



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO AL ADULTO
MAYOR”**

“CUIDADO DOMICILIARIO”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARIANA CHOMBO NERI

DIRECTORA:

MARGARITA ACEVEDO PEÑA

REVISOR:

**LIC. MÓNICA NOHEMI ZAVALA HERNÁNDEZ
MTRA. ERICKA GRACÍA ZEFERINO.
MTRA. YOLANDA ALVARADO ZAVALA.
MTRA. ANA GUADALUPE BALLINAS AGUILAR.**



FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INTRODUCCIÓN.

México es en la actualidad un país que enfrenta grandes retos en todos los ámbitos; económico, político, social, cultural, etc. En la salud los cambios en la estructura demográfica de la población han traído como consecuencia el crecimiento acelerado en el número de personas mayores de 60 años, las cuales presentan características específicas conferidas por el proceso normal de envejecimiento, cuyas particularidades requieren de una atención especializada, centrada ésta en satisfacer las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales del anciano. Las diversas instituciones de salud en nuestro país se encuentran limitadas en cuanto a infraestructura, programas y recursos humanos especializados que permitan brindar en el área de geronto-geriátrica, una atención integral, suficiente, oportuna y de calidad a los ancianos, quienes se han desarrollado dentro de un entorno social que fomenta estereotipos con imágenes de deterioro e incapacidad, limitando su autonomía e independencia, aunado a una falta de redes de apoyo familiar que puedan reconocerlo como un ser significativo, integrándolo activamente a su dinámica y considerándolo en la toma de decisiones. Estos aspectos fundamentan la importancia de la participación del profesional de Enfermería en el establecimiento y difusión de una cultura gerontológica, que fomente el autocuidado orientado a mantener la funcionalidad del anciano, que enseñe y guíe las acciones encaminadas por la familia para mantener o restaurar la salud y en el área comunitaria proporcione cuidados que limiten el progreso de las enfermedades y prevengan la presencia de síndromes como la incontinencia, la inestabilidad, inmovilidad prolongada y las alteraciones intelectuales que pueden derivar en una cascada de deterioro a la que el anciano esta expuesto. El presente Proceso de Atención de Enfermería realizado mediante una atención domiciliaria al señor Benito B. D. adulto mayor de 89 años con presencia de Cardiopatía isquémica Hipertensiva + Aterosclerosis degenerativa, Marcapaso definitivo; Se realizo mediante una valoración, detectando alteraciones y habilidades en su estado de salud, en base a la teoría de los patrones funcionales de salud por Marjory Gordon, con la cual se realizó un plan de cuidados jerarquizando los patrones más afectados y dando así cuidados oportunos al paciente. el cual nos aportó una serie de ventajas al mismo, mostrando la adaptación al ámbito de la atención primaria de salud.

JUSTIFICACIÓN.

La utilización del Proceso de Atención de Enfermería con base a el modelo de los 11 Patrones Funcionales de salud por Marjory Gordon, beneficia a una configuración de comportamientos comunes tanto del individuo, como de familias y/o comunidades, las cuales son interactivas e independientes; contribuyendo a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, proporcionando de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización del mismo, nos refleja el carácter global de cada paciente incluyendo: física, espiritual, emocional y social; permitiendo una valoración enfermera sistemática y predeterminada con una importante obtención de datos relevantes del paciente físicos, psíquicos y sociales de su entorno.

Así mismo, nos permite brindar un cuidado específico de cada paciente, de manera íntegra y con un fundamento científico dándonos la oportunidad de incluir nuestro conocimiento adquirido tanto en la práctica como en clase, permitiendo formar un juicio clínico basado en la estandarización de cuidados y diagnósticos. Nos permite también aportar nuestro pensamiento crítico en la toma de decisiones al momento de realizar la planificación y la evaluación dando así una formación sólida a nuestra enseñanza y a nuestro desarrollo como futuros profesionistas, nos brinda la oportunidad de entrar al campo de investigación ya que aplicamos una metodología científica en la construcción y aplicación de nuestros cuidados enfermeros.

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar de manera eficaz y optima el proceso de enfermería para brindar un cuidado holístico al paciente, permitiendo poner en práctica nuestros conocimientos adquiridos durante la carrera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ Valorar los datos clínicos del paciente en domicilio de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon .
- ✓ Proporcionar cuidados de enfermería domiciliarios para mantener al paciente en un estado de confort.
- ✓ Brindar educación para la salud para prevenir complicaciones cardiovasculares.
- ✓ Proveer el mantenimiento de calidad de vida conforme a sus necesidades y alcance mediante la orientación profesional enfermera .
- ✓ Realizar un proceso de enfermería para obtener el grado de licenciada en Enfermería.

METODOLOGÍA

Se selecciona al señor BENITO B. D. de una comunidad cercana a mi domicilio, con el consentimiento primordial de él y de su familia, dando una mayor facilidad a la oportunidad de brindar cuidados integrales, necesarios y tener el seguimiento de la evolución del paciente. Con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto, empleado una valoración por patrones funcionales de salud conforme al Modelo de Marjory Gordon ; analizando patrones afectados para alcanzar un reforzamiento y retroalimentación mediante el trazo y forje de 4 visitas domiciliarias

En la primer visita se realiza la valoración y almacenamiento de datos, los cuales nos brindaron logra un vínculo de simpatía y confianza con el paciente y su familia, mostrando un planteamiento humanista pero además un desarrollo integral de los procesos vitales que afectan su salud. Se analizaron los 11 patrones funcionales del paciente conforme una entrevista logrando recabar datos esenciales gracias al instrumento aplicado. Al finalizar, se programa un cronograma organizado conforme a su disposición del paciente para así llevar acabo la realización de las siguientes tres visitas.

Durante la segunda se forma jerarquizar los patrones funcionales alterados, desarrollando diagnósticos de enfermería conforme a indicaciones examinadas dentro de la valoración y ayuda de la NANDA. Formando una planeación sobre aquellos que necesiten una mayor atención, realizando así, un citado dentro del NIC y NOC con el solo hecho de adquirir orientación sobre objetivos e intervenciones necesarios para el paciente.

Mediante la tercera visita domiciliaria se lleva acabo la ejecución de intervenciones necesarias para el paciente ajustándolas a su tiempo y espacio con ayuda de material didáctico, y pidiendo estar presente en ciertos tiempos al familiar que esta a su cargo; así mismo, durante la cuarta visita domiciliaria se logra observar, comprobar y enjuiciar que tanto sirvió la orientación y reforzamiento de patrones afectados, así como dirigir al paciente a no descuidar su autocuidado para favorecer y salvaguardar su salud y calidad de vida.

ÍNDICE.

<u>CAPITULO 1.- MARCO TEÓRICO.</u>	7
1.1 PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO NATURAL.	7
1.2 ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO.	10
1.3 ENVEJECIMIENTO PSICOSOCIAL.	11
1.4. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.	12
1.4.1 EPIDEMIOLOGIA.	12
1.4.3 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO MODIFICABLES.	15
1.4.4 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES.	16
1.5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN EL ADULTO MAYOR.	19
1.6. MARCAPASO CARDIACO.	21
1.6.3 PILA DE UN MARCAPASO.	29
1.6.4 CONSTITUCIÓN DE UN MARCAPASO.	30
1.6.5 VÍAS DE IMPLANTACIÓN.	32
1.6.6 COMPLICACIONES.	33
1.6.7 DESPUÉS DE INSERTAR EL MARCAPASOS.	35
1.6.8 SABER CUIDARSE	36
1.7. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	37
1.7.1 ¿QUÉ ES EL PROCESO DE ENFERMERÍA?	38
1.7.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	40
1.7.3 EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y LA CIENCIA	42
1.7.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA: UN INSTRUMENTO DE CUIDADO?	43
<u>CAPITULO 2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.</u>	45
2.1 VALORACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	45
2.2 PRIMER VISITA DOMICILIARIA.	54
2.3 ORGANIZACIÓN DE DATOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	56
2.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN. (2DA Y 3ERA VISITA DOMICILIARIA)	63
<u>CAPITULO 3. EVALUACIÓN.</u>	146
3.1 EVALUACIÓN FINAL.	146
3.2 COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.	147
<u>BIBLIOGRAFÍA.</u>	149
<u>ANEXOS.</u>	151

CAPITULO 1.- MARCO TEÓRICO.

1.1 Proceso del envejecimiento natural.

Envejecimiento es el proceso de llegar a viejo independientemente de la edad cronológica. Senectud es un término que hace referencia al estado de vejez característico de los últimos años de la vida . Desde un punto de vista clínico-práctico, se acostumbra a diferenciar el “envejecimiento normal”, debido al transcurrir de los años, del “envejecimiento patológico” que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos . Tanto uno como otro (independientemente de las causas predisponentes y desencadenantes) hacen referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se producen, con mayor o menor rapidez, a partir de los 50 años de edad, en todas las personas.¹

La intensidad y el tiempo necesario para desarrollar los procesos del envejecimiento, varían de una persona a otra, dependiendo de numerosos factores, que van desde el tipo de alimentación, a la base genética tisular, la personalidad individual, los objetivos existenciales, el estilo de vida, el ámbito geográfico, etc. En todas las etapas de la vida la fuerza directora de la herencia y las influencias moldeadoras de los ambientes externos e internos interaccionan en la determinación de la competencia fisiológica y la duración total de la vida . La vejez se puede resumir como la edad de las pérdidas. Si el envejecimiento es un proceso, la vejez es una situación social. Todos los que han envejecido, a pesar de las diferencias individuales o de grupo existentes, conforman un todo con unas propiedades comunes que ofrecen suficiente relevancia para constituirse como un sector humano distinto al de otras edades. Llegar a los 65 años es alcanzar una vejez social que viene definida, generalmente, por la jubilación. En la actualidad el umbral de la vejez se ha dilatado mucho y van a ser los 80 años cuando se entre en la ancianidad. La salud mal acomodada, la sensación de cansancio vital o el progresivo apartamiento social, señalarán la frontera entre ser mayor y ser anciano. Nuestros abuelos y los pensionistas de los años 90 del siglo XX son gente bien distinta. No obstante, nunca hubo tantos

¹ Timiras P. S., “Bases Fisiológicas del envejecimiento y geriatría”. Editorial: Masson, Vol I y II, Barcelona, Pag, 20 - 56 , 2011, (Citado el 16 de octubre del 2015).

ancianos con invalidez como ahora. Este es un lado negativo inevitable, las personas con enfermedad viven más, y para muchos el precio de ese continuar existiendo va a ser la incapacidad y la dependencia.

A todos los cambios biológicos estructurales y funcionales que acontecen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senectud denominamos envejecimiento. Se trata de un proceso deletéreo, dinámico, complejo, irreversible, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética de éste y su medio ambiente. Los cambios biológicos producen, en los órganos, pérdida de función y una disminución de la máxima capacidad funcional, pudiendo muchos sujetos seguir con su capacidad de reserva funcional (variable entre las personas y, también, entre los diferentes órganos de cada persona) más allá de las necesidades comunes. Los sistemas de reparación, durante la época posmadura, no van a ser capaces de eliminar completamente las lesiones de la acción de envejecer sobre las células, tejidos y órganos produciéndose, como resultado, el deterioro progresivo de los sistemas por acumulación de lesiones.

Envejecimiento fisiológico es aquel que cumple una serie de parámetros aceptados en función de la edad de los individuos y, sobre todo, le permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio que le rodea. La fisiología está enfocada a la estructura y función de los sistemas biológicos corporales. El envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, que cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico.²

Determinar el momento en que el envejecimiento se inicia no es tarea fácil. Desde un punto de vista biológico, no hay organismos viejos ni envejecidos, ya que esta terminología tiene el significado estático de un proceso ya llevado a cabo, en tanto que el envejecimiento es un proceso que finaliza cuando sucede la muerte .

² Caballero García J.C. , “Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico(Sede Web)”, Departamento de Ciencias Medicas de la Universidad de Cuidado, (2012) Colombia, URL:file:///Users/marianachombo/Downloads/5115318f944d1Envejecimiento%20Fisiol%C3%B3gico%20y%20Patol%C3%B3gico.pdf. ,(Citada el 16 de octubre 2015),

Una forma arbitraria de definir la vejez es decir que empieza en la edad convencional de jubilarse (60 ó 65 años). Pero los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente y muchas personas de edad viven más allá de los 80 años. Así, los términos comúnmente aceptados son: los viejos jóvenes (60 a 74 años), los viejos (75 a 84 años) y los viejos más viejos (85 en adelante). No obstante, algunas personas parecen viejas mucho antes de los 60 años y algunos viejos pueden parecer más jóvenes que los viejos jóvenes. Es el prejuicio contra los adultos mayores. El "Edadismo" y el "Viejismo" implica que tan pronto una persona pueda describirse como vieja automáticamente pasa a ser:

- De poco valor.
- Una carga para la sociedad.
- Incapaz de cuidarse a sí misma.
- Reticente para aceptar el cambio.
- Lenta, sorda o tonta.
- Infantil.

El envejecimiento normal implica pasar por la vida con una relativa buena salud sin acompañarse física o mental, estando psicológicamente alerta teniendo la habilidad de ser productivo, de adaptarse al medio ambiente y ser capaz de participar en interacciones sociales. El envejecimiento normal es la distinción sobre la enfermedad y la fisiología es una meta que puede ser alcanzada por las personas de acuerdo con unas condiciones mínimas genéticas y ambientales relacionadas usualmente con un estilo de vida positivo.

En el ser humana el envejecimiento es muy complejo, está relacionado con factores intrínsecos (genéticos, biológicos y mentales), estos factores pueden retrasar el ritmo del proceso del envejecimiento. Alguno de los factores pueden cambiarse , si predominan los factores pueden cambiarse , si predominan los factores que lo retrasan llevan al individuo a alcanzar un envejecimiento fisiológico normal y la longevidad, si predominan los factores que lo aceleran entonces conduce al envejecimiento patológico o anormal .

1.2 Envejecimiento biológico.

Es un conjunto de cambios en los seres vivos desde la concepción hasta la muerte, es un proceso que produce manifestaciones microscópicas y macroscópicas en los organismos traduciéndose esto en cambios estructurales y funcionales conocidos como los efectos del envejecimiento.

El envejecimiento ha estado presente en la evolución de las especies animales en los periodos prehistóricos y en el homo sapiens en sus procesos de hominización (conversión en homínido) y de humanización (conversión en Humano). Con excepción de los microorganismos unicelulares donde el envejecimiento no es evidente, en los organismos multicelulares, el envejecimiento se considera inherente a la vida, es decir, donde existe vida hay envejecimiento. Cada especie tiene una duración de vida máxima diferente y relacionada con su propio envejecimiento, dentro de cada especie un individuo envejece diferente al otro y dentro de un ser vivo sus órganos tienen ritmos de envejecimiento diferentes. En el envejecimiento normal en el anciano produce disminución (no pérdida ni deterioro) de funciones sin llevar a insuficiencias orgánicas ni causar patologías, usualmente hay “enlentecimiento” de funciones pero se conservan reservas funcionales. El desuso físico se asocia frecuentemente con exageración de los cambios funcionales atribuidos al envejecimiento, ejemplos del desuso prolongado como: la inactividad, el sedentarismo o inmovilidad contribuyen a la formación de patologías en los ancianos. Las Teorías del envejecimiento explican parte del proceso, ninguna lo explica todo, los mecanismos íntimos son aun desconocidos, esto se debe a que el envejecimiento no es unicausal sino multicausal y depende de varios factores a la vejez. En las personas ancianas se aprecian mas fácilmente los cambios producidos por el envejecimiento biológico normal en su cuerpo total y en cada órgano o sistema. Desde el punto de vista clínico es fundamental identificar los cambios fisiológicos por envejecimiento en el examen físico o en pruebas de laboratorio y diferenciarlos de patologías que aparezcan en el anciano.

1.3 Envejecimiento psicosocial.

El envejecimiento es un proceso no solo biológico pues consta de una interacción compleja de procesos que incluyen comportamientos sociales y psicológicos también. La personalidad y los eventos de vida como la jubilación influyen sobre la capacidad de adaptación en el proceso de envejecimiento. Se han planteado Teorías psicosociales del envejecimiento las cuales tratan de explicar los papeles que desempeñan y la forma de interrelación que tienen las personas en sus ultimas etapas de vida, muchas veces el comportamiento de las personas es un resultante de sus creencias y actitudes contra las concepciones culturales o de la sociedad. La vejez como etapa de ciclo vital humano se considera que empieza a los 60 ó 65 años , así como en otras edades, el límite es difícil establecerlo, es más un hecho estadístico. Alrededor de la vejez se han establecido en la sociedad mitos y creencias, prejuicios y estereotipos los cuales influyen sobre la imagen de la vejez en las personas viejas y en las otras edades. Los valores sociales predominantes como el dinero, el poder, la fuerza y la juventud, junto con la desaparición de otros valores tradicionales como el respeto, la experiencia y la sabiduría han contribuido a que la imagen de la vejez sea mas negativa que positiva. La vejez se asocia consciente o inconscientemente a la enfermedad, la incapacidad y la muerte, por esto produce temores, negación, ó rechazo en muchas personas. Los mitos, valores y temores afectan las actitudes hacia la vejez y la conducta hacia las personas viejas hasta tal punto que pueden condicionar el trato adecuado o inadecuado (maltrato) de los ancianos por parte de la familia y de la sociedad. La autoimagen de la persona vieja también puede verse afectada por el entorno social predominante, ello puede causar que se afecte el autoestima de la persona y su sentimiento de utilidad.

Para cambiar el medio ambiente hostil hacia la vejez y hacia el anciano es necesaria la educación permanente en las diferentes edades. La educación permite el ajuste en actitudes, temores, mitos y valores para mejorar la imagen de la vejez y el trato humano de los ancianos en nuestra sociedad. “Vejez no es una enfermedad” es una frase ilustrativa de que la vejez es una etapa tan normal como la niñez o la madurez, donde la persona puede seguir desarrollando capacidades y destrezas, de acuerdo con sus intereses, necesidades y posibilidades, es decir, la vejez también se puede disfrutar

El envejecimiento psicológico normal consiste en modificaciones que se presentan con la acción del tiempo en las funciones mentales. La percepción se modifica por los cambios en los órganos de los sentidos y en el sistema nervioso produciendo lentitud en la entrada de información; la memoria inmediata disminuye pero se conserva más en las personas que la ejercitan; la inteligencia global se mantiene o mejora a expensas de la inteligencia cristalizada (que tiene que ver con la experiencia. La memoria y la inteligencia se ejercitan a través del aprendizaje “Nunca es tarde para aprender” es una frase que plantea una realidad hoy en día; antes se creía que el aprendizaje estaba limitado o no existía en la personas viejas y sobre esto se sabe que lo esencial es la motivación o el interés que exista para aprender algo. “El amor nunca muere” es una frase que nos dice que la afectividad y la capacidad de amar son atributos eternos del ser humano , la expresión de la sexualidad también se da en la vejez como en otras edades pero con otra calidad dada por los años.³

1.4. Cardiopatía Isquémica.

La cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria es la manifestación clínica y la consecuencia anatomopatológica de la isquemia coronaria. La reducción del flujo coronario es secundaria, en la mayoría de los casos, a lesiones arteriosclerosas. La embolia, el espasmo o la arteritis coronaria pueden ser otras causas de isquemia cuyos síntomas con frecuencia son indistinguibles de los producidos por la arteriosclerosis.

1.4.1 Epidemiología.

En los países industrializados, las enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares (ACV) y otras enfermedades circulatorias) constituyen el 30% de la mortalidad total mundial: el 25% en los países en vías de desarrollo frente a casi el 50% en los industrializados. De ellas, la cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad, siendo responsable del 12 al 45% de todas las defunciones. Los datos del estudio de los Siete Países, obtenidos del análisis de 12.770 varones en 18 comunidades de 7 países, mostraron que la tasa de mortalidad coronaria era de 61 por 10.000

³ Reyes, Carlos Alberto Envejecimiento normal, Revista Estomatológica , [18-10-2011], Vol. 03 No. 01[2011], (Citada 18 de octubre del 2015).

habitantes y por 10 años en áreas rurales de Japón, de 424 en Estados Unidos y de 681 en el este de Finlandia.

La evolución temporal de la mortalidad por enfermedad cardiovascular ha sido similar en los países industrializados,. Un cambio en los hábitos y costumbres de los países desarrollados llevó a un aumento dramático de la mortalidad por enfermedad coronaria a mediados del siglo XX. Sin embargo, a finales de los años 1960 y principios de la década de 1970 se comenzó a detectar una disminución del número de muertes por esta enfermedad, en relación con la utilización de nuevos tratamientos y, sobre todo, de medidas preventivas con educación en dietas más saludables y la lucha contra el tabaco. Esto se comprobó mediante datos obtenidos de los grandes estudios epidemiológicos realizados a partir de la Segunda Guerra Mundial, que fueron el origen del conocimiento y el análisis de los principales problemas cardiovasculares. El estudio de Framingham es el principal ejemplo de estudio prospectivo observacional y aporta importante información acerca de la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo como valor pronóstico de la enfermedad. Paralelamente se produjo, además, un descenso de los episodios coronarios agudos debido a los avances en la asistencia y tratamiento de los pacientes con enfermedad coronaria, así como la prolongación de la supervivencia través de las medidas de prevención secundaria.

A pesar de ello, la enfermedad coronaria todavía supone un grave problema sanitario y uno de los motivos de consulta más frecuentes de la población.

1.4.2 Factores de riesgo de cardiopatía isquémica.

La arterioesclerosis coronaria es el proceso subyacente responsable de las manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica. No puede ser considerada como una enfermedad en el sentido estricto, sino como un proceso activo y evolutivo que se caracteriza por una reacción inflamatoria crónica asociada a fenómenos de reparación que se produce en la pared arterial.

Su etiología es compleja y multifactorial, y es el resultado de la interacción de la carga genética predisponente con determinados factores ambientales. La arteriosclerosis coronaria se encuentra íntimamente relacionada con ciertos hábitos de vida y determinadas características personales, que viven a ser llamados factores de riesgo cardiovascular. Un factor de riesgo cardiovascular sería aquel hábito o característica que

se asocia a una mayor predisposición para el desarrollo de episodios vasculares aunque no esté casualmente relacionado con ellos. Las primeras descripciones de que diversos factores se asociaban al sustrato de los episodios cardiovasculares, la arteriosclerosis, producen de inicios del siglo XX; al referirse a la arteriosclerosis, indicaba que está se asociaba al desgaste normal de la vida, a agentes infecciosos, a ciertas intoxicaciones dentro de las cuales incluía al tabaco, y aquellas circunstancias que incrementaban la presión arterial. Sin embargo, no fue hasta el segundo tercio del siglo XX cuando se publicaron diversos estudios que demostraban que los pacientes con un infarto agudo de miocardio (IAM) eran preferentemente varones y tenían una concentración de colesterol y una presión arterial elevadas en comparación con los que no lo habían padecido.

Esta asociación entre los hábitos de vida y las características personales con al enfermedad arteriosclerótica surgió en la década de 1940 a raíz de estudios llevados a cabo por las compañías de seguros de vida en Estados Unidos. Sin embargo, la identificación de dichos factores de riesgo ha sido el resultado de diversos estudios epidemiológicos, entre los que cabe destacar el estudio de Framingham, realizado a lo largo de más de cuatro décadas. En este estudio, iniciado en 1948, se realizó de forma prospectiva la presencia de diversos factores considerados de riesgo coronario y la aparición de la enfermedad en mas de 5.000 varones y mujeres de edades comprendidas entre los 39 y los 59. El primer análisis se realizó en 1957, tras 4 años de seguimiento completo del 90% de la población incluida, y demostró que la aparición de enfermedad coronaria era mas frecuente en los varones y se veía favorecida por la presencia de hipertensión arterial (HTA), obesidad e hipercolesterolemia,. El tabaquismo debió esperar a un segundo análisis de los datos, realizado 2 años después, para demostrar su asociación con la enfermedad cardiovascular. A partir de los análisis sucesivos de los datos procedentes de l estudio de Framingham se lograron identificar mas factores de riesgo, que posteriormente demostraron su asociación con la enfermedad cardiovascular en diferentes poblaciones. De este modo, el conocimiento de las particularidades que caracterizan a los enfermos de cardiopatía isquémica respecto a los que no la padecen, y la comprobación en estudios de seguimiento de que la presencia de dichas características predisponentes se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar manifestaciones clínicas de la enfermedad, ha permitido definir una serie de factores que se relacionan con un riesgo aumentado de cardiopatía isquémica. Algunos de estos factores, como el sexo, la edad, y la herencia genética, son no modificables, pero otros sí son susceptibles de

supresión o modificación y constituyen el objetivo principal de las medidas de prevención primaria y secundaria de enfermedad coronaria.

1.4.3 Factores de riesgo cardiovascular no modificables.

EDAD.

El riesgo absoluto de cardiopatía isquémica aumenta con la edad, tanto en varones como en mujeres, como resultado de la progresiva acumulación de arteriosclerosis coronaria con al edad. Con la edad va aumentado tanto la incidencia como la mortalidad y letalidad posterior a un episodio coronario agudo. La mayoría de los nuevos casos de cardiopatía isquémica se observan por encima de los 65 y 75 años. Sin embargo parece existir más discusión para el grupo de pacientes de más de 75 años.

El abandono del tabaco es una medida que siempre debe recomendarse. Asimismo, el tratamiento de la HTA sistólica se recomienda ante la evidencia de su asociación con una elevada morbimortalidad cardiovascular. El uso de fármacos hipocolesterolemiantes en los pacientes de edad avanzada es mas discutido. El riesgo individual debería ser valorado para tomar la decisión de iniciar o no terapia farmacológica.

SEXO.

Las mujeres presentan una menor incidencia por cardiopatía isquémica hasta la menopausia, aunque las tasas tienden a igualarse a partir de los 65 o 70 años de edad. La relación varones: mujeres entre los pacientes de 25 a 74 años que presentan un primer IAM es de 1:4 España. Durante el periodo fértil de la mujer, la incidencia de cardiopatía isquémica es muy baja, produciéndose un incremento progresivo de la misma después de la menopausia. De hecho, la mujer tiene una incidencia similar a la del varón, pero con 6 a 10 años de retraso. Esto ha llevado a considerar que las hormonas sexuales femeninas poseen un efecto cardioprotector.

HERENCIA GENÉTICA.

La historia familiar de cardiopatía isquémica es uno de los principales determinantes de riesgo coronario y su efecto es independiente de la presencia de otros factores de riesgo mayores como la hipertensión, el tabaco, la diabetes y la hipercolesterolemia. El riesgo en los hermanos de pacientes con manifestaciones de enfermedad arteriosclerótica a edad temprana (< 55 años en el varón y < 65 años en la mujer)bes entre dos y cinco veces

mayor que en individuos que en individuos controles. En el caso de gemelos dicigóticos de ambos sexos, el riesgo relativo de muerte por cardiopatía isquémica para un gemelo, cuando el otro muere antes de la edad de 55 años por la misma causa. Sin embargo, así como es indudable, el papel de la genética, también es cierto que en las unidades familiares, se comparten, generalmente, los mismos factores ambientales (dieta, estilo de vida, etc.) , lo que se ha denominado en ocasiones herencia cultural.

DIABETES.

La arterioesclerosis es la complicación más frecuente de la diabetes y la responsable de 75% de las muertes en la población diabética. En diversos estudios de población se ha establecido que el riesgo de mortalidad coronaria asociada a la diabetes mellitus es de dos a tres veces superior en los varones diabéticos. Este incremento es de tres a siete veces en el caso de las mujeres. En la diabetes se producen lesiones específicas de la pared vascular (engrosamiento de la membrana basal vascular por acumulación extracelular de colágeno, lamina y fibronectina, calcificación de la túnica media) que reducen la elasticidad arterial y alteran sus propiedades de filtración.

1.4.4 Factores de riesgo cardiovascular modificables.

HIPERTENSION ARTERIAL.

Existe una relación directa entre la HTA y la enfermedad coronaria. En amplios estudios aleatorizados y controlados se ha demostrado de forma convincente que la reducción de las cifras de hipertensión con fármacos hipotensores disminuye de manera importante la morbimortalidad cardiovascular. En una metaanálisis reciente, en el que se recogieron datos sobre 418.340 varones y mujeres adultos seguidos en varios estudios por periodos comprendidos entre 6 y 25 años, se puede confirmar la asociación continua e independiente entre las cifras de presión arterial y el riesgo es superior para los varones que para ambos grupos.

VALORES DE PRESION ARTERIAL.

CATEGORIA	SISTOLICA	DIASTOLICA.
Optima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal – Alta	130-139	85-89
Grado1 Hipertensión(Ligera)	140-159	90-99
Grado2Hipertensión (Moderada)	160-179	100-109
Grado 3 Hipertensión (Severa)	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	>140	<90

TABACO.

