanos y de Enfermería. El modelo en forma de sol naciente, describe los elementos fundamentales de su teoría. La mitad superior del círculo contiene los componentes de la estructura social y los factores de visión del mundo que influyen en la asistencia y en la salud a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto ambiental. Estos factores influyen también en los sistemas populares, profesionales y de Enfermería. Las dos mitades constituyen un sol completo, como representación del universo que ha de considerar la enfermera para saber valorar en toda su magnitud la asistencia y la salud de los seres humanos.

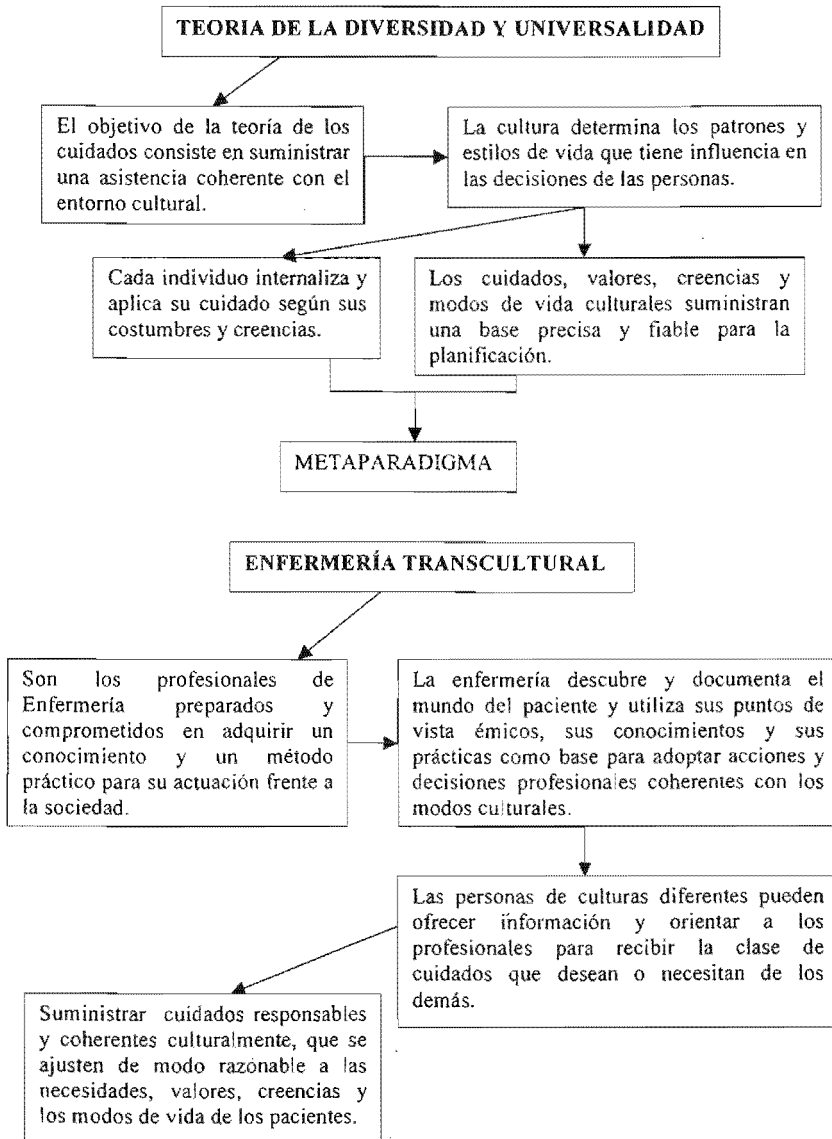
La Enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales así puede contemplarse tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de Enfermería dentro de la teoría; la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación o negociación de estos cuidados y el rediseño o reestructuración de los mismos. El modelo del sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable

de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, la raza, la edad y la clase social se consideran factores integrados dentro de la estructura social y como tal se estudian. En cambio, las dimensiones biológicas, emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria.

La teoría de la Enfermería transcultural ofrece una visión amplia, holística y extensa de los grupos humanos, las poblaciones y las especies. Insta a los profesionales de Enfermería a buscar la universalidad y la especificidad culturales manifiestas en los fenómenos propios de cada cultura, así como en la cultura de Enfermería y en lo variable socialmente a escala mundial. La teoría de Enfermería transcultural cumple el criterio de generalidad, ya que su orientación cualitativa la convierte en amplia, extensa y universal. Esta teoría contempla la asistencia de Enfermería de un punto de vista mundial y multicultural, resulta útil y aplicable a grupos y personas, siempre con el objetivo de prestar una asistencia centrada en los aspectos culturales.

Para concluir se ha de mencionar que la teoría de Enfermería transcultural esta centrada en los seres humanos, en los valores, creencias, en su entorno y lenguaje, lo que da un carácter holístico. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad. Implementando el pensamiento transcultural, esta teoría podría disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, ya que los cuidados se brindarían desde el punto de vista de

cada cultura y por ende la comprensión de los cuidados por parte de quienes los reciben, les proporcionaría una mejor calidad de vida y todo esto dentro de su contexto cultural



4.4 CONDUCTA DE LA ENFERMEDAD.

La concepción cultural del proceso salud enfermedad ha sufrido una serie de transiciones en la medida que el hombre ha fundamentado desde diferentes enfoques la enfermedad. Estas concepciones dado que son parte de las creencias, perduran en el tiempo por los brujos o shamanes, permaneciendo en poblaciones donde los cambios no se han dado. El pensamiento racional surge en Grecia, siendo la salud una necesidad para los seres vivos, con la concepción de Hipócrates se descubren los métodos clínico, epidemiológico y el ambiental. Los métodos fueron básicamente la elaboración de modelos de salud desde lo somático hasta el concepto de salud como ausencia de la enfermedad. Los métodos empleados son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, y análisis varios. A inicios del siglo XVIII surge la concepción psicológica utilizando como métodos la exploración psiquiátrica individual, el psicoanálisis, y técnica de grupo (citado en: Nieto:5:1990).

La concepción Sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo y tiene de base la prevención. Su historia comprende medidas profilácticas desde la antigüedad y va desarrollándose en el método científico a partir del siglo XIX cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual.

Para las concepciones Economista y económico social existe cierto parecido, ya que su nota característica ve a

la salud como condicionante de la productividad del factor humano (*Durkheim:146:1974*). Midiendo el precio de la salud y costo de la enfermedad, la primera aparece a mediados del siglo XX en países industrializados y la otra después de la segunda guerra mundial, utilizando métodos de trabajo como el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud: epidemiológica, del método estadístico, antropológico, Sociológico, Económico político, Economía de la salud, demográfico y psicológico (*citado en: Nieto:58:1990*)

La última concepción denominada político legal, cuya característica es la salud como derecho y obligación universal en reconocimiento legal y participación estatal, se fundamenta en los derechos del hombre. Nace desde las revoluciones políticas, de los sistemas de seguros sociales y de seguridad social a la asistencia sanitaria, utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos (*citado en: Nieto:66:1990*)

Conductas de Salud

Vinculadas con el Estilo de Vida se definen como "el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona" (*citado en: Nieto:12:1990*), viene a ser una forma de vivir, se relaciona con los aspectos de la salud.

La influencia cultural que las personas o grupos recibimos es muy importante en el estilo de vida. La cultura con sus valores y costumbres determinan de forma explícita o implícita valores para determinar aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento puede

parecer una enfermedad, luego puede implicar aspectos de salud.

El culto a la imagen y belleza en la actualidad, hacen que aparezcan enfermedades como la Anorexia y la Bulimia. En el estilo de vida, se pueden adoptar diferentes tipos de conductas para proteger o promover y mantener la salud. Las conductas Preventivas: se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal y estas conductas se adquieren por aprendizaje en experiencias directa y moldeamiento. Van a ser importantes en el proceso de salud y de enfermedad ya que en determinados momentos las personas con estas conductas de salud pueden convertirlas en Hábitos de Salud.

Los hábitos de salud son conductas relacionadas con la propia salud firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de una forma automática y al tener una clara conciencia de ello (como por ejemplo la higiene personal), se adquieren, mantienen y extinguen siguiendo las Leyes del Aprendizaje. Las características de la Conducta de la Salud es que son inestables y autónomas con escasa o nula relación entre las diferentes conductas de una misma persona, por ejemplo: una persona que lleva una alimentación y vida muy sanas y en un determinado momento abusa del tabaco.

Al percibir una amenaza, está la susceptibilidad y gravedad percibida que pone en marcha una Conducta de Salud que siempre implica un esfuerzo. La amenaza esta relacionada con variables demográficas y psicosociales, y los beneficios de poner en marcha la conducta. En la amenaza se basan las campañas de medios de comunicación,

enfermedades cercanas al individuo, e información de masas. Los costos y los beneficios se relacionan con esas variables demográficas y psicosociales. Un ejemplo es el que se da en el medio rural, donde hay un desplazamiento para vacunar, es beneficioso sin tomar en cuenta el costo. Se previenen riesgos mayores y las variables psicosociales contribuyen al beneficio.

Las Reacciones Psicológicas ante la enfermedad son muy importantes para la Enfermería, porque la enfermedad va a ser una vivencia en la práctica y queda consciente o inconsciente en el individuo, dejando huella. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos u interiorización del individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida.

La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona lo va a vivir como una situación que le imposibilita realizar las acciones para satisfacer sus necesidades, y a esto se corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico (*Barbara Dobbs:71:1981*). A este tipo de conductas corresponden la:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo.
2. Molestias, dolor físico y psíquico.
3. Amenaza y aislamiento, la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece.
4. Anomalía, porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás.
5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
6. Ruptura del proyecto existencial.

La enfermedad va a influir en función del tipo aguda o crónica, el pronóstico, la evolución y la edad, porque se

vivirá de distinta forma. La cultura familiar social en toda enfermedad de un miembro va a generar una crisis familiar, modificación del sistema afectando a todos. (citado en: Nieto:30:1990) La respuesta de la familia a esta situación da lugar a distintas reacciones de disfunción, dándose un estado de vulnerabilidad familiar por distintas formas, como:

1. Tipo de enfermedad de que se trate.
2. Estructura y dinámica familiar:
 - ✓ Grado de permeabilidad de los límites, que hace referencia a la realidad, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro.
 - ✓ Estilo de respuesta de la familia, se vuelca con el enfermo, genera dependencia, bloquea las relaciones y no proporciona apoyo emocional.
3. Factores de tensión existentes en la vida familiar, que es el momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos.
4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. Ello depende de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de la familia para expresar sentimientos y pensamientos,
5. Redes sociales.

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad no tienen que ser permanentes, porque al recobrar la salud se vuelve a recuperar el estado psicológico anterior (Barbara Dobbs:71:1981).

La regresión es una reacción muy frecuente. Se refiere a una conducta infantil que no se corresponde con la edad cronológica y se motiva por la propia enfermedad

porque una persona sana con un rol activo pasa a enfermo con un rol pasivo, por el estado de dependencia y por el entorno hospitalario, porque se pierde su identidad siendo un número u objeto de cuidados. El sujeto se infantiliza y exhibe rasgos infantiles. Se puede dar en cualquier etapa del proceso.

El entorno hospitalario ve que el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad y se convierte en objeto de cuidados. En una persona adulta se materializa con irritabilidad que dificulta las tareas profesionales, rebeldes en los medicamentos y alimentación, pueden tener miedo a quedarse solos, abandono de los hábitos higiénicos, acusa al entorno de no esforzarse en su cuidado, los llama incompetentes y tienen baja tolerancia a la frustración, son ancianos y adolescentes. En niños esta conducta es normal (Nieto:108:1990).

La Inculpación se da cuando el paciente se siente culpable de su enfermedad, se aísla y se deprime. Se da sobre todo en pacientes que por su estilo de vida la sociedad los inculpa como en el caso del SIDA, infecciones de transmisión sexual y otros.

La evasión se usa como medio para escapar de las dificultades de su vida. Exagera los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas evidencian o viven su enfermedad como algo insostenible y se refugian en el alcohol y las drogas.

Se consideran varios puntos:

- ✓ *Retracción o estrechamiento del horizonte del enfermo implicando la ruptura de lazos con su medio social. Esa retracción se acoge como una situación legítima para evitar otras desagradables. A través de la enfermedad*

intentan la evasión del problema y rompen con lazos familiares o sociales que le son desagradables, no se llevan bien con la familia y mandan que el médico o enfermera expliquen que no se aconsejan visitas.

- ✓ *Introversión que se puede dar con la retracción*, se da cuando los intereses del enfermo están en él mismo produciendo egocentrismo abandonando las relaciones exteriores para centrarse en su problema, se da en personalidades con un componente introvertido.
- ✓ *Negación de la Realidad*. Puede ser parcial o total y se niega la enfermedad o se le resta importancia a la misma. Se evitan las implicaciones. Se da ante el diagnóstico produciendo un obstáculo para el tratamiento rápido, aparece en pacientes con cáncer y trastornos coronarios y también aparece después del diagnóstico. Con esta reacción se disminuyen los niveles de ansiedad del paciente.

La entrega a la enfermedad que se manifiesta desde tres dimensiones: a) *Masoquista*, cuando el paciente vive la enfermedad como un castigo merecido y justo; b) *Ganancial*, cuando los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscan la liberación de responsabilidades y exige ayuda externa como en accidentes laborales; y c) *Hipocondríacos*, cuando la enfermedad les genera una observación de su organismo y proliferación de sus temores.

La Reacción de Ansiedad es Desde el punto de vista clínico una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con sentimientos de temor, tensión, emoción y cortejo somático. Se acerca al miedo pero se diferencian en que este es un sentimiento producido por un peligro presente o eminente y la ansiedad es la anticipación del

peligro, de causa vaga y menos comprensibles. En el temor se identifican la ansiedad que se ha estudiado como rasgo o característica de personalidad, "es la disposición interna del individuo a manifestarse o a reaccionar de una manera ansiosa independientemente de la situación" (citado en Barbara Dobbs:42:1981). Se producen fluctuaciones entre ansiedad y estado depresivo, fluctuaciones de la ansiedad en el tiempo. La ansiedad se manifiesta por:

1. Niveles Cognitivos: Sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar problemas por baja autoestima.
2. Niveles Fisiológicos: Actividad del Sistema Nervioso Autónomo, aumenta la tensión arterial, palpitaciones del sistema cardiovascular, alteraciones en aparato respiratorio (hiperventilación) y Sistema Muscular.
3. Nivel Motriz: Vienen a ser el resultado de interacción fisiológica como de interacción cognitiva. Se caracteriza por temblores, tartamudeo, incluso no pronunciar palabra, pánico.