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que mas contribuye a la morbimortalidad por diversas causas, entre las que destacan la cardiopatía isquémica y el cáncer. Estudios observacionales de casos controles y de cohortes han permitido establecer que el habito tabáquico incrementa la incidencia de cardiopatía isquémica mas del doble, y hasta el 70% la mortalidad derivada de enfermedad coronaria. El efecto es además claramente dependiente de la dosis. Estos mismos estudios demuestran que los fumadores pasivos tienen un riesgo de muerte cardiovascular hasta un 30% superior a la de los individuos no expuestos a ambientes en los que se fuma. El riesgo relativo de cardiopatía isquémica decrece al dejar de fumar. El incremento en el riesgo cardiovascular del tabaco se acentúa por sus acciones directas sobre los lípidos séricos. Produce un leve incremento de las concentraciones del colesterol total y mas significativo de los triglicéridos. Por otro lado, produce efectos adversos directos sobre la vasculatura. La nicotina plasmática produce directamente lesión endotelial, lo que afecta directamente al funcionamiento normal, produciendo vasoconstricción coronaria, y se constituye como una lesión inicial de la arteriosclerosis.

OBESIDAD.

La obesidad comúnmente precede al desarrollo de hipertensión e intolerancia a la glucosa. Muchos estudios han demostrado la fuerte correlación entre el grado de obesidad y las concentraciones de triglicéridos, incluso después del ajustarlos por edad, sexo y otras variables. Por el índice de masa corporal (IMC: peso\talla) se define como sobrepeso los valores entre 25 y 29, y como obesidad, los iguales o superiores a 30. Existen estudios que establecen una relación directa entre el sobrepeso y la coronariopatía, tanto en varones como en mujeres. Este riesgo parece continuo y es un 80% superior en los individuos con un IMC superior a 29. La prevalencia de obesidad en España se cifra en un 20 % en varones y en un 30% en las mujeres de 35 a 64 años, y es del 50% en mujeres de mas de 50 años. El patrón de obesidad también puede ser importante. La obesidad abdominal se asocia, especialmente, con un mayor riesgo, incluso ajustando por glucemia e IMC. La mejor medida de los tipos de obesidad se obtiene mediante el índice cintura-cadera; se considera obesidad abdominal cuando el índice es superior a 0.90 en mujeres y a 1 en varones.

ALCOHOL.

Los estudios epidemiológicos revelan que el consumo importante de alcohol se asocia con un incremento del riesgo total de muerte y, en particular, de infarto de miocardio y de ACV. Sin embargo hay datos observacionales que avalan que el consumo moderado de alcohol se asocia con un menor riesgo de enfermedad vascular.

CAFÉ.

La ingestión de cantidades diarias importantes de café, como son mas de cinco tazas al día, se asocia con un incremento de riesgo coronario de dos a tres a veces , efecto que parece estar relacionado con una elevación de los valores de colesterol.⁴

⁴ Crawford M. H., Carabello B. A., Dexter H. , "Cardiología", Editorial: Mosby Vol. I., Madrid - España, (2010), Pag. 149-182. (Citado 18 de Octubre del 2015).

ISQUEMIA.

El consumo miocárdico de oxígeno determina en gran medida la extensión de la isquemia y la progresión de esta a necrosis. El consumo normal, calculado como 8 a 10 ml de oxígeno por cada 100 g de músculo, en reposo, puede incrementarse un 200-300% con el ejercicio. Los determinantes más importantes de la demanda miocárdica de oxígeno son la frecuencia cardíaca, la tensión parietal y la contractilidad.

La importancia de la frecuencia cardíaca viene dada no solo por el mayor número de contracciones por minuto, sino también por la relación fuerza-frecuencia: un incremento de la contractilidad, probablemente debido a una mayor disponibilidad de calcio intracelular.

La tensión arterial es un importante determinante del consumo miocárdico de oxígeno. Las condiciones que incrementen la presión sistólica o la poscarga, y la presión diastólica o el radio ventricular, tendrían un efecto deletéreo sobre la isquemia.

Casi inmediatamente después de producirse isquemia aguda en un segmento del miocardio, e incluso antes de que dicho fenómeno produzca manifestación clínica, el segmento afectado deja de contraerse, se hace silente desde el punto de vista electrocardiográfico (cambios en el segmento ST) y, posteriormente, comienza a presentar un estiramiento pasivo impuesto por el tejido adyacente no isquémico⁵

1.5. Hipertensión arterial (HTA) en el Adulto Mayor.

Dado el desarrollo alcanzado por nuestro sistema nacional de salud, cada día es mayor la población que arriba a los 60 años de edad y además su expectativa de vida es superior que en décadas anteriores. A este grupo etáreo se le llama adulto mayor y alrededor del 13 % de nuestra población está en este grupo. Es en ellos donde se registra mayor morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, y dentro de ellas las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar; tanto es así, que son también la primera causa de muerte en nuestro país y en los países desarrollados.*

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en este sector de la población y la hipertensión arterial (HTA), uno de sus principales factores de

⁵Crawford M. H., Carabello B. A., Dexter H., Editorial: Mosby. "Cardiología" Vol. II, Madrid-España (2010) (Citado el 18 de octubre del 2015)

riesgo, afecta a más de 60% de las personas de 65 años o más. La prevalencia de HTA en la población mexicana es de 30,0%, pero asciende a más de 50% en las personas de 50 años o más, por lo que su prevalencia general aumenta a medida que la población envejece.

La HTA, en particular la sistólica, es un importante factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular, especialmente en los adultos mayores . Esto obliga a llevar un control más activo de la tensión arterial. Sin embargo, a pesar de una adecuada prescripción, los médicos no cuentan con los elementos necesarios para reconocer la falta de adhesión al tratamiento, por lo que las intervenciones para mejorarla han tenido resultados muy variados y pueden resultar complejas y costosas. Está claro que el pleno beneficio del tratamiento antihipertensivo solamente se consigue si los pacientes lo siguen de forma adecuada , por consiguiente, las características del enfermo deben tomarse en cuenta al decidir el tipo de régimen antihipertensivo que se prescribe.

Los adultos mayores deben recibir un trato diferente al de la población general para el control de su HTA, ya que al prescribir el tratamiento antihipertensivo se deben tomar en cuenta las enfermedades crónicas concomitantes, frecuentes en las personas de este grupo de edad. No obstante, el estado funcional casi siempre es pasado por alto en el momento de elegir el tratamiento y no se tienen en cuenta la debilidad visual, la depresión y los problemas de la memoria, que tienen una clara influencia en el cumplimiento estricto del tratamiento. Se debe prestar especial atención a la incontinencia urinaria, pues el tratamiento de elección para controlar la HTA no complicada se basa en diuréticos, solos o combinados. Si bien los diuréticos presentan ventajas para el control de la HTA del adulto mayor (por su bajo costo y fácil administración), estos fármacos pueden producir o descompensar la incontinencia urinaria, lo cual puede provocar la falta de adhesión del paciente al tratamiento prescrito. Con frecuencia, los médicos pasan por alto este y otros inconvenientes del tratamiento antihipertensivo, lo que da como resultado un insuficiente control de la tensión arterial. El consumo de bebidas alcohólicas se ha asociado con la dificultad para controlar la tensión arterial.

Los pacientes con enfermedades crónicas consideradas graves, como la cardiopatía isquémica o la diabetes mellitus, parecen estar más dispuestos a controlarlas. En los pacientes con múltiples enfermedades crónicas, la adhesión al tratamiento para alguna de

sus enfermedades más graves puede verse reflejado en un adecuado apego al tratamiento de las otras. Involucrar al paciente en el control de su enfermedad, con actividades como la auto vigilancia de la tensión arterial, pudiera servir para promover su adecuada adhesión al tratamiento.*

El tratamiento integral de la HAS deberá sustentarse en las medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida, tanto de dieta como de ejercicio), y moderado apoyo farmacológico. El tratamiento adecuado tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad en los pacientes hipertensos.*

1.6. Marcapaso Cardiac.

1.6.1 Historia.

Aunque en los anales históricos referente a los marcapasos cardiacos artificial figura Hyman, en 1931, como el que diseño por primera vez un artilugio que sirvió como electroestimulador para el corazón, la primera implantación completa de un marcapaso cardiac en humanos la realizaron Senning y Elmquist en el año 1959.

Cronológicamente, el doctor Chardack y colaboradores, en Estados Unidos, abrieron un camino de investigación y sentaron las primeras indicaciones para bloqueos auriculo-ventriculares completos y las crisis de “Stokes Adams”.

Este tipo de marcapasos constaba, básicamente, de una batería (generador) de 10 pilas de mercurio.

Los llamados “Marcapasos Externos” nacieron, también, casi en el mismo periodo de tiempo. Se trataba de generadores de gran tamaño, que colocaban sobre una mesa portátil. Ello permitía, dado lo rudimentario de su concepción, caminar solo unos pasos o unos pocos metros al paciente portador de dicho marcapaso.

La investigación se cimentó en base a la labor conjunta de cirujanos cardiacos y de ingenieros electrónicos.

Se sucedieron grandes aciertos y grandes fracasos.

Se fueron buscando nuevos diseños mejorando los circuitos y se tentó la experiencia de situación de la batería de mercurio. El termino “Marcapaso Artificial” fue creado por Albert S. Hyman, en año 1930, formulando lo siguiente:

“...Un pequeño estímulo electrónico, aplicado a un área pequeña, puede causar una onda de contracción de que se esparcirá a través de todo el musculo del corazón, resultado una contracción relativa normal”.

La primera generación referente a la fuente de energía de los generadores de los marcapasos se repartió en 3 capítulos, que han sido:

a) FUENTE DE ENERGÍA EN BASE A PILAS DE MERCURIO. Se caracterizo por el gran tamaño de los generadores, su considerable peso, su reservas de energía no muy grandes. El encapsulado realizado en su mayor parte en resina Epoxi, lo cual no garantizaba su total hermeticidad y si su posible cambio de volumen a medida que se agotaban las pilas. Esta etapa o capitulo fue ampliamente superada

b) LA ETAPA ISOTÓPICA O ATÓMICA . uso como fuente de energía el plutonio, que genera termoeléctricamente la energía al emitir partículas y se transformas en Uranio, siendo, durante este proceso, cuando se aprovecha la energía, liberada para producir electricidad. El tamaño de los dispositivos era ya mucho menor que los de mercurio. Su peso también se redujo unas seis o siete veces y su vida media se estimó en 25 o 30 años.

A pesar de estas ventajas, poseían grandes inconvenientes, como son el carácter radioactivo del elemento que genera la energía y los posibles riesgos que entraña, tanto para el portador como para las personas que Vivian en su entorno habitual. Otra desventaja es que, a pesar de su gran duración y que el recambio de pila no se efectuaría hasta pasados muchos años, habría que cambiar la sonda o catéter electrodo, pues su vida media es infinitamente inferior.

c) FUENTE DE ENERGIA EN BASE A PILAS DE LITIO. Esta fuente de energía fundamentó el uso de litio como las mas adecuada para su uso en los marcapasos cardiacos.

Ofrece cualidades innegables, tales como gran cantidad de energía almacenada en poco volumen; de crecimiento regular de la tensión mientras se descargan y que, al final de la vida del marcapaso, la caída de la tensión no es brusca.

Se debe añadir que hay muchas variedades de pilas de litio, y que, no todas, son iguales.

En el momento actual, el resumen o la fusión de todas las etapas de investigación anteriores a hoy nos han llevado a una situación de : nacimiento de los marcapasos para el control y el tratamiento de las taquiarritmias; los marcapaso programables y multiprogramables; los marcapasos secuenciales..., así como los desfibriladores implantables.

El adelanto de los últimos años ha sido tan vertiginoso, tan variado, que ha producido una verdadera revolución en la concepción del marcapaso tradicional y ha dado un giro total a la terapéutica en la que se ve enmarcado.

1.6.2 Definición.

El marcapaso cardiaco artificial es un estimulador artificial, de pulsos al corazón.

IMPORTANCIA.

En los últimos años, su importancia en el terreno del tratamiento de las afecciones cardiacas ha cobrado un inusitado e interés.

Las indicaciones para su uso o implantación vienen determinadas por el hecho de la dificultad que tiene el corazón, en algunas situaciones patológicas, de mantener en limites normales sus funciones esenciales de conducción intracardiaca, y por tanto, de contracción y pulso.

CORAZÓN.

El corazón es un órgano hueco, esencialmente muscular, con tejido muscular especializado, formado por cuatro cámaras: dos aurículas y 2 ventrículos, separados por dos tabiques: interauricular e interventricular, y en comunicación cada aurícula con su ventrículo correspondiente. Esta comunicación se hace a través de válvulas: la aurícula derecha comunica con el ventrículo derecho a través de la válvula tricúspide. La aurícula izquierda comunica con el ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral. Los ventrículos a su vez, dan salida a dos importantes vasos, que cumplen funciones diferentes: el ventrículo derecho da origen y salida a la arteria pulmonar. El ventrículo izquierdo da origen y salida a la arteria aorta. El musculo cardiaco esta revestido en su cara interior por una capa de tejido llamada endocardio y, en su cara exterior, por otra capa llamada epicardio.

El peso del corazón oscila entre 300 y 325 g ramos. El corazón mismo se nutre por dos grandes troncos arteriales que son las llamadas arterias coronarias. Una derecha y otra izquierda, que nacen directamente de la aorta.

La circulación venosa cardiaca se hace por venas que acompañan a las arterias coronarias, desembocan en el seno coronario y de aquí van a la aurícula derecha. El seno coronario recorre parte del surco auriculo-ventricular y desemboca en la aurícula derecha, en la proximidad de la vena cava inferior.

CIRCULACION.

En la aurícula derecha desembocan las venas cavas: superior e inferior.

Son los vasos los que traen, junto con el seno coronario, toda la sangre venosa al corazón.

De la aurícula derecha pasa al ventrículo derecho, desde donde es impulsada, a través de la arteria pulmonar, hacia los pulmones. Allí es saturada, o sea oxigenada, y vuelve, a través de las venas pulmonares (que son cuatro), a la aurícula izquierda. Desde la aurícula izquierda pasa al ventrículo izquierdo, y este la impulsa hacia la aorta. La arteria aorta, pues, es la arteria mayor, que reparte la sangre oxigenada, a través de todas sus ramas, por todo el organismo.

CÓMO SE CONTRAE EL CORAZÓN?

El corazón se contrae por sectores, primero se contraen las aurículas y luego los ventrículos. De esta forma cumple su verdadera función de bomba. Pero, antes de la contracción propiamente dicha, hay una excitación eléctrica, que es la que motiva, inmediatamente después, la contracción muscular.

Esta excitación es automática y nace de un pequeño grupo de células especializadas que están situadas en el sector de la pared de la aurícula derecha, junto a la desembocadura de la vena cava superior.

Estas células constituyen el llamado Nódulo Sinusal. Este nódulo tiene la frecuencia del ritmo natural en el ser humano, que es de 72 latidos por minuto. De esta forma se produce de manera automática estimulación eléctrica y luego la contracción mecánica del corazón. Estas estructuras, están irrigadas por ramas de las arterias, sobre todo de la arteria coronaria derecha. Por tanto, cuando existen problemas a nivel de las arterias coronarias, es muy posible que se reflejen o tengan consecuencias directas sobre la funcionalidad de

estas formaciones descritas, llegando muchas veces a perturbar sus funciones específicas.

Cuando esto sucede se llega a la situación clínica conocida con el nombre de “ Bloqueo auriculo-ventricular ”, o sea que hay dificultad en el pasaje de los “ estímulos ” que van desde el sector auricular a los ventrículos. Esto crea dificultades en contracción ventricular que afecta luego al pulso y al rendimiento cardiaco. Los “Bloqueos”, de acuerdo a su magnitud, son clasificados por grados. En líneas generales, pues, digamos que, cuando se llega a esta situación, el paciente debe de ser sometido a la implantación de un “marcapaso”. Con el asegura su adecuada contracción cardiaca, el buen rendimiento del corazón y un pulso que será satisfactorio para sus demandas.

IRRIGACION DEL CORAZÓN.

El corazón recibe su aporte de dos arterias, llamadas arterias coronarias, y que, a su vez, son dos: derecha e izquierda.

Arteria coronaria izquierda.

Nace en el seno de valsalva izquierdo, de la arteria aorta, haciendo protrusión entre la arteria pulmonar principal y la aurícula izquierda. Se divide en dos ramas principales, que son:

- a) arteria coronaria descendente anterior, y
- b) arteria coronaria circunfleja

La arteria coronaria descendente anterior comienza como continuación de la arteria coronaria izquierda principal, rodea la base de la arteria pulmonar principal.

Cursa hacia abajo por el surco interventricular anterior.

La arteria coronaria circunfleja hace un recorrido por el surco auriculo-ventricular izquierdo.

Arteria coronaria derecha.

Se origina en el seno de valsalva anterior derecho de la arteria aorta. Cursa a lo largo del surco auriculo-ventricular derecho, englobada en grasa. Pero a fines estrictamente prácticos, lo que interesa en relación directa al tema y a la importancia del mismo, haremos énfasis, fundamentalmente, en la irrigación topográfica del corazón.

Las diferentes partes del corazón son usualmente irrigadas como sigue:

- 1) **Pared del ventrículo izquierdo:** por la ratería coronaria izquierda principal y sus ramas.
- 2) **Pared anterior del ventrículo derecho:** por la arteria coronaria derecha y sus ramas (3/4) y por ramas de la arteria descendente anterior izquierda (1/4).
- 3) **Ápex:** por ramas d la arteria coronaria descendente anterior izquierda.
- 4) **Septum interventricular:** por ramas de la arteria descendente anterior izquierda.
- 5) **Aurícula derecha:** por la arteria coronaria derecha y su rama auricular.
- 6) **Aurícula izquierda:** por la arteria coronaria circunfleja izquierda, rama auricular.

El “Sistema específico de conducción” esta irrigado de la siguiente forma:

a) La arteria coronaria derecha irriga:

- 1) Nódulo auriculo-ventricular (80%)
- 2) Fascículo común de His.

b) La arteria coronaria izquierda irriga:

- 1) Rama izquierda anterior del His.

Ambas arterias coronarias irrigan:

- 1) Rama derecha del His
- 2) Rama posterior del His.

REGULACION NERVIOSA DEL CORAZON.

El corazón esta innervado por el sistema autónomo. Se considera un sistema cardiomodador (nervio vago) y un sistema cardioacelerador (simpático).

Nervio vago: hay dos; derecho e izquierdo.

El nervio vago derecho inerva especialmente al nódulo sinoauricular.

El nervio vago izquierdo inerva al nódulo auriculo-ventricular.

El nervio vago es cardiomodador y su acción es continua.

Su estimación provoca:

- a) disminución de la frecuencia cardiaca;
- b) disminución de la conducción auriculo-ventricular;
- c) disminución de la excitabilidad y disminución de la fuerza de contracción.

La acción continua del vago se llama tono vagal.

El tono vagal es un reflejo que esta mantenido por impulsos que previenen de los nervios o terminaciones nerviosas que nacen en el cayado aórtico (nervio de Cyon) y en el seno carotídeo (nervio de Hering).

Estos nervios son, en realidad: presorreceptores, o sea que la frecuencia cardiaca es inversa a la tensión arterial. El ventrículo (por así llamarlo) de esta regulación se hace por medio de estas terminaciones hacia el vago, quien, en ultima instancia, actúa como cardiomodador.

Hay otro reflejo, el llamado reflejo de Bainbridge, que consiste en el aumento de la frecuencia cardiaca, especialmente o esencialmente por depresión del tono vagal.

La depresión del tono vagal se produce como consecuencia del aumento de presión venosa a nivel de la raíz de los grandes vasos (venas) de la aurícula derecha.

SISTEMA DE CONDUCCION INTRACARDIACO.

Es un tejido neuromuscular especializado. Crea y proporciona pulsos de estimulación a todo el musculo cardiaco, gobernando de esta forma su frecuencia.

Su estructura es la siguiente:

a) **Nódulo sinoauricular:** es una estructura celular que mide 5 por 20 mm. Representa una formación celular especifica, situada en la parte superior de la aurícula derecha, en la región comprendida entre la desembocadura de la vena cava superior y la orejuela derecha. Es, en situación normal, el marcapaso del corazón. De aquí el impulso se propaga hacia las dos aurículas; se realiza por los llamados fascículos internodales, que son, a saber:

1) Tracto nodal anterior: se dirige hacia delante, descubriendo una curva alrededor de la vena cava superior. Se divide en dos ramas o fascículos que van: uno hacia la aurícula izquierda, y otro hacia el nódulo auriculo-ventricular.

2) Tracto intermodal medio: es de situación posterior y describe una curva detrás de la vena cava superior. Se dirige y penetra en el margen posterior del nódulo auriculo-ventricular.

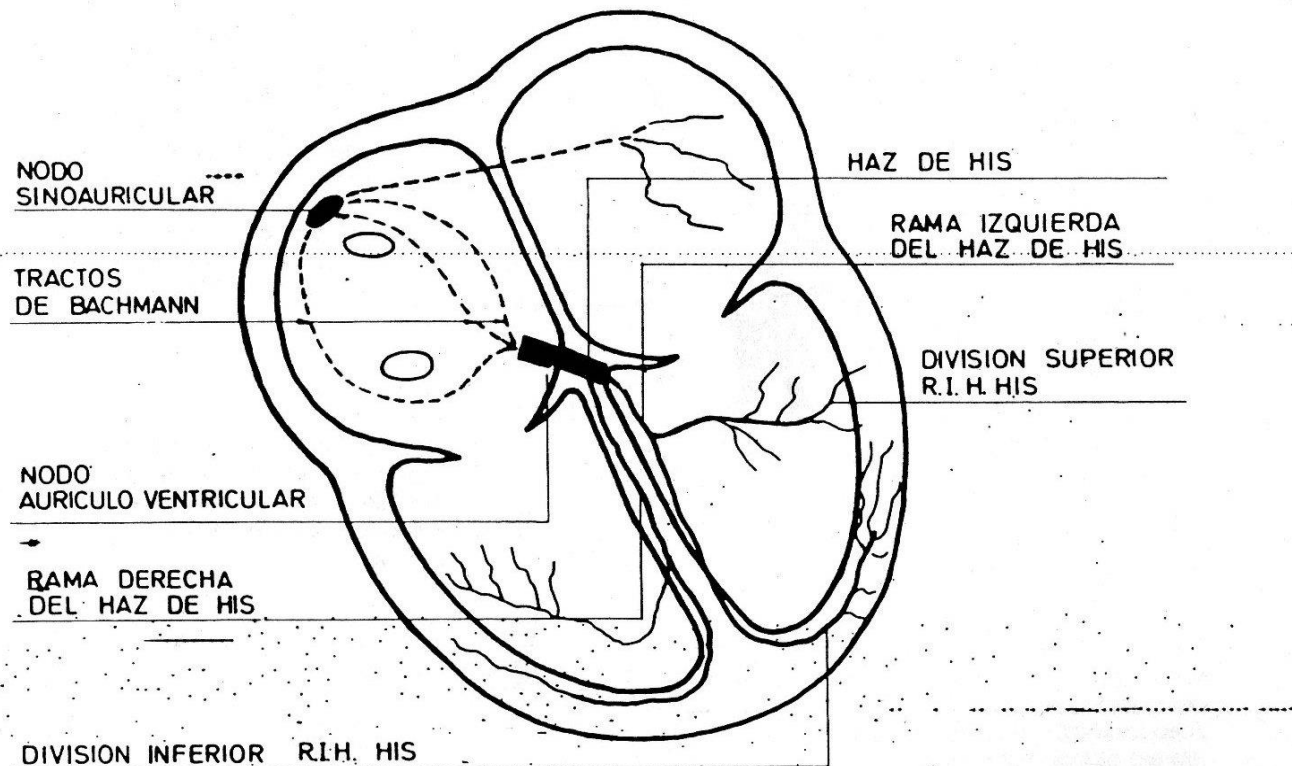
b) **Nódulo auriculo-ventricular:** mide 2 por 5 mm. Se encuentra localizado en la parte inferior de la pared posterior de la aurícula derecha, inmediatamente por debajo de la apertura del seno coronario. El impulso sufre, aquí, un “retardo normal” de 0.07 segundos.

c) **Haz de His:** sus fibras son continuación del nódulo auriculo-ventricular. Mide aproximadamente 20 mm de longitud. Se encuentra localizado en la superficie del endocardio derecho del tabique interauricular, justo por arriba del tabique interventricular.

d) **Ramas de Haz de His:** son dos; derecha e izquierda. La rama izquierda, a su vez, se subdivide en otras dos: que son los llamados fascículos anterior y posterior de las ramas del Haz de His.

e) **Fibras de Purkinje:** el Haz de His se divide, la porción membranosa del tabique interventricular, en dos ramas: derecha e izquierda. Como ya se ha dicho, la rama izquierda, a su vez, se subdivide en dos ramas: superior e inferior. De esta división de las ramas salen numerosas subdivisiones en fibras, que son las llamadas fibras de Purkinje, que se ramifican en el endocardio de los dos ventrículos.

Es asimismo muy sensible a los cambios químicos sanguíneos, así como a la concentración de hormonas y algunas sustancias integrantes de la corriente sanguínea. De manera que el nódulo sinusal es una especie de “sensor” detector y creador de los impulsos que, en definitiva, van a gobernar la frecuencia cardíaca, y la contracción cardíaca.



1.6.3 PILA DE UN MARCAPASO.

Las podemos dividir en tres grandes grupos:

a) Baterías alcalinas: constan fundamentalmente de un electrodo negativo de zinc, un electrodo positivo de mercurio, un separador de plástico. El separador se usa para eliminar las fallas que pudieran ser causadas por "cortocircuitos" entre el electrodo negativo y el electrodo positivo.

A este tipo de pilas se les agrega plata, para de tal forma poder absorber el mercurio líquido que se acumula durante la descarga, y así de esta manera evitar los "cortocircuitos". Este tipo de pilas, por tanto, "celdas químicas" que usan un electrolito de alcalino-líquido. Podemos citar dos tipos: 1) óxido de zinc-mercurio; 2) níquel-cadmio recargable. Cada "celda" tiene una capacidad de amperio-hora, con una tensión de 1,36 voltios. Los generadores tienen baterías de cuatro celdas en serie con 5,4 voltios.

El "aislamiento" es la parte del "separador" adjunto a la superficie del cátodo. Su función principal es el aislamiento electrónico y la de mantener el electrolito en contacto con el cátodo.

b) Baterías de litio: constan de un electrodo negativo de litio y un electrodo positivo de yodo.

El secreto de la ventaja de una y otra pila radica fundamentalmente en: aislamiento de los electrodos mediante separadores fabricados ex profeso, o películas de electrolitos. Esto tiene la ventaja de que cualquier defecto que pueda permitir el contacto entre los materiales de ánodo y cátodo los pueda evitar.

1.6.4 constitución de un marcapaso.

Un marcapaso consta esencialmente de:

- a) Un generador de impulsos eléctricos.
- b) Una sonda electrodo.

El generador de impulsos eléctricos consta, a su vez, de:

- a) **Un circuito eléctrico.**
- b) **Fuente de energía.**

Circuito eléctrico.

Los circuitos de los generadores han experimentado muchas variantes desde los primeros basados en pequeños transistores, pasando por los circuitos con elementos híbridos o integrados.

Actualmente se están usando circuitos con microprocesadores que facilitan la función de la programación, y que se han derivado en marcapasos antitaquicardia y con capacidad de memoria.

Fuente de energía.

La fuente de energía, desde los marcapasos iniciales con pialas de mercurio, como hemos descrito ampliamente: mercurio-zinc, hasta los actuales de litio, también han experimentado un cambio y una evolución considerable.

SONDA ELECTRODO.

El catéter electrodo o sonda es la estructura que conecta el generador con el músculo cardíaco y, a su través, se efectúa el ciclo de estimulación.

En la actualidad, los electrodos tienen una gran fiabilidad, y es raro que sucedan roturas en su trayecto (como en los primeros tiempos)

Constan de:

- a) Una conexión: es la parte que fija el catéter electrodo al generador mediante un tornillo metálico.
- b) Un cable conductor: en los electrodos endocavitarios suele ser el tipo "espiral". Tiene una vaina aislante que es de resina de silicona o polietileno.
- c) El electrodo: los electrodos tienen, actualmente, un área mas pequeña que hace algunos años. Ello se debe o se hace para intentar reducir la intensidad de la energía necesaria para la captura.

Hay dos tipos de electrodos:

- a) Unipolar: hay un solo electrodo en contacto con el corazón, el otro electrodo suele estar representado por el blindaje metálico del generador.
- b) Bipolar: hay dos electrodos en contacto con el corazón. La corriente solamente fluye entre estos dos electrodos.

Pueden ser además: 1) Endocavitarios ó 2) Miocárdicos.

Existen ventajas e inconvenientes en cada uno de ellos:

Electrodo unipolar: Tienen umbrales de estimulación mas bajos.

El cable es mas delgado.