Las actitudes de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores, del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específica y su tratamiento. Así es que existen diferentes actitudes acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos. Como en el caso de la diabetes, donde se condiciona por la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones (Valadez:15:1990). Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante la demanda de sus propias necesidades, dirigiéndose a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud, si

es que acepta el ser diabético. La respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes (Valadez:15:1990).

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético con frecuencia son de gran magnitud; aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico, es complicado identificar y documentar los aspectos más relevantes. Una gran parte de lo que se ha escrito acerca de la familia y la diabetes, se relaciona con la diabetes tipo I, (insulino dependiente), existe poca información sobre la familia del diabético tipo II. Es importante destacar que como enfermeros y educadores en salud se debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético tipo II, ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia.

4.5 BASES ANDRAGOGICAS EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Es común pensar que el tiempo para aprender es la niñez y la adolescencia; los adultos por lo general dejan esa fructífera actividad a las generaciones jóvenes que tienen facilidad, tiempo y futuro en qué emplear los conocimientos aprendidos. No es que los adultos no aprendan, simplemente aprenden de forma diferente porque la capacidad de aprender no termina nunca y siempre está en proceso de desarrollo. A lo largo de su vida ha acumulado una experiencia intransferible, propia, que es su mayor riqueza, lo constituye y es causa y efecto de lo que ese ser es ahora.

Durante su vida cada ser humano cambia su autoconcepto, de ser una persona dependiente de los saberes de otros pasa a ser autodirigido, con los saberes acumulados y combinados, con las expectativas actuales de su vida. Esta acumulación de experiencias que cada persona guarda, son la reserva creciente de recursos con los cuales puede aprender; cada nueva noción obtenida le trae un recurso mayor para seguir aprendiendo, ya sean conocimientos obtenidos espontáneamente o aquellos que pueden darse en un sistema escolarizado y formal.

Si es que el término adulto quiere decir algo, su significado puede estar ligado a una concepción social. Se suele adjudicar cualidades que denominamos adultas, a aquellas que están de lado de la cordura, la normalidad y la sabiduría las cuales tienen sus raíces en la religión, la ley, la ética humanística, el arte, la raza, o la etnia. Entonces más personas de las que probablemente quieren admitirlo se encuentran en los andamios que sostienen la vida adulta. Encontramos ideas de adultez tan diversas y en ocasiones tan contradictorias, que tal vez este concepto se encuentre limitado a la evolución misma de la sociedad, donde los modelos de ésta surgen de manera tan diferente como profusa e intensa.

Son más las preguntas que se suscitan cuando se trata de conceptualizar a la adultez, que las respuestas, sobre todo aquellas que se asocian con la declinación de las facultades, la aspiración de lo imposible y la aceptación de la imperfección.

Encontramos dentro del estereotipo social que se le concibe como una etapa de declinación y decadencia o, como la consecuencia natural dentro de una perspectiva

organísmica. En el ámbito de la psicobiología, se deja ver como un modelo de competencia, al cual se le aplican determinados parámetros, para evaluar las funciones mentales superiores del individuo. A partir de las ideas sociales, organísmicas y psicobiológicas han surgido perspectivas con una orientación diferente como lo es, la desarrollista en la que se considera a la adultez, como la transferencia de habilidades y capacidades del niño y el adolescente; por tanto el pensamiento maduro es un retroceder y regresar a formas cualitativamente más estructuradas de pensamiento. Otros, como los contextualistas, indican que los cambios en el hombre se producen bajo la influencia de los ámbitos social e histórico que se dan de manera natural y personal. Su indicador de referencia es la temporalidad (recuerdos y acontecimientos del pasado). Al parecer, no considera en su estudio al ser humano como parte sustancial e inmerso en una matriz de cambios y transformaciones constantes. Al retomarse las orientaciones esenciales de la desarrollista y la contextualista se crea el Modelo de Plasticidad mediante el cual se determina a la adultez como una etapa de desarrollo potencial y crecimiento cognitivo atribuibles a las cualidades de los factores centextuales (educación, salud, familia y otros).

Hoy en día se considera a la andragogía como la disciplina que se ocupa de la educación y el aprendizaje del adulto, a diferencia de la Pedagogía que se aplicó a la educación del niño. Este término fue desarrollado por Malcolm Knowles en Estados Unidos a principios de la década de los setentas. En él, Malcolm nos dice que los adultos y los niños aprenden de manera distinta. La Andragogía

ofrece, principios fundamentales del aprendizaje de adultos que permiten diseñar y guiar procesos de docentes más eficaces. Es un modelo transaccional en el sentido de que remite a las características de la situación de aprendizaje, no a las metas ni a los objetivos. Como tal, es aplicable a cualquier contexto de enseñanza de adultos, de la educación comunitaria al desarrollo de recursos humanos en las organizaciones. La fuerza de la Andragogía es aplicable a todas las situaciones de aprendizaje de adultos. La Andragogía consta de seis principios básicos:

1. La necesidad de conocer del adulto.
2. El concepto personal del adulto.
3. Su experiencia previa.
4. Su disposición para aprender.
5. Su inclinación al aprendizaje
6. Su motivación para aprender.

Es común que en la educación de adultos se cuestione la efectividad, congruencia, contribución y producción. Incluso la relación entre las teorías y metodologías, cuál es la teoría más adecuada, las implicaciones que tienen estas teorías en el programa interno, y las circunstancias bajo las que aplican. Una buena teoría debe explicar los fenómenos y guiar los procedimientos. Si embargo, las teorías sobre la conducta humana sustentan premisas de la naturaleza humana, el propósito de la educación y los valores deseables. Una teoría de aprendizaje traerá como resultado mejores decisiones sobre las experiencias del aprendizaje y los resultados deseables.

Se ha dado suma importancia a los preceptos andragógicos para identificar la forma en que se logra el aprendizaje en la educación de adultos de forma tal que

éstos logran el desarrollo autosostenido e integral que les lleva a ubicarse como individuos capaces de contribuir a logros profesionales, de crecimiento personal y de intervención comunitaria y social. La Andragogía es la ciencia y el arte que, siendo parte de la Antropogogía y estando inmersa en la educación se desarrolla a través de una praxis fundamentada en los principios de participación; cuyo proceso, al ser orientado con características sinérgicas por el facilitador del aprendizaje, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización. (Alcala:13:1981). La praxis andragógica es un conjunto de acciones, actividades y tareas que al ser administradas aplicando principios y estrategias andragógicas adecuadas, sea posible facilitar el proceso de aprendizaje en el adulto. (Alcala:16:1981). En él, la perspectiva de tiempo es determinante, si niños y jóvenes aprenden para el futuro, el adulto lo hace para él presente. Los adultos procesan la información de forma variada, el conocimiento se organiza, clasifica y generaliza de manera afectiva, él decide si eso que le enseñaron es útil y lo aprende o no. Interactúa con lo que intenta aprender. El adulto aprende por comprensión y no por memoria, y por esa comprensión es que su bagaje de experiencias es indispensable, requiere entender y dar un significado con base en su propia vida. El adulto primero aprende, comprende y después memoriza. Por ello todo aquel conocimiento que se obtiene como respuesta a las situaciones que lo afectan, aumenta las posibilidades de solución a la problemática que la persona enfrenta.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino en la sexta década de vida con problemas de Neumotórax del espacio pleural derecho a causa de traumatismo, mas diabetes mellitus tipo II crónico de 13 años en fase insulinoquiriente de larga evolución, con descontrol metabólico, con hiperglucemia a pesar del apoyo con insulina via oral pero inconstante y por trasgresión dietética. Se revela también malos hábitos higiénicos y contacto con esporas, hongos, bacterias y virus por su situación laboral, además de tendencia social precaria en cuestión de desigualdad económica que refiere el paciente mismo.

El paciente se encuentra internado en el Hospital Adolfo López Mateos ISSSTE, dentro del área de Medicina Interna en la cama 312, con diagnostico Neumotórax a causa de un accidente en su área de trabajo y Diabetes Mellitus tipo II descontrolada.

5.2 FASE DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Historia clínica

Ficha de identificación.

Nombre: A.E.I.

Edad: 58 años Peso: 58 Kg. Talla: 1.42 .

Fecha de nacimiento: 20-octubre-1946 Sexo: Masculino.

Religión: Católica. Ocupación: remero y sepulturero .

Escolaridad: 3° Primaria.. Edo. Civil: Casado.

Fecha de admisión: 25-Mayo-2005. Hora: 15:30 hrs. .

Domicilio: Barrio de San Diego, Xochimilco

Procedencia: León, Guanajuato.

Fuente de Información: El paciente mismo .Fiabilidad(1-4):1

Perfil de vida.

Actividades Recreativas: SI , Frontón

Ingreso Mensual § 2000 - (pesos)

Convivencia Familiar: Satisfactoria

Integrantes de la familia:

Papa 76 años ocupación comerciante

Mama 64 años ocupación hogar

Esposa 50 años ocupación hogar

Hija 32 años ocupación comerciante (madre soltera dos hijos)

Hija 30 años ocupación maestra (madre soltera un hijo)

Hijo. 26 años ocupación remero (casado)

Hija 24 años ocupación estudiante

Características de la vivienda.

TENENCIA:

Propia: Si.

No. de Cuartos: seis.

Ventanas por cuarto: Una.

Útiles para la ventilación: Si.

Material de construcción:

Piso de concreto. Techo de concreto y Paredes de tabique.

Animales domésticos: Si.

Cuales: Perros, gatos, pollos, gallos, gallinas y conejos.

Servicios intradomiciliarios:

Agua: Si, Luz: Si, Drenaje: Si, Baños: Si (uno), Tel: si

SERVICIOS PÚBLICOS:

Recolección de basura (carro): Si

Pavimentación: Si

Alumbrado publico: Si

Transporte suficiente: Si

Mercado: Si, tipo cerrado y abierto.

PERTENENCIA A GRUPO SOCIAL:

Político: Negado.

Cultural: Negado.

Religión: Católico.

Actividades en ellos: Ninguna.

Recursos para la salud en su comunidad.

Clinica: Si.

Centro de salud: Si.

Hospital (tipo): segundo nivel.

Particular: Si.

Consultorios portátiles: por temporadas.

Deportivo o Clubs: Si.

Reserva ecológica: Si.

Otros: desconoce.

Tipo de traslado a la Unidad médica:

Camión, Taxi o Colectivo .

Hábitos de alimentación.

Desayuno: Si. Hora: 10:00. Descripción: Leche, legumbres y tortilla, refresco de soda.

Comida: Si. Hora: 16:00. Descripción: Carne, arroz, verduras y refresco de soda.

Cena: Si. Hora: 21:00. Descripción: Leche y pan

Preferencias: Ninguna.

Intolerancias: Ninguna.

Restricciones:

Azucres, caramelos, alcohol, pan, refresco de soda.

Hábitos de eliminación.

Vesical:

Frecuencia por día: Tres veces.

Característica: Amarillento.

Intestinal:

Frecuencia por día: Tres veces.

Características: Normal, pastosa.

Higiene

Lavado de manos: Si. Frecuencia por día: Una vez.

Lavado de dientes: No. Frecuencia por día: Una vez a la semana .

Baño total: Si. Frecuencia: una vez a la semana, de forma total.

Cambio total de ropa:

Si, parcial con frecuencia de cada tercer día.

Descanso y sueño.

Sueño: Nueve hrs diarias, Características: Sueño tipo Mol.

Descanso: diariamente por las tardes.

Antecedentes de salud personales

Esquema de vacunación completo: Incompleto y lo desconoce

Tabaquismo: positivo, una cajetilla al día.

Alcoholismo: positivo durante 20 años hasta llegar a la embriaguez. Suspendido al conocerse diabético. Ingesta alcohólica de tipo social, solo una copa.

Otras adiciones: Si, marihuana en su juventud.

Revisiones medicas: inconstantes.

Inicio su vida sexual: 14 años.

Numero de compañeros (as) sexuales. tres.

Utilización de un método anticonceptivo: no.

Antecedentes patológicos Personales.

Enfermedades crónicas: si, Diabetes Mellitus tipo II, con 13 años de evolución.

Enfermedades agudas: Negadas.

Hospitalización: Si, en el año de 1992, en el Hospital Xoco del DDF, por descompensación glicémica.

Antecedentes quirúrgicos: negados.

Transfusiones: Si, en el año 1980, por donación para un compadre que fue operado.

Alergias: negadas.

Uso de medicamentos: Si, cada que se acuerda con (Gibenclamida).

Antecedentes Patológicos Familiares.

Parentesco y tipo de enfermedad:

Abuela materna finado enfermedad Diabetes Mellitus desconoce su tipo.

Abuelo materno finado por ataque al corazón.

Abuela paterna finada desconoce la causa.

Abuelo paterno finada desconoce la causa.

Hermano cardiopata.

Dos hermanos vivos aparentemente sanos.

Resto de su familia aparentemente sanos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

PULSO: 68 RESPIRACIÓN 24 x min.

T.A: 110 / 70 TEMP: 27 .

PESO: 58 Kg. TALLA 1.42 .

INSPECCIÓN GENERAL.

Se trata de un paciente masculino de edad aparentemente igual a la cronológica, consciente, orientado en las tres esferas, cooperador al interrogatorio, con una posición forzada por la colocación de una sonda de pleurostomia y puntas nasales.

CABEZA:

Presenta cráneo normocefalo, sin hundimientos, cabello bien implantado de color negro, narina permeable, cejas y pestañas presentes, ojos simétricos si presencia de coloración anormal de las conjuntivas, cavidad oral deshidratada, piezas dentales completas, lengua integra, caries y mala higiene bucal, pabellones auditivos completos, cavidad auditiva con cerumen normal.

CUELLO:

Presenta cuello cilindrico, pulsos carotideos sincrónicos con el radial, no se palpan adenomegalias, tiroides no palpable en exageración, tono muscular normal de acuerdo a su edad y talla.

TÓRAX:

Cajón torácico íntegro, tetillas presentes, presenta ruidos cardiacos de buena intensidad, tatuajes, expansión pulmonar disminuida y sonda de pleurostomia con sello de agua del lado derecho a la altura del sexto espacio intercostal.

ABDOMEN:

Presenta abdomen plano, blando, depresible, cicatriz umbilical presente, no hay datos de irritación peritoneal, no doloroso a la palpación media o profunda, peristalsis presente.

Miembros Superiores:

Presenta miembros superiores integrales, simétricos, con tatuajes, movibles, con pulso radial sincrónico, sin edemas.

Miembros Inferiores:

Presenta miembros inferiores integrales, simétricos, movibles, con pulso radial sincrónico, sin edemas,

vellosidad presente, uñas engruesadas por micosis y alargadas implantadas en cada dedo.

GENITALES:

Presenta los genitales integros, sin deformaciones o características anormales, no secreciones ni ulceraciones, vellosidad presente, fetidez por mala higiene.

Estado del sistema nervioso

Par craneal	hallazgos comunes en el adulto
1.- Olfatorio.	<i>No hay perdida progresiva.</i>
2.- Óptico.	<i>Leve disminución de la agudeza visual.</i>
3.- Oculo Motor.	<i>No hay cambios ni limitaciones.</i>
4.- Patetico.	<i>No hay cambios ni limitaciones.</i>
5.- Motor Ocular Externo.	<i>No hay cambios ni limitaciones.</i>
6.- Facial.	<i>Asimetría facial.</i>
7.- Auditivo.	<i>No hay disminución.</i>
8.- Glosofaríngeo.	<i>Reflejo nauseoso presente.</i>
9.- Hipogloso.	<i>Sin alteración.</i>

EXAMENES DE GABINETE

Biometría hemática:	Normal
Hemoglobina: 14 g/dl	14.0-18.0g/l
Hematocrito: 45 %	40.0 - 54.0%
Eritrocito: 9.2 mill/mm ³	4.7-5.8 mill/mm ³
Plaquetas: 245000 mm ³	150000-450000mm ³
Leucocitos: 7600 mm ³	4500-10000mm ³
Glucosa: 430 mg/dl	80-120mg/dl

VALORACIÓN CULTURAL⁺

✓ Procedencia y origen étnico.

Nació en León Guanajuato sin ser grupo de ninguna etnia. Es el tercer hijo de tres hermanos, sus padres y abuelos fueron campesinos, por lo cual sus hermanos y él mismo practicaron estas actividades con fines de lucro y necesidad de alimentación. Todos ellos hablan español y refiere de personalmente que crecieron en pobreza y muchas limitaciones. Llega al D.F cuando contaba con 19 años de edad al pueblo de Xochimilco, donde comienza a trabajar como remero y años después como sepulturero. La casa que habita es propia, donde vive con su esposa, hijos, nietos y su padre.

✓ Soportes sociales del paciente.

Refiere ser partidario de la democracia, la igualdad y la lealtad. Desconoce los principales actores políticos de su preferencia al igual que los actores políticos de momento. Se relaciona con la sociedad a base de amistad, compadrazgo y negocios informales, está convencido que este estilo de vida social es mucho mas honesto que los papeles de certificación y legales. Manifiesta ser el jefe del hogar, por lo cual debe ser respetado.

✓ Características del estilo de comunicación.

Refiere hablar constantemente con su familia en relación a las necesidades del hogar únicamente, cualquier otro tema de discusión es ajeno a él y lo resuelven individualmente. Se comunica con sus

⁺ Lo que se expresa en esta valoración es el testimonio verbal del paciente mismo, que ha sido modificado en alguna de sus partes para facilitar su lectura sin perder la intención e idea de lo expresado.

compañeros de trabajo sólo para cuestiones laborales y remuneración económica.

- ✓ Religión del paciente, qué importancia tiene en su vida diaria.

Es partidario de ser creyente católico. Su vida diaria gira alrededor de un mandato de Fé y por un ser supremo. Se congratula hacia las oportunidades de vida que le brinda su doctrina y espera se le concedan mas oportunidades para vivir.

- ✓ Preferencias y prohibiciones alimentarias.

Refiere no tener preferencias de alimento, come lo que sea o lo que encuentre en el momento, donde se pueda y no se preocupa por cuestiones higiénicas. También dice tener restricciones únicamente de alcohol y azucares por su padecimiento (DM tipo II).

- ✓ Situación económica del paciente.

Refiere que sus ingresos son suficientes para cubrir las necesidades de el mismo y su esposa.

- ✓ Creencias y prácticas en salud.

Manifiesta que la enfermedad viene en algún momento de la vida, es algo que a todas las personas le sucede y al salir de ella solamente se debe de cuidar y tener fé de que no volverá a pasar nuevamente. Refiere que no hay mejor cura y cuidado que los remedios caseros, de los cuales tiene muchos testimonios. Dice llegar al hospital porque su situación era ya muy complicada, de otra forma seguiría con su vida habitual.

- ✓ Costumbres y creencias acerca de las situaciones de transición en la vida como nacimiento, enfermedad y muerte.

Explica que a la muerte hay que tenerle miedo y tratar de evitarla, por eso hay que cuidarse cuando uno anda en la calle y en el trabajo. La enfermedad sólo es pasajera y nada se llevará cuando se muera, de tal forma no es buena la opulencia.

5.3 FASE DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- Dx.1. Alto riesgo "de huida" de la salud, al no cumplir con el tratamiento poshiperglucémico, manifestado por el antecedente de abandono al tratamiento anterior. (Código NANDA:00079)
- Dx.2. Vulnerabilidad de salud, resultado del elevado grado de marginación económica en el cual ha desarrollado su forma y estilo de vida, aunado a su limitada preparación escolar. (Código NANDA:00055)
- Dx.3. Confusión cognoscitiva respecto a la enfermedad, atribuyéndole significados completamente diferentes, los cuales condicionan su conducta personal e interfieren en su vida cotidiana. (Código NANDA:00126)
- Dx.4. Desconocimiento total de las posibilidades de salud comunitaria que le brindan las instituciones sanitarias, que ayudan a llevar un control de las enfermedades crónicas degenerativas. (Código NANDA:00099)
- Dx.5. Limitada comunicación familiar acerca de su padecimiento actual, sus alternativas de tratamiento y estabilidad dentro del hogar, manifestado por el "rol social" que predomina en sus creencias, valores y costumbres. (Código NANDA:00073)
- Dx.6. Confusión respecto al ciclo para la vida natural, manifestado por el agradecimiento a la doctrina

religiosa por las oportunidades que le brindan para vivir. (Código NANDA:00072)

- Dx.7. Potencia riesgo de sufrir lesiones ante situaciones peligrosas relacionado con padecimiento actual y los posibles percances de su oficio laboral. (Código NANDA:00035)

5.4 FASE DE PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Dx.1. Alto riesgo "de huida" de la salud, al no cumplir con el tratamiento poshiperglucémico, manifestado por el antecedente de abandono al tratamiento anterior.

Objetivo:

Prevenir que se produzca el abandono terapéutico para lograr una respuesta satisfactoria ante la misma, por medio del cumplimiento de las prescripciones y los sistemas de autocuidado.

Actividades de Enfermería:

1. Explicar los riesgos que conlleva el abandono del tratamiento pos-hospitalario.
2. Elaborar un programa de salud para diabéticos que contenga: dieta, ejercicio, cuidado de la piel, medicamentos y cuidado de los ojos.

- Dx.2. Vulnerabilidad de salud, resultado del elevado grado de marginación económica en el cual ha desarrollado su forma y estilo de vida, aunado a su limitada preparación escolar.

Objetivo:

Partir del estilo de vida, situación económica y grado académico, para explicar la posibilidad de reducir el riesgo de otra enfermedad y complicaciones por la Diabetes.

Actividades de Enfermería:

1. Explicar la tendencia social de salud en cuestión de desigualdad y el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.
- Dx.3.** Confusión cognoscitiva respecto a la enfermedad, atribuyéndole significados completamente diferentes, los cuales condicionan su conducta personal e interfieren en su vida cotidiana.

Objetivo:

Explicar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar revelando las limitaciones que produce el padecimiento actual y modifican sus hábitos de conducta.

Actividades de Enfermería:

1. Explicar la importancia de la Diabetes Mellitus tipo II.
 2. Esclarecer confusiones acerca de la Diabetes Mellitus tipo II.
 3. Explicar los posibles cambios que genera el padecimiento al estilo de vida.
 4. Reafirmar el sentido crónico degenerativo de la Diabetes con posibilidad de estabilidad.
- Dx.4.** Desconocimiento total de las posibilidades de salud comunitaria que le brindan las instituciones sanitarias, que ayudan a llevar un control de las enfermedades crónicas degenerativas.

Objetivo:

Proporcionar orientación respecto a la Atención Primaria a la Salud, mediante los recursos que brinda el Sistema Nacional de Salud en sus servicios a diferentes niveles socioeconómicos.

Actividades de Enfermería:

1. Mostrar las alternativas de atención primaria a la salud en su comunidad.
2. Explicar la existencia de grupos de apoyo con padecimientos crónicos degenerativos.

Dx.5. Limitada comunicación familiar acerca de su padecimiento actual, sus alternativas de tratamiento y estabilidad dentro del hogar, manifestado por el "rol social" que predomina en sus creencias, valores y costumbres.

Objetivo:

Promover una mayor comunicación familiar, con la finalidad de aliviar tensiones y lograr que funcione ésta como principal soporte social y planificador de los cambios en la vida cotidiana del paciente.

Actividades de Enfermería:

1. Explicar la importancia de la comunicación familiar y los valores que subyacen, sin modificar sus creencias y costumbres.

Dx.6. Confusión respecto al ciclo para la vida natural, manifestado por el agradecimiento a la doctrina religiosa por las oportunidades que le brindan para vivir.

Objetivo:

Esclarecer los procesos de la vida natural y acercarlo a los actuales métodos clínicos que aumentan la esperanza de bienestar.

Actividades de Enfermería:

1. Explicar el proceso de vida que forma y modifica al ser humano.

2. Explicar la importancia de la vida en sociedad y sus condiciones.
 3. Mostrar los beneficios de los actuales métodos de salud que propician una longevidad tranquila.
- Dx.7.** Potencia riesgo de sufrir lesiones ante situaciones peligrosas relacionado con padecimiento actual y los posibles percances de su oficio laboral.

Objetivo:

Orientar sobre los factores de riesgo más frecuentes que propician una mayor probabilidad de lesiones y vulnerabilidad a contraer infecciones.

Actividades de Enfermería:

1. Explicar cuales las posibles causas de sufrir lesiones.
2. Fomentar la prevención de riesgos laborales.

5.5 FASE DE EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA.

Diagnostico:

Dx.1. Alto riesgo "de huida" de la salud, al no cumplir con el tratamiento poshiperglucémico, manifestado por el antecedente de abandono al tratamiento anterior.

Acciones de Enfermería.

Para este tercer diagnostico, se explicó al paciente que los tratamientos farmacológicos ejercen una función de regulación metabólica para evitar yatrogénias. Así que los enfermos al percibir los efectos indeseables cambian la concepción de la enfermedad, seleccionando los síntomas que le parecen relevantes para estructurar una explicación de acuerdo a sus propios esquemas conceptuales. El paciente ve transformada la concepción que tiene sobre la enfermedad por los cambios originados al aplicarse el tratamiento médico. Esto condiciona en gran parte la evolución clínica

de la enfermedad y las respuestas del paciente ante la misma. En el seguimiento de los tratamientos es frecuente el incumplimiento total o parcial de las prescripciones terapéuticas en su vertiente curativa como preventiva, este gira entorno a un sistema de comunicación afectivo, elemento necesario aunque no suficiente, para asegurar que el paciente recuerde todas las directrices pautadas por los profesionales de salud. Aunado a esto, se encuentra el tono emocional de la interacción con el grado de motivación para el cumplimiento, ya que es un tanto menos probable que el paciente cumpla el régimen terapéutico cuanto más se caractericen las interacciones por un tono emocional negativo.

Por otra parte, se mencionó la complejidad del tratamiento, la dosificación, la duración, la presencia de efectos secundarios, las creencias acerca de la enfermedad, la motivación general de salud de la persona; así como estudios que establecen una relación positiva entre estimación subjetiva de la persona, de su vulnerabilidad personal y el cumplimiento de las prescripciones; y otros que establecen una relación significativa entre la gravedad de la enfermedad "percibida por el paciente" y los niveles de cumplimiento.

También, se elaboró un programa de seis pasos para sobrevivir a la diabetes, que incluye:

1. **Consume Comida Saludable:** el plan de alimentación es importante en terapia, considerando que el consumo de alimentos altos en grasas afectan el peso, el nivel de azúcar en la sangre y su sistema cardiovascular. Es recomendable preferir leguminosas como el frijol, lentejas, habas, garbanzo, soya, chícharos, etc., frutas

como la manzana, durazno, pera con cáscara, naranja, los verduras como la zanahoria, brócoli, nopales, ejotes, y cereales integrales como el salvado, avena, trigo, centeno.. En su mayoría, son alimentos que el paciente conoce como efectivos para mantener los niveles de azúcar en la sangre equilibrado y al alcance de sus posibilidades. Además se le menciono lo alimentos que afectan el nivel de azúcar en la sangre, como las carnes frías y carne con piel, mantequilla, margarina, gorditas, tortillas de harina, chicharrones, barbacoa, chorizo, tocino, quesos procesados, por la gran cantidad de grasa saturadas que contienen.

2. **Ejercítate.** Hacer ejercicio es primordial para controlar el azúcar, lo cual se complementa de una alimentación equilibrada. Al hacer ejercicio, se quema más rápido calorías que el estar en reposo, se mejora la y el bienestar integral. Para iniciar un programa de ejercicio la glucosa en sangre será menor a 250 mg/dl, para prevenir la hipoglicemia, hacer ejercicio cuanto la actividad insulínica no este al máximo. Es decir, los hipoglucemiantes orales cuyo mecanismo de acción es liberar insulina de los islotes de Langerhans tienen una concentración máxima de acción, los de acción corta comienza a funcionar a los 30 minutos, el pico máximo tiene lugar entre 2 y 4 horas después del comienzo, y la duración oscila entre 4 y 8 horas; los de acción intermedia tiene un comienzo entre las 2 y las 6 horas, un pico máximo que tiene lugar entre 4 y 14 horas tras el comienzo, y dura entre 14 y 20 horas; y los de acción prolongada tiene un comienzo de 6 a 14 horas, el pico máximo es muy débil y tiene lugar entre 10 y 16 horas,

la duración es de entre 20 y 24 horas. Si se hace ejercicio, deben aumentar su consumo de líquidos.