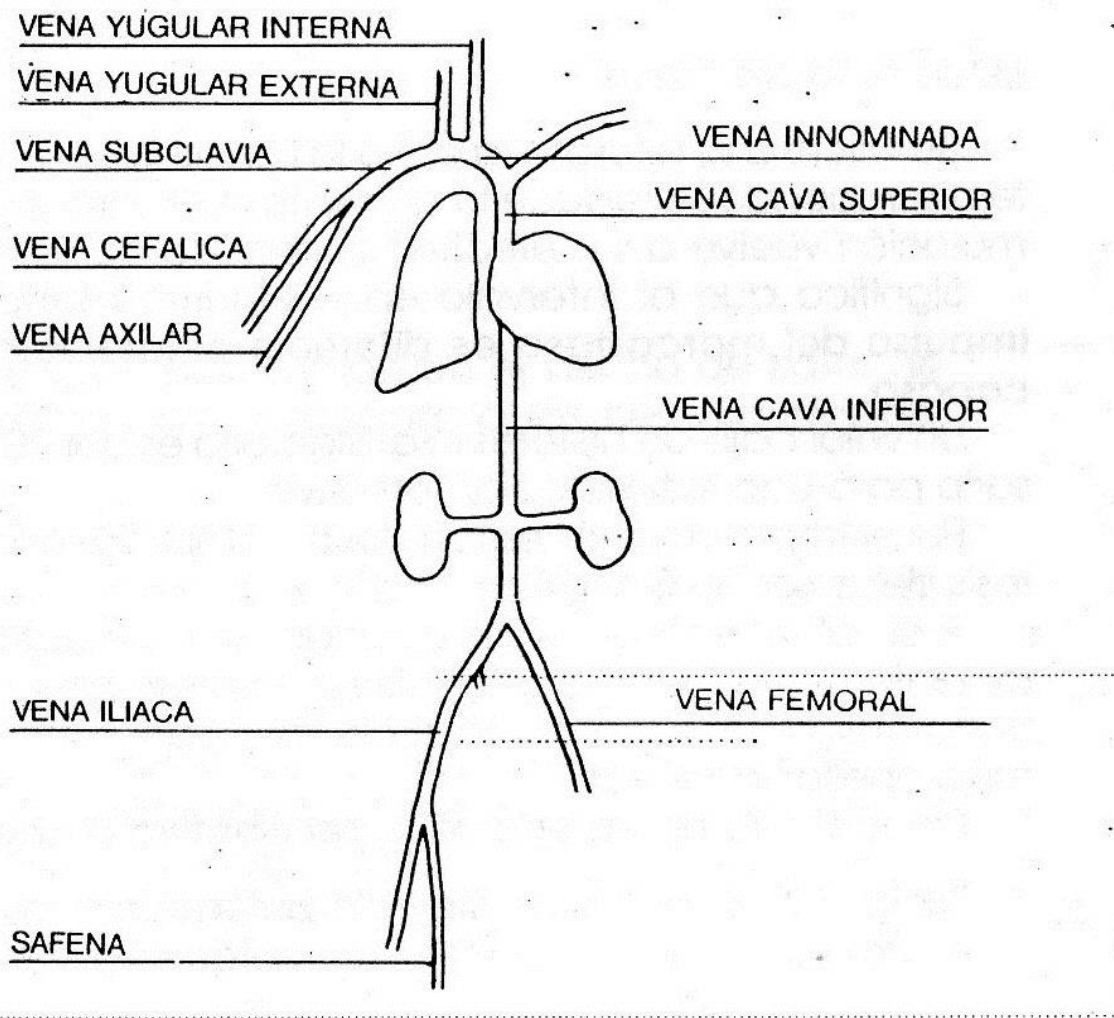
Tienen menor resistencia en el electrodo.

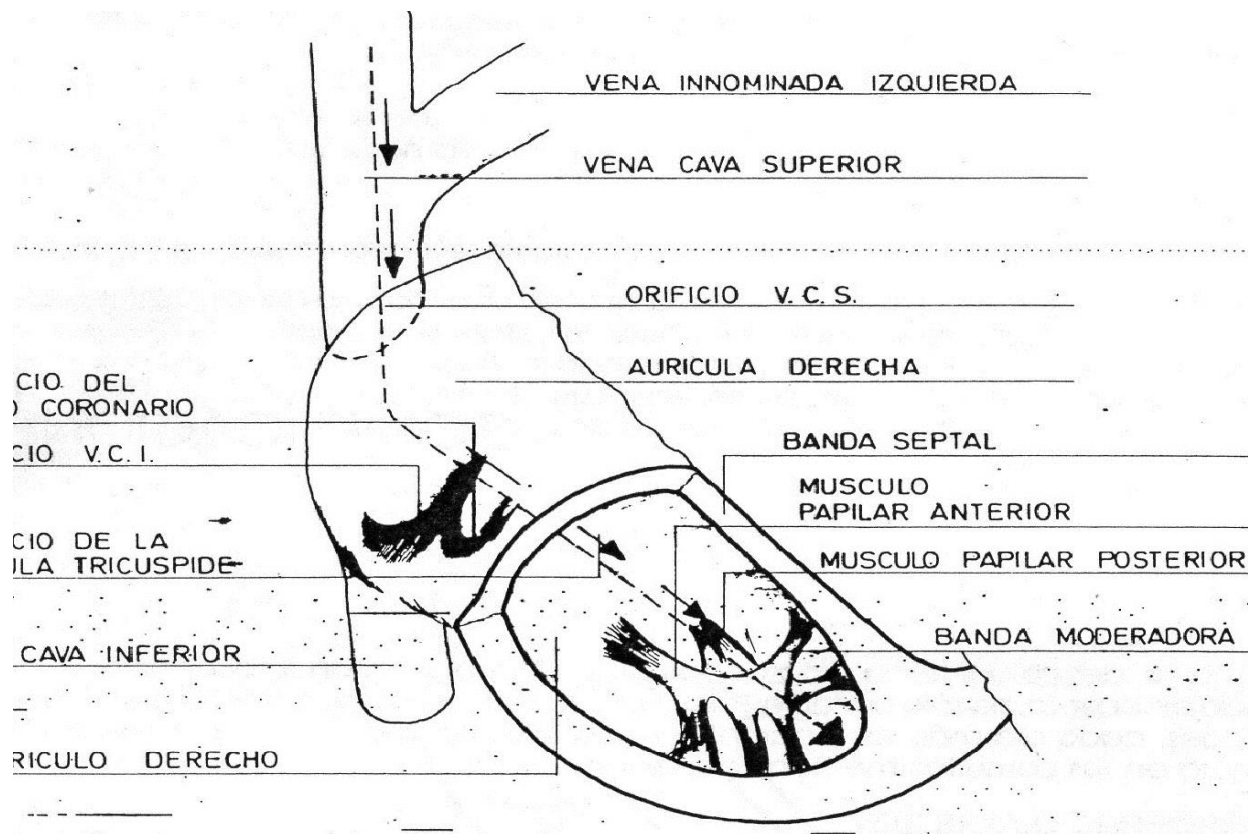
Sus inconveniente es el de poder producir estimulación muscular y posibilidad de detectar interferencias.

Electrodo bipolar: Tiene menos interferencias. Mejor detección de la onda auricular. Es mas costoso y mas difícil de implantar.

1.6.5 Vías de implantación.

- a) Vías para implantación de un marcapaso **“provisional”**: Vía venosa: Vena del pliegue del codo, vena femoral.
- b) Vías para la implantación de un marcapaso **“definitivo”**: Vía venosa: vena cefálica, vena subclavia.





1.6.6 Complicaciones.

Las complicaciones mas comunes y destacables son:

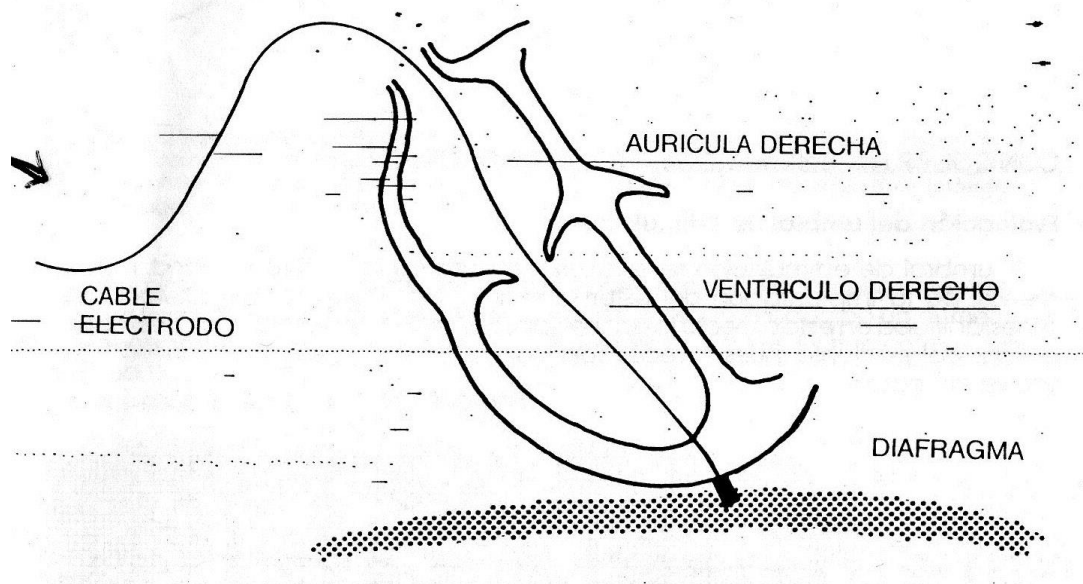
- 1) Deslocamiento del electrodo del ventrículo derecho.

Puede suceder en el momento de la implantación, o al poco tiempo de haber sido implantado. Ocasionalmente, el electrodo mal posicionado capturara el latido, pero con un umbral mas alto, apareciendo el fallo temprano de la batería.

El “deslocamiento” del electrodo usualmente ocurre en las primeras semanas, siguiendo a la inserción del electrodo. Se puede, a veces, “recolocarlo” bajo anestesia local.

Puede suceder, aunque mas raramente, y depende de la persona, es decir, de la experiencia de quien lo implante, que la bolsa que aloja al generador sea demasiado

grande y el generador no este bien posicionado ni fijado, redundando esto en “dislocamiento” y, a veces. Fractura del cable electrodo.



2) Mal posición del electrodo.

El electrodo puede ser inadvertidamente colocado en el seno coronario por el facultativo que esta realizando la implantación. El diagnostico es sugerido por una Rx de tórax.

3) Variación del “umbral”.

Se trata de alteraciones que surgen en el sistema: “electrodo-musculo cardiaco”. Se pueden detectar por electrocardiograma tipificar como “bloqueos”.

En el osciloscopio se consideran según las características del marcapaso.

4) Perforación de la pared del ventrículo derecho.

Puede ser una complicación grave. Sobre todo si el paciente esta recibiendo medicamentos anticoagulantes, por el peligro del desarrollo de un “hemopericardio”. Es una complicación frecuente. Usualmente ocurre en el momento de la inserción o durante los primeros días después de la inserción. La perforación puede ser sospechada cuando el marcapaso falla en “sensar” una respuesta ventricular. El fallo puede ser continuo o intermitente. El electrodo perforante puede estimular estructuras adyacentes; por ejemplo: diafragma.

El electrodo puede no mostrar cambios o puede haber una ausencia de la espícula del marcapaso debido a una elevación del “umbral”. También puede mostrar un cambio en el patrón de “bloqueo de rama izquierda al de bloqueo de rama derecha”.

La Radiografía de tórax puede ser diagnosticada. Usualmente no hay dificultad en identificar la perforación. En el electrocardiograma, como ya lo hemos mencionado anteriormente, se pierde la imagen de estimulación artificial.

El paciente puede experimentar un tipo especial de contracción que puede ser debida a lo posible estimulación diafragmática.

5) Fallo por fractura del electrodo.

Se diagnostica por examen de RX de tórax. El sitio usual de la fractura es cerca de la conexión del electrodo con el generador. Una fractura del electrodo puede causar solo mal función intermitente, a causa de que el extremo distal puede tener contacto esporádico, dependiendo de la posición del paciente.

6) Infección.

La infección es la segunda complicación mas común en el procedimiento que sigue a una implantación de marcapaso. La incidencia de “sepsis” oscila entre el 1 y el 3% de todos los implantes.

El estafilococo epidermis es el germen mas comúnmente involucrado en estos procesos.

La “bolsa” que aloja al generador del sistema es el sitio mas común de infección.

La infección de la bolsa del generador puede suceder que ocurra poco tiempo después del implante.⁶

1.6.7 Después de insertar el marcapasos.

A pesar de que no existen contraindicaciones para llevar a cabo un implante de marcapaso, debe considerarse el hecho de estar bajo el efecto de anticoagulantes, por el alto riesgo de producir una hemorragia durante la intervención; pero basta con cortar el tratamiento un par de días antes a la cirugía, o usar uno de vida media más corta, que pueda suspenderse entre 8 a 12 horas”.

Si bien los cuidados que debe tener el paciente luego de la inserción del marcapaso son mínimos, de todas formas hay que estar atentos. “Primero hay cuidados de la herida operatoria, que como todas hay que esperar antes de mojarla –para evitar riesgo de infección-, además se debe tener precaución durante los primeros días con la movilización del brazo izquierdo –que tiene relación con la zona del implante-, para evitar

⁶ Ramos W, “Marcapaso Cardíaco Artificial”, Editorial: Marbán, Madrid, España, (2011), Pag. 37- 80, (Citado el 19 de octubre del 2015).

el desplazamiento de los electrodos; esto se logra mediante un reposo relativo de un par de días”, sostiene la cardióloga.

Entre diez a catorce días después de la cirugía, los pacientes deben asistir a un control programado por el médico en el que se evaluará al paciente, se examinará especialmente la zona de la herida operatoria y se realizará la revisión del marcapaso, utilizando un aparato especial llamado programador, con el que se ajusta el dispositivo.

Después del primer control, éstos se distancian un poco. Hay uno al mes del implante, más tarde a los tres meses, y luego se van siguiendo cada seis meses, para así chequear el marcapaso, verificar su correcto funcionamiento, evaluar cómo está la batería, sobre todo cuando han pasado varios años y se acerca el período de cambio.

Cuando las personas enfermas del corazón se vuelven muy dependientes del marcapaso y lo usan permanentemente, la batería dura menos, al contrario de quienes lo usan ocasionalmente. La velocidad con que se consume la pila también depende del voltaje o de la energía que se esté gastando, pero en promedio un marcapaso puede durar fácilmente 6 años.

El dispositivo de manejo del ritmo trabaja acorde a la necesidad de cada persona. “Hay quienes deben usarlo de manera permanente, los llamados pacientes dependiente de marcapaso, ya que si no tienen esta estimulación no tienen ritmo cardíaco, lo que les provocaría la muerte. Así también, hay quienes lo necesitan sólo ocasionalmente”, sostiene la especialista.⁷

1.6.8 Saber cuidarse

Los controles son muy importantes, porque se evalúa qué va pasando con el paciente, si requiere nuevos fármacos, o un ajuste en los tratamientos médicos, y según eso se va programando a la par el ajuste del marcapaso.

“En cada visita médica, el doctor conversa con el paciente, le pregunta sobre los síntomas, o molestias que ha sentido; se realiza un examen físico que se centra en la herida operatoria, es importante que ésta se vea sana, que los electrodos no estén muy

⁷Vázquez A., “Consenso de Marcapasos y Resincronizadores” Vol. II y III, (2011), URL:<http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-Marcapasos-y-Resincronizadores.pdf> (Citado el 19 de octubre del 2015).

protuyentes, porque puede haber un riesgo de erosión de la piel y eso conlleva una infección; y que el bolsillo en sí, que está debajo de la clavícula, se vea sano, sin signos de infección”

Para el médico es importante preguntar el tipo de fármacos está consumiendo el paciente, ya que alguno podría interferir con la actividad eléctrica del corazón. Coloca un programador sobre la pila, con un cabezal que es un interrogador, con eso y con un computador especial se chequea. “Se recibe información de cuánto tiempo ha usado el marcapaso, en qué frecuencia cardíaca se ha movido el corazón, si acelera o no frente a una actividad física, si ha tenido algún tipo de arritmia; posteriormente, se hacen ciertas pruebas de funcionamiento para evaluar que los cables estén bien, y la batería en buenas condiciones”, cuenta la doctora. Una vez terminado el chequeo, se programa el dispositivo según lo que el médico estime conveniente.⁸

1.7. Proceso de Atención de Enfermería.

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida. Con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería, esta mujer nació el 12 de mayo de 1820 y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería. Desde allí, empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el Cuidado de la Experiencia de la Salud Humana 1 ; es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado; luego ésta metodología va evolucionando y en los años 70' se adiciona al proceso la etapa diagnóstica con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud para Enfermería y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación.

⁸ De la Rosa J., "Twmpua Vtalis". Revista Electronica: Internacional de Cuidados, Vol. 7 No. 2, Pag. 2 – 4 (2010). (Citada el 19 de Octubre del 2015).

Bajo ésta perspectiva, podría decirse que el Proceso de Enfermería, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible

1.7.1 ¿Qué es el proceso de enfermería?

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la expuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los mas importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una

situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados

y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas. Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También

es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado. De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades 3 y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

1.7.2 Etapas del proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería esta constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación 4 , donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica



La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que

hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno”⁵, y son once (11): cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos.

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera - paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede

ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

1.7.3 El proceso de enfermería y la ciencia

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación. Posteriormente, Virginia Henderson con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego en una evaluación sobre la disminución del papel del personal de Enfermería a medida de la independencia del paciente. De igual forma, Dorothea Orem en su teoría del déficit de auto cuidado, implica la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de auto cuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución

del proceso. Particularmente, la teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la Teoría del proceso de Enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos de éste dados por el contacto enfermera-paciente. Consecuentemente, Maryore Gordon enfermera norte americana, introduce el término de patrones funcionales, definidos como “una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales”¹¹ los cuales son once patrones de enfermería: cognoscitivo perceptual, nutricional metabólico, actividad y ejercicio, eliminación, manejo de salud, descanso y sueño, reproductivo sexual, creencias y valores, relaciones de rol, auto percepción-auto concepto y adaptación y tolerancia al estrés, para realizar la valoración del sujeto de cuidado y a partir de ellos definir el diagnóstico de Enfermería.

Lo anterior, es una pequeña muestra de como las teóricas han abordado desde la ciencia de una u otra manera el proceso de Enfermería, donde éste nutre y viabiliza el conocimiento de enfermería, mostrando su utilidad como una herramienta que permite de una forma sistemática, organizada y científica brindar cuidado con un juicio crítico y evaluable, sustentado en la producción filosófica, conceptual, teórica e investigativa propia de la profesión. Por ende, la aplicación del Proceso de Enfermería implica unos conocimientos básicos previos relacionados con el estado de salud-enfermedad del paciente de tipo fisio-patológico, psicológico, social y espiritual, unas habilidades mentales, de comunicación, técnicas e interpersonales, al igual que unos recursos físicos, financieros, estructurales, sumado al trabajo en equipo e interdisciplinario, para alcanzar el objetivo innato del proceso que es obtener una mejor calidad de cuidado de Enfermería.

1.7.4 El proceso de enfermería: un instrumento de cuidado?

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Muestra de ello lo confirma su utilización en el área asistencial, por ejemplo en algunas instituciones de salud del país, como la Fundación Santa Fe y la Clínica Country de Bogotá, donde ya se ha implementado el Proceso de Enfermería en cada uno de los servicios asistenciales incluyendo el recibo y entrega de turno, organizando el cuidado de los pacientes con la ayuda de un software que permite registrar los diagnósticos de Enfermería que se digitan en la historia electrónica y se documentan en el plan de cuidados de Enfermería. Así pues, sería importante proponer un software con una plataforma con los diagnósticos, las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados de Enfermería para el ámbito asistencial y también para el comunitario, que contribuyan al registro y medición de la calidad del cuidado, de manera que se fortalezca la evidencia en el quehacer de Enfermería y los diversos aspectos derivados de la investigación. Igualmente, es claro para la docencia que el proceso de enfermería es una herramienta que permite enseñar el cuidado de Enfermería en las prácticas con los estudiantes tanto comunitarias como asistenciales, y que éste proceso ha sido aceptado y aprobado por la academia de Enfermería a nivel mundial, por los efectos positivos que produce el hecho de que se hable en el mismo lenguaje de Enfermería en la mayoría de los países. Por estas razones, se podría decir que el Proceso de Enfermería es un instrumento válido, ya que es producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno; y porque a través de la implementación y evaluación de sus resultados tanto en el campo asistencial como comunitario y con la investigación, se aporta a revisar, priorizar y fortalecer la práctica del cuidado y el estatus del profesional de Enfermería.⁹

⁹Gutiérrez R., Núñez C., "El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado" Revista: Umbral Científico, No.. 17, Universidad Manuela Beltrán Colombia, Diciembre (2013), Pág. 18-23, (Citada el 20 de octubre del 2015)

CAPITULO 2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

2.1 Valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE:	BENITO B. D.
EDAD:	89 años
GENERO:	Masculino
OCUPACIÓN:	Jubilado
ESCOLARIDAD:	Secundaria
RELIGIÓN:	Católica
LUGAR DE PROCEDENCIA:	Frac. Cumbria, calle: Coyotepec, No. Ext. 33, C.P. 54740. Cuautitlán Izcalli.
DX. MÉDICO:	Cardiopatía Mixta Hipertensiva + Arterioesclerosis degenerativa+ Marcapaso definitivo.

TRATAMIENTO FARMACEUTICO		
MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO
ESPIRONOLACTONA.	25 mg.	1 al día
ENALAPRIL.	10 mg.	1 al día
COMPLEJO B	5mg	1 al día

Patrón 1.- PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD.

El sr. Benito es un adulto mayor que vive solo a sus 89 años de edad, expone estar divorciado hace mas de 25 años aproximadamente proceso que acepta al mismo, ya que su único placer e inquietud, eran dar su máximo en su trabajo el cual dedico su vida 50 años, y ver por el bien de sus hijos. Alude que si por el fuera seguiría trabajando para sentirse productivo y disfrutar de lo que le gustaba hacer “la ingeniería”. A sus 60 años se le diagnostico una hernia inguinal izquierda, la cual le provocaba grandes dolores que le evitaban dar lo mejor en su trabajo, así que decidió atenderse para que se le realizara la extirpación de la misma; así es como provocó su jubilación y a partir de ello llevo una vida sedentaria.

A sus 81 años, sufre de un infarto al miocardio el cual fue intervenido al hospitalizarse en su Unidad Medica correspondiente; por lo tanto, al poco tiempo se diagnostica Cardiopatía isquémica hipertensiva + Arteriosclerosis. Fue informado a los familiares que por la edad ya no era recomendable ser intervenido quirúrgicamente y que el mejor tratamiento era colocación de marcapaso definitivo y evasión de esfuerzos, así mismo la observación máxima en casa. Es ahí cuando se toma la decisión de instalarlo cerca de casa de su hija mayor, para que pudiera facilitar la vigilancia ; ello, provoco que el sr. Benito molestara, pues expresa hasta ahora que eso fue limitar sus actividades y estilo de vida diaria.

Manifiesta tener falta de conocimiento y cierta antipatía sobre sus autocuidados para prevalecer su salud ; por lo mismo, revela que esta a cargo de su hija mayor en la mayoría de las cosas ,pues es ella la que esta al tanto de sus citas programadas con el medico (aunque señalan ambos que ha habido varias de las cuales se les han pasado las fechas últimamente, y por ello se prolonga su atención al sr. Benito) ; también es ella la que lo traslada para acudir a las mismas, igualmente ella suele estar pendiente en momentos sobre la compra de medicamentos (aunque no esta tan al pendiente cuando se los toma y prepara),al igual en elaboración de sus alimentos diarios, limpieza en casa, compra de despensa, lavado y planchado de ropa; todo esto con el fin de respetar el tratamiento medico el cual es limitarlo en realizar grandes esfuerzos, por ello mismo, lo hace permanecer todo el tiempo en casa sin hacer actividad alguna más que observar televisión, leer repentinamente periódicos o revistas; esto provocó descubrir en el sr. Benito D. B. su sentir de improductividad en sus acciones y al mismo tiempo la falta de

toma de interés adecuado en su bienestar. La hija que esta a su cuidado suele expresar que no ha sido realmente capacitada ni orientada en la técnica de toma de presión arterial para poder así realizarlo con su padre en casa, y por ello no suele tener conocimiento de su manifiesto hasta que acuden a cita medica (de 3 a 4 meses); así mismo el paciente refiere su falta de interés sobre los riesgos que podría evitar si el registrara los parámetros de su tensión arterial en casa. El sr. Benito exhibe que durante el mes de Agosto del presente año, tuvo mareos y cansancio ocurrentes de los cuales no les hizo atención y la hija tuvo deficiencia en su vigilancia en esos momentos, por lo cual, desmayó e incito ser llevado a urgencias, en donde fue intervenido con oxigenoterapia y le fue recomendado llevar el tratamiento a casa durante un mes 10 minutos diarios. No tuvieron problema en hacerlo tanto la hija como él; y es así como llego el Sr. Benito a no necesitar mas de oxigeno en casa. La hija confiesa tener bastante miedo en que su padre vuelva a recaer, es por ello que prefiere verlo sin hacer nada, para que no vuelva a cansarse y tener dentro de su ideología ,presente el tratamiento medico que no debe realizar esfuerzo mayor.

Se analizo su carnet junto con notas medicas prescritas en citas anteriores, así como elaboraciones de laboratorios como EGO Y química sanguínea; se observa deficiencia en cuestión del mantenimiento de su marcapaso definitivo; pues si recordamos, la subsistencia del mismo, es cada 5 años y el lleva 6 años.

Patrón 2.- NUTRICONAL METABÓLICO

El Sr. Benito solio ser bastante cooperador para la toma de los siguientes datos

PESO.	TALLA.	TEMPERATURA.	GLICEMIA CAPILAR.
73 Kg.	1.78 m.	36.6 C	174 mg/dl.

Al analizar los datos obtenidos tanto peso, talla y temperatura no suele tener alguna alteración, puesto que la hija menciona prepararle dietas balanceadas libres de sales y grasas, aunque cuando no llega a mantener gran atención en el Sr. Benito, el suele

consumir refrescos, comida chatarra, comida con altos niveles de grasa como lo son preparados capeados o que son ricos en masa y embutidos. (esto lo realiza cuando sale solo de casa que suelen ser fines de semana). El sr. Benito realiza 3 comidas diarias puntualmente a la semana realizados por su hija 100% hechos en casa:

Desayuno- 9:00 am.

Comida- 3:00 pm.

Cena- 8:00 pm.

La dieta que normalmente establece su hija es:

Desayuno: atole con fruta.

Comida: 1 tazón de sopa (de verduras o de pasta) guisados que contengan alguna de estas variantes: pollo, papa, queso, chile, jitomate, aceite de oliva, lechuga, ejote, calabaza, zanahoria, chícharo , por decir algunos; acompañado de algún jugo envasado o refresco.

- *pescado suele ser una o cada dos veces al mes.**

Cena: fruta y leche.

- Enmarca el sr. Benito su disgusto por tomar agua desde muy joven, y que últimamente el apetito suele ya no tenerlo tanto.

Se analiza un descontrol alimenticio en fines de semana cuando suele no estar su hija en casa o no esta cerca de el pues es cuando el sr. Benito decide salir y comprar comida fuera.

Su glicemia capilar suele tener alteración, aunque , analizando datos anteriores, obtenidos en citas medicas, nos demuestran no catalogarlo aun como un paciente diabético; pero aun así se le manifestó al Sr. Benito tener cuidado sobre ello.

MES DE REALIZACIÓN DE GLICEMIA CAPILAR EN SU UNIDAD MEDICA CORRESPONDIENTE.	Mg/dl
Julio del 2015	170
Septiembre 2015.	169

Mantiene variablemente resequead en membranas mucosas y cavidad oral así como deshidratación en piel: el paciente desconoce de productos que ayuden a hidratar su piel, se distingue abrasión al colocarse ropa ajustada como lo es el rose del pantalón al ajustarlo con la bragueta, en las camisas al abotonarlas de las muñecas y en el ligamento de las calcetas llegando hasta pantorrilla, manifiesta no utilizar hidratantes cutáneos por falta de conocimiento.

Muestra alopecia mismo que es reflejado por el proceso de envejecimiento, se analizan uñas en dedos de manos y pies recortadas sin datos de micosis o dataos de infección; aunque con aspectos de bajos niveles de higiene.

Sobre su higiene bucal nos refiere usar prótesis hace mas de 15 años, muestra haber perdido los 2 incisivos y 4 molares, ello hasta ahora no a provocado algún problema en sus momentos de consumir sus alimentos. Refiere cuidar su prótesis desinfectándola 2 veces al día con liquido dental especial realizándose al mismo tiempo enjuagues bucales.

Patrón 3.- ELIMINACIÓN.

El sr. Benito D. B. ostenta tener de 3 a 4 eliminaciones vesicales al día, comenta tener una uresis color ámbar y ciertas veces muestra dolor a orinar con olor fétido.

En cuanto a eliminación intestinal, suele tener meteorismo ocurrente; conforme a la escala de Bristol la evacuaciones suelen ser tipo 4 y tipo 5 de los cuales aun se siguen considerando como eliminaciones normales.

Sobre incontinencias de ambas, es ausente, aunque menciona tener dificultad para contener ambas eliminaciones por un cierto tiempo, así que cuando le es necesario evacuar trata de no tardar mucho para llegar al baño y no provocar un accidente. Refiere no depender de pañales pues el dice sentirse apto para trasladarse al baño solo.