3. **Realiza tu examen de azúcar en sangre:** Decidir a ciegas si el nivel de azúcar en la sangre está bien sólo por el hecho de sentirte bien es un riesgo en el control de la diabetes. La mejor manera de saberlo es por medio de un examen de sangre que señale el nivel de azúcar que hay en esta. Esto lo puede consultar en los centros de atención antes mencionados, ya que ajustará al plan de alimentación junto con el medicamento (en caso de ser necesario) y ejercicio, y juntos deberán decidir dónde y qué tan frecuente realizar el examen de azúcar en la sangre.
4. **Toma tu medicamento correctamente:** se le hizo ver al pacientes que como el tiene diabetes no insulino-dependiente responden de manera apropiada a la dieta y medicamentos hipoglucemiantes orales. Estos ayudan a que los azúcares obtenidos a partir del alimento que se ingiere lleguen a las células del organismo para suministrar energía, es decir, permite disponer a las células del aporte necesario de glucosa para los procesos de síntesis con gasto de energía manteniendo su concentración regular en la sangre. La glibenclamida se absorbe bien por vía oral, su vida media es de 7 horas, se metaboliza en el hígado, su excreción es por orina y bilis eliminándose totalmente 45 a 72 horas después de su administración. Por lo tanto siempre debe seguir las instrucciones que el equipo de salud haya indicado sobre el medicamento prescrito.
5. **Cuidados de la piel:** se le explicó que las personas con diabetes son propensas a tener problemas en la piel

debido al daño de los vasos sanguíneos, cambia la sensibilidad los traumatismos y una lesión podría pasar inadvertida hasta que se desarrolle una infección grave. Además, la diabetes también altera el sistema inmune al disminuir la capacidad del cuerpo para luchar contra las infecciones y progresar rápidamente ocasionando la muerte de la piel y otros tejidos (necrosis). Los problemas comunes son en los "pies" causando el "pie diabético", que son infecciones desarrolladas aunado a una mala circulación de los vasos sanguíneos, lo que hace necesaria la amputación de la extremidad afectada. Se pueden prevenir en parte con un mejor control de los niveles de azúcar en la sangre y adoptar una rutina diaria de siguiente manera:

- a) Revisar los pies todos los días.
- b) Lavar y secar muy bien los pies y pliegues interdigitales todos los días, buscar la aparición de úlceras, áreas enrojecidas, ampollas y uñas enterradas.
- c) Usar zapatos que le queden bien, nunca usar zapatos sin calcetines ni caminar descalzo.
- d) Si aparece una grieta en la piel que tarde en sanar, acudir al centro de atención.
- e) Inspeccionar el empeine, la planta del pie, los talones y entre los dedos.
- f) Evitar el contacto con el pavimento o con la arena caliente.
- g) Proteger los pies con zapatos cómodos, que ajusten adecuadamente.
- h) Las uñas se deben cortar en línea recta, ya que las uñas curvas son más propensas a encarnarse.

i) Dejar de fumar, debido a que disminuye el flujo sanguíneo a los pies.

j) Si presenta una infección en la piel, vigilar con más frecuencia su nivel de glucosa en la sangre.

6. **El cuidado de los ojos:** se le explico que al inicio de la diabetes los pacientes solo presentan los síntomas clásicos de la enfermedad, pero al pasar de los años, y sobretodo si no lleva un adecuado tratamiento, empezará a notar que ya no puede ver igual que antes. Sus ojos comenzarán a verse afectados por los cambios en la composición de la sangre, al aumentar los niveles de glucosa, con ello se incrementarán en el líquido del interior del cristalino, y su poder óptico (poder de refracción) también cambia. Esto lo nota el paciente al empezar a ver borroso y con manchas que flotan, lo que antes podía ver bien. También se ve afectado los vasos sanguíneos y los vasos retinianos que comienzan a dañarse y obstruirse, por lo que ya no podrán llevar los nutrientes como el oxígeno y la glucosa a la retina. Como es lógico suponer, este daño va avanzando paulatinamente hasta que llega a la ceguera.

Para disminuir los riesgos de ceguera es necesario:

- ✓ Controlar el nivel azúcar en la sangre, presión arterial y nivel colesterol.
- ✓ Ejercicio regular.
- ✓ Visite a su doctor de familia regularmente.
- ✓ Deje de fumar
- ✓ Evite el alcohol.

Diagnostico.

Dx.2. Vulnerabilidad de salud, resultado del elevado grado de marginación económica en el cual ha desarrollado su forma y estilo de vida, aunado a su limitada preparación escolar.

Acciones de Enfermería.

En lo que se refiere a este segundo diagnostico, se explico al paciente como primera intención, acerca de la tendencia social en cuestión de desigualdad que aqueja a nuestro país. Se le hizo saber que el desigual desarrollo humano de grupos y regiones, y la persistencia de estructuras de oportunidad marcadamente difíciles, contribuyen a explicar la existencia de profundos contrastes demográficos. Por ejemplo, que las insuficiencias y desigualdades del desarrollo al restringir las capacidades, opciones y oportunidades de los individuos, delimitar el espacio social y acotar el entretejido de redes de pertenencia tienden a ejercer una profunda influencia en el comportamiento demográfico de grupos y personas. Por tanto, un débil desarrollo humano suele ir acompañado de elevados niveles de mortalidad, de una edad temprana al momento tanto de contraer matrimonio y de tener el primer hijo. Las familias que padecen privaciones y carencias, no logran realizar en su etapa de expansión inversiones en capital humano. Esto contribuye a propiciar que los hijos e hijas al llegar a la edad adulta carezcan de competencias y se vean atrapados, al igual que los padres, en una red de desventajas múltiples de la cual resulta muy difícil escapar. En estos contextos sociales, la pobreza y el rezago demográfico se entrelazan, dando lugar a una

circularidad perversa que propicia la transmisión en otras generaciones de las situaciones de privación y carencias.

En este sentido, puede decirse que las diferentes expresiones del rezago demográfico constituyen una clara manifestación de desventaja social y, simultáneamente, son un eslabón de la compleja cadena de factores que tienden a perpetuar esta situación y a reproducirla de una generación a la siguiente. Por lo tanto, resulta imprescindible romper este círculo perverso mediante la ampliación de las capacidades y opciones de las personas y el ejercicio pleno de sus libertades y derechos.

Se explicó que junto a la desventaja social se ve reflejada la enfermedad, como la diabetes y los malestares cardiovasculares, que se han convertido en uno de los mayores problemas en todas las sociedades. La pobreza, el rezago en la educación y la falta de servicios de salud, contribuyen en gran parte a la incidencia de enfermedades no transmisibles casi a la par del SIDA, la tuberculosis y la malaria. Es así, como todas ellas retrasan el desarrollo y ayudan a perpetuar el ciclo de la pobreza.

Posteriormente se le hizo saber del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el cual contempla un programa de acción para la prevención y control de la diabetes, la cual es decretada como derecho y beneficio para el paciente diabético*. Este programa contempla grupos de apoyo a diabéticos, unidades de control y sistemas de prevención. Dentro de las unidades de control se tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad

* Programa Nacional de Salud 2001-2006, publicado en Diciembre del 2001.

o por sus complicaciones. En ella los individuos identificados con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud que tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico, conforme a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. Para este propósito, la visita inicial deberá registrar los datos de una historia clínica debidamente elaborada; y en visitas subsecuentes se registrará la información subsecuente. El plan de manejo incluye el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones. Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente para su consecución.

Así mismo se le hizo saber de la instancia mas cercana a estos beneficios, el cual es un Centro de Salud ubicado en Tlamaple No. 44, en el barrio de Santa Inés, Xochimilco. El cual cuenta con un servicio de apoyo para pacientes diabéticos o también llamados Círculos de Apoyo (clubs de enfermedades) que constituyen una estrategia de promoción de la salud para la educación del paciente y sus familiares, realizada por un grupo multidisciplinario de especialistas en áreas de padecimientos crónicos degenerativos para anticipar el riesgo y limitar el daño.

Estos son: Círculos de diabetes, hipertensión, obesidad, de la mujer, del adolescente y de salud mental familiar.

Diagnostico.

Dx.3. Confusión cognoscitiva respecto a la enfermedad, atribuyéndole significados completamente diferentes, los cuales condicionan su conducta personal e interfieren en su vida cotidiana.

Acciones de Enfermería.

Las acciones en este primer diagnóstico, fueron explicar al paciente que la Diabetes es una enfermedad silenciosa caracterizada por hiperglucemia, o aumento de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre. Esto resulta de la secreción reducida o ineficaz de la insulina necesaria para metabolizar los azúcares ingeridas. Como es una enfermedad que aún no tiene cura. Las causas de origen de este trastorno aún son desconocidas, aún cuando la herencia la alimentación ricas en harinas y azúcares propician la enfermedad con más frecuencia si algún miembro directo de su familia es diabético.

Mediante un esquema de los síntomas se explico los de tipo inmediato como la falta de energía (cansado y sin fuerza) al no tener glucosa que le de energía, los órganos pierden fuerza y le piden al organismo que cubra sus necesidades energéticas, por lo que el enfermo come sin saciar su hambre y sin responder a la demanda de su organismo y al mismo tiempo otra consecuencia es la perdida de peso. El adelgazamiento se produce porque el organismo roba del tejido adiposo (las grasas almacenadas) para poder compensar así su falta de glucosa .En ese proceso el riñón sufre las consecuencias ya que este órgano es el filtro

natural del organismo, y también el medio por el cual la sangre se purifica al eliminarle las sustancias tóxicas. En el caso de la diabetes, cuando el riñón detecta en la sangre elevaciones importantes de azúcares, el organismo los expulsa por medio de la orina para compensar y orinan con mayor frecuencia padeciendo de mucha sed. Sin embargo, este mecanismo se convierte en un círculo vicioso, porque entre más azúcar deseche un organismo más agua perderá. Si las personas no son tratados desde su inicio, los síntomas se incrementarán al grado de conducir a estados de deshidratación severa, elevación de la glucosa y llegar al coma. Los síntomas tardíos como la disminución visual, trastornos digestivos y de ritmo cardiaco, ardor en las extremidades inferiores y disfunción eréctil al no tratarse a tiempo conllevan a severas complicaciones y, finalmente a la muerte.

Aunado a esto se le mencionó que todas estas complicaciones son irreversibles y se presentan en los diabéticos progresivamente hasta instalarse definitivamente. Además, el proceso lento y silencioso en un principio con el transcurso de los años son mortales.

Por otra parte se le explico que la Diabetes Mellitus produce conductas transgresoras, ya que los olvidos, los accidentes hipoglucémicos y el ocultamiento de la enfermedad constituyen indicios reveladores de la intolerancia en aceptar los cambios y las limitaciones que la enfermedad impone. Se le mencionó que en esta enfermedad, la imagen del propio cuerpo se ve afectada y vulnerada la autoestima en la medida en que el cuerpo aparece con una falla irreversible, falla que suele ser vivida con efectos y vivencias disociadas, no expresadas y

mudos diálogos internos que se erigen en verdaderos obstáculos en la incorporación de la información. Por tanto esta es la razón que impide a un importante número de pacientes apropiarse del saber sobre "su diabetes" y modificar sus hábitos de conducta al comprometerse con el cuidado de su salud.

Sobre la misma explicación se le mencionó que la dificultad mayor es aceptar que el cuerpo ha fallado y requiere de apoyo terapéutico como la insulina y al mismo tiempo responder al individuo la duda sobre el tratamiento por el cual se pregunta el individuo: *"Yo antes de enfermarme era el primero en todo, el mejor en el trabajo...., y partir del primer día que me puse la inyección me sentí inferior a los demás"*; de tal forma que el trabajo cotidiano, que día a día no cesa en recordarles la existencia de esa falla hacen cuestionarse: *"paso días sin medirme el azúcar, me da bronca tener que pincharme, bastante tengo ya con la insulina..."*; y el resultado es la renuncia al aprendizaje de medidas terapéuticas para su supervivencia. Entran en un estado de duelo por la función perdida y la imposición inmediata a un cambio en los hábitos cotidianos. Cambio definitivo que requiere esfuerzo y atención. En muchos casos la enfermedad es sentida como algo extraño a sí mismo, no se la reconoce como propia, se actúa como si no existiera, y la gente refiere *"Yo no me cuido, no tengo la sensación de que yo intervengo, como que no soy yo el que tiene diabetes, me controlo porque el médico me dice, pero me olvido"*.

Se aclaró que en la mayoría de los casos, los obstáculos en aceptar la enfermedad como propia, es el fantasma de las complicaciones. Complicaciones como la

discapacidad por invalidez debido a la ceguera entre otras muchas, que se viven como irremediables. Mito más asociado a la diabetes y profundamente arraigado en lo imaginario. Este fantasma subyace de manera inconsciente. Entonces negar la enfermedad es un modo de evitar enfrentar sufrimiento ante lo ineludible.

Se le explico que las personas tiene diferentes conductas frente a la diabetes, desde el estilo introvertido, donde suele ser aparentemente tranquilo y poco comunicativo, con pocas relaciones interpersonales, mostrar poco interés por sus problemas, siendo difícil hacerles tomar medidas para cuidarse. En el estilo cognitivo de minimización de los problemas, tienden a pasar por alto las implicaciones potenciales de la enfermedad y se muestran indiferentes a los procedimientos del cuidado de la salud. Son pacientes tímidos, inseguros, sensibles a las criticas, con tendencia a sentirse rechazados y a interesarse en exceso por lo que los demás piensan de ellos. Suelen ver la enfermedad como un castigo el cual es esperado y sentido como justo, lo que les lleva a pensamientos fatalistas hacia la enfermedad.

Diagnostico.

Dx.4. Desconocimiento total de las posibilidades de salud comunitaria que le brindan las instituciones sanitarias, que ayudan a llevar un control de las enfermedades crónicas degenerativas.

Acciones de Enfermería.