Patrón 4 .- ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

FC.	FR.	LLENADO CAPILAR.	T/A.
69 x'	17x'	2 Seg.	140/70 mm/Hg

Suele llevar una vida totalmente sedentaria, con limitación de actividad física y recreativa, provocando inestabilidad en posturas, ya que su hija menciona nuevamente el temor que ella tiene a que el pueda decaer, él expresa tener fascinación por querer bailar para poder distraerse y hacer sus cosas por si solo, reflejando ansiedad. Se analizo su entorno y comunidad y se distingue un parque cerca, vecinos amables, avenida cercana, ausencia de personas de la tercera edad, lugares de comida corrida, plaza comercial, abarrotes. Así como accesibilidad de cañería, asfaltado, luz. Su infraestructura en habitaciones no suele ser la mejor acondicionada pues el piso es resbaloso, con desniveles en cuartos como: sala, cuarto personal, cocina y comedor.

Suele mantenerse en gran parte del tiempo del día sentado y en una sola posición lo cual le provoca molestias articulares a nivel del cuello, espalda y rodillas, ya que conforme a la valoración se observa apraxia, bradicinesia, artrosis, edematización en miembros inferiores (+++ extremidad izquierda) (++extremidad derecha) revela que no suele hacer utilidad del bastón para caminar, observando inseguridad al deambular puesto que tampoco utiliza zapatos adecuados de lo cual informa que le son incómodos, desconoce la importancia de el utilización de apoyo mecánico para deambular, presentar adinamia la mayor parte del tiempo. Manifiesta tener dolor en extremidades tanto superiores como inferiores la mayor parte del tiempo. Se analiza nuevamente piel, y se observa alteraciones en color e hidratación)

Expresa asearse solo o con ayuda que suele pedir a veces a su hija para acercar las cosas al baño y poder tener agua caliente, hasta ahora no a sufrido de alguna caída en el baño, pero al valorar la infraestructura, no es la adecuada para él, ya que no tiene agarraderas o tapetes que prevengan el riesgo de caídas: al mismo tiempo informa que se fatiga mucho al terminar de bañarse y eso provoca su apatía por querer bañarse seguido. Al momento de vestirse la que elige que ropa ponerse, es su hija, ya que él muestra

indiferencia en su arreglo; igualmente ella menciona que habitualmente toma su baño cada dos o tercer día, pues el sr. Benito refiere repulsión para bañarse o cambiar de ropa para verse limpio.

Mencionan no saber la importancia sobre el lavado de manos antes y después de ir al baño , así como lavarlas para preparar los alimentos, después de llagar de estar fuera de casa, antes de comer.

Patrón 5.- SUEÑO Y DESCANSO.

El sr. Benito suele tener dificultades para poder conciliar el sueño, normalmente duerme en un horario de 11:00pm a 12:00 am y despierta entre 6:00 y 7:00 am, señala que para poder lograr dormir, necesita mantener la televisión encendida, no realiza siestas por la tarde; se observan ojeras, resequedad en ojos y edema palpebral. Se analiza que durante el día suele tener cierta irritabilidad.

Patrón 6.- COGNITIVO PERCEPTUAL.

Al aplicarle la escala de valoración Folstein, confesó la falta de ganas por realizarla, pues con ayuda de seguir conversando y retomar la confianza, al final muestra buena actitud y cooperación para darle forma a la actividad obteniendo una calificación de 22 puntos de un máx. de 30; lo cual hizo considerarlo con una orientación, fijación, concentración-cálculo, memoria, lenguaje y construcción aceptables.

En cuestión de sentidos sensoriales, el sr. Benito manifiesta falta de gusto en la mayoría de sus alimentos, lo cual provoca su falta de apetito, refiere hacer utilidad de anteojos cuando se decide leer el periódico o revistas, pero después de ello , no los utiliza.

Al charlar, parece entender lo que se le menciona, aunque con ligera alteración al escuchar, se le debe repetir repentinamente las cosas, no hace utilidad de dispositivo para escuchar mejor; se le pregunta de situaciones donde debe de memorizar y suele variar en sus temas de conversación fuera de lo que se le esta interrogando, mostrando ligera amnesia.

PATRÓN 7.- AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO.

Se realizó la aplicación del Test de Yesavage el cual nos ayudo para arrojar una ciertos datos, reflejando cooperación al contestar la encuesta. Manifestó que el ya no desea arreglarse o bañarse pues no encuentra un motivo ya que todo el tiempo esta en casa sin hacer nada.

Suele manifestar negatividad para verse en un futuro, pues menciona que su misma enfermedad lo ayudo a envejecer mas rápido.

El sr. Benito muestra cifosis senil, Al entablar mas charla con el Sr. Benito durante la valoración, se obtuvo mas confianza, demostró su temor por la muerte, por la forma en que llegaría su momento. Se siente satisfecho con lo que pudo ofrecerle a sus hijos y su trabajo. Muestra desconocimiento del como y donde poder convivir con gente de su edad; pues expresa estar aburrido la mayor parte del tiempo.

PATRON 8.- ROL - RELACIONES.

Se siente pleno cuando lo dejan estar a cargo de alguno de sus nietos o llegan a visitarlo sus demás hijos, pues con ello, siente su productividad en la familia, aunque menciona que no suele hacerlo mucho; por que los familiares no quieren dejar que fatigue mucho.

Aun viviendo solo pero cercano de su hija, manifiesta aunque sea tener esa privacidad pues su deseo no es querer causar incomodidad a nadie.

La hija que esta a su cargo vive con su esposo e hijo, aunque el hijo suele salir de viaje recurrentemente y el sr. Benito casi no lo ve. Menciona tener buena relación con su yerno , pues el es el que llega hacerle favores en cuestión de despensa o cosas que necesite para que el evite trasladarse algún lugar.

Al parecer tiene buena comunicación con ellos, pero refiere no tenerla tanto con sus demás hijos, mostrando tristeza al expresar; pero lo que le consuela es que pudieron realizarse en la vida y ser independientes.

PATRON 9 SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN.

El sr. Benito expone no tener deseos sobre su vida sexual, pues refiere haber entrado en la andropausia mas de 20 años; considera que eso no le causa alguna molestia o estrés, pues menciona ya haber pasado por la edad acorde

PATRON 10.- ADAPTACIÓN – TOLERANCIA.

Esta consiente de que esta enfermo, aunque refiere tener ciertas dudas de su conocimiento de su enfermedad; Expresa deseos de lograr ayudar en la toma de decisiones a su hija para bienestar suyo., quisiera que ella le permitiera realizar ciertas tareas de la casa o poder realizar caminatas después de comer; pues todo ello ocasiona un mal manejo de estrés y sentirse útil en casa.

Llega a sentirse incomodo cuando su hija ofrece tenerlo viviendo con ella, pues le es preferible dejarlo vivir si cerca de su casa pero estando el en la suya.

Suele molestarse ocurrentemente con su hija, cuando debe atenderse o procurarse para su salud, manifiesta querer ser totalmente independiente.

PATRON 11.- VALORES – CREENCIAS.

Indica que es de religión católica, del cual cree plenamente,; expresa que ha considerado que Dios lo ha abandonado en ciertas cosas, pues el se ha sentido ocurrentemente cansado para seguir adelante, aun así narra que forma oraciones cada noche para pedir por su familia y que le brinde conseguir una muerte digna. Manifiesta no ser muy devoto en la asistencia de misas, pero que si suele acudir solo los fines de semana.

2.2 Primer Visita Domiciliaria.

1ERA VISITA	VALORACIÓN.	<u>Horario:</u> 16:00 – 18:00 <u>Fecha:</u> 08/ OCTUBRE/ 2015.
--------------------	--------------------	---

OBJETIVOS:

- Valorar a nuestro paciente tomando en cuenta peso, talla, T/A, tratamiento, diagnóstico, hábitos alimenticios, estilo de vida y conforme a eso determinar factores de riesgo persistentes de acuerdo a su patología para tomarlos en cuenta y hacer hincapié.
- Señalar la importancia del mantenimiento de la salud e iniciar con la fomentación del autocuidado , explicando que existirán próximas visitas para la explicación clara y detallada de lo que deberá hacer para mejorar su calidad de vida.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Presentación y explicación sobre del que, como y porque trabajaremos con él
- Entrevista. (Llenado del instrumento de Marjory Gordon.)
- Valoración (Temperatura, T/A, Glicemia Capilar, FR, FC y Pulso).
- Somatometría (Peso, Talla, Cintura, IMC)
- Aplicaciones de escalas Folstein y Yesavage.
- Esclarecimiento de las rutinas que se le forjarán en las próximas visitas.
- Establecimiento de cronograma de acuerdo a su tiempo para realizar las siguientes visitas

EJECUCIÓN:

Se inicio con la valoración llenando a un mismo tiempo el instrumento con los 11 patrones de Marjory Gordon, analizando los factores de riesgo con ayuda de el y su familiar.

Se tomo signos vitales, obtención de datos arrojados gracias a la aplicación de Somatometría con ayuda del material adecuado llevado hasta su hogar

Gracias a su disposición de tiempo y espacio nos ofreció tener una mayor visión sobre su entorno y hogar, alcanzando entablar confianza tanto con el y su familiar; se obtuvo datos sobre sus hábitos alimenticios, estados de estrés, conciliación de sueño, tratamiento medico, revisión de citas previas a su unidad medica correspondiente realización de

actividades físicas o recreativas. Se le explico la realización de la obtención de datos sobre su glicemia capilar

Se formulo un cronograma junto con el y ayuda de su hija llegando a un acuerdo.

INFORME DE VISITA:

Al llegar al domicilio del Sr. Benito; se pudo tener la facilidad de hacer un pequeño análisis sobre su comunidad, entorno e infraestructura.

En un inicio el sr. Benito mostro un poco de timidez cuando se realizo la presentación; pero al poder lograr charlar con forme el tiempo reflejo estar mas abierto a las interrogantes que se le elaboraban, pues se le explicó con detalle el objetivo de trabajar con el y lo que vendríamos realizando las siguientes visitas, tomando en cuenta su disposición. Así mismo con ayuda del material adecuado y correspondiente, se cumplió con el llenado del instrumento, y anotación de notas al mismo tiempo analizando los signos de alarma y factores de riesgo

RECURSOS:

- Instrumento de Marjory Gordon.
- Gel antibacterial
- Baumanometro
- Estetoscopio.
- Reloj de mano.
- Bascula.
- Glucómetro
- Termómetro.
- Pluma, lápiz y goma.
- Libreta para realizar anotaciones.
- Cámara fotográfica.

2.3 Organización de Datos y Diagnósticos de Enfermería.

PATRON	INDICIOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>PATRON 1.- PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vive solo a sus 89 años de edad. - Expone estar divorciado hace mas de 25 años aproximadamente proceso que acepta. - A sus 61 años fue diagnosticado con una hernia inguinal izquierda, se le realiza extirpación de la misma. - A sus 81 años sufre de un infarto al miocardio, el cual fue intervenido en su unidad medica correspondiente; mismo donde se le diagnostica Cardiopatía isquémica hipertensiva + Arterioesclerosis. - Se le coloca marcapasos definitivo como mejor tratamiento así como evasión de esfuerzos y observación máxima en casa. - Falta de conocimientos y cierta antipatía sobre sus autocuidados para prevalecer sus salud. - Se le han pasado ocurrentemente fechas para cita con el medico. Prolongando su atención. - No mantiene una control en la toma de sus medicamentos. - Todo el tiempo esta en casa sin hacer actividad alguna, mas que observar televisión. - Manifiesta tener improductividad. - Falta de conocimientos sobre la importancia en la técnica correcta de la toma de tensión arterial en casa. - En agosto del presente año sufrió de mareos y 	<p>DX: Falta de apego al tratamiento medico. R/C: Falta de conocimiento sobre la importancia de seguir un control en la toma de medicamentos correspondientes y asistencia periódica con el medico..</p> <p>DX: Déficit de conocimientos. R/C: con la enfermedad cardiovascular y marcapasos definitivo.</p> <p>DX: Mantenimiento ineficaz de la salud R/C: Falta de conocimientos sobre la toma y registro de tensión arterial en casa.</p>

	<p>cansancio ocurrentes, fue intervenido con oxigenoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevo a casa un tratamiento de oxigenoterapia cada 10 minutos diarios durante un mes. - No sabe la importancia sobre registrar parámetros obtenidos en la toma de tensión arterial así mismo de la técnica adecuada que debe seguir en casa para prevenir complicaciones. 	
<p>PATRON 2.- NUTRICIONAL METABÓLICO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta glicemia capilar de 174 mg/dl. - Suele consumir en fines de semana refrescos, comida chatarra, comidas con altos niveles de grasa como lo son: preparados capeados, ricos en masa y embutidos. - Realiza sus tres comidas diarias puntualmente : desayuno, comida y cena. Preparados por su hija hechos 100% en casa libre de altos niveles de sal o azúcar - Enmarca el paciente su disgusto por tomar agua desde muy joven. - Desconoce la importancia que tiene el consumir agua dentro de sus tres comidas diarias. - Presenta resequead en membranas mucosas, cavidad oral. - Mantiene una piel deshidratada mostrando abrasión al colocarse ropa ajustada. - Últimamente a disminuido su apetito. - Cuando su hija no le procura las comidas, - el paciente suele comer fuera de casa. 	<p>DX: Déficit de volumen de líquidos. R/C: Falta de conocimientos sobre la importancia del consumo de agua. M/P: Resequead en membranas mucosas y cavidad oral; manteniendo una piel deshidratada.</p> <p>DX: Disposición para mejorar su salud nutricional. R/C: Falta de conocimientos sobre como mantener sus tres comidas diarias libres de refrescos, jugos envasados, chatarra, altas en grasa y embutidos.</p> <p>DX: Riesgo de nivel de glicemia inestable. R/C: conocimientos deficientes sobre el diabetes (prevención, complicaciones, estándares)</p>

<p>PATRON 3.- ELIMINACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente ostenta tener de 3 a 4 eliminaciones vesicales al día. - Su uresis es color ámbar. - Expresa tener en ocasiones dolor al orinar y ser fétida su orina. - Manifiesta meteorismo ocurrente, conforme a la escala de Bristol las evacuaciones son tipo 4 o tipo 5 considerándolas aun normales. - Menciona tener dificultad al contener ambas eliminaciones por un cierto tiempo. - No depende de pañales. 	<p>DX: Desequilibrio en eliminación urinaria. R/C: Bajo consumo de agua. M/P: 3 a 4 eliminaciones al día, que suelen tener dolor u olor fétido.</p> <p>DX: Disposición para mejorar evacuaciones.</p>
<p>PATRON 4.- ACTIVIDAD Y EJERCICIO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial 140/70. - Vida totalmente sedentaria. - Limitación de la actividad física provocando inestabilidad en posturas . - Muestra ansiedad. - Manifiesta dolor en extremidades tanto inferiores como superiores. - Se analizan nuevamente piel y se observa alteraciones en color e hidratación por falta de movilidad. - Suele mantenerse sentado la mayor parte del día en una sola posición. - Muestra molestias en articulaciones como: cuello, espalda, rodillas, muñecas. - Edema de miembros inferiores (+++) extremidad izquierda y (++) en extremidad derecha. - No utiliza bastón, desconoce la utilidad y beneficio que ofrece un apoyo mecánico para caminar 	<p>DX: Deterioro de la movilidad física. R/C: Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física. M/P: Inestabilidad postural.</p> <p>DX: Sedentarismo. R/C: Conocimientos deficientes sobre beneficios de ejercicio físico para su salud M/P: Falta de motivación.</p> <p>DX: Riesgo de caídas R/C: Falta de conocimiento sobre la utilidad y beneficio de un apoyo mecánico para la deambulaci3n; así como expresi3n de molestias por utilidad de sus zapatos .</p> <p>DX: Perfusi3n tisular periférica ineficaz. R/C: Limitaci3n de actividad física.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - No utiliza zapatos adecuados para caminar, expresando molestias por no ser cómodos provocando inseguridad al deambular - Infraestructura en habitaciones como: sala, cuarto personal, cocina y comedor. - Presenta adinamia la mayor parte del tiempo - Existencia de infraestructura inadecuada (en una de sus habitaciones sala). - Suele necesitar ayuda para acercar las cosas para realizar el baño en regadera. - Se cansa al terminar de bañarse lo que provoca su apatía por bañarse diario. Tomando sus baños de dos a tres días - La infraestructura del baño es inadecuada para el, puesto que no tiene agarraderas de apoyo o tapetes que prevengan el riesgo de caídas - No sabe la importancia del lavado de manos antes y después de ir al baño lavarlas antes de preparar los alimentos, así como al llegar de la calle. - Se analiza suciedad en uñas tanto de manos como en pies. 	<p>M/P: Edematización , dolor en extremidades, alteraciones en piel como: color e hidratación.</p> <p>DX: Déficit de autocuidado: Baño.</p> <p>R/C: Barreras ambientales en el cuarto de baño.</p> <p>M/P: Incapacidad para acceder fácilmente al cuarto de baño y obtener artículos para el baño.</p> <p>DX: Déficit de autocuidado: Vestido.</p> <p>R/C: Disminución de la motivación para arreglarse.</p> <p>M/P: No logra mantener el aspecto personal a un nivel satisfactorio.</p> <p>DX: Fatiga al bañarse.</p> <p>R/C: Mal estado físico.</p> <p>M/P: Apatía por bañarse diario, se queja de estado físico.</p> <p>DX: Déficit del autocuidado para la higiene.</p> <p>R/C: Conocimientos deficientes sobre la importancia de la higiene personal y la técnica correcta de lavado de manos;</p>
<p>PATRON 5.- SUEÑO Y DESCANSO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para conciliar el sueño. - Normalmente duerme en un horario de 11:00 pm o 12:00 am y despierta entre 6:00 am o 7:00 am. - Señala que para poder lograr dormir necesita mantener la televisión encendida. - No realiza siestas por las tardes. 	<p>DX: Depravación de sueño.</p> <p>R/C: Practica de hábitos no inductores al sueño.</p> <p>M/P: Irritabilidad durante el día, observándose ojeras, resequedad en ojos y edema palpebral.</p> <p>Dx: Insomnio.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Se observan ojeras. - Resequedad en ojos. - Edema palpebral - Refleja cierta irritabilidad durante el día. 	<p>R/C: Periodos de sueño deficientes.</p> <p>M/P: El paciente informa la dificultad para conciliar el sueño.</p>
<p>PATRON 6.- COGNITIVO PERCEPTUAL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplica escala de valoración de Folstein mostrando falta de ganas por realizarla pero con ayuda de la conversación y retomar la confianza coopero obteniendo un resultado de 22 puntos de 30. - Muestra concentración en calculo, lenguaje, fijación y construcción aceptables. - Expone distorsión en su sentido del gusto en la mayoría de los alimentos, provocando falta de apetito. - Utiliza anteojos solo para leer. - Ligera alteración al escuchar. - Se le deben repetir ocasionalmente lo que se le dice. - Se le deben repetir ocasionalmente lo que se le dice. - No hace utilidad de dispositivo auditivo. - En salud dental muestra haber perdido 2 incisivos y 4 molares hace mas de 15 años lo cual hizo tomar la decisión de utilizar prótesis dentaria. 	<p>DX: Deterioro de la percepción sensorial.</p> <p>R/C: Proceso del envejecimiento.</p> <p>M/P: Ligera alteración al escuchar, se le debe repetir ocasionalmente las cosas, utilidad de anteojos, distorsión del gusto (provocando falta de apetito).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplico el test de Yesavage. - Manifestó sus bajos deseos por no querer asearse o arreglarse por falta de motivación, ya que expresa no salir de casa. - Muestra negatividad para visualizarse en un futuro. - Muestra cifosis senil 	<p>DX: Ansiedad ante la muerte.</p> <p>R/C: Percepción de proximidad de la muerte.</p> <p>M/P: Temor al dolor relacionado con la agonía que puede provocar su enfermedad.</p> <p>DX: Aislamiento social.</p>

<p>PATRON 7.- AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa su temor por la muerte. - Muestra desconocimiento del como y donde poder lograr convivir con gente de su edad. - Manifiesta su improductividad en casa al mismo tiempo refiriendo querer tener alguna funcionalidad sobre los labores en el hogar - Expresa sentirse aburrido la mayor parte del tiempo 	<p>R/C: Falta de conocimiento sobre un centro recreativo para la tercera edad dentro de su comunidad.</p> <p>M/P: aburrimiento la mayor parte del tiempo sintiendo improductivo en casa.</p>
<p>PATRON 8.- ROL – RELACIONES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se siente pleno cuando lo dejan a cargo de sus nietos o llegan a visitarlo sus demás hijos. - Manifiesta que le brinda su familia privacidad. - Tiene buena relación con la hija que esta así cargo así como con su yerno, pues el es el que suele hacerle mandados o acercarle cosas que el necesita 	
<p>PATRON 9.- SEXUALIDAD – REPRODUCCION.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra no tener alguna alteración aparente puesto que aun no teniendo deseos por una vida sexual activa se siente bien con ello, manifestando haber tenido una vida sexual plena aun entrando en andropausia hace mas de 20 años. - 	
<p>PATRON 10.- ADAPTACION – TOLERANCIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta estar enfermo. - Expresa deseos de lograr ayudar en la toma de decisiones a su hija para bienestar suyo. - Quisiera poder realizar ciertas tareas de la casa. - Suele tener disgustos con su hija cuando debe atender su salud, pues refiera querer tener mas independencia. 	<p>DX: Disposición para mejorar la toma de decisiones.</p> <p>R/C: Expresa deseos por mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones para prevalecer su salud</p>
<p>PATRON 11.- VALORES Y CREENCIAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aparentemente no refiere alguna alteración puesto que es creyente de su religión, y no expresa algún disgusto sobre ello 	

<u>PATRÓN</u>	<u>FUNCIONAL / DISFUNCIONAL.</u>
PATRON 1.- PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD	DISFUNCIONAL
PATRON 2.- NUTRICIONAL METABÓLICO.	DISFUNCIONAL
PATRON 3.- ELIMINACIÓN.	DISFUNCIONAL
PATRON 4.- ACTIVIDAD Y EJERCICIO.	DISFUNCIONAL
PATRON 5.- SUEÑO Y DESCANSO.	DISFUNCIONAL
PATRON 6.- COGNITIVO PERCEPTUAL.	FUNCIONAL
PATRON 7.- AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO.	DISFUNCIONAL
PATRON 8.- ROL – RELACIONES.	FUNCIONAL
PATRON 9.- SEXUALIDAD – REPRODUCCION	FUNCIONAL
PATRON 10.- ADAPTACION – TOLERANCIA.	FUNCIONAL
PATRON 11.- VALORES Y CREENCIAS.	FUNCIONAL

2.4. Planeación, Ejecución y Evaluación. (2da y 3era Visita Domiciliaria)

Patrón funcional de la salud alterado: ACTIVIDAD - EJERCICIO.

Diagnostico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física **R/C:** Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física.

M/P: Inestabilidad postural.

Objetivo: Orientar al paciente en sus actividades de la vida diaria, prevaleciendo su gasto cardiaco, llevándolo a mantener una vida tranquila y recreativa.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">- Charla sobre los beneficios que ofrece realizar una actividad física en la tercera edad.- Charla sobre como moderar posturas para evitar una inestabilidad	<p><u>BENEFICIOS QUE OFRECE UNA BUENA POSTURA.</u></p> <p>La postura es la posición que mantienes cuando te sientas, te levantas o te acuestas. Tienes una buena postura si la posición no produce demasiado esfuerzo con los músculos de apoyo y ligamentos, cuando te mueves o levantas algún peso.</p> <p>Mantener una buena postura reporta varios beneficios:</p> <p>Comodidad</p> <p>La buena postura y el apoyo en la espalda son esenciales para disminuir los dolores de cuello y espalda, La mayoría de las personas que sufre dolor de espalda muestran un cambio positivo cuando mejoran su postura, Una postura correcta también previene los desgarres musculares y la fatiga de los mismos, mantiene los</p>

huesos y ligamentos correctamente alineados para que los músculos trabajen con efectividad, y así no se desgarran ni se cansen.

Salud futura

Puedes prevenir problemas futuros de salud al mantener una postura correcta. La postura adecuada reduce el desgaste anormal de la superficie de las articulaciones, que es la causa de la artritis, y reduce el estrés en los ligamentos que conectan las articulaciones espinales. Una postura inadecuada puede provocar que la espina se deforme permanentemente. Esto origina problemas de la vertebra espinal y constricción de los vasos sanguíneos y nervios; además de disfunción y dolor crónico de los músculos y articulaciones. La postura correcta protege las articulaciones espinales de daños y deformidades.¹⁰

EFFECTOS DE ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO DE EDAD AVANZADA CON ENFERMEDADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR.

La actividad física realizada de manera regular y controlada origina cambios en el organismo. Estos cambios modifican los factores de riesgo de las patologías de tipo cardiovascular y pueden dividirse en dos grupos en función de la forma de interacción que generan sobre el cuerpo humano.

De esta manera, encontraremos en el siguiente apartado

dos tipos de adaptaciones; adaptaciones primarias y secundarias. Las adaptaciones primarias son aquellas adaptaciones propias del sistema cardiovascular. Las adaptaciones secundarias sin ser específicas del sistema cardiovascular tienen gran influencia indirecta sobre su correcto funcionamiento.

Adaptaciones del sistema cardiovascular

¹⁰ Recio J.F. "La Postura Corporal y sus Patologías preventivas", Revista: Invasión y Experiencias Educativas., Cuba, (2012) Pag. 17- 29, (Citada 05 de Noviembre del 2015)

Adaptaciones primarias:

La práctica de actividad física de forma regular en las personas de edad avanzada con riesgo coronario tiene como objetivo específico sobre el sistema cardiovascular favorecer y garantizar una correcta función miocárdica. Este objetivo se consigue:

- a) disminuyendo las demandas energéticas del tejido miocárdico.
- b) aumentando el flujo sanguíneo coronario. La disminución de las demandas energéticas (a) está asociada a la disminución del gasto cardiaco. El gasto cardiaco es el resultado del producto de la frecuencia cardiaca por el volumen sistólico de eyección ($FC \times VS$). El entrenamiento aeróbico a intensidad media de manera constante y continuada es comúnmente conocido por su capacidad de generar adaptaciones de tipo crónico sobre la frecuencia cardiaca. Su efecto a largo plazo es de tipo bradicardico, es decir, disminuye la frecuencia cardiaca requerida para hacer una misma tarea a una

Intensidad determinada.

Por otro lado el ejercicio físico de tipo aeróbico aumenta el diámetro del ventrículo izquierdo, lo cual asegura un mayor volumen de sangre expulsado del corazón con cada latido (aumento del volumen sistólico de eyección). Ambas adaptaciones permiten que el miocardio tenga un menor requerimiento energético para la realización de un misma tarea tras la realización de un entrenamiento constante y controlado de tipo aeróbico.

El aumento del flujo sanguíneo coronario se traduce en una mejora de la irrigación miocárdica y se consigue de diferentes maneras:

- 1) mediante el aumento del número y calibre de los capilares coronarios encargados de la irrigación del tejido miocárdico debido a que de

	<p>esta manera se aumenta la superficie capilar de difusión.</p> <p>2) aumentando el tiempo de diástole ventricular para de esta manera aumentar el tiempo de intercambio gaseoso celular y 3) mejorando la perfusión miocárdica a través de la interacción de factores bioquímicos que incluyen cambios en la respuesta a la circulación coronaria a sustancias vaso activas, cambios en la regulación endotelial y alteraciones en el control molecular del calcio intracelular tanto de la célula endotelial como de la célula muscular lisa.</p> <p>Recomendaciones para el trabajo de fuerza:</p> <p>El objetivo de trabajar la fuerza muscular en este tipo de poblaciones está enfocado mayoritariamente a facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria.</p> <p>Se buscarán ejercicios globales, poliarticulares y se intentará en la medida de lo posible evitar los ejercicios de fuerza isométrica prolongada.</p> <p><u>Resumen de parámetros:</u></p> <p>Resumen de parámetros para el trabajo cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo: Aeróbico medio • Frecuencia: 2-3 sesiones por semana • Duración: 30-60 minutos • Intensidad: 40-60 % FC.
--	---

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>A través de la visita domiciliaria, logramos establecer un momento y espacio para dar inicio a la orientación y enseñanza sobre los beneficios que ofrece tener una actividad física y manejo de una buena postura durante la tercera edad, con ayuda de la proyección de una presentación hecha en power point la cual fue proyectada desde laptop, e imágenes ilustrativas al tema se determino un tiempo de 20 a 30 minutos de duración, el cual se le pidió al paciente que tomara asiento en donde se sintiera cómodo, se le pidió que en la</p>	<p>Durante esta ultima visita se pudo visualizar el gran empeño por el paciente sobre en retener información expuesta durante la visita pasada, pues tanto el como su familiar a cargo, informan que leyó el manual otorgado.</p> <p>Se le hicieron ciertas preguntas sobre el por que es importante hacer actividad física, si el con esta información, tiene mas aclarado el panorama sobre los beneficios de activarse; que con base a la observación, se pudo percatar que la información fue satisfactoria.</p>

<p>existencia de dudas y aclaraciones interrumpiera para en el mismo momento se le aclararan o si no; al final nos otorgara su opinión sobre el tema expuesto.</p> <p>El paciente mostro atención y actitud participativa durante la exposición, tuvo ciertas dudas sobre los beneficios y que tipo de ejercicios serian efectivos conforme a su padecimiento, se le informo y aclaro interrogantes en el momento y al final se le brindo tipo "manual" donde viene impreso la exposición dada. Esto , con el fin de si las dudas volvían a surgir y se olvidara de lo aclarado. Sobre el teme de posturas, al terminar de exponer, se intento con el paciente señalar posturas ya hechas un habito por el paciente, así es que, se le informo que conforme a las ilustraciones intentara realizar alguna de ellas, lo cual, el paciente tuvo disposición en realizarlas y al mismo tiempo dudaba y esforzaba por cumplirlas.</p> <p>Conforme a las dudas expuestas en esta visita se le informo el dejarle dos tareas:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Releer la exposición con ayuda del manual que se le había entregado, para que próximamente se le interrogara sobre lo entendido; de lo cual, el paciente mostro actitud positivo en realizar su lectura durante el transcurso de los días para llevar a cabo su tarea.2.- Con apoyo de las ilustraciones intentara llevar a cabo con el transcurso de los días implementar las posturas ensayadas durante esta visita, para que a la próxima visita, nos informara si le fue fácil o difícil seguirlas manteniendo.	<p>Aunque el paciente señalo que el intentar las posturas dejadas como tarea le causaban dolor y poco mantenimiento de ellas, aunque manifiesta haberlo intentado pero que su resultado era agotamiento lo cual lo inclinaba a dejar de practicarlas.</p>
--	---

Diagnostico de enfermería: Sedentarismo. **R/C:** Conocimientos deficientes sobre beneficios de ejercicio físico para su salud **M/P:** Falta de motivación.