Para esté cuarto diagnostico, se explicó al paciente que en México, el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración publica,

tanto federal como local, y las personas físicas como morales de los sectores sociales y privado prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acción, tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de salud. De tal forma, que el sistema Nacional de Salud tienen como función principal proporcionar atención sanitaria y de Enfermería a individuos, familias, grupos y comunidades con base en las necesidades identificadas de la población. La atención incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como el tratamiento de las enfermedades comunes y la rehabilitación una vez que ha pasado la fase aguda. Además, la Enfermería colabora en el seguimiento de la atención en las enfermedades crónico degenerativas. Los programas tienen como meta extender la atención de la salud y las actividades de promoción de salud a las comunidades mas necesitadas, ajustan sus enfoques y sus servicios a diferentes culturas y niveles socioeconómicos, adoptando las políticas y los procedimientos a los valores y costumbres de la comunidad. Para ello la enfermería trabaja en estrecha colaboración con quienes ejercen otra forma de tratamiento para reforzar el vínculo entre los sistemas de salud tradicionales y oficiales.

Se planteó la asistencia en los servicios de Atención Primaria a la Salud, con capacidad de actuar sobre las causas primarias o primeras de la buena salud y la enfermedad, con un enfoque local y comunitaria, donde el objetivo principal es anticiparse al riesgo y limitar el daño, con énfasis en la prevención, considerando como base del sistema a la medicina familiar preventiva y comunitaria, a fin de privilegiar la promoción de la salud,

atención del menor, la mujer, familia y al adulto mayor, mediante la implantación de estrategias que atiendan las enfermedades con enfoque local y regional. Que el ISSSTE del cual recibe el servicio de salud, cuenta además con Modelo Integral de Salud Familiar Preventivo, que representa el primer nivel de contacto con individuos, familias y comunidades, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde reside, trabaja y se enferman las personas; por ello, constituye el elemento fundamental de la asistencia sanitaria. Presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación básica necesarios para resolverlos y canaliza a los pacientes a otras unidades de mayor capacidad para su atención especializada y hospitalaria. Pero que sus actividades básicas son educar sobre los principales problemas de salud, promover el manejo sanitario de alimentos y del agua, así como asegurar una nutrición adecuada, saneamiento básico, asistencia materno infantil, planificación familiar, salud bucal y vacunas; al igual que prevenir y derrotar las enfermedades endémicas locales, ofrecer el tratamiento apropiado para padecimientos y traumatismos comunes, y suministrar medicamentos.

Se le explico, que por otra parte la Salud Comunitaria realiza acciones de atención preventiva a través de unidades específicas en centros de trabajo, escuelas, guarderías y unidades habitacionales donde las personas conviven cotidianamente y adquieren las enfermedades, auxiliándose de elementos educativos que tienen un sentido humanista. Se contemplan acciones médicas multidisciplinarias de protección específica, fomento a la salud, detección de enfermedades, educación para la salud,

vacunación e hidratación oral intra y extramuros en la comunidad, las escuelas y centros de trabajo.

Diagnostico.

Dx.5. Limitada comunicación familiar acerca de su padecimiento actual, sus alternativas de tratamiento y estabilidad dentro del hogar, manifestado por el "rol social" que predomina en sus creencias, valores y costumbres.

Acciones de Enfermería.

En este quinto diagnostico, se le hizo saber al paciente, que la familia es su principal soporte social en la cual se forman múltiples conductas y procesos. Esto incluye la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de por medio de la interacción personal con los miembros de ella, manteniendo la coherencia de su estructura por medio de mecanismos equilibrados, esto es: cuando un individuo enferma provoca el despliegue de una variedad de mecanismos habituales de resolución, los cuales permite superar la situación de manera similar a ocasiones anteriores.

Alrededor de la familia se mueven todos los individuos, ya que es el primero contacto donde se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc. La familia es un agente socializador, transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad y es el grupo primario, ya que en los primeros años de nuestra vida establecemos contacto e intensos lazos con un grupo reducido de personas, sin la (cual sería imposible sobrevivir. La pertenencia a dicho grupo viene determinada de manera involuntaria, por el hecho de haber nacido en el seno de

una familia u otra es considerada como institución junto con la religión que son las únicas instituciones desarrolladas universalmente en todas las sociedades. Por lo tanto, una persona que enferma no se enfrenta sola a su enfermedad, ya que quienes lo rodean, actúan por medio de valores o tradiciones para proporcionar conocimientos y confianza y así resolver los problemas en ciertas formas aceptables. La familia como soporte social ayuda a aliviar las tensiones y solucionar el problema por medio de una acción real, de manera que siga siendo el individuo miembro aceptable de su grupo.

En cuestión de su padecimiento lo dinámico de la diabetes mellitus tipo II ejerce influencia y es influida por el ámbito familiar. Casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás. Las limitaciones que sufre un enfermo diabético requieren del apoyo de la familia, para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. La existencia de un patrón familiar condiciona que los papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario.

Las limitaciones del paciente diabético requieren del apoyo de la familia para superar una serie de barreras en su tratamiento, sin embargo se consideran como una responsabilidad individual.

Diagnostico.

Dx.6. Confusión respecto al ciclo para la vida natural, manifestado por el agradecimiento a la doctrina religiosa por las oportunidades que le brindan para vivir.

Acciones de Enfermería.

Para este sexto diagnostico, se inicio con una breve explicación sobre la forma de entender la enfermedad, comentándole que desde tiempos remotos el conocimiento de la enfermedad ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno. Pero la transición demográfica ha contribuido a modificar el escenario en que se desenvuelven las familias y los individuos, provocando importantes cambios en el tamaño y composición de los hogares, en la estructura del curso de vida y en las relaciones de género. El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado una ampliación del "tiempo familiar", propiciando que en los hogares a menudo convivan personas que pertenecen a tres o hasta cuatro generaciones. Este mismo hecho ha propiciado una ampliación del marco de certidumbre de las personas y a favorecer actitudes y prácticas de previsión y planeación de los eventos del curso de vida, aunque esta característica se ha desarrollado de manera desigual en los distintos grupos sociales y regiones del país.

Despertar todos los días sabiendo que tendrá que cuidar la dieta (aunque sea su cumpleaños); que tendrá que destinar un tiempo del día al ejercicio; que tendrá que aplicarse la insulina o tomar sus medicamentos; que tendrá que vigilar su fondo de ojo asistiendo a la consulta con el oftalmólogo; que pronto le tocará el control de glucosa,

colesterol, triglicéridos, química sanguínea y general de orina; que ante cualquier síntoma extraño deberá consultar a su médico, etcétera, vuelve a una persona muy susceptible de deprimirse o de tomar la decisión de olvidarlo todo y volver a su rutina anterior, sin importarle más que el "vivir hoy y de algo nos tenemos que morir", como actitud adoptada por un gran número de pacientes. Cuando la vida cotidiana gira alrededor de una enfermedad, la vida es en sí una vida enfocada a mantener niveles óptimos de salud. Cuando la vida gira alrededor de la vida, se olvidan muy pronto de que lo son y se convierten en un modelo ejemplar a seguir, disfrutando de salud en ese momento y en todos los posibles.

Diagnostico.

Dx.7. Potencia riesgo de sufrir lesiones ante situaciones peligrosas relacionado con padecimiento actual y los posibles percances de su oficio laboral.

Acciones de Enfermería.

Para este ultimo diagnostico se le hizo saber al paciente que existen ciertas características del ambiente de trabajo que se han asociado con lesiones, y estas incluyen:

a) *La Postura*, que es la posición que el cuerpo adopta al desempeñar un trabajo. La postura agachada se asocia con un aumento de riesgo de lesiones. Generalmente se considera que más de una articulación que se desvía de la posición neutral produce altos riesgos de lesiones. Las lesiones de la muñeca se producen por la posición de extensión y flexión; del hombro por abducción o flexión mayor de 60 grados que se mantiene por mas de una hora por día y se relaciona con dolor agudo de cuello. Las manos arriba o a

la altura del hombro se relacionan con tendinitis y varias patologías del hombro. Las lesiones de la columna cervical, aparecen con una posición de flexión de 30 grados toma 300 minutos para producir síntomas de dolor agudo, con una lesión de 60 grados toma 120 minutos para producir los mismos síntomas. La extensión con el brazo levantado se ha relacionado con dolor y adormecimiento del cuello-hombro, el dolor en los músculos de los hombros disminuye el movimiento del cuello. La postura puede ser el resultado de los métodos de trabajo (agacharse y girar para levantar una caja, doblar la muñeca para ensamblar una parte) o las dimensiones del puesto de trabajo (arrodillarse en un espacio confinado).

b) *La Fuerza*, se ve reflejada en las tareas que requieren fuerza. Se han asociado grandes fuerzas con riesgo de lesiones en el hombro y cuello, la espalda baja y el antebrazo, muñeca y mano. Existen cinco condiciones de riesgo agregadas con la fuerza. Estos no son riesgos rudimentarios, son condiciones del puesto de trabajo que representan una combinación de factores de riesgo con componentes significativos. La apariencia común en el puesto de trabajo y la fuerte asociación con la lesión se ve en: "La Fuerza Estática" que se ha definido como el desempeño de una tarea en una posición postural durante un tiempo largo. El grado de riesgo es la proporción combinada de la magnitud y la resistencia externa, lo difícil de la postura es el tiempo y la duración. "El Agarre" que es la formación de la mano a un objeto acompañado de la aplicación de una fuerza para manipularlo, por lo tanto, es la combinación de una fuerza con una posición. El agarre se aplica a herramientas, partes y objetos en el puesto de

trabajo durante el desempeño de una tarea. Para generar una fuerza específica, el agarre fino con los dedos requiere de mayor fuerza muscular, que un agarre potente (objeto en la palma de la mano), por lo tanto, un agarre con los dedos tiene mayor riesgo de provocar lesiones. "El Trauma por Contacto" que se genera al tener contacto entre el cuerpo y el objeto externo como ocurre en el antebrazo contra el filo del área de trabajo o por golpes de la mano contra un objeto. "Tiempo de Recuperación" que es la cuantificación del tiempo de descanso, desempeñando una actividad de bajo estrés o una actividad que haga otra parte del cuerpo descansada, las pausas cortas de trabajo tienden a reducir la fatiga percibida y periodos de descanso entre fuerzas que tienden a reducir el desempeño, el tiempo de recuperación necesario para reducir el riesgo de lesión aumenta con la duración de los factores de riesgo. El tiempo de recuperación mínimo específico no se ha establecido. "Fuerza Dinámica" donde el sistema cardiovascular provee de oxígeno y metabolitos al tejido muscular. La respuesta del cuerpo es aumentando la frecuencia respiratoria y cardiaca. Cuando las demandas musculares de metabolitos no se satisface o cuando la necesidad de energía excede al consumo se produce ácido láctico, produciendo fatiga. Si esto ocurre en un área del cuerpo (músculos del hombro por repeticiones durante largos periodos de abducción), la fatiga se localiza y caracteriza por cansancio e inflamación, si ocurre a nivel general del cuerpo (por acarreo pesado, carga, subir escaleras) se produce fatiga en todo el cuerpo y puede producir un accidente cardiovascular.

c) *El Calor*, este es generado extensamente de la temperatura ambiental e internamente del metabolismo del cuerpo. El calor excesivo puede causar choque, una condición que puede poner en peligro la vida resultando en un daño irreversible. Una condición menos seria asociada con el calor excesivo que incluye fatiga, calambres y alteraciones relacionadas por golpe de calor, por ejemplo, deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, pérdida de la capacidad física y mental durante el trabajo.

d) *El Frío*, que es la exposición del cuerpo al frío. Los síntomas sistémicos que el trabajador puede presentar cuando se expone al frío incluyen estremecimiento, pérdida de la conciencia, dolor agudo, pupilas dilatadas y fibrilación ventricular. El frío puede reducir la fuerza de agarre con los dedos y la pérdida de la coordinación.

Por ultimo se explico que otros riesgos de trabajo incluyen: estrés, monotonía, organización del trabajo, carga de trabajo, horas de trabajo (carga, horas extras), resbalones y caídas, fuego, exposición eléctrica, exposición química y exposiciones biológicas. En esta ultima se le hizo saber al paciente que los individuos con Diabetes Mellitus, son más vulnerables a contraer infecciones, son muy frecuentes y se propician fácilmente, en muchas ocasiones por un mal control y además son factores muy importantes de descontrol de la enfermedad. Muchas infecciones son más comunes en los pacientes diabéticos y algunas incluso ocurren casi exclusivamente en ellos. Además, algunas de ellas son severas y presentan un riesgo incrementado de complicaciones.

5.6 FASE DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA.

Dx.1. Alto riesgo "de huida" de la salud, al no cumplir con el tratamiento poshiperglucémico, manifestado por el antecedente de abandono al tratamiento anterior.

Objetivo:

Prevenir que se produzca el abandono terapéutico para lograr una respuesta satisfactoria ante la misma, por medio del cumplimiento de las prescripciones y los sistemas de autocuidado.

Respecto ha este tercer diagnóstico se logró el objetivo principal, manifestando el paciente su interés por seguir las instrucciones que el equipo de salud haya indicado sobre el medicamento prescrito, la medición periódica de la glucosa y la obtención de los medicamentos, dice: *"el dejar de tomar el medicamento como anteriormente los hacia, me lleva a tener muchos problemas"*, dice: *"solo es una pastillita diaria antes de desayunar"*. Con el programa de seis pasos para sobrevivir a la diabetes, se logro adaptar acciones de higiene diarias como el baño y aseo bucal; la dieta con alimentos que él conoce como cómo efectivos para mantener los niveles de azúcar en la sangre equilibrado y al alcance de sus posibilidades, la restricción de alimentos que afectan el peso, el nivel de azúcar en la sangre y su sistema cardiovascular los cuales debe evitar. Para el ejercicio menciona ya no tener la edad para realizarlo, pero que su trabajo requiere del esfuerzo necesario para ejercitarse, previniendo la glucosa en sangre menor a 250 mg/dl por que la acción del medicamento comienza entre 6 y 14 horas. Se ha realizado dos controles de azúcar en sangre por muestras de gabinete con resultados menores a 180 mg/dl y tome el medicamento diariamente a las

8:00 a.m. antes de desayunar. Aunado a esto menciona tener mucho cuidado de no sufrir heridas en la piel para prevenir infecciones y el "pie diabético", se revisa los pies todos los días en busca de la aparición de úlceras, áreas enrojecidas, ampollas y uñas enterradas, usa zapatos cómodos y calcetines y no camina descalzo, evitar el contacto con el pavimento o tierra caliente, se corta las uñas de pies y manos en línea recta, además de dejar de fumar. Por último menciona que en este momento no tiene problemas visuales, pero asistirá a un chequeo lo antes posible.