Objetivo: Instruir al paciente sobre la influencia beneficiaria en el organismo obtenida mediante la realización de actividad física contribuyendo a la mejora de calidad de vida.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar y enseñar al paciente a realizar caminatas en el día y en la tarde en el jardín de una duración de 5 a 10 minutos con ayuda del bastón. - Taller de realización de ejercicios arti-musculares y esqueléticos. . (realizando retroalimentaciones al final. - Entrega de folleto ilustrativo de los diferentes ejercicios. 	<p>Caminar es una de las actividades aeróbicas más populares y accesibles para que practiquen tanto sedentarios como cultores de la actividad física. Los beneficios de la caminata son múltiples destacándose su sencillez y bajo nivel de peligro para la tercera edad. Los ejercicios aeróbicos son aquellos en los que repites un gesto en forma cíclica, por un largo período de tiempo y sin interrupción alguna. Ejemplos de estos ejercicios son: correr, nadar, remar, esquiar, pedalear, saltar a la comba, marchar y por supuesto caminar. Los beneficios de caminar para los adultos mayores son varios:</p> <p>Disminuye la tensión arterial.</p> <p>Aumenta la capacidad para captar oxígeno.</p> <p>Disminuye las reservas de grasa del organismo.</p> <p>Aumenta tu resistencia.</p> <p>Desarrolla un corazón más eficiente previniendo enfermedades coronarias.</p> <p>Pero la caminata no sólo beneficia a todo el sistema orgánico-funcional sino que actúa también sobre el sistema muscular.</p> <p>La marcha es una de las maneras en que el hombre se diferencia del resto de los mamíferos. El mantenerse de pie es todo un desafío a la ley de gravedad. La práctica regular de caminatas te permite ir alineando los segmentos corporales y mejorar tu postura.</p>

Por eso si te gusta caminar aprovecha para trabajar activamente en varios aspectos. A los beneficios ya enumerados les puedes agregar el postural.¹¹

EL EJERCICIO COMO TERAPIA.

EL ejercicio físico es más que una serie de gestos destinados a fortalecer un grupo muscular. De hecho, el movimiento más que una técnica determinada, se puede decir que es una conducta total. Entender eso te puede llevar a utilizar a la actividad física como una poderosa terapia. **E**l trabajo para aumentar la fuerza muscular hace elevar tu autoestima y tu confianza, por tanto, te sientes más equilibrado e integrado con tu cuerpo. Los ejercicios de estiramiento te dan la posibilidad de percibir tu cuerpo de una manera más sutil, de este modo, aumentas tu esquema corporal, tu calidad de movimiento y la capacidad de respuesta a situaciones diversas. El movimiento es la expresión de lo que pasa en tu interior. Una postura cerrada, define una depresión o problema no resuelto. Por tanto puedes modificar tu postura conscientemente para disparar mecanismos que beneficiarán tu estado de ánimo. La explicación puede ser muy compleja, pero básicamente se debe a que la postura adecuada favorece la irrigación sanguínea, por lo que el cuerpo se libera de toxinas y baja su acidez. Eso se nota inmediatamente con una sensación de placer y bienestar.¹²

¹¹ Casas A., Rivera J. L. , “Actividad física en la Tercera Edad”, Revista: Por Tu Salud, (2011), Pag. 3 -9 , URL: <http://www.innatia.com/s/c-ejercicio-tercera-edad/a-caminar-en-tercera-edad.pdf>. (Citada el 06 de Noviembre del 2015).

¹²Santiago H., Velázquez B., Ramones G., “Actividad Física en la Edad Adulta”, (2010) México, URL:<http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202007/BENEFICIOS%20DE%20LA%20ACTIVIDAD%20F%C3%93NICA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf> , Pag. 16 – 46 (Citada el 06 de Noviembre del 2105).

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Se le manifestó al paciente que durante esta visita haría apertura sobre un pequeño taller ligado al tema expuesto de realización de actividad física durante la tercera edad; en el cual , se le ayudaría a lograr establecer ciertos ejercicios estimulantes sobre sus articulaciones, y sistema musculoesquelético. Se inicio por tener al paciente en posición que mas le satisficiera ya sea sentado o de pie, se inicio con ayuda de música, a realizar ejercicios circulatorios de cefalocaudal: cabeza – cuello, hombros, brazos, muñecas, cintura, tobillos y pies. Dedicando por cada uno 1 min., Dando un tiempo total de 15 a 20 minutos, añadiendo que si le ocasionaba fatiga o agotamiento en alguno de ellos hiciera mención, para detenernos y hacerlo mas despacio.</p> <p>Mientras se realizaban los ejercicios se le hacia mención sobre la importancia y que ventajas tiene el realizar cada uno y diario. El paciente manifestaba estar considerable disposición con el taller, puesto que lo que se le decía que tenia que realizar lo hacia sin problema.</p> <p>Se oriento al paciente dinámicamente sobre que beneficio tiene el caminar de 5 a 10 minutos durante el día sin necesidad de irse tan lejos; pues con ayuda de su jardín pudimos indicarle que era un buen espacio para realizarlas. Se le menciono que era importante realizarlas en la mañana puesto que era un momento mas adecuado por las condiciones de la luz. Se le oriento que para tener un orden de</p>	<p>Durante la visita se le interrogo al paciente si llevaba a cabo y como es que realizaba sus ejercicios practicados desde la visita pasada, pues ello ayudo observar un cierto descontrol y algunas modificaciones en los mismos, ya que confesó tener confusiones al momento de realizarlos, aunque menciono que el folleto le fue de utilidad para aplicarlo como guía dentro de sus confusiones.</p> <p>Se valora no haber realizado por completo en tiempos los ejercicios al igual que las caminatas.</p> <p>Se orienta al paciente nuevamente sobre como realizarlos y que no olvidara hacer diario.</p>

realizar este tipo de actividad física podría empezar por realizarlas después de levantarse, caminar alrededor de su jardín y después comenzar por los ejercicios practicados. Se retroalimentó sobre el tema y aclaró ciertas dudas sobre la implementación de ejercicios, de los cuales se le aclaró en el momento. Se le hizo notificación al paciente de que como tarea sería comenzar ya por llevar a cabo esta actividad con ayuda del folleto informativo solo como recordatorio. El paciente mostró compromiso de comenzar a intentar su tarea.

Diagnostico de Enfermería: Riesgo de caídas **R/C:** Falta de conocimiento sobre la utilidad y beneficio de un apoyo mecánico para la deambulación; así como expresión de molestias por utilidad de sus zapatos .

Objetivo: Efectuar conocimientos y conciencia al paciente mediante dinámicas y charlas, que ayuden a visualizar las mejorías para formalizar su deambulación brindando seguridad y comodidad.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Charla que ayude a orientar al paciente sobre los beneficios del uso de apoyo mecánico para la deambulación (uso de bastón). - Taller del uso de bastón. - Orientación sobre el uso de zapato cómodo y antiderrapante 	<p><u>DEAMBULACIÓN CON AYUDA MECÁNICA.</u></p> <p>La deambulación con ayuda mecánica tiene como objetivo proporcionar a los pacientes que tienen limitaciones un desplazamiento independiente, que ayuda a estimular el deambular, potenciando su fuerza física.</p> <p>Ayuda mecánica: Uso de dispositivos de apoyo para favorecer la deambulación del paciente. Existen varios: bastón, trípode y andador.</p> <p><u>Beneficio del uso de un bastón</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo que coge con una sola mano. • Permite que el paciente adopte la posición erecta sin forzar la musculatura y el codo presentará un ángulo entre 20º y 30º. • Descansar el peso del cuerpo y adelantar el bastón unos 10 cm de su caminar provocando seguridad.¹³ <p>PREVENCION DE CAIDAS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA.</p> <p>El envejecimiento se asocia a una mayor probabilidad de padecer caídas. Es uno de los grandes síndromes geriátricos. Son un problema importante de salud pública con consecuencias médicas y económicas notables. La caída puede ser el primer</p>

¹³ Álvarez T., Moreno S., Córdoba E., “DEAMBULACIÓN DEL ENFERMO CON AYUDA MECÁNICA” Versión: 2 (2010) España, Página 1 - 7 (Citado el 08 de Noviembre del 2015)

	<p>indicador de un problema grave.</p> <p>Son una de las principales causas de:</p> <p>Lesiones.</p> <p>Incapacidad.</p> <p>Institucionalización.</p> <p>Muerte.</p> <p>El envejecimiento suele venir acompañado de muchos cambios. La vista, la audición, la fuerza muscular, la coordinación y los reflejos ya no funcionan como antes. El equilibrio también puede verse afectado a causa de la diabetes y enfermedades cardíacas o por problemas circulatorios, de a tiroides o del sistema nervioso. Algunos medicamentos pueden ocasionar mareos a las personas. Cualquiera de estos problemas puede aumentar la probabilidad de una caída.¹⁴</p>
--	--

¹⁴ Díaz C., Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Servicio de Salud Pública Institutos Nacionales de Salud (Abril 2011) Pag. 10 – 30 (Citada el 07 de noviembre del 2015)

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Se comenzó por otro taller que enfocara el apoyo mecánico para la deambulaci3n, donde en el mismo, se abri3 un espacio de 20 a 30 minutos donde se mencionan los beneficios que otorga sentirse apoyado y seguro al caminar durante la tercera edad, con apoyo de im3genes ilustrativas y un peque1a proyecci3n mediante la laptop, con palabras claves sobre el tema, para ello se le pidi3 como material did3ctico, su bast3n (el cual ya tenia) , y colocarse zapatos que usaba normalmente.</p> <p>El taller fue impartido en el jard3n de lo cual se hicieron breves caminatas donde al mismo tiempo se le iba explicando la manera de sostener y caminar junto con el bast3n, despu3s de haber dado tiempo de ense1anza durante 10 minutos aproximadamente, se le pidi3 al paciente hacerlo por si solo. Se analizo junto con el y el familiar los zapatos que utilizaba, los cuales eran sandalias, aprovechando, se oriento al paciente conseguir zapatos que le brindaran mas seguridad y soporte para la confianza al caminar. Se le hizo breve charla los beneficios que otorga un zapato antiderrapante y prevenci3n de ca3das</p> <p>Como tarea se le dejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer el esfuerzo junto con su familiar de conseguir zapato como y antiderrapante. - Comenzar a deambular desde que se levanta hasta que duerme con el bast3n - Anotar con del familiar a cargo que tanto tiempo lograba tener el bast3n al momento de deambular 	<p>Al visitar al paciente se pudo cierto rechazo por el bast3n, aunque menciono tratar de ocuparlo cuando se levantaba de la cama y al salir a la calle, manifest3 sentir aun un poco de antipat3a a ello.</p> <p>En las anotaciones de uso de bast3n se observo:</p> <p>Use el bast3n hoy en la ma1ana.</p> <p>Cuando termine de comer.</p> <p>Al salir de la casa.</p> <p>No puedo lograr usarlo cuando voy al ba1o.</p> <p>Cuando llego hacer mis tareas de caminatas logro tenerlo conmigo.</p> <p>Aun no consigo mis zapatos adecuados, pero mi hija ya investigo en zapater3as.</p> <p>Pronto comprare mis zapatos antiderrapantes.</p> <p>De lo cual se concluye que el paciente no esta al 10% apegado al apoyo mec3nico de deambulaci3n, pero si se comprueba que esta consciente de los beneficios que le ha tra3do cuando lo utiliza, pues refiere que con el tiempo pueda lograr acostumbrarse.</p> <p>Menciono satisfacci3n por el taller impartido y pidi3 mas asesor3as sobre ello para conseguir mas retroalimentaci3n sobre el uso.</p> <p>El familiar refiri3 haber investigado en zapater3as para conseguir los zapatos adecuados para su familiar, se comprometi3 llevarlo prontamente</p>

Diagnostico de Enfermería: Perfusión tisular periférica ineficaz. **R/C:** Limitación de actividad física. **M/P:** Edematización , dolor en extremidades, alteraciones en piel como: color e hidratación.

Objetivo: Contribuir al reforcé de mejora ante el cuidado dérmico mediante dinámicas y charlas, concientizando al paciente sobre los beneficios que actúan en su salud.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Taller que ayude a orientar al paciente y al familiar sobre vendaje y elevación de miembros inferiores durante el día para disminución de edema. - Charla sobre la importancia de utilidad de protectores cutáneos para el cuidado de la piel. - Realización y entrega de folleto informativo sobre las ventajas del uso de protector cutáneo, y manual con la misma presentación expuesta impresa. 	<p>El anciano, por su condición general camina poco; en consecuencia, su masa muscular no favorece la circulación arterial para solicitar mayor cantidad de sangre, ni la venosa para favorecer el retorno del vital líquido. Lo anterior se denomina estasis, la cual tiene consecuencias desfavorables.</p> <p>La falta de ejercicio provoca edematización en extremidades, generalmente en piernas y, en estas condiciones, cualquier golpe, picadura de insecto o rasguño producido al ponerse un calcetín o media, causa infección y se genera una úlcera venosa, Las alteraciones en la circulación de las piernas, que suelen sufrir las personas de edad avanzada, son resultado de la evolución de padecimientos que no se atendieron de manera oportuna durante la juventud o adultez.</p> <p>Es importante enseñarle a este tipo de población hacer frente a prevención de complicaciones. Por todo lo anterior, es fundamental que a las personas de edad avanzada se les revisen frecuentemente las extremidades para vigilar la coloración, que tiende a ser azulada o cianótica (a causa de estancamiento de sangre) o pálida (por falta de circulación). También es necesario observar si hay hinchazón o resequedad. Los problemas circulatorios en los ancianos pueden mejorar mediante práctica de ejercicio y movilización, lo que debe ir en función de las condiciones generales de las personas. También es de gran ayuda elevarles las piernas,</p>

	<p>mantener buen aseo, lubricarles la piel y cuidar sus uñas.¹⁵</p> <p>El tejido adiposo cumple funciones metabólicas y también mecánicas. Una de estas últimas es la de servir como amortiguador, protegiendo y manteniendo en su lugar a los órganos internos.</p> <p>Se debe tener en cuenta que el aspecto exterior de la piel varía según la edad del individuo. Al llegar a la edad adulta, alrededor de los 40 años, tiende a hacerse más seca y menos elástica, y aparecen las primeras arrugas. En las personas mayores, la piel se muestra más arrugada y presenta manchas, sobre todo, en las zonas que han estado más expuestas al sol.</p> <p>La piel protege frente a las agresiones mecánicas, físicas o químicas y evita el paso de microorganismos perjudiciales gracias a la queratina y la secreción de sebo y sudor, que forman un manto ácido protector. Además, el aumento del pigmento cutáneo llamado melanina protege frente a las radiaciones solares. A la acción protectora de la piel también contribuye el pelo y las uñas¹⁶</p>
--	--

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Al visitar al paciente, se le abordó con una pequeña exposición ilustrativa sobre el buen mantenimiento de perfusión tisular y cuidados especiales durante edad avanzada, se le hizo entrega del manual informativo, así como del folleto, y un pequeño producto protector cutáneo.</p>	<p>Durante la visita se pudo evaluar que el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logro conseguir el producto cutáneo y hacer utilidad de el al terminar de bañarse. - Manifestó positividad al lograr vendarse solo, aunque refirió que se sentí con mayor seguridad cuando lo realizaba su familiar por el. - La edematizacion en extremidad izquierda amenoro a (+) y extremidad derecha

¹⁵ Aldana Díaz J. , “Universidad Nacional de Colombia”, art. “Perfusión tisular en edad avanzada”, Colombia, (2012), URL:www.bdigital.unal.edu.co/46548/1/598843.2014.pdf (2014), Pag. 12 - 50 (Citado el 08 de Noviembre del 2015)

¹⁶ Núñez G., García G., “HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL”, Unidad: 1, Pag. 2-10, (2011), URL: http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176952.pdf (Citada el 08 de Noviembre del 2012).

<p>Gracias a ese producto cutáneo le hizo la invitación a utilizarlo o sino buscar el que mas le satisfaga para utilizarlo en su piel. Se le enseñó como usar y en donde. Se le hizo hincapié de hacerle utilidad con la piel limpia y seca, esperando la absorción total del mismo.</p> <p>Después se le recordó sobre la implementación del taller que le ayudaría a orientarlo sobre como disminuir la edematización en piernas y amenorar su dolor, como apoyo didáctico se utilizo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Vendas de 10 cm. - 1 Protector cutáneo. - 1 Tela adhesiva <p>se enfatizo durante la orientación en el taller ciertas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El vendaje debe ser espiral hacia arriba, de distal a proximal, calculando de 2/3 de espacio en cada vuelta. - Las condiciones de venda deben ser : limpia, recomendación de utilidad: una por día si es posible sino de (2 – 3 veces) después se desecha para ocupar una nueva, no debe estar húmeda, diámetro de 10 cm. - Es importante la posición anatómica tanto del paciente o del que lo vaya a colocar. - Debe haber flexión en la extremidad. - La fuerza del vendaje. (Compresivo) <p>Se le pidió al paciente estuviera en posición sentada, lo cual ayudaría a la visualización tanto de él como la mía, y así realizar el vendaje eficazmente en miembros inferiores, para</p>	<p>estaba realmente estable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente refiere bienestar ante el proceso puesto que le a servido de mucho para el dolor en extremidades y mas seguridad al andar. - Suele tener aun cierta antipatía en usar productos cutáneo pero se compromete en adaptarse
---	---

ello se pidió que estuviera presente el familiar por si en algún momento este vendaje no lo pudiera realizar por si solo el paciente, y así el familiar pudiera auxiliarlo. Se inicio por observar y retroalimentar el tema visto vendando primero solo una extremidad haciéndole ver sus características de su extremidad , realizando paso por paso y lentamente el procedimiento de vendaje para que obtuviera una retención exitosa tanto el como su familiar. Y después e prosiguió con la otra extremidad, al terminar las dos, se le hizo mención sobre la importancia de realizarlo diario, después de ducharse. Se determino un cierto tiempo para que el por si solo practicara el vendaje, y después intentara el familiar hacerlo.

Como tareas:

- se le recomendó al paciente tener ya un protector cutáneo y utilizarlo.
- Realizar sus vendajes diario.
- Anotar que tantas veces lo pudo hacer solo y que tantas con ayuda.

Diagnostico de Enfermería: Déficit de autocuidado: Baño. **R/C:** Barreras ambientales en el cuarto de baño. **M/P:** Incapacidad para acceder fácilmente al cuarto de baño y obtener artículos para el baño.

Objetivo: Brindar mejora al manejo de seguridad del paciente que ayude a optimizar la facilidad de acceso al cuarto de baño

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar al familiar y al paciente sobre la importancia de colocación de tapetes antiderrapantes dentro del cuarto de baño. - Enseñar al paciente tener los utensilios de baño a la mano. 	<p>El baño es la habitación más peligrosa del hogar. Según los Centros para el Control de Enfermedades, cada año más de 235,000 personas acuden a salas de emergencia por lesiones provocadas en el baño. Más de un tercio de esas lesiones ocurren mientras las personas se bañan o se duchan, mientras que cerca de 33,000 ocurren al usar el inodoro. Y es un hecho natural que, a medida que envejecemos, crece nuestra probabilidad de sufrir lesiones en el baño. Pero si tus seres queridos se están acercando a sus años dorados, existen algunas medidas simples para garantizar seguridad en el baño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instala barras de agarre: entrar o salir de una bañera o una ducha resbalosa puede ser una tarea difícil para los adultos mayores que a menudo se toman de los toalleros u otros accesorios del baño para mantener el equilibrio. Estos artículos no están diseñados para soportar su peso y pueden salirse de la pared. Las barras de agarre no son costosas y pueden prevenir caídas y resbalones peligrosos. Deben instalarse dentro del área donde está la bañera y al lado del inodoro. □ Usa alfombrillas en el piso del baño: la mayoría utiliza alfombrillas antideslizantes dentro de las bañeras o duchas, pero también pueden colocarse en el piso del baño, adelante de bañeras e inodoros. Las alfombrillas evitan que los adultos mayores se resbalen en cualquier lugar del baño.

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Todo al alcance: los mayores pueden perder el equilibrio al estirarse para tomar el jabón o el champú. Ubica estos artículos a mano para prevenir caídas. <input type="checkbox"/> Coloca un asiento de inodoro elevado: sentarse y pararse del inodoro puede ocasionar lesiones debido a la baja altura del asiento. Los asientos de inodoro elevados hacen que sentarse y pararse sea más fácil y más seguro. <input type="checkbox"/> Usa luces de noche: entrar a un baño oscuro en la mitad de la noche puede ser peligroso. Una simple luz de noche guía el camino hacia el baño y reduce resbalones, tropezones y caídas en la oscuridad. <p>Estar seguro durante el baño es de suma importancia para las personas con dolor en las articulaciones, debilidad muscular o discapacidad física. Por cualquiera de aquellos problemas, se necesitará tomar precauciones y obtener comodidad y satisfacción durante el baño.¹⁷</p>
--	---

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Al paso de la visita se le expuso al paciente mediante diapositivas proyectadas en laptop con imágenes ilustrativas al tema, de lo cual se le preguntaba y al mismo tiempo explicaba la importancia de una buena condición de higiene y la seguridad para llevarla acabo, al termino de la exposición se analizo junto con el paciente el cuarto de baño señalándole sus aspectos de riesgo que incrementa provocarle una caída,</p>	<p>Durante la visita se pudo analizar:</p> <p>Tapetes colocados como se enseñó la visita pasada.</p> <p>Se coloco una mesa pequeña dentro de la regadera para acomodar sus utensilios, lo cual manifestó estar a gusto con la idea pues le ha facilitado su baño .</p> <p>Aun no accede a utilizar otro tipo de sandalias, pues manifiesta no encontrar unas</p>

¹⁷ Márquez J.L., López G. P., Fernández B. D., “SEGURIDAD EN EL BAÑO PARA PERSONAS MAYORES”, Chile (2013), URL: www.madrid.org/.../Satélite?...application%2Fpdf...pdf. Pag. 10 – 39, (Citado el 08 de Noviembre del 2015)

<p>de los mas destacados fueron:</p> <p>Suelo resbaloso.</p> <p>Sin tapetes antiderrapantes.</p> <p>Depósitos para utensilios de baño.</p> <p>Agarraderas.</p> <p>Con ello se concientizo al paciente sobre ello y que sin esas características en el baño provocaba hasta ahora su inseguridad para su acceso.</p> <p>se le sugirió que se colocaran tapetes antiderrapantes dentro y fuera del baño, y procurara acomodar los utensilios necesarios para su higiene cerca de la regadera.</p> <p>Se le dejo como tarea:</p> <p>Conseguir los tapetes antiderrapantes.</p> <p>Comprar sandalias que le provocaran seguridad y comodidad.</p> <p>Comenzar por acomodar los utensilios necesarios para su aseo.</p> <p>Releer el folleto informativo sobre seguridad durante el baño</p>	<p>adecuadas, ante ello dice no sentirse incomodo</p>
---	---

Diagnostico de Enfermería: Déficit de autocuidado: Vestido. **R/C:** Disminución de la motivación para arreglarse. **M/P:** No logra mantener el aspecto personal a un nivel satisfactorio.

Objetivo: Apoyar a la motivación del paciente para incrementar su satisfacción en su aspecto personal.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Motivación sobre sus autocuidados de vestir y arreglo personal con o sin ayuda de su familiar. - Enseñanza sobre el cambio de ropa limpia diaria. - Análisis y orientación sobre su ropa que no provoque sensibilidad en su piel y se sienta cómodo. 	<p><u>CUIDADOS BÁSICOS DE LA VESTIMENTA.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Averiguar los gustos y el significado de la ropa en el cliente. - Enseñar que tipo de ropa se debe utilizar según clima, actividades.... - Ayudar al paciente con el autocuidado cuando es necesario, determinando la cantidad de energía que necesita. - Proporcionar prendas de vestir de un tamaño ligeramente mayor con cierres modificados, por ejemplo de velcros, cremalleras, cinturilla elástica o cuello grande. - Animar al paciente a vestirse por si mismo con ayuda, quitándose las prendas desde las más próximas y poniéndolas en orden apropiado <p><u>Independencia en la satisfacción de la necesidad de vestirse.</u></p> <p>Las manifestaciones de independencia reflejan que el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad. que sea capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elegir y llevar prendas de acuerdo con: <ul style="list-style-type: none"> * Clima: Ir vestido de acuerdo con la climatología del lugar. * Gustos y preferencias: el sujeto usa ropas con las que se sienta a gusto y se identifiquen con ellas, en definitiva, que sean de su agrado.

	<ul style="list-style-type: none"> - Rol que desempeña: Vestir acorde con el trabajo que se desempeña normalmente, - Dar un significado positivo al vestido y acicalado: las personas que se preocupan por su imagen y realizar actividades para ir bien vestidos y acicalados. - Pedir ayuda para vestirse y desvestirse: si el sujeto pide ayuda, es consciente que necesita de alguien para satisfacer la necesidad. - Pedir información sobre el vestido adecuado para una circunstancia específica: hay personas que por alguna causa específica, como puede ser alguna enfermedad degenerativa, no pueden elegir la ropa adecuada, por lo que piden consejo a las personas que tienen a su alrededor. - Movimientos ajustados en el acto de vestirse y desvestirse en base a su capacidad físicas. - Limpieza de la ropa. - Llevar objetos significativos - Exigencias de intimidad.¹⁸
--	---

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN.
Al visitar al paciente se le expuso imágenes ilustrativas al tema de autocuidado de la vestimenta; donde se logro evidenciar su problema de vestido, pues con ayuda de su familiar logramos	✓ Se logra comprensión de ejercicios articulares y musculares junto con deambulacion corta realizada solo por las mañanas y tardes., aun así demostró

¹⁸ Riopelle L.,Grondin L.,Phaneuf M. "Cuidados de enfermería". Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid,(2011), Pag. 23 - 60 (Citado el 10 de noviembre del 2015).

hacer un previo análisis sobre su ropa, preguntándole al paciente que tipo de ropa le era cómoda y que otra no, la cual fue separada y al mismo tiempo aconsejándole al paciente que procurara tener siempre su ropa limpia y a la mano de la cual fuera de su gusto.

Que comenzara por elegir su atuendo por si solo y sin ayuda del familiar

Se le hizo énfasis en procurar su aspecto para satisfactorio suyo

ciertas dudas las cuales fueron aclaradas en el momento sobre los tiempos de dedicación a ello.

- ✓ Logra demostrar disminución de edematización llevándola de (+++) a (++) en pierna izquierda y de pierna derecha de (++) a (+).

- ✓ Muestra producto para hidratación de piel después e baño el cual fue aprobatorio.

- ✓ Mostro tener dudas sobre su calzado, pues aun no comprendía bien sobre si estaba bien el que utilizaba últimamente, se abordó con una breve explicación de cuales servirían para brindarle seguridad y comodidad al mismo tiempo.

- ✓ Se logra visualizar su interés por un centro de recreatividad para la tercera edad cerca de su comunidad expresando el apoyo de sus familiares

	<p>para ingresarlo.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Se observa que a comenzado por elegir y colocar su vestimento por si mismo, demostrando aun incertidumbre sobre si es la adecuada. ✓ Muestra positividad y agradecimiento sobre sus momentos de baño en silla dentro de la regadera, pues ello le a funcionado para incrementar su seguridad y motivación para ducharse solo.
--	--

Diagnostico de Enfermería: Fatiga al bañarse. **R/C:** Mal estado físico. **M/P:** Apatía por bañarse diario, se queja de estado físico.