Dx.2. Vulnerabilidad de salud, resultado del elevado grado de marginación económica en el cual ha desarrollado su forma y estilo de vida, aunado a su limitada preparación escolar.

Objetivo:

Partir del estilo de vida, situación económica y grado académico, para explicar la posibilidad de reducir el riesgo de otra enfermedad y complicaciones por la Diabetes.

Para este segundo diagnóstico, se logró el aprendizaje acerca de los derechos hacia la salud que goza como mexicano y la utilidad para reducir el riesgo de otra enfermedad y complicación por la diabetes. El paciente entendió claramente que el supuesto rezago social llamada pobreza, es solo una manifestación más de nuestra forma política nacional, dice: *"que lo peor de ser pobre es vivir como los pobres así como los ignorantes, con enfermedades"*. Aprendió, que las instancias de salud más cercanas a él son para su beneficio, dice: *"no importa cuanto me tarden, me tienen que atender"*. Respecto a los posibles aprendizajes

en el futuro, dice: *"solo quiero saber mas sobre mi enfermedad para enseñarles a mis hijos, nietos y amigos sobre ella y no se enfermen ellos"*.

Dx.3. Confusión cognoscitiva respecto a la enfermedad, atribuyéndole significados completamente diferentes, los cuales condicionan su conducta personal e interfieren en su vida cotidiana.

Objetivo:

Explicar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar revelando las limitaciones que produce el padecimiento actual y modifican sus hábitos de conducta.

Para este primer diagnostico se pudo esclarecer ciertas confusiones respecto la Diabetes Mellitus tipo II alcanzando el objetivo trazado. Con las explicaciones que se brindaron al paciente y las revelaciones de posibles conductas adoptadas, se logró el aprendizaje hacia su enfermedad. Este aprendizaje se ve reflejado en la preocupación y compromiso que asumió respecto a su padecimiento y a su comportamiento, el cual refiere ser de más tolerancia y aceptación, dice: *"no molestarse por situaciones insignificantes y disfrutar los momentos de compañía familiar o de amigos"*. Así mismo, se logró verificar la concientización de la enfermedad en el paciente, ya que él mismo, describió a la Diabetes Mellitus Tipo II como el enemigo silencioso, que avanza lentamente y posteriormente sorprende con consecuencias muy dolorosas, dice: *"que se debe tener respeto a esta enfermedad y mucho cuidado para que no te gane o te mate, hay que cuidarse y mas de viejos"*

Dx. 4. Desconocimiento total de las posibilidades de salud comunitaria que le brindan las instituciones sanitarias, que ayudan a llevar un control de las enfermedades crónicas degenerativas.

Objetivo:

Proporcionar orientación respecto a la Atención Primaria a la Salud, mediante los recursos que brinda el Sistema Nacional de Salud en sus servicios a diferentes niveles socioeconómicos.

En lo que se refiere a las posibilidades de salud comunitaria que le brindan las instituciones sanitarias se logro el objetivo trazado, el paciente mostró su total interés por llevar un control de su padecimiento en el Centro de Salud ubicado en Tlamaple No. 44, en el barrio de Santa Inés, Xochimilco, el cual cuenta con un servicio de apoyo para pacientes diabéticos que representa el primer nivel de contacto con individuos, familias y comunidades, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde reside y trabaja. Visito este Centro de Salud para un chequeo de azúcar en sangre y tiene una cita posterior con la intención de obtener medicamentos y educación para la salud.

Dx. 5. Limitada comunicación familiar acerca de su padecimiento actual, sus alternativas de tratamiento y estabilidad dentro del hogar, manifestado por el "rol social" que predomina en sus creencias, valores y costumbres.

Objetivo:

Promover una mayor comunicación familiar, con la finalidad de aliviar tensiones y lograr que funcione ésta como principal soporte social y

planificador de los cambios en la vida cotidiana del paciente.

Respecto al apoyo de la familia se logro promover la comunicación, aunque el paciente manifiesta que su posición sigue siendo la de "Jefe de familia", pero la preocupación de sus hijos representa para él un gran apoyo, dice: *"ahora, mi familia se toma la molestia de ver si ya me tome el medicamento y lo que cómo"*, refiere que habla con su familia sobre su salud y bienestar sin que le cause molestia alguna, estrechando lazos afectivos que anteriormente no se daban; dice: *"es una bendición, tener a mis hijos y esposa junto a mí, ahora que tengo la diabetes"*. Esto lo menciona ya que no se enfrenta solo a su enfermedad, y quienes lo rodean, actúan por medio de valores o tradiciones para proporcionar conocimientos y confianza y así resolver los problemas en ciertas formas aceptables. La familia le ayuda ha aliviar las tensiones y solucionar el problema por medio de acciones reales, de manera que sigue siendo miembro aceptable de ella.

Dx.6. Confusión respecto al ciclo para la vida natural, manifestado por el agradecimiento a la doctrina religiosa por las oportunidades que le brindan para vivir.

Objetivo:

Esclarecer los procesos de la vida natural y acercarlo a los actuales métodos clínicos que aumentan la esperanza de bienestar.

En lo que respecta a la confusión de ciclo para la vida natural, el paciente continua manifestando el agradecimiento a la doctrina religiosa de la cual es partidario. Pero se logró, que entendiera la diferencia

entre la enfermedad y la "Fé", menciona que "Dios no puede hacerlo todo y necesita apoyo de los doctores". Refiere que la medicina lo a ayudado bastante a combatir su enfermedad, del cual esta sumamente agradecido, dice: "sino fuera por lo doctores y usted que me han ayudado, no se que hubiese sido de mi", dice: "con la ayuda de dios, de mi familia y sus consejos, todo estará bien". Refiere que aun queda mucho tiempo de vida para seguir y vivir tranquilo.

Dx.7. Potencia riesgo de sufrir lesiones ante situaciones peligrosas relacionado con padecimiento actual y los posibles percances de su oficio laboral.

Objetivo:

Orientar sobre los factores de riesgo más frecuentes que propician una mayor probabilidad de lesiones y vulnerabilidad a contraer infecciones.

Para este ultimo diagnostico, el paciente refiere que ha dejado el trabajo de sepulturero por los riesgos de contraer infecciones, pero sigue como remero donde ahora renta sus dos trajineras y en ocasiones trabaja en una de ellas, cuidando de no realizar mucho esfuerzo y con la precaución de no golpearse o causarse heridas.

Los objetivos trazados fueron en su mayoría exitosos, se logro fomentar en el paciente hábitos y conductas saludables con el propósito de mejorar su estilo y calidad de vida, a partir de la detección los problemas y/o necesidades presentes en el aspecto social y cultura; creando un sistema de Enfermería como apoyo para el individuo y su familia, que le permitió establecer acciones especificas de salud a favor de su bienestar, haciendolo participe de su propia salud en su entorno y comunidad.

Cabe mencionar que la actitud del paciente durante las entrevistas fue siempre de cordialidad e interés, lo cual favorecía la educación a la salud. Así, se logro el aspecto principal de la teoría de Madeleine Leininger, *"personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás...., la meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes"*. (Leininger M:1988)

VI. CONCLUSIONES

Como la gran mayoría de lo que se hace en Enfermería, el tema central de este trabajo fue el cuidado, que aunque ha tenido diferentes y numerosos significados en la disciplina, posee como tema común su carácter de interacción con medio social. Pero si se viene indicando el carácter cambiante, pluralista y diverso de nuestra sociedad, dadas las relaciones culturalmente heterogéneas en donde circulan ideas y escenas que aproximan lógicas diferentes, como las del campesino, el ciudadano, el desprotegido, el analfabeta, el desplazado entre otros, se hace necesario considerar la dimensión transcultural para ofrecer un cuidado humanístico, centrado en el bienestar de las personas. De aquí subyace la trascendencia de la Etnoenfermería, punto central de un trabajo centrado en la teoría de Leininger, la cual indica, que así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tienen semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se

Cabe mencionar que la actitud del paciente durante las entrevistas fue siempre de cordialidad e interés, lo cual favorecía la educación a la salud. Así, se logró el aspecto principal de la teoría de Madeleine Leininger, *"personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás...., la meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes"*. (Leininger M:1988)

VI. CONCLUSIONES

Como la gran mayoría de lo que se hace en Enfermería, el tema central de este trabajo fue el cuidado, que aunque ha tenido diferentes y numerosos significados en la disciplina, posee como tema común su carácter de interacción con medio social. Pero si se viene indicando el carácter cambiante, pluralista y diverso de nuestra sociedad, dadas las relaciones culturalmente heterogéneas en donde circulan ideas y escenas que aproximan lógicas diferentes, como las del campesino, el ciudadano, el desprotegido, el analfabeta, el desplazado entre otros, se hace necesario considerar la dimensión transcultural para ofrecer un cuidado humanístico, centrado en el bienestar de las personas. De aquí subyace la trascendencia de la Etnoenfermería, punto central de un trabajo centrado en la teoría de Leininger, la cual indica, que así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tienen semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se

encuentra. Estas diferencias y semejanzas del cuidado cultural deben ser identificadas y comprendidas para que la Enfermería sea eficiente al asistir a las personas de diferentes culturas ofreciendo un cuidado culturalmente congruente.

Además, las investigaciones etnográficas han aportado elementos sustanciales para determinar comportamientos en salud dentro de un grupo, así como las diferencias entre ellos. Este conocimiento capacita a los profesionales de enfermería para que ofrezcan un cuidado cultural congruente y, dejando de lado la postura etnocéntrica, determinen qué prácticas, creencias o valores se pueden preservar, cuáles se pueden negociar o acomodar y cuáles, en casos que ameriten, se deben reestructurar. Así, las decisiones y acciones de cuidado de enfermería serán benéficas y satisfactorias para los pacientes usando intervenciones congruentes, basadas sobre la evaluación de los beneficios y riesgos de creencias, valores y modos de vida.

Madeleine Leininger, en su teoría evidencia claramente el aspecto fenomenológico de la Enfermería, ya que realiza sus investigaciones durante su práctica diaria con cuidados aplicados a niños de diferentes culturas, no obteniendo los resultados esperados y generando una gran preocupación que aproxima al misterio para reflexionar sobre el sistema de valores de cada cultura. Misma reflexión que generó la realización de este trabajo, al identificar en el paciente aquellas prácticas y valores dignas de mantener, promoviendo el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. Teniendo en cuenta que si la creencia o práctica es benéfica o no representa daño se podría preservar, y si por el contrario, ésta puede llegar

a ser un riesgo para la salud o propicia la enfermedad entonces negociar un acuerdo posiblemente apoyando la creencia, pero sugiriendo o reacomodando una práctica más benéfica, tomando una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudando al paciente a sustituir por una práctica más sana, ¡claro!, reconociendo siempre la autonomía y decisión de la persona.

Al terminar este Proceso de Atención de Enfermería, pienso en particular, que una solución para los diferentes problemas de salud, sería la localización de la diversidad en la acción cultural, la practica de la promoción a la salud, experiencias de inmersión intensa en diferentes culturas, educación formal o en educación informal a través de talleres de cuidado transcultural. Incorporar en nuestro quehacer de Enfermería un pensamiento transcultural, que induce a tener conciencia de la complejidad humana, con lo cual no reduciremos un ser a la mínima parte de sí mismo, ni al peor fragmento de su pasado, sino que descubrimos los múltiples aspectos que cada individuo trae en su condición de humano.

VII. SUGERENCIAS

Un Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque teórico de la Universalidad y Diversidad del cuidado cultural, hace reflexionar sobre la importancia de adquirir como profesional de Enfermería una competencia cultural para proveer un cuidado culturalmente congruente y sensitivo, identificando de manera sistemática los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y con el cuidado que los pacientes mismos se realizan. Actualmente se vive una época en que se procura valorar la vida, la naturaleza, la persona integral, las diferentes

a ser un riesgo para la salud o propicia la enfermedad entonces negociar un acuerdo posiblemente apoyando la creencia, pero sugiriendo o reacomodando una práctica más benéfica, tomando una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudando al paciente a sustituir por una práctica más sana, ¡claro!, reconociendo siempre la autonomía y decisión de la persona.

Al terminar este Proceso de Atención de Enfermería, pienso en particular, que una solución para los diferentes problemas de salud, sería la localización de la diversidad en la acción cultural, la practica de la promoción a la salud, experiencias de inmersión intensa en diferentes culturas, educación formal o en educación informal a través de talleres de cuidado transcultural. Incorporar en nuestro quehacer de Enfermería un pensamiento transcultural, que induce a tener conciencia de la complejidad humana, con lo cual no reduciremos un ser a la mínima parte de sí mismo, ni al peor fragmento de su pasado, sino que descubrimos los múltiples aspectos que cada individuo trae en su condición de humano.

VII. SUGERENCIAS

Un Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque teórico de la Universalidad y Diversidad del cuidado cultural, hace reflexionar sobre la importancia de adquirir como profesional de Enfermería una competencia cultural para proveer un cuidado culturalmente congruente y sensitivo, identificando de manera sistemática los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y con el cuidado que los pacientes mismos se realizan. Actualmente se vive una época en que se procura valorar la vida, la naturaleza, la persona integral, las diferentes

culturas, especialmente las de los grupos minoritarios con desigualda social, las causas concretas e inmediatas, la emergencia de la mujer como sujeto social y sexual, la comunicación, el respeto a la individualidad y a la subjetividad, el deseo, lo imaginario y lo irracional. Pero, si los avances tecnológicos y las condiciones económicas, sociales y culturales han creado un clima de cambio para el cuidado de la salud y de la vida, nos volvemos impacientes con las estructuras sociales y políticas de arriba para abajo, estructuras impuestas por la tradición y la autoridad externa, necesitamos articular una nueva visión a partir de lo que la persona individual piensa, siente y obra. En este contexto, el compromiso de la Enfermería hacia lo social, debe contemplar cuidar a la persona, la familia y los grupos, se requiere el conocimiento de la técnica y de los aspectos instrumentales del cuidado. Toda la dinámica social actual contribuye para que las personas, más que en épocas anteriores, contengan una mezcla de tradiciones, valores y sentimientos, que fundidos y cambiantes en el cotidiano, hacen que el cuidado de enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de los sujetos de cuidado; al mismo tiempo debe manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado.

VIII. GLOSARIO.

- ✓ .Hiperinsulinemia: exceso de insulina en el plasma sanguíneo unido a la resistencia a la insulina (ausencia de respuesta tisular a niveles normales de insulina).
- ✓ Absorción: paso de los nutrientes del intestino a la sangre.
- ✓ Alimentación equilibrada: proceso de tomar o dar alimento con un aporte de los distintos nutrientes en proporciones correctas.
- ✓ Ansiedad: sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o peligro.
- ✓ Autoestima: grado de valor y competencia que se atribuye uno a sí mismo.
- ✓ Calorías: unidad utilizada en la obesidad para describir la cantidad de energía, tanto la energía ingerida en forma de alimento como la energía gastada para poder vivir, así como la energía gastada en los distintos esfuerzos físicos.
- ✓ Colesterol: tipo de grasa presente en aceites y grasas animales, ampliamente distribuido por todo el organismo.
- ✓ Contenido nutricional: número y cantidad de nutrientes existentes en el alimento.
- ✓ Control glucémico: regulación de los niveles de azúcar en la sangre dentro de unos límites normales.
- ✓ Depresión: disminución de la actividad funcional vital con alteración de la conducta (tristeza, desesperación).

- ✓ Diabetes mellitus tipo II: modalidad de la diabetes en la que se puede controlar los niveles elevados de glucosa en la sangre mediante dieta o fármacos.
- ✓ Dieta hipocalórica: dieta baja en calorías.
- ✓ Enfermedad metabólica. anomalía del sistema metabólico.
- ✓ Enfermedad: estado anormal de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo.
- ✓ Esperanza de vida: número probable de años que una persona debería vivir a partir de una determinada edad.
- ✓ Estrés: cualquier factor emocional, físico, social o de otro tipo, que requiere respuesta o un cambio en los individuos.
- ✓ Factores de riesgo: factor que hace que una persona o grupo de personas sean especialmente vulnerables a un acontecimiento no deseable, desagradable o insalubre.
- ✓ Hipertensión arterial: tensión arterial elevada.
- ✓ Hipoglucemia: nivel bajo de glucosa (azúcar) en el plasma sanguíneo.
- ✓ Nutrición: es la suma de procesos implicados en la toma de nutrientes, su asimilación y uso.
- ✓ Páncreas: glándula en forma de pez que se dispone transversalmente en la cavidad abdominal, segrega la insulina.
- ✓ Prevención: cualquier acción dirigida a prevenir una enfermedad y a favorecer la salud para evitar la necesidad de asistencia sanitaria.
- ✓ Saciar: sentimiento satisfactorio de plenitud.

- ✓ Salud: estado de bienestar físico, mental y social junto con la ausencia de enfermedad.
- ✓ Sensación de control: sentimiento de autoestima elevado.
- ✓ Servicios: se refiere a los diversos servicios que proponen y realiza los diversos programas.
- ✓ Signos: detalles que observa o averigua el médico de un paciente.
- ✓ Síndrome de abstinencia: síntomas de privación experimentados por una persona debidos a la dependencia química que es privada bruscamente (alcohol, tabaco u otras sustancias de abuso).
- ✓ Síntomas: es lo que describe el paciente o enfermo de su malestar.
- ✓ Sistema metabólico: conjunto de procesos químicos que tienen lugar en los organismos vivos cuyos objetivos son el crecimiento, la generación de energía, la eliminación de desechos y otras funciones corporales relacionados con la distribución de los nutrientes.
- ✓ Terapia multidisciplinar: tratamiento que abarca diferentes puntos de vista.
- ✓ Tolerancia: adaptación de un fármaco o sustancia en los individuos.
- ✓ Tratamiento integral: tratamiento que abarca todos los cambios posibles y permitidos de acción.
- ✓ Tratamiento: asistencia o cuidados proporcionados a un paciente para combatir, mejorar o prevenir la enfermedad, trastorno o lesión.
- ✓ Úlceras. herida cutánea alrededor de una zona de la piel.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. Alafaro-Lefvre, R. *Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía Paso a Paso. 4ª ed, Madrid: Ibérica, 1999.
2. Anderson, M. *Sociología de la familia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
3. Añorve López, R. *Manual de procedimientos básicos de Enfermería*. México: Distribuidora y editorial Mexicana, 1993.
4. Bárbara Dobbs y Rosette. *Vivir el hospital*. España: Roll, 1981.
5. Baraza Cano, Ma. Pilar; Lafuente Robles , Nieves; Granados Alba, Alejandro. *Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almeira*. Enferm Comun, 2005.
6. Brunner Sholtis Lillian. *Enfermería Medico Quirúrgica*. México: Interamericana, 1994.
7. Brunner Sholtis Lillian, *Manual de Enfermería*. México: Interamericana, 1991.
8. Campbell, C. *Tratado de Enfermería*. Diagnósticos y Métodos. 2ª ed. Barcelona: Doyma, 1990.
9. Carpenito, LJ. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. 5ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995.
10. *Diccionario de Terminaciones Medicas*. México: Salvat, 1993.
11. Durkheim Emilio. *Educación y sociología*. Buenos Aires: Schapire, 1974.
12. Farreras Valentín. *Medicina Interna*. España: Mosby, 1994.

13. Fernández, C. **El proceso de atención de enfermería**. Estudio de casos. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
14. Frías Osuna. **Salud pública y educación para la salud**. Barcelona: Masson, 2000.
15. Furbringer Mady., et al. **Hacia un nuevo ethos Pedagógico para el caso de Enfermería**. México: Integración de Enfermería, 2000.
16. Gartley, E. **Pacientes, médicos y enfermedades**. Familia y la atención de la salud y seguridad social. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
17. Gordón, M. **Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación**. 3ª ed, Madrid: Harcourt Brace, 1996.
18. Hennen, BK. **Conducta ante la enfermedad**. Medicina familiar. México: McGraw Hill, 1983.
19. **Información para el Paciente Diabético**. México: Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" Departamento de Educación para la Salud, 1999.
20. Islas Andrade Sergio. **Diabetes Mellitus**. México: Interamericana, 1990.
21. Iyer, PW. **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**. 3ª ed, México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.
22. John, L. Hayman. **Investigación y educación**. España: Paidós Educador, 1981.
23. Lasty Balseiro Almarío. **Investigación en Enfermería**. México: Librería Acuario, 1991.
24. Lawrence, M. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento**. México: Manual Moderno, 2000.
25. Leininger, M. **Enfermería Transcultural. Conceptos, Teorías y Prácticas**. New York: John Wiley & Sons, 1978.

26. Luis Rodrigomt (Eds). **Los Diagnósticos Enfermeros**. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson, 2000.
27. Marriner-Tomey Ann, Raile Alligow. **Modelos y Teorías en Enfermería**. 4ª ed, España Harcourt Brace, 1999.
28. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). **Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 2001-2002**. Madrid: Harcourt Brace, 2001.
29. Nieto Munuera Joaquín. **La Conducta de la Enfermedad**. Universidad de Murcia: Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, 1995.
30. **Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994**. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994.
31. **Programa académico**, guía para el servicio social y opciones de titulación. 4ª ed, México: Revisado por Lic. Carolina Solis Guzmán. ENEO, 2000.
32. Rodríguez Arturo. **La historia Clínica Completa**. México: Manual de Bolsillo, 1988.
33. Rosalinda Alfaro. **Aplicación del Proceso de Enfermería**. España: Doyma, 1988.
34. Secretaría de Salud. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**. La democratización de la Salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, 2001.
35. Tortora, J. **Principios de Anatomía y Fisiología**. México: Hara, 1996.

36. Ugalde, M. *Diagnósticos de Enfermería*. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson, Barcelona, 1995.
37. Valadez & Aldrete, G. *La familia como unidad de autoatención*. México: Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990.
38. Wolf Lewis Luverne. *Fundamentos de Enfermería*. México: Hara, 1988.
39. Wolf Lewis Luverne. *Principios Fundamentales de Enfermería*. México: Prensa Medica, 1982.
40. Alcalá Adolfo. *La praxis andragógica en los adultos de edad avanzada*. España: Iberica, 1996.

X. CRONOGRAMA.

Actividades	Mayo	Junio Julio	Agosto Septiembre	Octubre Noviembre
Elaboración de protocolo y búsqueda de información.	♣			
Elaboración de marco teórico.	♣	♣		
Metodología e implementación del Proceso de Atención de Enfermería.		♣		
Fase de: - Valoración. - Elaboración de diagnósticos. - Plan de atención. - Ejecución.		♣	♣ ♣	
Fase de evaluación y conclusiones.				♣
Presentación final del estudio de caso.				♣

36. Ugalde, M. *Diagnósticos de Enfermería*. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson, Barcelona, 1995.
37. Valadez & Aldrete, G. *La familia como unidad de autoatención*. México: Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990.
38. Wolf Lewis Luverne. *Fundamentos de Enfermería*. México: Hara, 1988.
39. Wolf Lewis Luverne. *Principios Fundamentales de Enfermería*. México: Prensa Medica, 1982.
40. Alcalá Adolfo. *La praxis andragógica en los adultos de edad avanzada*. España: Iberica, 1996.

X. CRONOGRAMA.

Actividades	Mayo	Junio	Agosto	Octubre
		Julio	Septiembre	Noviembre
Elaboración de protocolo y búsqueda de información.	♣			
Elaboración de marco teórico.	♣	♣		
Metodología e implementación del Proceso de Atención de Enfermería.		♣		
Fase de: - Valoración. - Elaboración de diagnósticos. - Plan de atención. - Ejecución.		♣	♣ ♣	
Fase de evaluación y conclusiones.				♣
Presentación final del estudio de caso.				♣

ANEXO

XI. ANEXO

DIABETES MELLITUS TIPO II.

La diabetes mellitus es un trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa (un azúcar simple) son anormalmente altos, dado que el organismo no libera insulina o la utiliza inadecuadamente. Las concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre varían durante el día. Aumentan después de cada comida, recuperándose los valores normales al cabo de 2 horas. Éstos se sitúan entre 70 y 110 miligramos por decilitro (mg/dl) de sangre por la mañana después de una noche de ayuno normal, resultando menores de 120 a 140 mg/dl al cabo de 2 horas de la ingestión de alimentos o líquidos que contengan azúcar u otros hidratos de carbono. Los valores normales tienden a aumentar ligeramente y de modo progresivo después de los 50 años de edad, sobre todo en las personas que llevan una vida sedentaria. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Dado que los músculos utilizan glucosa para producir energía, los valores de azúcar en la sangre también disminuyen durante la actividad física. (Lawrence:442:2000)

Causas

La diabetes se manifiesta cuando el cuerpo no produce la cantidad suficiente de insulina para que los valores sanguíneos de azúcar se mantengan normales, o cuando las células no responden adecuadamente a la insulina. En la denominada diabetes mellitus tipo I (diabetes

insulinodependiente), la producción de insulina es escasa o nula. La mayoría de los pacientes que padecen de diabetes tipo I desarrollan la enfermedad antes de los 30 años. Es más probable que sea necesaria una predisposición genética para que esto ocurra. (*Islas:212:1990*). En la diabetes mellitus tipo II (diabetes no insulinodependiente), el páncreas continúa produciendo insulina, incluso a valores más elevados que los normales. Sin embargo, el organismo desarrolla una resistencia a sus efectos y el resultado es un relativo déficit insulínico. La diabetes tipo II aparece en los niños y en los adolescentes, pero por lo general comienza después de los 30 años y es más frecuente a partir de esa edad. La obesidad es un factor de riesgo para la diabetes tipo II, ya que los obesos se cuentan entre las personas que sufren esta enfermedad. Asimismo, ciertas etnias raciales y grupos culturales corren un mayor riesgo, las etnias negras e hispanas tienen el doble o el triple de riesgo de desarrollar este trastorno (*Islas:212:1990*), siendo frecuentes los antecedentes familiares. Otras causas menos comunes de la diabetes son valores anormalmente altos de corticosteroides, el embarazo (diabetes gestacional) y los fármacos y sustancias tóxicas que interfieren con la producción o los efectos de la insulina, aumentando los valores de azúcar en sangre.

Síntomas

Los primeros síntomas de la diabetes se relacionan con los efectos directos de la alta concentración de azúcar en sangre. Cuando este valor aumenta por encima de los 160 a 180 mg/dl, la glucosa pasa a la orina. Cuando el valor es aún más alto, los riñones secretan una cantidad adicional de agua para diluir las grandes cantidades de glucosa

perdida. Dado que producen orina excesiva, se eliminan grandes volúmenes de orina (poliuria) y, en consecuencia, aparece una sensación anormal de sed (polidipsia). Asimismo, debido a que se pierden demasiadas calorías en la orina, se produce una pérdida de peso y, a modo de compensación, la persona siente a menudo un hambre exagerada (polifagia). Otros síntomas comprenden visión borrosa, somnolencia, náuseas y una disminución de la resistencia durante el ejercicio físico. Por otra parte, si la diabetes está mal controlada, los pacientes son más vulnerables a las infecciones. A causa de la gravedad del déficit insulínico, es frecuente que en los casos de diabetes tipo I se pierda peso antes del tratamiento. En cambio, no sucede lo mismo en la diabetes tipo II. A pesar de los elevados valores de azúcar en la sangre, la mayoría de las células no pueden utilizar el azúcar sin la insulina y, por tanto, recurren a otras fuentes de energía. Las células grasas comienzan a descomponerse y producen cuerpos cetónicos, unos compuestos químicos tóxicos que pueden producir acidez de la sangre (cetoacidosis). Los síntomas iniciales de la cetoacidosis diabética son: sed y micción excesivas, pérdida de peso, náuseas, vómitos, agotamiento y, sobre todo en niños, dolor abdominal. La respiración se vuelve profunda y rápida debido a que el organismo intenta corregir la acidez de la sangre. El aliento de la persona huele a quitaesmalte. Si no se aplica ningún tratamiento, la cetoacidosis diabética puede progresar y llevar a un coma, a veces en pocas horas. Los pacientes que sufren de diabetes tipo I pueden mostrar los síntomas de la cetoacidosis, incluso después de iniciado el tratamiento con insulina, si se olvidan de una inyección o si sufren

una infección, un accidente o una enfermedad grave. La diabetes tipo II puede no causar ningún síntoma durante años o décadas. Cuando la deficiencia insulínica progresa, los síntomas empiezan a manifestarse. Al principio, el aumento de la micción y de la sed son moderados, aunque empeoran gradualmente con el transcurso del tiempo.