Objetivo: Disminuir el debilitación del paciente durante baño mediante la implementación de una estrategia que ayude al mismo tiempo a prevalecer su seguridad y comodidad.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Proponer la colocación de silla dentro de la regadera la cual sirva para fortalecer comodidad y seguridad en el momento que el paciente este bañándose. 	<p>PREVENCION DE CAIDAS</p> <p>Las caídas que sufre el adulto mayor muchas veces son a causa de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de bastones, muletas o sillas de rueda. • La pérdida del control del equilibrio (mareos) • Trastornos de la marcha y fatiga. • Disminución de la visión • Alcoholismo • Arrastre de los pies en lugar de levantarlos adecuadamente • Frecuencia urinaria (cuando el adulto mayor intenta llegar deprisa al baño) • Suelos resbaladizos • Juguetes en el suelo • Alfombras arrugadas, cables eléctricos sueltos • Escaleras mal iluminadas o sin barandas • Agua derramada • Enfermedades como epilepsia, Parkinson, pérdida de memoria • Uso de sedantes • Calzado flojo, vestidos y camisones largos. <p>CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracturas, sobre todo de caderas, muñeca y costillas

	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de confianza, temor a caídas futuras • Dependencia de otras personas para caminar.¹⁹
--	--

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Se ideó durante la visita analizar el cuarto de baño junto con el paciente para colocación de silla apta para él, la cual pudiera mojarse sin ningún problema con el fin de dejarla fija.</p> <p>Al mismo tiempo se le orientó al paciente que la idea era con el fin de que tomara su baño de manera sentada, para que evitara agotamientos y caídas mientras lo realizaba. Se pidió su opinión al respecto, de lo cual mostro estar dispuesto a intentarlo.</p> <p>Se determinó con ayuda del familiar una silla del cual el paciente pudiera serle útil y cómoda.</p> <p>Como tarea:</p> <p>Se le dejó intentar su baño con la silla dentro de la regadera.</p>	<p>Conforme a la visita se pudo observar que la idea propuesta la visita pasada fue implementada con los días, el paciente refiere que un inicio le costó trabajo poderse adaptar pero que a pesar de ello le fue muy útil, ya que menciona ya no cansarse cuando se baña</p>

¹⁹ Beltrán J. A., Romero A., "Instituto Nicaragüense de Seguridad Social Manual de Autocuidado del Adulto Mayor/ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social EDAD ADULTAL", 1a. ed. -- Managua (2011) Pag. 36 (Citado el 11 de Noviembre del 2015).

Diagnostico de Enfermería: Déficit del autocuidado para la higiene. **R/C:** Conocimientos deficientes sobre la importancia de la higiene personal y la técnica correcta de lavado de manos;

Objetivo: Fortalecer los conocimientos sobre la importancia de la higiene mediante técnicas y dinámicas que optimicen la prevención de afectaciones a su salud y calidad de vida.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Charla sobre la importancia de higiene personal. - Taller sobre la enseñanza de la técnica correcta de lavado de manos. - Formulación y entrega de folleto informativo sobre higiene 	<p><u>LA HIGIENE</u></p> <p>La higiene :Es una parte de la Medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades. Abarca todos aquellos conocimientos y técnicas dirigidos tanto a controlar factores nocivos para la salud de los seres humanos, como a procurar el aseo, la limpieza y el cuidado de nuestro cuerpo y nuestro entorno.</p> <p><u>La importancia de la higiene:</u> tanto personal como en el hogar, radica en que nos ayuda a prevenir enfermedades y mejorar nuestra salud. Para ello, es necesario crear actitudes y hábitos adecuados de higiene desde la infancia y la familia juega un papel fundamental ya que los niños adquieren estos hábitos por imitación y educación. Además, no hay que olvidar que existen algunas circunstancias que aumentan la vulnerabilidad a las infecciones, como por ejemplo, el embarazo o padecer alguna otra enfermedad, por lo que es especialmente importante cuidar la higiene personal en esas situaciones.</p> <p>Una de las personas mas vulnerables a adoptar infecciones son los adultos mayores y enfermos, la edad avanzada y la existencia de otras enfermedades afectan al sistema inmune haciendo que se defiendan peor de ellas.</p> <p><u>La higiene del cuerpo.</u></p>

La piel y el cabello: Para un cuidado adecuado de la piel se recomienda una ducha al día con productos de higiene apropiados para todas las edades. Además debe evitarse:

- Una excesiva exposición al sol, utilizando protectores solares y ropa adecuada al clima y tipo de trabajo.
- La humedad, ya que la piel se macera y pierde su capacidad de barrera frente a las infecciones. Debe secarse cuidadosamente y la ropa debe cambiarse con frecuencia, especialmente la interior, a fin de mantenerla siempre limpia y seca.
- Mantener la piel limpia ayuda a prevenir infecciones en caso de heridas, algo especialmente frecuente en los niños.
- El cabello también ha de mantenerse limpio y, en concreto en los niños, se han de seguir las recomendaciones para prevenir o tratar la presencia de piojos.

La cara: Se recomienda lavar la cara y el cuello al menos dos veces al día:

- Al levantarse para quitar las secreciones de los ojos.
- Al acostarse para eliminar el polvo atmosférico y los gérmenes que se adhieren durante el día.

En los hombres, el rasurado de la barba debe hacerse personalmente y evitando los posibles contagios o afecciones de la piel.

La nariz: La nariz alberga gran número de bacterias y virus, por lo que la limpieza de la nariz y unos buenos hábitos de higiene a la hora de eliminar el moco y al toser y estornudar son fundamentales para evitar la transmisión de gérmenes.

La boca: Como norma general debe realizarse una limpieza con cepillo dental y

pasta dental después de cada comida, para prevenir caries e infecciones en las encías debido a los restos de los alimentos. El cepillo dental no debe compartirse y se recomienda cambiarlo cada 3 meses para mantenerlo en buen estado. Debe realizarse al menos una visita al dentista al año. Las mujeres embarazadas deben prestar especial atención a estas recomendaciones sobre higiene bucal ya que durante el embarazo existe un riesgo mayor de padecer caries e inflamación de las encías por la colonización de microbios destructores del calcio y pérdida de calcio si no hay un aporte dietético suficiente.

Los ojos: Debido a la exposición al ambiente y a las sustancias que podemos llevar adheridas en las manos, los ojos pueden irritarse e infectarse. Las infecciones oculares, principalmente las conjuntivitis, son muy contagiosas, por lo que han de tratarse de inmediato, y todos los objetos que estén en contacto con los ojos serán de uso personal o de usar y tirar (toallas, pañuelos, etc.).

Los oídos: Tanto en adultos como en niños, las orejas y el oído externo deben lavarse diariamente con agua y jabón, inclinando la cabeza hacia el lado que se está limpiando para evitar la entrada de agua.

Los pies : Los pies deben lavarse diariamente, pues en ellos abundan las glándulas del sudor y el acúmulo de secreciones producirá olores muy desagradables, además de grietas e infecciones. En caso de sudoración excesiva, se aplicarán preparados específicos para disminuirla, y se mantendrán secos para evitar el crecimiento de hongos. Las uñas se deben cortar después de lavar los pies con agua templada y jabón durante unos minutos, secándolos muy bien antes de cortarlas, especialmente en los espacios interdigitales. Así conseguimos que las uñas estén más blandas y limpias, facilitando su corte y evitando infecciones. El corte debe ser recto.

Los genitales : Tras la defecación y la micción hay que limpiar bien los genitales para que no queden restos que puedan favorecer infecciones²⁰

CUIDADOS ESPECIFICOS DE PIEL

La piel es la barrera de protección de nuestro organismo y nos permite el contacto con el medio ambiente y el resto de las personas. Cambios de la piel con el envejecimiento:

- a) Menos elástica, más fácil de lastimar y herir.
- b) Piel seca, con riesgo de quebrarse y lastimarse.
- c) Menor sensibilidad. Eje: heridas y golpes.
- d) Aparición de lunares nuevos que pueden hacer sospechar de cáncer.

Factores de riesgo para el daño a la piel:

- a) Mala nutrición.
- b) Frotación y maltrato excesivo de la piel.
- c) Uso de sustancias irritantes: jabones, alcohol, colonias, talcos, perfumes, etc.
- d) Exposición excesiva al sol.
- e) Enfermedades: diabetes, inmovilidad, incontinencia urinaria, fecal, etc.

Autocuidados de piel:

- a) Baño diario con agua fresca o adecuada a la temporada.
- b) Evitar agua muy caliente o muy fría.
- c) Secarse con toalla de forma suave, todo el cuerpo, sin dejar zonas húmedas, cuidado con las zonas interdigitales y pliegues para evitar micosis (hongos).
- d) Lavarse el cabello 2 ó 3 veces a la semana.
- e) Usar crema hidratante y suavizante en todo el cuerpo, si está a su alcance.
- f) Identificar lunares extraños, no rascar lunares ni verrugas del cuerpo, consultar al especialista.

²⁰ Espinoza F., García F. "Libro de Higiene Diaria" España (2010)., URL: <http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1980.1-Libro-Blanco-de-la-Higiene-diaria.pdf>. Pag. 12 - 18 (Citada 12 de Noviembre del 2015)

- g) Evitar el consumo de alcohol, y suprimir el tabaco.
- h) Evitar los golpes, cortes y heridas en el cuerpo.
- i) Evite exponerse al sol sin protección entre las 10 a.m. y las 2 p.m. por más de 30 minutos, independiente del lugar donde viva use siempre bloqueador, protector solar, sombrero, gorra y ropa fresca pero sin descubrir mucho su piel.²¹

HIGIENE DE MANOS Y ATENCIÓN DE LA SALUD.

Debido a su misma naturaleza, las infecciones son causadas por diferentes factores que se relacionan con los sistemas y procesos de atención de salud como así también con el comportamiento humano condicionado por la educación, los límites económicos y políticos de los sistemas y países, y con frecuencia por normas y creencias de la sociedad. Sin embargo, la mayoría de las infecciones se pueden prevenir.

La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial. Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción, se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces. Se han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS, “Una Atención Limpia es una Atención más segura”, cuyo interés principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas.

Se estima que la falta de una higiene de manos adecuada es la causa principal de Infección Asociada con la Atención de Salud. (IAAS) y de la difusión de organismos multiresistentes, habiendo contribuido de manera significativa a la propagación de

²¹ Róbelo J. , Ruiz M.F., “Manual de autocuidados del Adulto Mayor”, España (2012) URL: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/adulto/materiales/Rotafolio.pdf>. Pag. 31 - 57 (Citada el 12 de Noviembre del 2015)

	<p>epidemias. Existe una mayoritaria evidencia de que una mejor higiene de manos mediante estrategias de implementación multimodales puede reducir los índices de IAAS. Por otra parte, si bien no se ha informado sobre índices de infección, varios estudios han demostrado una disminución sostenida de la incidencia de colonización de pacientes y aislados bacterianos resistentes a las multi-drogas luego de la implementación de las estrategias de mejora en la higiene de manos.²²</p>
--	--

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>se inicio la visita con una exposición sobre el tema de la importancia de la higiene personal de la cual se le hizo demostración de imágenes y palabras claves para llevarla adecuadamente acabo. Se oriento al paciente sobre el tema de técnica correcta de lavado de manos al igual que su familiar, se enfatizo sobre la importancia de realizarla adecuadamente y en momentos específicos y esenciales, ya que era totalmente desconocido para el tema,</p> <p>Se tuvo un tiempo determinado para la exposición de 30mnt. Y así mismo para aclarar dudas sobre lo explicado.</p> <p>Se analizo que fallas tenia en su higiene personal por falta de conocimientos las cuales fueron:</p> <p>Pies manos</p>	<p>Al visitar al paciente se pudo observar lo siguiente:</p> <p>Esfuerzo del paciente por retener la información de la importancia de la higiene personal.</p> <p>Se vio una mejoría en la higiene de manos y uñas.</p> <p>Deficiente aseo en pies, pues el paciente manifiesta no alcanzarse esa área.</p>

²² “Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud, Organización Mundial de la Salud”, México, (2012), URL: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf , 1 - 30 (Citada el 12 de noviembre del 2015).

<p>Uñas</p> <p>Cuello</p> <p>Axilas.</p> <p>Al terminar la exposición, se inició con el pequeño taller incluyendo el siguiente material didáctico:</p> <p>Gel antibacterial.</p> <p>Jabón liquido</p> <p>Toalla de manos.</p> <p>Folleto sobre la técnica correcta de lavado de manos.</p> <p>Se explico los diferentes pasos de la técnica fundamentando el porque y para que sirve cada una de ellas y cada cuando tenia que realizarla.</p> <p>Se practico mas de una vez y al final se le interrogo al paciente y al familiar la técnica.</p> <p>Como tarea:</p> <p>Esforzarse por mejorar higiene en los aspectos analizados durante la charla.</p> <p>Realizar la técnica cada que vaya a lavar sus manos.</p> <p>Apoyarse del folleto por cualquier duda.</p> <p>Estudiar la importancia y beneficio de una buena higiene personal.</p>	
--	--

Patrón funcional alterado: NUTRICIONAL METABOLICO.

Diagnostico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos. **R/C:** Falta de conocimientos sobre la importancia del consumo de agua. **M/P:** Resequedad en membranas mucosas y cavidad oral; manteniendo una piel deshidratada.

Objetivo: Promover mediante dinámicas y charlas sobre el hábito de consumo de líquidos aptos a nuestro organismo, que ayude a concientizar el beneficio que ofrece el mismo.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">- Implementación de taller que ayude a conocer la jarra del buen beber. Orientando al paciente a ir eliminando refrescos y jugos envasados. - Realización y entrega de cartel ilustrativo de la jarra del buen beber - Charla sobre los beneficios que ofrece el consumo de agua a nuestro organismo.	<p><u>LA JARRA DEL BUEN BEBER.</u></p> <p>La Jarra del Buen Beber, que es una guía al igual que El Plato del Bien Comer, en la que se ilustran las recomendaciones de bebidas saludables para la población mexicana. Como te habrás dado cuenta, el Plato del Bien Comer no incluye las bebidas. Es por ello que en México contamos con la “Jarra del Buen Beber”. Muchas veces contamos los refrescos, el agua de sabor, los jugos o cafés que tomamos durante el día dentro de la recomendación de consumo de agua, pero estos no sustituyen la cantidad que debemos de tomar de agua simple. Te has puesto a pensar ¿cuántas calorías te bebes al día?, el jugo por la mañana, un refresco, agua de sabor o jugo industrializado en la comida, un café con crema batida y chispas de chocolate en la tarde con tus amigos, 1 vaso de leche o un té helado (industrializado) en la noche... todas estas calorías también cuentan y no cubren tu requerimiento de agua simple al día. De la hidratación depende el buen funcionamiento de tu organismo, no sólo importa cuánto tomas sino la calidad del mismo.</p> <p><u>Niveles de la jarra del buen beber</u></p> <p>El nivel 1 AGUA SIMPLE</p> <p>El nivel 2 LECHE SEMIDESCREMADA y las BEBIDAS DE SOYA SIN AZUCAR.</p>

	<p>El nivel 3 TÉ Y CAFÉ SIN AZUCAR.</p> <p>El nivel 4 BEBIDAS NO CALÓRICAS, ENDULZADAS CON EDULCORANTES ARTIFICIALES O SUSTITUTOS DE AZÚCAR.</p> <p>El nivel 5 JUGO DE FRUTA 100% NATURAL, LECHE ENTERA, BEBIDAS DEPORTIVAS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS</p> <p>El nivel 6 REFRESCOS, CONCENTRADOS DE JUGOS Y OTRAS BEBIDAS ALTAS EN AZÚCARES.</p> <p><u>Consumo de líquidos necesarios.</u></p> <p>El agua natural puede satisfacer casi todas las necesidades de líquidos de los individuos; sin embargo, para permitir cierta variedad y tomar en cuenta las preferencias individuales, una dieta saludable puede incluir varios tipos de bebidas, además del agua, pero date un momento para reflexionar las cantidades y la calidad de las bebidas que consumes en el día y has las modificaciones necesarias para apegarte a las cantidades sugeridas en esta Jarra.²³</p> <p>EL AGUA ES INDISPENSABLE PARA LA VIDA DEL HOMBRE.</p> <p>Nuestro cuerpo está compuesto por una gran cantidad de agua, ya que el agua se encuentra en la sangre, en la saliva, en el interior de nuestras células, entre cada uno de nuestros órganos, en nuestros tejidos e incluso, en los huesos.</p> <p>El adulto mayor tiene una menor cantidad de agua en su organismo, aproximadamente tiene un 50%, esto es debido a la composición de su cuerpo que se caracteriza por una disminución de la masa magra (músculo) y un aumento de grasa corporal. Por lo tanto la pérdida de masa muscular que se asocia a las personas de la tercera edad tiene relación a una menor cantidad de agua en el</p>
--	--

²³ “La Jarra del Buen Beber”, URL: indereq.queretaro.gob.mx/sites/default/files/.../8%20NUTRICION.pdf ,México, (2010), Pag. 1 – 45, (Citado el 15 de noviembre del 2015).

	<p>cuerpo y esto puede aumentar las posibilidades de que la persona de edad avanzada pueda padecer deshidratación.</p> <p>Es importante que la persona esté al tanto de todos los beneficios que trae el agua, especialmente los adultos mayores, ya que ellos no consumen cantidades suficientes de líquidos para que puedan tener una buena hidratación.²⁴</p>
--	---

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN.
<p>Al visitar al paciente se comenzó por dar una pequeña charla sobre la importancia del consumo de agua y cantidades necesarias para nuestro organismo.</p> <p>Se llevo acabo el taller con ayuda del cartel de la jarra del buen beber el cual sirvió de apoyo y retroalimentación para fomentar el consumo de líquidos a nuestro cuerpo y analizar junto con el paciente que líquidos aportaba a su cuerpo. Fueron separados los no necesarios y se sustituyo por una jarra llena de agua al alcance del paciente. Como tarea se dejo: Tener a la mano el cartel el cual le fue entregado para que sirviera de guía a su consumo de agua. Deberá implementar poco a poco el consumo de agua durante el día, iniciando con dos vasos de agua durante la mañana y dos durante la noche. Y en fines de semana solo 1 vaso en la mañana y otro por la noche. (anotando cuantos días lo pudo lograr completamente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se observo el interés por mantener pegado el cartel de la Jarra de Buen Beber puesto que fuere encontrado pegado en la cocina, manifestó tenerlo ahí ya que le a servido para recordar cantidades y beneficios. - Menciona que solo logro llevar a cabo el consumo de dos vasos de agua solo por la mañana y uno por la noche durante la semana. Aunque confiesa no poder limitarse en fines de semana ya que han ocurrido reuniones familiares y a consumido cierta cantidad de refresco. - Pide mas visitas para seguir con la orientación de mejorar su habito hídrico y seguir analizando las cantidades de agua.

²⁴ Ramírez G, "La importancia del agua en el adulto mayor. Artículos: Blog <http://vidaabuelo.com/blog/la-importancia-del-agua-en-el-adulto-mayor-parte-1/#sthash.PzChIV61.dpuf>, México, Parte 1. (julio 2014) , Pag. 4 (Citado el 15 de noviembre del 2015).

Diagnostico de Enfermería: Disposición para mejorar su salud nutricional. **R/C:** Falta de conocimientos sobre como mantener sus tres comidas diarias libres de refrescos, jugos envasados, chatarra, altas en grasa y embutidos.

Objetivo: Reforzar el conocimiento de alimentos y líquidos del paciente en relación con sus necesidades metabólicas, para influir al mejoramiento de sus hábitos alimenticios y prevención de alteraciones a nivel cutáneo así como glicémico .

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Taller sobre el conocimiento del plato del bien comer. Fomentando eliminar comidas chatarras y consumir alimentos preparados en casa - Realización y entrega de cartel ilustrativo sobre el plato de bien comer - Sugerir reforzar una dieta hipo sódica entregando guía informativa. 	<p><u>LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043.</u></p> <p>La NOM-043 clasifica a los alimentos en tres grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal. Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras. Con la finalidad de facilitar la selección y consumo de alimentos se creó el concepto del Plato del Bien Comer que es la representación gráfica de los tres grupos de alimentos. Explica por sí sólo la clasificación de alimentos y ayuda a conformar una dieta correcta, ejemplifica la combinación y variación de alimentos, así como el intercambio de estos en cada tiempo de comida (desayuno, comida y cena).</p> <p><u>EL PLATO DEL BIEN</u></p> <p>Comer representa los siguientes tres grupos de alimentos: Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud. Cereales y tubérculos. Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.</p>

Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.

Los alimentos de cada grupo tienen la misma función, por eso es importante combinarlos y variarlos para asegurar que recibimos la energía y nutrientes que necesitamos. Al darles la forma de plato demuestra que ningún alimento es más importante o mejor que otros, todos son importantes porque cada uno de ellos cumple con su función específica. Por eso los alimentos por sí mismos no tienen que ser completos, suficientes o equilibrados; estas cualidades se dan cuando se varían y combinan, entre sí. Es decir, no existen alimentos buenos o malos, lo que existe es una dieta correcta cuando en la alimentación se incorporan alimentos de cada grupo en cada tiempo de comida. Con el Plato del Bien Comer tú puedes identificar las características de una alimentación correcta. Te da ejemplos de cada grupo de alimentos para facilitarte la selección de ellos. Te da idea de las cantidades al ilustrar por ejemplo un huevo, una pieza de pollo, un vaso de leche o una rebanada de sandía. En resumen el Plato del Bien Comer facilita: !La identificación de los tres grupos de alimentos. !La combinación y variación de la alimentación. !La selección de menús diarios con los tres grupos de alimentos. !El aporte de energía y nutrientes a través de la dieta correcta.

La alimentación correcta debe ser: Completa. Que incluyas por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena. Equilibrada. Que los nutrientes guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos. Suficiente. Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico. Variada. Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida. Higiénica. Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza. Adecuada. A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.

Recomendaciones para integrar una alimentación correcta

Incluye al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas diarias. ! Come la mayor variedad posible de alimentos. ! ! Prefiere a los aceites para cocinar. ! Combina cereales con leguminosas. ! Lava y desinfecta las verduras y frutas antes de consumirlas o cocinarlas. ! Come cinco veces al día, tres comidas principales y dos refrigerios, uno a medio día y otro a media tarde. ! Mantener en lo posible los horarios de comidas. Hidrátate, toma por lo menos ocho vasos de líquido al día, de preferencia agua potable. ! Realiza por lo menos treinta minutos de actividad física durante el día, por ejemplo: caminar, bailar, pasear al perro, subir y bajar escaleras, barrer, etc.²⁵

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes.^{1, 2} De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos.³

TRATAMIENTO DIETÉTICO DE LA HTA.

Los hábitos alimentarios de los países occidentales están íntimamente ligados al desarrollo de enfermedades crónicas con alta prevalencia, como las enfermedades cardiovasculares o ciertos tipos de cáncer. El progresivo aumento de las cifras de presión arterial que se observa con la edad en las poblaciones desarrolladas es un suceso relativamente reciente como consecuencia del empleo de la sal como aditivo

²⁵ “Plato del Bien Comer”, URL; www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../6_1_plato_bien_comer.pdf, México, (2013), (Citado el 16 de noviembre del 2015)

y conservante de los alimentos durante siglos. Probablemente el paladar de las sucesivas generaciones se ha ido adaptando a estas altas dosis de sal, de tal manera que en la actualidad el ser humano consume del orden de 10-30 veces más cantidad de sal de la fisiológicamente necesaria

Recomendaciones sobre la dieta hipo sódica Se recomienda prescribir una restricción moderada de sodio en la que no se superen los 6 g diarios. Las recomendaciones dietéticas que haremos al paciente hipertenso son las siguientes:

- Teniendo en cuenta que el 70-80% de sodio está escondido en los alimentos procesados, será más recomendable restringir toda esta serie de alimentos (salazones, salmueras, conservas, aceitunas, embutidos) que prohibir estrictamente el uso de la sal de cocina en la preparación de los alimentos.

- Si se usa otro tipo de sal que no sea la sódica (la potásica, por ejemplo) debe usarse con precaución, especialmente si el paciente es tratado con diuréticos ahorradores de potasio.

- Son alimentos bajos en sodio los que aportan menos de 140 mg de sodio por 100 g.

- Vigilar las medicaciones que aporten sodio (laxantes, sales de fruta, antitusígenos).

- Utilizar procesos de cocinado que potencien el sabor de los alimentos: guisados, papillotes, al vapor y estofados.

- Las sopas en las que se utiliza mayor variedad de verduras tienen más sabor.

- Las patatas hervidas con su piel son más sabrosas.

- En caso de hervir verdura se recomienda hacerlo con poca agua y el tiempo justo (no más de 20 min).

- Se recomienda utilizar aceites aromatizados con hierbas, especias, ajo, orégano o guindilla.

- El vinagre, el limón, el ajo o la cebolla o las hierbas aromáticas dan sabor a los alimentos.

MODIFICACION DE ESTILO DE VIDA EN ALIMENTACION DE UN HIPERTENSO.

Modificaciones en el estilo de vida de un paciente hipertenso Las medidas de mayor eficacia para reducir los valores de tensión arterial son las siguientes:

- Perder como mínimo 4 kg siempre que el IMC del paciente sea superior a 27. Esta es la medida más efectiva en estas condiciones, tanto que a menudo no es necesario el uso de fármacos. Además de esto, resulta muy útil insistir en la práctica del ejercicio físico, que puede ser equivalente a una pérdida de 6 kg de peso.

- Si el IMC está por debajo de 27, nos centraremos exclusivamente en la dieta hipo sódica, sin pretender que el paciente pierda peso. Como segunda medida, reducir la ingesta de alcohol a 30 g/día en varones y a 20 g/día en mujeres.

- Aconsejar la práctica habitual de ejercicio físico. Si el paciente presenta alguna enfermedad cardíaca, es necesaria una valoración previa de éste. La actividad que se aconseja debe realizarse con una frecuencia de 3 días por semana como mínimo y la frecuencia cardíaca aconsejada se sitúa entre el 60 y el 80% de la frecuencia cardíaca máxima.

- Otra medida clave es reducir la ingesta de sal a menos de 6 g/día. Se ha comprobado que es la medida más efectiva en los hipertensos sin sobrepeso y, especialmente, en los hipertensos sensibles a la sal (de entrada no se puede distinguir cuándo un paciente es sensible a la sal). La dieta hipo sódica es siempre más eficaz en los siguientes grupos: pacientes de más de 45 años, diabéticos y pacientes con cifras muy altas de tensión arterial.

- Hay una medida fundamental de cara reducir la tensión arterial, pero aún más de cara a disminuir el riesgo cardiovascular en general, que es la supresión del hábito tabáquico. Es importante no olvidarla ante cualquier paciente susceptible de ser diagnosticado como hipertenso

Hacer un uso muy discreto del salero en la mesa (intentar sustituir la sal por hierbas aromáticas).

- Evitar los alimentos precocinados (se incluyen aquí pastillas de caldo y

	<p>concentrados de carne, patatas chips, salsas comerciales y condimentos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar los embutidos y las conservas. - No consumir agua mineral con un contenido normal de sodio. - Sustituir el pan normal por pan sin sal. - Acostumbrarse a leer las etiquetas de los alimentos (comprar alimentos bajos en sodio). - No consumir bebidas alcohólicas. - No fumar. - Mantener el peso dentro de los niveles adecuados. - Consultar al médico²⁶
--	--

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>A través de la visita comenzamos por reforzar el habito alimenticio del paciente otorgando cierto apartado de copias que orientaran la sugerencia de una alimentación balanceada para personas hipertensas y cardiópatas para que pudiera con ayuda de su familiar leerlo con calma y llevarlo a cabo con el transcurso de los días, pues es así como se prosiguió a hacer un enriquecimiento sobre la buena alimentación con ayuda de presentación elaborada en power point</p> <p>Inmediatamente se inicio el taller con ayuda de un esquema</p>	<p>Durante la visita se analizo diferentes características al comportamiento del paciente:</p> <p>Se observa no lograr disminuir sus comidas chatarras en fines de semana, pues manifiesta tener aun cierta necesidad por ellas (refrescos, papas, dulces)</p> <p>Logra pegar en la cocina el cartel otorgado, para mantenerlo como recordatorio.</p> <p>Se analiza y evalúa conocimientos eficientes sobre su mejora de alimentación, mencionando que es cuestión de tiempo poder lograrla acabo.</p> <p>Muestra cierta incertidumbre ante la guía de dieta hipo sódica otorgada, pues menciona no poder destituir la sal por completo, hace mención de otras alternativas.</p>

²⁶ Vilaplana M., "NUTRICION Y CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS", Vol. 24, NÚM 11, México, (DICIEMBRE 20013). Pag. 2 - 20, (Citado el 16 de noviembre del 2015).

del plato del bien comer, e ilustraciones impresas y enmarcadas de diferentes alimentos tanto sanos (carne rojas, pescado, leche, agua, verduras, frutas, legumbres, etc.) como chatarra (papas fritas, hamburguesas, tortas, etc.) , se le pidió al paciente que identificara que alimentos eran los indicados para mantener una dieta rica y saludable y cuales no; dentro de las identificadas como saludables, se le pidió que las acomodara dentro de la ilustración del plato del bien comer.

en nuestro organismo.