Sintomatología de la Diabetes Mellitus

- ✓ Repentina e intensa sensación de hambre.
- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Ansiedad repentina.
- ✓ Temblor.
- ✓ Confusión.
- ✓ Polidipsia
- ✓ Hiperglucemia
- ✓ Glucosuria
- ✓ Polifagia
- ✓ Poliuria
- ✓ Fatiga
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Letargia
- ✓ Debilidad o inestabilidad del equilibrio
- ✓ Prurito cutáneo
- ✓ Nicturia
- ✓ Trastornos oculares
- ✓ isfunción renal.

Complicaciones

A medida que el trastorno se desarrolla, las concentraciones elevadas de azúcar en la sangre lesionan los vasos sanguíneos, los nervios y otras estructuras internas. Sustancias complejas derivadas del azúcar se

acumulan en las paredes de los pequeños vasos sanguíneos, provocando su engrosamiento y rotura. Este aumento de grosor es la causa de que los vasos sanguíneos aporten cada vez menos sangre, sobre todo a la piel y a los nervios. La disminución de la circulación sanguínea, tanto por los vasos grandes como por los pequeños, puede provocar alteraciones fisiológicas en el corazón, el cerebro, las piernas, los ojos, los riñones, los nervios y la piel, demorando, además, la curación de las lesiones.

Por todas estas razones, la diabetes implica la aparición de muchas complicaciones graves durante un tiempo prolongado. Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales son muy frecuentes. Los daños a los vasos sanguíneos del ojo pueden provocar la pérdida de la visión (retinopatía diabética). La función que cumplen los riñones se altera y da como resultado una insuficiencia renal que requiere diálisis. Un aporte escaso de sangre a la piel también provoca úlceras e influye en que todas las heridas sanen muy lentamente. Las úlceras del pie pueden volverse tan profundas e infectadas y resultar tan difícil su curación, que puede incluso ser necesaria la amputación de una parte de la pierna.

Diagnóstico

Se establece el diagnóstico de diabetes cuando una persona tiene valores anormalmente elevados de azúcar en la sangre. A menudo se controlan los valores de azúcar en la sangre durante un examen anual de rutina o durante una exploración clínica que se realiza antes de la incorporación a un nuevo empleo o de la práctica de un deporte. También pueden realizarse análisis para determinar la posible causa de síntomas como aumento de la sed, la micción o el hambre, o

si existen factores de riesgo característicos como antecedentes familiares de diabetes, obesidad, infecciones frecuentes o cualquier otra complicación asociada con la diabetes. Para medir la concentración de azúcar en la sangre se obtiene una muestra de sangre del paciente, quien deberá estar en ayunas por lo menos 8 horas antes de la prueba, pudiéndose también obtener después de comer. Es normal cierto grado de elevación de los valores de azúcar en la sangre después de comer, pero incluso entonces los valores no deberían ser muy elevados. En las personas mayores de 65 años es mejor realizar la prueba en ayunas, dado que los ancianos tienen un mayor incremento de las concentraciones de azúcar en la sangre después de comer.

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es mantener los valores de azúcar en la sangre dentro de los valores normales tanto como sea posible. Aunque es difícil mantener valores completamente normales, se debe intentar que estén en lo posible cerca de la normalidad para que sea menor la probabilidad de complicaciones, ya sean temporales o a largo plazo. El principal problema al tratar de controlar rigurosamente los valores de azúcar en la sangre, es que se produzca una disminución no deseada de los mismos (hipoglucemia).

El tratamiento de la diabetes requiere el control de peso, ejercicios y dieta. En muchos casos de diabetes tipo II, la administración de fármacos no sería necesaria si los pacientes obesos perdieran peso e hicieran ejercicio con regularidad. Sin embargo, reducir el peso y aumentar los ejercicios es difícil para la mayoría de los diabéticos. Por consiguiente, con frecuencia es necesario recurrir a

una terapia sustitutiva o bien a una medicación oral con hipoglucemiantes. El ejercicio favorece el descenso directo de las concentraciones de azúcar en la sangre y reduce la cantidad necesaria de insulina. La dieta es muy importante. En general, los diabéticos no deberían comer demasiados alimentos dulces y tendrían que regular sus comidas con un programa uniforme. Dado que las personas con diabetes tienen también tendencia a presentar valores altos de colesterol, los dietistas generalmente recomiendan limitar la ingestión de grasas saturadas. Otra estrategia a seguir es suministrar al diabético toda la información que se considere necesaria acerca de su enfermedad y qué puede ayudar a controlarla. A este respecto, se requiere personal de enfermería preparado en educación sobre la diabetes. Todos los diabéticos deben saber cómo la dieta y los ejercicios afectan a los valores de azúcar en la sangre y ser conscientes de cómo evitar las complicaciones, por ejemplo, controlando las ulceraciones de la piel. También deben tener especial cuidado en evitar las infecciones del pie.

Fármacos hipoglucemiantes orales

La administración de fármacos hipoglucemiantes orales, como las sulfonilureas glipizida, gliburida, tolbutamida y clorpropamida, provoca la disminución de los valores de azúcar en las personas con diabetes tipo II. La reducción de los valores sanguíneos de azúcar estimula el páncreas a liberar insulina e incrementa su eficiencia. Los fármacos hipoglucemiantes orales se prescriben a las personas con diabetes tipo II, si la dieta y el ejercicio no logran hacer descender los valores de azúcar en sangre. Los fármacos se toman una sola vez al día, por la mañana,

aunque algunas personas necesitan dos o tres dosis. Si estos fármacos no son capaces de controlar el azúcar de la sangre de forma adecuada, se puede optar por inyecciones de insulina sola o en combinación con los fármacos orales.

Supervisión del tratamiento

El control de los valores de azúcar en la sangre es una parte esencial del tratamiento de la diabetes. A pesar de que el control de la orina permite detectar la presencia de glucosa, no es un buen método para efectuar un seguimiento del tratamiento o para adaptar la terapia. Por fortuna, los valores de azúcar se pueden medir fácilmente en el propio domicilio del paciente. Se obtiene una gota de sangre pinchando la punta del dedo con una pequeña lanceta. La lanceta sostiene una aguja minúscula que puede pinchar el dedo o colocarse en un dispositivo con un resorte que la introduce en la piel. La mayoría de los diabéticos encuentra el pinchazo casi indoloro. A continuación, se coloca una gota de sangre sobre una tira reactiva. En presencia de azúcar, la tira reactiva cambia de color o experimenta algún otro cambio químico. Este cambio de coloración puede ser bastante significativo como para obtener el valor de azúcar en la sangre cuando se compara con los colores impresos en un gráfico (Wolf:254:1988) Un sistema mejor y más preciso es usar una máquina que lee los cambios en la tira de prueba e informa del resultado sobre un monitor digital. Las máquinas son pequeñas, del tamaño de un bolígrafo o de un paquete de cigarrillos, y la mayoría de ellas calcula cuánto dura la reacción y lee el resultado automáticamente. Las personas con diabetes deben registrar sus valores de azúcar en la sangre e informar al médico al respecto. Éste les aconsejará cómo adaptar la

dosis de insulina o del fármaco hipoglucemiante oral. En algunos casos y durante las visitas sucesivas del paciente, el médico o la enfermera le pueden enseñar cómo debe adaptar las dosis de insulina.

NEUMOTORAX

Se define neumotorax como la acumulación de aire o gas en el espacio pleural que rodea a los pulmones. Cuando la sola permeabilidad de la vía aérea no asegura una ventilación satisfactoria. Un adecuado intercambio de gases es indispensable para lograr un óptimo transporte de oxígeno y una máxima depuración de anhídrido carbónico. Para esto se requiere una adecuada función pulmonar, de la pared torácica y del diafragma. Se debe exponer el tórax para realizar una buena evaluación: una inmediata auscultación nos permite conocer el estado del intercambio aéreo en los pulmones; la percusión detecta la presencia de aire o sangre en la cavidad pleural (*Wolf:123:1988*). Las lesiones traumáticas que en forma aguda alteran de manera importante la ventilación son: el neumotórax a tensión, hemotórax masivo, el tórax inestable asociado a una contusión pulmonar y el neumotórax abierto. Otras lesiones que la comprometen en menor grado son: el neumotórax simple, hemotórax, fracturas costales y contusión pulmonar.

El neumotorax ocurre cuando existe un escape de aire unidireccional, por efecto de válvula de una sola vía, bien sea el pulmón o a través de la pared torácica. El aire entra en cavidad pleural sin vía de escape, produciendo colapso en el pulmón afectado. Se produce disminución del retorno venoso y afectando la ventilación contralateral, se desplaza la tráquea y el mediastino hacia el lado opuesto.

Dentro de las causas más comunes tenemos la utilización de ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración (PEEP), el neumotórax espontáneo por ruptura de bulas enfisematosas y el trauma cerrado de tórax con lesión de parénquima pulmonar que no sella. También existe una relación con colocación de catéteres centrales (subclavia o yugular interna). El diagnóstico es clínico y no radiológico. Este se caracteriza por dificultad respiratoria, taquicardia, hipotensión, desviación de la tráquea, ausencia unilateral de ruidos respiratorios, ingurgitación de las venas del cuello y como manifestación tardía la cianosis. Se clasifica en:

- ✓ *Neumotórax espontáneo (primarios y secundarios)*: Los espontáneos primarios: se presenta en pacientes sin antecedentes pulmonares, y una vez que se re-expande el pulmón, éste no presenta ninguna anormalidad. Los espontáneos secundarios: se deben a una complicación de una enfermedad preexistente pulmonar, como: enfisema pulmonar, infecciones, etc.
- ✓ *Neumotórax traumático (abierto o cerrado)*: se presenta posterior a un golpe directo en el tórax, por cualquier lesión que dañe al tórax. Es común la presencia de esta condición en accidentes de auto, lesiones por arma blanca. Su gravedad dependerá de la cantidad de aire acumulado en el espacio pleural.
- ✓ *Neumotórax por tensión*: en el neumotórax a tensión, el aire entra en el espacio pleural con cada respiración y queda atrapado allí. Conforme el aire se va acumulando, la presión aumenta, el pulmón (lado afectado) se puede colapsar y continuar empujando órganos importantes del tórax.

Síntomas

- ✓ Dolor fuerte agudo, que tiende a aumentar con las respiraciones, esfuerzos o tos.
- ✓ Dificultad para respirar
- ✓ Sensación de presión torácica
- ✓ Fatiga
- ✓ Cianosis (color azulado de la piel, por falta de oxigenación)
- ✓ Frecuencia cardíaca rápida

Si existe un neumotórax, éste debe ser tratado de inmediato con aguja en el segundo espacio o con un tubo de toracotomía antes de comenzar la ventilación con presión positiva y evitar la progresión de un neumotórax a tensión. En el caso de un tamponade cardíaco es imperativo puncionar con aguja el pericardio a la brevedad. Si el tiempo lo permite se puede pensar en los pacientes de mayor riesgo hacerles pruebas de función pulmonar buscando obstrucción o restricción.¹⁰ La enfermedad obstructiva de las vías aéreas aumenta el riesgo de complicaciones pulmonares a pesar de que la PaCO₂ en reposo sea normal. La retención del bióxido de carbono aumenta con mucho este riesgo.⁴³ La enfermedad pulmonar restrictiva que se caracteriza por disminución de la capacidad pulmonar total, puede complicar muchos casos en el postoperatorio. La disminución en la fuerza de los músculos respiratorios que se refleja en la reducción de la capacidad vital forzada (CVF) y de la fuerza inspiratoria máxima (FIM), dificultan la separación del ventilador del paciente de la ventilación mecánica. La valoración de los pacientes con insuficiencia respiratoria que reciben ventilación mecánica debe incluir la determinación de gases en sangre, considerándose la fracción inspirada de oxígeno

(FiO₂) pudiendo estar con presión positiva al final de la espiración (PEEP), frecuencia respiratoria, volumen corriente, presión inspiratoria máxima y frecuencia y patrón de flujo inspiratorio. La información respecto al modo de ventilación empleado también es importante para poder determinar requerimientos y limitaciones que afectan el cuidado continuo del paciente durante su transporte y en el quirófano. Medidas terapéuticas. Si se prevén alteraciones en la ventilación, debe insertarse un catéter arterial para la medición frecuente de gases en sangre y pH. La hipoxemia se corrige con oxígeno suplementario. Si el tratamiento con una cánula nasal o mascarilla es insuficiente está indicado intubar al paciente e iniciar ventilación mecánica. También puede requerirse la intubación para control de la vía aérea en pacientes con riesgo de aspiración pulmonar. Durante el periodo perioperatorio, la FiO₂ debe mantenerse tan alta como sea necesario para revertir la hipoxemia. En este tipo de pacientes debe iniciarse la PEEP aumentándola en forma gradual para mejorar la oxigenación.⁴⁹ Las presiones muy altas pueden ocasionar neumotórax o disminución del gasto cardiaco. Deberá realizarse fisioterapia pulmonar pre y postoperatoria sobre todo para abrir zonas de atelectasia y para eliminar secreciones. En pacientes intubados se pueden eliminar tapones de moco por broncoscopia, restableciendo así la permeabilidad de la vía aérea y el volumen pulmonar. Se pueden usar broncodilatadores. Si se sospecha o demuestra infección pulmonar deberán emplearse antibióticos. La circulación en el paciente grave la combinación de la inducción anestésica, hipotensión o hipertensión y pérdida transoperatoria de sangre o líquidos

puede precipitar el colapso circulatorio. Para prevenirlo, la evaluación hemodinámica preoperatoria debe incluir la valoración de: a) Volumen intravascular, b). Función del miocardio y c). Tono vasomotor. La medición de la presión arterial es el punto clave de la vigilancia hemodinámica. La hipotensión (presión sistólica menor de 90 mm Hg) con alteración de la perfusión tisular, debe ser tratada en forma agresiva reemplazando el volumen en forma apropiada, mejorando la función cardíaca, o con ambas maniobras. Todo paciente en quien se diagnostique o sospeche enfermedad coronaria debe contar con un electrocardiograma basal, que también será útil para el diagnóstico de isquemia o arritmias.