Se dejo como tarea :

- leer cuidadosamente la guía alimenticia hipo sódica. Y estudiarla
- comenzar por incluir y reforzar sus dietas los fines de semana con los alimentos identificados durante la dinámica.
- Tener a la mano el cartel del plato de bien comer por cualquier duda.

Diagnostico de Enfermería: Riesgo de nivel de glicemia inestable. **R/C:** conocimientos deficientes sobre el diabetes (prevención, complicaciones, estándares)

Objetivo: Optimizar la calidad de vida del paciente mediante un aporte de conocimientos y guía de la mejora de dieta, favoreciendo la prevención de una de las enfermedades crónico degenerativas principales.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Charla sobre diabetes. - Realización y entrega de folleto informativo sobre diabetes. - Entrega de guía sobre dieta para diabético. 	<p>La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura.⁴ Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años.^{5,6} En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años.</p> <p>El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.⁷ Algunas estimaciones indican que, por ejemplo, Estados Unidos desde 1997 destina más de 15% del gasto en salud de este país para la atención de los diabéticos.⁸ En México, las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3 200 dólares anuales,^{9,*} lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones,¹⁰⁻¹³ inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con</p>

	<p>la tasa de mortalidad por esta causa.³</p> <p>Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes. Así, la prevalencia de la diabetes en esta población ha incrementado sustancialmente en las últimas décadas: en 1993 la prevalencia de los diabéticos con diagnóstico conocido en población mayor de 20 años fue de 4.0%, mientras que en 2000 y 2007 se describió una prevalencia del 5.8 y 7%, respectivamente.¹⁴ Por otro lado, de acuerdo con las encuestas nacionales de esos mismos años, se ha demostrado la alta prevalencia de condiciones comórbidas en la población diabética y problemas en la calidad de la atención, lo cual contribuye de manera importante a la mayor incidencia de complicaciones macro y microvasculares²⁷</p>
--	--

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Al visitar al paciente se logra hacer un espacio para implementar la exposición del tema sobre diabetes mellitus y su prevención así como retomar ciertos puntos vistos anteriormente sobre los alimentos necesarios y benéficos para el organismo y ligarlo a una alimentación para diabético. Así mismo se le hizo entrega de folleto informativo y guía sobre la alimentación correcta de una persona diabética. Se</p>	<p>Durante la visita se pudo observar:</p> <p>Que el paciente tiene cierta antipatía por prevenir la diabetes.</p> <p>Señalo solo algunos puntos esenciales sobre el tema expuesto la visita anterior</p>

²⁷Hernández-Ávila M., Gutiérrez J. P. , Reynoso Noverón P., “DIABETES MELLITUS EN MEXICO: EPIDEMIA”, Salud pública , México vol.55, Cuernavaca (2013), Pag. 2 – 13, (Citado el 19 de noviembre del 2015).

aprovecho el espacio para analizar nuevamente citas previas con el medico y glicemias capilares anteriormente de las cuales, le fueron marcadas para que el paciente las tomara en cuenta y tuviera conocimiento sobre los parámetros normales y alterados. Se le recomendó al final de la exposición que comenzara por modificar sus dietas ya que así prevendría complicaciones ligadas a diabetes y se guiara por las impresiones otorgadas, así mismo como tarea: Se dejo que estudiara la guía alimenticia para que en la próxima visita comentara dudas y aclaraciones sobre la misma. Comenzara por cambiar ciertos alimentos con base a la guía. Se le pidió que estudiara puntos esenciales sobre el tema de diabetes.

Patrón funcional de la salud alterado: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD.

Diagnostico de Enfermería: Falta de apego al tratamiento medico. **R/C:** Falta de conocimiento sobre la importancia de seguir un control en la toma de medicamentos correspondientes y asistencia periódica con el medico..

Objetivo: Apoyar a la comprensión de lo que ofrece llevar a cabo un control un tratamiento farmacológico prescrito para su salud y bienestar

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">- Charla sobre la importancia que tiene el control de la toma de medicamentos prescritos por el medico orientando al mismo tiempo que funcionalidad tiene cada uno de ellos ; así como, la asistencia que se debe tener con el medico. - Membretrar envases de medicamentos con etiquetas llamativas anotando en el mismo : funcionalidad, dosis, y horario. - Formación de calendario tipo pizarrón ilustrativo que ayude	<p>USO DE FARMACOS EN EL ADULTO MAYOR</p> <p>La correcta prescripción de fármacos en el anciano tiene la mayor importancia dado que este grupo etáreo esta frecuentemente poli medicado y la frecuencia de reacciones adversas (RAM) es elevada: Entre 65 y 90% de los ancianos consumen algún medicamento (OMS) En Inglaterra los AM consumen el doble de fármacos respecto de la población general y alrededor de 10% de los ingresos hospitalarios a unidades geriátricas son motivados por RAM. Entre un 25% a 50% cometen errores en la administración de medicamentos (3), cifras que aumentan al incrementarse el número de fármacos prescritos. Estudios de fármaco vigilancia en hospitales han establecido una relación lineal entre edad y frecuencia de RAM, las que aumentan a 25% en adultos mayores de 80 años hospitalizados. En sujetos entre 20 a 29 años dicha frecuencia es de 3% Las RAM son la forma más frecuente de enfermedad iatrogénica en adultos mayores. La edad avanzada predispone a RAM.²⁸</p>

²⁸Montiel R., Hernández L., "USO DE FARMACOS EN EL ADULTO MAYOR", España, (Diciembre 2012), URL: escuela.med.puc.cl/pub/manual/geriatria/PDF/Farmacoterapia.pdf , Pag. 10 – 23 (Citado el 19 de noviembre del 2015).

<p>al paciente a no olvidar sus fechas de elaboración de laboratorios y citas medicas</p>	<p><u>ANTIHIPERTENSIVOS Y DIURETICOS.</u></p> <p>Tratamiento de la hipertensión.</p> <p>El tratamiento de la hipertensión debería estar integrado en un programa global que trate los factores que aumentan el riesgo de acontecimientos cardiovasculares (como ictus e infarto de miocardio). El tratamiento es a menudo de por vida. La hipertensión antes se clasificaba como leve, moderada o grave, pero actualmente se prefiere un sistema de gradación. La hipertensión de Grado 1 se define como presión arterial sistólica de 140-159 mm Hg y presión arterial diastólica de 90-99 mm Hg, hipertensión de Grado 2 como 160-179 mm Hg de sistólica y 100-109 mm Hg de diastólica, e hipertensión de Grado 3 más de 180 mm Hg de sistólica y más de 110 mm Hg de diastólica. El objetivo del tratamiento es obtener la reducción máxima tolerada de la presión arterial.</p> <p>Los cambios de estilo de vida son recomendables en todos los pacientes; incluyen la reducción de peso, disminución de la ingesta de alcohol, reducción de la ingesta de sodio en la dieta, dejar el tabaco y reducción de la ingesta de grasas saturadas. El paciente debe comer una dieta nutritiva sana rica en frutas y vegetales y con ejercicio regular. Estas medidas solas pueden ser suficientes en la hipertensión leve, pero los pacientes con hipertensión moderada o grave también requieren tratamiento antihipertensivo específico..</p> <p>Tratamiento farmacológico de la hipertensión.</p> <p>En el tratamiento de primera línea de la hipertensión arterial se utilizan tres grupos de fármacos: diuréticos tiacídicos, bloqueadores betaadrenérgicos (bloqueadores</p>
---	--

beta) e inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina (IECA). Los bloqueadores de los canales de calcio se consideran de primera elección sólo en poblaciones específicas, por ejemplo en africanos o en pacientes de edad avanzada. En algunas circunstancias se pueden administrar otros tipos de fármacos.

Los inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina (IECA) como el **enalapril** son eficaces y bien tolerados por muchos pacientes. Se pueden administrar en la insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular izquierda y nefropatía diabética, pero deben evitarse en caso de enfermedad vascular renal y en la gestación. El efecto adverso más frecuente es una tos seca y persistente.

Enalapril: es un inhibidor de la enzima convertora de la angiotensina representativo.

Comprimidos, enalapril 2,5 mg

Indicaciones: hipertensión; insuficiencia cardíaca (sección 12.4)

Contraindicaciones: hipersensibilidad a los IECA (se incluye angioedema); enfermedad vascular renal; gestación (Apéndice 2)

Precauciones: uso con diuréticos; hipotensión con las primeras dosis, sobre todo en pacientes tratados con diuréticos, con dieta hipo sódica, dializados, deshidratados o con insuficiencia cardíaca; enfermedad vascular periférica o aterosclerosis generalizada (riesgo de enfermedad vascular renal subclínica); se recomienda usarlo con mucha precaución en estenosis aórtica sintomática o grave; hay que vigilar la función renal antes y durante el tratamiento; alteración renal

(reducción de dosis; véase también el Apéndice 4); alteración hepática (Apéndice 5); posible aumento del riesgo de agranulocitosis en la enfermedad vascular del colágeno; antecedente de angioedema idiopático o hereditario (se recomienda utilizar con precaución o evitarlo); lactancia (Apéndice 3); interacciones: Apéndice

USO CON DIURÉTICOS. Riesgo de caída muy rápida de la presión arterial en pacientes con depleción de volumen; en estos casos el tratamiento debe iniciarse a dosis muy bajas. Se debe interrumpir el tratamiento diurético a dosis altas (furosemida a dosis superiores a 80 mg), o reducir mucho la dosis, por lo menos 24 horas antes de iniciar tratamiento con enalapril (puede no ser posible en insuficiencia cardíaca - riesgo de edema pulmonar). Si no se puede interrumpir el diurético a dosis altas, se aconseja supervisión médica durante por lo menos 2 horas después de la administración o hasta que la presión arterial se estabilice

REACCIONES ANAFILÁCTICAS. Evite el enalapril durante la diálisis con membranas de poliacrilonitrilo de alto flujo y durante la aféresis de lipoproteínas de baja densidad con dextrano sulfato; también evítese antes de la desensibilización con veneno de avispa o abeja

Posología: Hipertensión *por vía oral*, inicialmente 5 mg una vez al día; si se administra en combinación con un diurético, en pacientes de edad avanzada, o en caso de alteración renal, inicialmente 2,5 mg al día; dosis de mantenimiento habitual 10-20 mg una vez al día; en hipertensión grave se puede aumentar hasta un máximo 40 mg una vez al día.

Efectos adversos: mareo, cefalea; con menor frecuencia, náusea, diarrea, hipotensión (grave en algunos casos), tos seca, fatiga, astenia, calambres musculares, erupción y alteración renal; raramente vómitos, dispepsia, dolor

abdominal, estreñimiento, glositis, estomatitis, íleo, anorexia, pancreatitis, lesión hepática, dolor torácico, etc.

VITAMINA B

FUNCIONES METABÓLICAS. La vitamina B12 es esencial en numerosas reacciones bioquímicas en la naturaleza, la mayoría de las cuales implican redistribución de hidrógenos (H) o de carbonos (C), como por ejemplo: – Reducción de ribonucleótidos (algunas bacterias). – Biosíntesis de la metionina(mamíferos). – Isomerización del metilmalonato a succinato (mamíferos). – Isomerización del β metil aspartato a glutamato(Clostridium tetanomorphum). – Conversión de aldehídos en dioles (algunas bacterias).

TRATAMIENTO En el tratamiento de la deficiencia de vitamina B12 se utilizan convencionalmente 2 preparados farmacológicos: la cianocobalamina y la hidroxicobalamina, que generalmente son administrados por vía intramuscular. En cuanto a la aplicación del tratamiento, existen diferentes esquemas terapéuticos. Uno de los más utilizados consiste en la administración de 1 000 μ g diarios durante 2 semanas, luego semanalmente hasta la normalización del hematocrito y continuar mensualmente por tiempo indefinido. En estos casos, la dosis de ataque sería de 200 μ g en días alternos durante 3 semanas, continuar con la administración 2 veces por semana durante 6 meses y luego semanal hasta completar el año de tratamiento. Como mantenimiento se emplearía igual dosis por mes.²⁹

²⁹ Forrellat Barrios M. Gómis Hernández L., Gautier H., Gómez D., "VITAMINA B12: METABOLISMO Y ASPECTOS CLÍNICOS DE SU DEFICIENCIA", Instituto de Hematología e Inmunología, Revista Cubana: Hematol Inmunol Hemoter (2010), Pag: 15- 74, (Citado el 19 de noviembre del 2015)

BENEFICIOS DEL COMPLEJO B

El complejo B es necesario para el correcto funcionamiento de casi todos los procesos en el cuerpo. Aquí verá los principales beneficios del complejo B:

Producción de energía

La vitamina B1 es necesaria para ayudar a convertir los carbohidratos que comemos en glucosa. Las siguientes **vitaminas del tipo B** son necesarias a nivel celular para convertir la glucosa en energía: La vitamina B2, vitamina B3, vitamina B5, vitamina B6 y biotina. Una deficiencia de cualquiera de estas vitaminas puede conducir a la disminución en la producción de energía, letargo y la fatiga.

El **complejo B** es esencial para el funcionamiento saludable del sistema nervioso. La vitamina B5 es necesaria para el correcto funcionamiento de las glándulas suprarrenales y la producción de algunas hormonas y sustancias que regulan los nervios. La vitamina B12, vitamina B1, vitamina B6 son esenciales para la regulación y el funcionamiento correcto de todo el sistema nervioso. La vitamina B9 es esencial para prevenir defectos del tubo neural en el feto durante el embarazo. Una deficiencia en cualquiera de las **vitaminas del complejo B** puede conducir a la sensación de estrés, ansiedad y depresión.

El **complejo de vitamina B** es esencial para la correcta digestión, la producción de HCl (ácido clorhídrico) y para ayudar en la descomposición de las grasas, proteínas e hidratos de carbono. Especialmente vital para la buena digestión son la vitamina B1, vitamina B2, vitamina B3 y vitamina B6. Una deficiencia en cualquiera de estas **vitaminas del grupo B** puede conducir a la digestión deficiente y la deficiencia de nutrientes esenciales.³⁰

³⁰ Vázquez A., Gutiérrez H., "Vitaminas con funciones Coenzimaticas en el metabolismo intermedio", México, (2012), Pag. 27- 34, URL: www.uco.es/master_nutricion/nb/Mataix/vitaminas.pdf, Pag. 3 – 17 (Citado el 20 de Noviembre del 2015)

VENTAJAS DEL USO DE CRONOGRAMAS O CALENDARIOS.

El manejo del tiempo es fundamental para la buena marcha de cualquier proyecto. No existe la eficacia sin el cumplimiento de metas y plazos.

Los cronogramas son herramientas útiles que se ocupan de medir las distintas tareas de un proceso en relación con los plazos previstos. Son una guía, una referencia, una ruta a seguir en aras de la consecución de objetivos.

El proceso de diseño y elaboración de un cronograma de actividades generalmente pasa por cinco etapas básicas, independiente de la naturaleza del proyecto o de su duración:

- Establecer objetivos y metas del proyecto.
- Definir cada una de las actividades a realizar.
- Determinar un orden lógico y consecuente de las tareas previstas.
- Establecer tiempos y responsables de cada tarea.
- Definir los recursos necesarios para el desarrollo de cada actividad.³¹

³¹ Flores S., Jiménez S., "GESTION DEL TIEMPO" Colombia, (2014), URL: www.gestionsocial.org/archivos/00000831/PM4DEV.2.pdf, Pag: 13- 19 (Citado el 21 de noviembre del 2015)

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN.
<p>Durante esta visita analizamos el refuerzo y retroalimentación que debe tener para su cuidado y autocuidado esencial.</p> <p>Se aclararon diferentes dudas del paciente sobre los medicamentos prescritos etiquetándolos con colores y letras grandes en las envolturas con: función, dosis, horario , para hacer mayor el recordatorio de que sirve cada uno.</p> <p>se abre un espacio en el cual se dedico para analizar visitas próximas medicas y establecerlas en una cartulina en forma de cronograma o calendario con colores llamativos el cual fue pegado en su recamara para fortalecer su memorización y evitar dejar pasar fechas de atención a su salud</p> <p>Se dejo como tarea :</p> <p>Etiquetar envases de medicamentos cada que sean nuevos, apoyándose de los viejos, para seguir con la rutina y recordatorio de toma de medicamentos.</p> <p>Mantener a la vista el calendario realizado junto con el paciente para que recordara sus visitas medicas próximas así como la realización de laboratorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestó mayor facilidad en identificar sus medicamentos, mostrando una mejora en su administración y ministración correcta. - Se logra visualizar el cronograma realizado con cartulina y colores llamativos elaborado durante la visita pasada, menciona que ello le a ayudado a no olvidarse que próximamente le tocara asistir al medico y elaborar su estudios de laboratorio antes de.

Diagnostico de Enfermería: Déficit de conocimientos. **R/C:** con la enfermedad cardiovascular y marcapasos definitivo.

Objetivo: Fortalecer los conocimientos óptimos del paciente sobre su padecimiento mediante habilidades y tácticas que ayuden a llevar a cabo la atención periódica primaria

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Charla sobre enfermedad cardiovascular y sus complicaciones. - Charla sobre Marcapasos definitivo y sus cuidados - Realización y entrega de folleto informativo sobre cuidados de marcapasos y enfermedad cardiovascular. 	<p>ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL ANCIANO.</p> <p>Las características de las enfermedades en el anciano son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional. Este último es el punto final de muchas enfermedades en los ancianos, desde las más leves, hasta las más graves. Un amplio porcentaje de los ancianos pasa un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte, especialmente las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional. En muchas ocasiones no hay una relación directa entre enfermedad y deterioro funcional, ya que un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica. Sin embargo, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros. Ettinger evaluó a 3 654 pacientes mayores de 65 años y encontró que la causa más frecuente de deterioro funcional fue la enfermedad osteomuscular, seguida de la diabetes en ambos sexos. En la cohorte de Bootsmavan, se estudiaron 591 pacientes mayores de 85 años; las enfermedades crónicas que causaron mayor inestabilidad para la marcha fueron: enfermedad vascular cerebral (EVC), problemas cardiacos, diabetes mellitus y fractura de cadera.³ Black y Rush Ronald estudiaron el deterioro funcional y</p>

cognitivo en tres grupos étnicos mayores de 75 años, en los que incluían a hispanoamericanos que representaron 32.9% de la muestra. Las enfermedades que tuvieron asociación estadística con el deterioro funcional en el grupo de hispano fueron: fractura de cadera, EVC y diabetes.⁴ En otro estudio en la comunidad, en el que se evaluaron 275 ancianos, las enfermedades asociadas con mayor deterioro funcional fueron: la enfermedad de Parkinson, fractura de cadera y osteoporosis. Markides y colaboradores evaluaron el autorreporte del estado funcional de 3 050 ancianos, no institucionalizado, en el sureste de Estados Unidos. En este grupo de pacientes, las condiciones médicas con mayor asociación con el deterioro funcional fueron: enfermedad vascular cerebral y fractura de cadera. Peek y colaboradores evaluaron a ancianos mexicanoamericanos que residían en el sureste de Estados Unidos; el deterioro cognitivo y la alteración emocional fueron causas de alteración funcional en este grupo.

En 2000, en México, se reportaron 217 084 defunciones en mayores de 65 años. Las causas de las mismas fueron las enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, neoplasias y enfermedad cerebrovascular.⁸ En 2001 las defunciones aumentaron a 224 068 en el mismo grupo de edad, cuyas causas principales de mortalidad en general fueron las enfermedades cardíacas, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes, las enfermedades hepáticas y cerebrovascular que, en su conjunto, representaban 60% de los decesos.⁹ La esperanza de vida en México ha aumentado y junto con ella la prevalencia de las enfermedades crónicas. No conocemos la repercusión funcional de estas últimas; sin embargo, tomando en cuenta los reportes de mortalidad en 2000 y 2001, podríamos afirmar que el impacto funcional de las mismas no es una cifra despreciable; que constituyen un problema de salud; aumentan los gastos en los servicios médicos, y, peor aún, provocan una mala calidad de vida en los adultos

	<p>mayores de 65 años. Por lo tanto, es necesario conocer las enfermedades crónicas e incidir tempranamente en ellas.³²</p> <p><u>SEGUIMIENTO DE UN MARCAPASO DEFINITIVO.</u></p> <p>La frecuencia con que será evaluado el paciente posteriormente al implante de un marcapasos dependerá de la enfermedad del paciente, de la presencia de otros problemas médicos, del marcapasos usado, entre otros. La evaluación del paciente en la consulta externa incluye a) Historia clínica interrogando al paciente sobre síntomas que aparecen después del implante o bien sobre la persistencia de síntomas previos al implante. b) En el examen físico se presta atención al sitio donde se encuentra ubicado el marcapasos buscando algún signo de inflamación, erosión o contracciones musculares. c) E.C.G. para identificar las espigas y capturas así como el censado del marcapasos. (Figura No. 3) d) Se efectúa un análisis del marcapasos con un sistema analizador externo el cual proporciona información sobre los parámetros con los que está programado el marcapasos y del estado de la batería. Con el mismo equipo se pueden realizar las modificaciones pertinentes para cada paciente.³³</p>
--	--

³² Barrantes M., García Mayo J. G., Gutiérrez Robledo L. M. ,James, A. M., “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ENFERMEDADES CRONICAS EN EL ANCIANO”, México, Vol.49 supl.4 Cuernavaca (ene. 2013). (Citado el 21 de Noviembre del 2015).

³³ “Marcapasos Cardiacos Permanentes, Permanent Cardiac Pacemakers”, Revista: Med Hond (2011); Pag: 68:96-101(Citado el 21 de Noviembre del 2015).

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Se le expuso una pequeña presentación con ayuda de diapositivas ilustrativas sobre el proceso de su enfermedad y el tratamiento medico que ayudara a su mantenimiento de salud.</p> <p>Se le menciono dentro del tratamiento medico la utilización de un marcapasos definitivo y sus cuidados.</p> <p>Se analizaron sus revisiones medicas anteriores, observando cuando fue la ultima vez de su chequeo de marcapasos en su unidad medica correspondiente. De la cual ya tiene mas de 1 año que no le dan notificación del mismo según el paciente.</p> <p>Se le pidió al familiar que estaba presente que estuviera al tanto en sus próxima cita al medico y que preguntaran sobre el chequeo.</p> <p>Al final se le dejo folletos ilustrativos e informativos con el fin de recordar el tema expuesto durante la visita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra tener presente la próxima revisión de marcapasos. - Añade la conciencia que ahora tiene por su enfermedad y que es importante tener cuidados especificos para mantener su salud.

Diagnostico de Enfermería: Mantenimiento ineficaz de la salud **R/C:** Falta de conocimientos sobre la toma y registro de tensión arterial en casa.

Objetivo: Contribuir conforme a sus necesidades previas, en la mejora de estilos de vida, enriquecimiento de conocimientos y prevención de riesgos, formando así una calidad de vida.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Taller sobre orientar al conocimiento de la técnica correcta de toma de tensión arterial en casa. - Charla sobre Hipertensión arterial - Realización y entrega de folleto informativo sobre hipertensión y la técnica de toma de tensión arterial. 	<p>PREVALENCIA DE LA HTA EN EL ANCIANO</p> <p>Un estudio (NHANES III) determinó que en los Estados Unidos, aproximadamente el 60 % de los blancos no hispanos, el 71 % de los negros no hispanos y el 61 % de los americanos mexicanos con 60 años o más eran hipertensos. Se supone que en la actualidad la HTA se encuentra en más de la mitad de la población de 60 años o más. A partir de dicha edad aumenta también la prevalencia de la HTA sistólica aislada (15 %), o sea, pacientes con PAS de 140 mmHg o más y cifras de PAD menores de 90 mmHg que representan un factor de riesgo independiente para coronariopatía, apoplejía (Stroke) y enfermedad cardiovascular.^{4,5}</p> <p><u>La hipertensión arterial como factor de riesgo en el anciano</u></p> <p>Sabemos que la HTA constituye un factor de riesgo, el más importante en el anciano, para la prevalencia de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares y que factores como hiperlipidemias, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y hábito de fumar no contribuyen en el mismo grado a la presentación de estas complicaciones.⁶</p> <p>En la actualidad se despejan incógnitas sobre la «benignidad» de la HTA sistólica</p>

aislada que acompaña al anciano y se desechan las ideas confusas de su pobre capacidad patogénica pues existen elementos que sustentan que la misma es un marcador de daño de órgano diana, la relacionan con la aparición de hipertrofia ventricular izquierda que predispone a la isquemia miocárdica y con microproteinuria como expresión de daño de corazón y riñón, respectivamente.⁷

Consideraciones fisiopatológicas de la HTA en el anciano

Los efectos del envejecimiento y de la HTA están interrelacionados y tienden a potenciarse uno a otro, ambos procesos aumentan la rigidez de las grandes arterias por un mecanismo multifactorial y ambos se acompañan de proliferación de las células endoteliales, formación de placas y lesiones aterotrombóticas, éstas aparecen con mayor frecuencia en puntos concretos del árbol arterial, probablemente en relación con las turbulencias y la presión originada en las curvaturas y bifurcaciones del sistema. Estos fenómenos pueden verse potenciados por la exageración de las ondas de presión y flujo inducidos por la rigidez arterial. La amplitud de las variaciones de la presión en el hipertenso anciano, especialmente en la HTA sistólica aislada (HTASA), constituye un importante factor pronóstico de las principales complicaciones cardiovasculares.

Se ha intentado establecer una diferenciación entre las secuelas de la HTA propiamente y las asociadas con la aterosclerosis como consecuencia indirecta e inespecífica de la HTA. No obstante, una distinción de este tipo resulta artificial. Por ejemplo, la insuficiencia coronaria y su síntoma principal, la angina de pecho, no son atribuibles exclusivamente a las lesiones aterotrombóticas sino también a la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) inducida por la HTA y su repercusión final sobre la reserva del flujo coronario.⁸ Todo esto no es una mera

cuestión semántica, sino que refleja un cambio fundamental en la actitud terapéutica ante la HTA, sobre todo en el anciano.

Esto dificulta el correcto funcionamiento del sistema nervioso autonómico y el sistema renina-angiotensina (SRA) lo que origina como resultado de la disfunción de estos mecanismos de retroalimentación, el desequilibrio de la PA como por ejemplo ante la influencia de la fuerza de gravedad (hipotensión ortostática) o la pérdida de volumen.

El proceso fisiológico del envejecimiento

Envejecimiento cardíaco: se acompaña de hipertrofia de pared posterior del ventrículo izquierdo relacionada con el aumento de la poscarga, además se producen calcificaciones en el aparato valvular, acúmulos grasos en torno al nódulo sinusal así como en fibras específicas de haz de His.⁹

Envejecimiento del árbol vascular: condiciona aumento del grosor de la capa íntima, aumento progresivo y fisiológico del contenido de ésteres de colesterol y de fosfolípidos, desdoblamiento y fragmentación de la capa elástica que provoca endurecimiento, rigidez y disminución de la luz arterial.

Envejecimiento del sistema nervioso autónomo: determina menor sensibilidad de los receptores betaadrenérgicos y alteraciones del sistema colinérgico con disminución de la respuesta cronotropa a la estimulación vagal.

Envejecimiento renal: supone la caída del filtrado glomerular y del flujo sanguíneo renal, dificultad para adaptarse a restricción sódica, merma de la capacidad de concentración y dilución, tasas bajas de renina y aldosterona y disminución de la

dotación corporal de potasio.

Modificaciones bioquímicas: consisten en cierto grado de intolerancia a la glucosa, tendencia a la hipercolesterolemia e hiperuricemia, disminución de calcio, magnesio y fosfatos, aumento de la concentración plasmática de angiotensina II, noradrenalina y disminución de oligoelementos como el cinc por disminución de la masa muscular. También el cobre disminuye con la edad lo cual favorece la aparición de intolerancia a la glucosa, pues este elemento forma parte del complejo circulante conocido como factor de tolerancia a la glucosa.

Se debe recordar que el anciano presenta mayor variabilidad tensional y que es posible la aparición de hipotensión posprandial y que pueden existir vacíos o gap auscultatorios y, sobre todo, descartar la posibilidad de una pseudohipertensión. Esta última forma hace recomendable practicar en el anciano la maniobra de Osler rutinariamente.

Tratamiento del anciano hipertenso: Riesgos y beneficios

Cualquier intento de tratar a un anciano hipertenso debe contemplarse como un ejercicio fisiopatológico. Durante mucho tiempo se puso en duda si el tratamiento antihipertensivo podía mejorar el pronóstico de la HTA en el anciano y muchos médicos eran poco propensos incluso a intentar reducir la presión arterial. La publicación de ensayos clínicos controlados y aleatorizados parece haber resuelto por fin el dilema.

Los estudios recientes en hipertensos de más de 60 años, diseñados expresamente para valorar el tratamiento en los ancianos y algunos a la HTASA en los cuales se eligió un diurético tiazídicos como tratamiento farmacológico de primera línea comparado con placebo indican resultados francamente beneficiosos con una

reducción evidente de morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular y cerebrovascular que muestra una disminución significativa de 36 % en la incidencia de Stroke, tanto fatal como no fatal, y de 27 % para el infarto del miocardio fatal y no fatal y de 54 % para la insuficiencia ventricular izquierda en los tratados. Estos beneficios abarcan a todos los pacientes mayores de 60 años independientemente del sexo, raza y subgrupos de presión arterial, en general se señala una buena tolerancia al medicamento.

A pesar de las reservas que pueden tenerse de un ensayo clínico en concreto el estudio SHEP abre un nuevo camino en el horizonte del tratamiento terapéutico, del anciano hipertenso enseñando que la HTASA reúne las condiciones para intentar un tratamiento hipotensor.

Es necesario contrapesar los efectos beneficiosos del tratamiento hipotensor con sus efectos adversos, que hasta ahora son poco conocidos y que más bien están restringidos a los diuréticos; se considera que aún las manifestaciones subjetivas dependientes de las drogas no son en absoluto despreciables, aunque parecen disminuir conforme se prolonga el tratamiento.¹⁸

Tratamiento. Aspectos prácticos

Se debe insistir en el tratamiento no farmacológico (pérdida de peso, ejercicios moderados, restricción de sal, eliminación de alcohol y tabaco) como coadyuvante que potencializa la acción de las drogas antihipertensivas y quizás puede constituir el único tratamiento de pacientes con HTASA con cifras de PAS entre 140 y 160 mmHg. La idea estereotipada del anciano como una persona empeñada en sus costumbres e incapaz de modificar sus hábitos de vida debe ir desapareciendo mediante el consejo de forma conceptual e individualizado.

El objetivo inicial, una vez que se ha recurrido al tratamiento farmacológico, es reducir la PA a menos de 160 mmHg para aquéllos con PAS superior a 180 mmHg y bajar la PA en 20 mmHg para aquéllos con PAS entre 160 y 179 mmHg. Algunos autores¹⁹ prefieren mantener una PA menor de 140/90 mmHg (135/85 mmHg) en bipedestación, aunque generalmente esta PA se obtiene en posición sentada.

El tratamiento debe iniciarse de forma cautelosa pues los ancianos son más sensibles a la depleción de volumen y a la inhibición simpática que los jóvenes, además sus reflejos cardiovasculares están atenuados, esto los hace más susceptibles a la hipotensión por lo cual siempre la PA debe ser medida en la posición de pie, sentado y acostado. Se debe comenzar con bajas dosis en comparación a las habituales e incrementar paulatinamente espaciando los intervalos al mayor tiempo posible.

Las drogas que producen hipotensión ortostática (guanetidina, guanadril, bloqueadores alfa y labelotol) deben ser reservadas para formas más severas de HTA y ser utilizadas con precaución.

En lo que respecta a la elección del fármaco más adecuado, en general, podemos decir que todas las clases de drogas antihipertensivas han demostrado ser efectivas en descender la PA en ancianos pero las de reconocida eficacia con reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular en ensayos prospectivos son los diuréticos y betabloqueadores. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (I-ECA) y anticálcicos presentan ventajas en cuanto a su mecanismo de acción y tolerancia que la convierten en una opción atractiva para el tratamiento de ancianos hipertensos. A pesar de todo lo que se ha escrito sobre el tema, ningún grupo farmacológico resulta superior a los demás cuando se trata de elegir el fármaco más

	<p>apropiado, por cuanto la elección debe basarse en las condiciones clínicas de cada paciente en concreto, hay que ajustar cuidadosamente la dosis y retirar el fármaco en caso de ineficacia o toxicidad.</p> <p>Parece legítimo considerar el descenso de la morbilidad cardiovascular y cerebrovascular y, por tanto, de la incapacidad y la dependencia como un éxito social y humano, mayor incluso que una «simple» disminución de la mortalidad. Investigaciones futuras deberán abordar la valoración de su repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes y corresponde al médico realizar un cuidadoso análisis de cada sujeto para prevenir las complicaciones incapacitantes de la HTA no tratadas.³⁴</p> <p><u>Seguimiento clínico de Pacientes Hipertensos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Confirmación de hipertensión arterial .- Valoración de la respuesta al tratamiento identificando a los pacientes con un buen o mal control, así como aquellos pacientes que presentan periodos de insuficiente cobertura terapéutica.- Diagnóstico de hipertensión arterial lábil e identificación de los pacientes con gran variabilidad de sus cifras de presión arterial.- Detección de episodios de hipotensión relacionados con el tratamiento
--	---

³⁴ Vázquez Vigoa A., Nélida M., Cruz Álvarez J.. Revista: Cubana de Medicina *versión On-line* , Vol..37 n.1 Ciudad de la Habana (ene.-mar. 2013), “Hipertensión arterial en el anciano”, (Citado el 22 de noviembre del 2015)

	<p>farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilita el seguimiento y control de pacientes con menor accesibilidad a los servicios sanitarios. • Permite espaciar el tiempo entre visitas médicas.³⁵
--	---

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Realizando una inducción con toma de signos vitales se menciona con ilustraciones e imágenes representativas la importancia que tiene tener una atención a la toma de nuestros signos vitales pues ellos son los encargados de avisar si tenemos alguna anomalía en nuestro organismo., después se abrió espacio estando presente su familiar para fomentar la conciencia de la atención del paciente, relacionando con su vida cotidiana.</p> <p>Se realizo una pequeña dinámica para dejar en claro la técnica de toma de tensión arterial y cada cuando debían realizarlo, sin olvidar la importancia de anotar los parámetros de cada toma en una libreta especial, para así llevar un seguimiento en la visualización de anomalías y tenerlas listas para citas medicas futuras en presencia del familiar que lo cuida para que fuera de apoyo y al mismo tiempo aprendiera y fuera ella</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se observan ligeras dificultades por parte del familiar del paciente en aplicar la técnica correcta de toma de tensión arterial (la cual fue practicada nuevamente para limar aquellas dificultades). - Lograron tanto el paciente como el familiar establecer dos días de la semana y horario fijo para dedicar a la toma de su tensión arterial (los cuales fueron Jueves y Viernes a las 9:00 am y 8:00 pm.) - Se logro establecer una libreta especial para el registro de sus parámetros de tensión arterial y tener presente que ella le servirá para presentarla en sus citas medicas e incrementar su atención.

³⁵ Bertomeu V. , Antoni D., Esmatjes E., “Automedida de la Tension Arterial”, España, (2011) , (Citado el 21 de noviembre del 2015)

<p>la responsable.</p> <p>Se mencionó nuevamente reforzar aun mas la alimentación y la toma de agua necesaria para el cuerpo, puesto que ello contribuía con manejar una tensión arterial estable.</p> <p>Se hizo una revisión sobre sus visitas posteriores en su unidad medica correspondiente, recordando que debía hacer formando con colores y ayuda de cartulinas a formar un cronograma que estuviera pegado a la vista de su hogar con el fin de no olvidarlo.</p>	
--	--

Patrón funcional alterado: SUEÑO – DESCANSO.

Diagnostico de Enfermería: Depravación de sueño. **R/C:** Practica de hábitos no inductores al sueño. **M/P:** Irritabilidad durante el día, observándose ojeras, resequedad en ojos y edema palpebral.

Objetivo: Ayudar a mejorar los periodos de sueño y descanso del paciente para obtener una mejora en su calidad y cantidad de sueño y reposo.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>- Taller enfocado a realizar ejercicios de respiración (relajación) orientando al paciente a llevarlo a cabo a la hora de dormir.</p>	<p><u>OXIGENACIÓN PERFECTA PARA CUIDAR LA SALUD Y LA MENTE</u></p> <p>La respiración es la llave maestra que permite que el cuerpo, la mente y la energía personal entren en equilibrio. Con un entrenamiento adecuado, es posible utilizar este recurso universal y vital como pocos para controlar el estrés, mejorar las funciones orgánicas y sentirse más relajado en la vida cotidiana. Las ventajas de aprovechar el mecanismo de respirar han sido reconocidas por la ciencia y usted puede obtenerlas desde hoy mismo, con sólo dedicar unos minutos diarios a esta práctica saludable y necesaria.</p> <p>Aunque es un mecanismo poderoso que permite mejorar muchos de los síntomas molestos que nos aquejan día tras día, son muy pocos los atentos que aprovechan la respiración como un recurso para mejorar su salud integral.</p> <p>Respirar es mucho más que proveer el aire mínimo y suficiente para no desmayarse: implica oxigenar cada uno de los tejidos del cuerpo y la sangre para que funcionen de manera más adecuada, lleven bienestar a cada uno de los rincones del cuerpo y alivien signos de inflamación, estrés o dolor. Con técnicas de respiración adecuadas, usted puede comenzar ya mismo a sentirse bien sin dietas, sin ejercicios intensos ni</p>

planes complejos de cuidado personal. La mejor idea para mantenerse en forma se encuentra muy cerca suyo.

En la actividad física, en la alimentación, en la superación de momentos de tensión o de nervios, existe un aspecto de los procesos vitales que, por ser automático, pasa desapercibido: respirar. La buena respiración ayuda a sobrellevar el estrés, a reducir inflamaciones y dolor, mejorar la resistencia física y aprovechar el oxígeno en cantidad y en calidad para embellecer la piel y lograr efectos *antiage*, entre muchas otras ventajas que brinda este recurso universal y gratuito.

El proceso respiratorio

El mecanismo de la respiración es complejo y fantástico, pero ponerlo en práctica requiere de una técnica sencilla.

Cuando ingresa en los pulmones, el aire contiene oxígeno que es captado por la sangre gracias a la acción de los alveolos pulmonares, donde hay capilares sanguíneos en los que se “hace contacto” y se extrae el oxígeno del resto del aire — que contiene anhídrido carbónico y otros gases.

Mientras inspiramos, las costillas se separan, el diafragma baja y los pulmones se ensanchan. Al espirar, la caja torácica se relaja, el diafragma asciende y se comprimen los pulmones. En cada movimiento respiratorio, un pulmón conduce 500 cm³ de aire en promedio, aproximadamente 20 veces por minuto.

Los pulmones tienen millones de alveolos que pueden utilizarse en su mayor parte para aprovechar la capacidad respiratoria. Respirar bien depende de esta utilización al máximo.

Brinda:

Relajación integral: tanto el cuerpo como la mente se ven favorecidos con una respiración profunda y a conciencia. Esto sucede porque al respirar de manera abdominal o completa (la versión ideal) se estimula el sistema nervioso parasimpático, que produce una distensión de los músculos y aminora el ritmo cardíaco.

Aumento de la capacidad respiratoria: al entrenarse en una respiración realmente beneficiosa, los pulmones se hacen más elásticos y receptivos a la entrada de aire. El tórax también sufre este efecto y, por lo tanto, es más fácil ensancharlo en cada inspiración. Este resultado se aprecia durante todo el día y no solamente cuando se realizan ejercicios especiales.

Un mejor funcionamiento cerebral: al oxigenar todos los tejidos de una forma más profunda, el cerebro también se ve beneficiado. Así es como se estimulan las funciones de todo el sistema nervioso —no sólo del parasimpático, antes mencionado—, y los centros y conductos nerviosos. De este modo, la actividad del cerebro se equilibra y aumenta su rendimiento.

Control del sobrepeso: el control de la respiración calma la ansiedad y, por lo tanto, la necesidad de comer. De allí que los ejercicios respiratorios pueden ser un excelente aliado a la hora de iniciar un plan de adelgazamiento.

Reducción de inflamación abdominal: el plan del abdomen plano puede ser cumplido, o por lo menos es posible acercarse, con una buena respiración. Ello sucede porque el estómago es, también, un centro en el que se acumulan las tensiones y, si hay estrés y nervios, uno de los síntomas es que la “panza” está inflamada. Si usted respira mejor, se relaja y a todo su cuerpo le pasa lo mismo. Además, la respiración profunda estimula el intestino y los riñones, con lo que se mejora la eliminación de toxinas.

Alivia el trabajo del corazón: y, como contrapartida, lo mantiene fuerte por más tiempo porque no tiene que esforzarse de más. Al respirar en profundidad, una mayor cantidad de oxígeno puede entrar en contacto con la sangre en difusión por el cuerpo y, así, los tejidos orgánicos pueden oxigenarse sin que el corazón se tome un trabajo extra. Además, la respiración profunda estimula la circulación sanguínea, por lo que el sistema cardíaco no debe forzarse a continuar con este circuito por su cuenta.

Efectos antiage: la oxigenación de los tejidos beneficia, por supuesto, a la piel, que a través de la respiración puede desintoxicarse y relajarse.

Estimulación del funcionamiento gastrointestinal: los órganos digestivos reciben una cantidad mayor de oxígeno y se encuentran en mejor estado para cumplir su tarea. Asimismo, se encuentran fortalecidos por los movimientos del diafragma, que masajean los órganos de la sección abdominal: estómago, hígado, intestino y páncreas.

Mejora del rendimiento intelectual: respirar mejor ayuda a oxigenar el cerebro, como ya ha sido dicho, y a reducir las tensiones. Por lo tanto, aumenta la capacidad de concentración, la mente se encuentra más relajada para pensar en abstracto y para resolver problemas que requieren de razonamiento y creatividad.

Reducción de las consecuencias del estrés y de la ansiedad: al provocar efectos relajantes en un nivel nervioso, la respiración profunda ayuda a reducir el estado de alarma —que obliga a una respiración rápida y superficial, como si se estuviera agitado— y a relajar los impulsos cerebrales de alerta y defensa.³⁶

³⁶ Antonio Velázquez Barra, Gregorio Fuentes, URL: <http://www.revistabuena salud.cl/el-arte-de-respirar-bien/>, Revista Buena Salud, Jul (2011.)
Art. El Arte de Respirar. (Citado el 22 de noviembre del 2015).

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN.
<p>Durante la visita, se oriento al paciente para dar inicio con el taller de relajación, se le pidió que tuviera a la mano música de su agrado o ausencia de visitas ese día, se comenzó con ejercicios de respiración hasta alcanzar una relajación; los cuales consistieron en cerrar los ojos tratando de alcanzar la concentración para contemplar la manera de respirar, nos apoyamos de música de fondo, la cual contribuyó mucho para relajarnos; le pedimos que inhalara hasta su posibilidad y exhalara el aire obteniendo así respiraciones profundas; dedicamos 15 minutos a los ejercicios y al finalizar se brindo un espacio para expresar su sentir, se retroalimentó mediante ilustraciones sobre lo que provoca una buena respiración y oxigenación a nuestro cuerpo y mente.</p> <p>Se le sugirió que comenzara ya a establecer dichos ejercicios antes de conciliar el sueño acompañado de música en bajo volumen ya sea sentado o recostado en su cama.</p> <p>Se le dejó como tarea practicarlos ya sea solo o con ayuda de un familiar si lo requiriera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aun muestra dificultad para conciliar el sueño interrumpiendo la televisión por las noches en su totalidad. Aunque demuestra la disposición por seguir con los ejercicios de respiración, pues le a dejado sensaciones de relajación. ✓ Menciona la efectividad que tiene la música para relajarse y a buscado la manera de compensar la televisión por ello para complementarlos con sus ejercicios respiratorios y así poder mejorar sus periodos de sueño

Diagnostico de Enfermería: Insomnio. **R/C:** Periodos de sueño deficientes. **M/P:** El paciente informa la dificultad para conciliar el sueño.

Objetivo: Proponer estrategias que ayuden a mejorar su calidad e higiene de sueño mediante dinámica e información atractiva al paciente.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Charla sobre los beneficios que ofrece el dormir bien y como mejorar el sueño. - Realización de musicoterapia para provocar la relajación antes de dormir - Fomentar al paciente que realice lecturas antes de dormir. 	<p><u>¿CUÁNTO SUEÑO NECESITAMOS?</u></p> <p>Esto depende principalmente de su edad.</p> <p>La mayoría de los adultos necesitan alrededor de 8 horas de sueño cada noche. Las personas mayores necesitan la misma cantidad de sueño, pero suelen tener sólo un período de sueño profundo durante la noche, por lo general en las primeras 3 ó 4 horas. Después de eso, se despiertan con mayor facilidad. También tendemos a soñar menos a medida que envejecemos. También hay diferencias entre las personas de la misma edad. La mayoría de nosotros necesita 8 horas por noche, pero algunas personas (pocas) se apañan con tan sólo 3 horas por noche. Los períodos cortos de vigilia pueden parecer mucho más largos de lo que realmente son, de modo que se puede sentir, con facilidad, que no se está durmiendo tanto como se duerme en realidad.</p> <p>El desarrollo físico del ser humano lleva asociado una serie de cambios de tipo biológico, cognitivo, afectivo y social. Las alteraciones en el proceso del sueño aumentan con la edad.³⁷</p>

³⁷ De la Rosa H., Gutiérrez Díaz F., Beltrán F. , “HIGIENE DEL SUEÑO”, Unidad 1, Pag 43. (2011), URL: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176952.pdf> , (Citado el 22 de noviembre del 2015).

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Durante la visita con ayuda de ilustraciones y con palabras clave en hojas de color se brindo el tema sobre los beneficios que ofrece el poder dormir bien, se le pidió al paciente que expresara sus experiencias al momento de querer dormir y que se concientizara en esforzarse por lograr dormir.</p> <p>Al mismo tiempo se realizo una pequeña actividad con una serie de preguntas referidas hacia el paciente sobre que tanto le importaba dormir porque y que creía el conforme a la información dada que le brindaría a su organismo.</p> <p>El paciente fue lo bastante participativo, exponiendo al mismo tiempo sus dudas sobre el tema.</p>	<p>Durante la visita:</p> <p>No comprende aun que tan beneficioso es conciliar el sueño y los periodos necesarios del mismo.</p> <p>Menciona aun tener dificultades para dormir.</p> <p>Suele tener ciertos periodos de cansancio durante el día.</p>

Patrón funcional de la salud alterado: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

Diagnostico de Enfermería: Ansiedad ante la muerte. **R/C:** Percepción de proximidad de la muerte. **M/P:** Temor al dolor relacionado con la agonía que puede provocar su enfermedad.

Objetivo: Auxiliar el miedo del paciente sobre la muerte mediante la enseñanza y retroalimentación sobre los periodos de vida y muerte que transige el ser humano.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
- Charla sobre el bien morir.	<p>EL PACIENTE ANTE LA MUERTE.</p> <p>El mundo en que se mueven los "sanos" no es el mismo que internamente experimentan los pacientes en situaciones críticas. A ellos la muerte se les aparece amenazante y ante su inminencia, diversos temores comienzan a aflorar. Esos miedos a veces son negados intelectualmente pero de todas formas representan un papel activo que debe ser identificado y comprendido por el equipo tratante. La negación que temporariamente suelen ejercer los pacientes no debe inducir una negación similar al equipo tratante, pues muchas veces los pacientes no solicitan información sobre su estado y esto no significa despreocupación sino un temor por lo que se les pueda llegar a decir. En otros casos, el miedo es aceptado, convirtiéndose en angustia, tristeza o depresión.</p> <p>Los pacientes -en forma más o menos manifiesta- demuestran miedo ante el apagamiento de su personalidad, detestan ser una carga para los demás, se muestran recelosos con una medicación que suponen los tornará dependientes,</p>

sufren por no poder completar una tarea, temen por el futuro de su familia y por el funcionamiento de su hogar cuando ellos ya no estén. Ayudarlos a verbalizar esas molestias, inducirlos al diálogo, disipar sus aprensiones frente a los métodos terapéuticos que se implementan y, ante todo, compartir sus sensaciones, es la manera en que el equipo tratante colabora con ellos para facilitarles una aceptación y adaptación apropiada.

Consideramos que el problema real no reside en informar o dejar de informar el diagnóstico a los pacientes que corren un riesgo de muerte cercana, sino en quién debe comunicar la noticia, de qué manera y en qué momento. Más que un dilema ético, el problema cotidiano suele ser técnico: referido a la habilidad para comunicar(17-18). La comunicación debe girar alrededor de la voluntad del paciente, y toda información ser orientada a satisfacer una demanda de acuerdo con los intereses propios del afectado. Exceder ese límite es tan nocivo como no considerarlo en absoluto y contentarse con dar explicaciones detalladas sólo cuando una intervención mutilante debe ser justificada, o cuando se teme una acción legal. Si se quiere conocer qué es lo que el paciente en verdad desea saber, no hay más remedio que escucharlo con atención, renunciando a toda otra actividad que no sea observar, recibir sus preocupaciones, intercalar alguna pregunta con el objeto de manifestarle interés. Estas entrevistas semidirigidas son un aprendizaje de la escucha y demostrarán su utilidad en el momento de ir comunicando pérdidas parciales, de repetir una y otra vez informaciones difíciles de asimilar, de brindar sin subterfugios un diagnóstico claro y sencillo, siempre que el paciente lo requiera. En forma verbal o gestual, paciente, familiar y profesional irán compartiendo niveles de información en un proceso gradual y progresivo, que por momentos requiere la explicación verbal y en otros debe privilegiar el silencio, la mirada o el apretón de manos.

Los Cuidados Paliativos surgen como una modalidad de asistencia para personas

	<p>que padecen enfermedades en etapa avanzada, con el objetivo de responder a sus necesidades biológicas, psicosociales y espirituales y orientar y apoyar a sus familiares. La asistencia en el final de la vida presenta determinadas necesidades y problemas, requiriendo la implementación de conocimientos específicos y la aplicación de recursos apropiados. Tanto los pacientes como sus familiares, y también el equipo profesional y las instituciones, configuran los protagonistas esenciales de situaciones donde el sufrimiento aparece como temática central. Sólo una aproximación amplia al problema, que incluya no sólo la aptitud científica requerida sino también una actitud profundamente humanitaria, permitirá encontrar respuestas a la altura de la dignidad del hombre que sufre, tanto en el aspecto técnico como en los dilemas éticos subyacentes. La referencia a un caso clínico y la reflexión pertinente pretende facilitar la comprensión global de este desafío.³⁸</p>
--	---

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Al visitar al paciente se pidió la presencia del familiar para comenzar la pequeña charla orientada al tema de la muerte y el derecho que tiene cualquier ser humano al bien morir, se</p>	<p>Durante la visita se platico con el familiar con el fin de interrogar sobre si el paciente a tenido periodos de angustia o miedo sobre la muerte, la cual informo que el paciente a estado tranquilo a pesar de aun no terminar por leer por completo el</p>

³⁸ Gustavo G. De Simone , EL FINAL DE LA VIDA: SITUACIONES CLÍNICAS Y CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS, , v.6 n.1 Santiago (jun. 2012)., (Citado el 22 de noviembre del 2015).

utilizo durante la exposición palabras esenciales para facilitar el tema y tratar de explicar mas dinámicamente sobre ello. Tocando características principales como: aspectos normales que producen miedo al morir, derechos que se tienen para obtener un bien morir y aspectos importantes por reflexionar, evitar y controlar aquel miedo.

Se abrió un espacio para que el paciente comentara sobre el por que de su miedo, donde comentara experiencias vividas ante su enfermedad, vida personal y aspectos importantes que a tenido con su vida y la familia. Conforme a los comentarios que expreso durante ese espacio brindado; como dinámica o actividad se donde en pequeñas hojas de color y ayuda de una pluma anotara 5 vivencias que para el le fueran importantes y satisfactorias por haberlas realizado o logrado, otra lista de 5 puntos donde anotara aquellas que le ofrecieron positividad o aquellas que le a agrado conocer y convivir, y por ultimo otra lista en donde anotara aquellas 5 situaciones que lo hicieran sentir intranquilo y quisiera remediar. Al finalizar se retroalimentó la realización de las pequeñas listas preguntándole, si le fue difícil realizar alguna de ellas, el paciente expreso que la que mas le costo trabajo completar fue en la lista que refería aspectos donde se sintiera insatisfecho; también se le pidió si gustaba de expresar algunas de las personas o situaciones que le han brindado positividad y alegría, las cuales fueron mencionadas mostrando satisfacción al recordarlas. Al finalizar la dinámica se comparo las listas mencionándole al paciente que

apartado de impresiones que se le otorgó la visita pasada, y que con los días transcurridos después de la penúltima visita a tenido comentarios positivos sobre las experiencias que a tenido a largo de su vida.

Después de ello se otorgo un espacio de charla con el paciente sobre como sigue ese miedo hasta ahora, el paciente menciona tener menos actitud negativa sobre ello, ya que la realización de las listas aquella ocasión lo hizo pensar mucho sobre lo que a ofrecido a la vida y lo que no, que lo único que ahora le gustaría es tener mas tiempo para que surgieran mas experiencias y convivencia con su familia; pero que a pesar de ello se siente un poco mas tranquilo y consciente sobre que la muerte es una etapa mas en la vida.

Al final se le pidió al familiar que siguiera apoyando al paciente sobre el tema ya que la lectura le servirá de reflexión y el seguir compartiendo con los suyos.

reflexionara sobre la facilidad que tuvo por anotar cosas positivas que negativas sobre su vida enfatizando que su vida hasta ahora a sido satisfactoria y que por lo mismo no tendría porque llevar algún cargo para la siguiente etapa ya que brindaba tranquilidad para el y los suyos. Se apoyo al paciente con orientación entregándole un impreso de PDF pequeño de la Revista Académica Universidad Bolivariana, sobre el tema: “Sin Miedo a la Muerte” Una mirada budista sobre el encuentro con la Muerte; sugiriéndole que leyera el apartado con el fin de seguir haciendo consciencia sobre el mismo tema que se le estaba exponiendo.

Se le recomendó que en tiempos libres realizara anotaciones sobre sus buenas y mala experiencias ya que le ayudaría a recordar su trayectoria de vida.

Diagnostico de Enfermería: Aislamiento social. **R/C:** Falta de conocimiento sobre un centro recreativo para la tercera edad dentro de su comunidad. **M/P:** aburrimiento la mayor parte del tiempo sintiendo improductivo en casa.

Objetivo: Motivar al paciente a llevar a cabo una actividad recreativa conforme su satisfacción personal que ayude a encontrar una vida mas plena y significativa.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> - Analizar su comunidad para encontrar un centro recreativo para la tercera edad. - Realización de un folleto informativo el cual se le hace entrega para motivar a asistir a un centro recreativo - Estimulación sobre el realizar actividad de distracción y recreación. (Leer, realización de crucigramas, manualidades, escuchar música) - Proposición de ser participe en funcionalidades dentro de casa. Ejemplo. Lavar los trastes, tender su cama, ayudar en la preparación de alimentos - Plantear visitas al parque con ayuda de algún familiar. 	<p><u>BENEFICIOS LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS EN LA VIDA.</u></p> <p>Los beneficios de la recreación son aquellos resultados que las personas, los grupos y la sociedad obtienen de la vivencia recreativa.</p> <p>Las categorías utilizadas en el movimiento de beneficios son las siguientes:</p> <p><u>Beneficios individuales:</u></p> <p>Se refiere a las oportunidades para vivir, aprender y llevar una vida satisfactoria y productiva, así como para encontrar caminos para experimentar sus propósitos, placer, salud y bienestar. Entre los más específicos se encuentran: Una vida plena y significativa, balance entre trabajo y juego, satisfacción con la vida, calidad de vida, desarrollo y crecimiento personal, autoestima y autoreciliencia, sentido de acompañamiento, creatividad y adaptabilidad, solución de problemas y toma de decisiones, salud y mantenimiento físico, bienestar psicológico, apreciación y satisfacción personal, sentido de aventura, entre otros.</p> <p><u>Beneficios comunitarios:</u></p> <p>Se refiere a las oportunidades para vivir e interactuar con la familia, los grupos de</p>

trabajo, los vecindarios, las comunidades y el mundo. Ninguna persona es una isla, vivimos e interactuamos con otros, y el ocio, la recreación y los parques juegan un rol integral en la provisión de oportunidades para estos tipos de interacciones. Beneficios más específicos incluyen: Comunidades vitales, fuertes e integradas integración familiar, tolerancia y comprensión étnica y cultural, apoyo para los jóvenes, condiciones adecuadas para los adultos mayores, más autonomía y menos alienación, reducción de la delincuencia, comprensión y tolerancia, entre otros.

Beneficios ambientales:

Provee y preserva parques y espacios abiertos, mejora la motivación para visitar un área, así como contribuye a la seguridad y salud de sus habitantes. Beneficios más específicos incluyen: Salud y protección ambiental, neutraliza los efectos de las relocalizaciones, salud física y bienestar, reducción del estrés, recursos para la comunidad, incremento de los valores de la propiedad, limpieza del aire y del agua, protección del ecosistema.

Beneficios económicos:

Los parques y la recreación son más que servicios que se venden, contribuyen al bienestar de los individuos para la continuidad y viabilidad de las comunidades y el mundo. Otros beneficios incluyen: estímulo económico, reduce los costos de salud, reduce el vandalismo y el crimen, cataliza el turismo, mantiene una fuerza de trabajo productiva.

Medioambiente:

Los servicios de ocio y recreación pueden por una parte contribuir a preservar las raíces de los pueblos y los procesos de identidad y, por otra, a preservar los

recursos y el medioambiente.

La recreación comunitaria lleva a que las personas de una comunidad aprendan a solucionar sus conflictos, a respetar la diferencia y a vivir de manera más cohesionada para generar procesos de desarrollo comunitario.

La recreación deportiva, contribuye a la creación de hábitos de salud, la prevención de enfermedades y el incremento en las expectativas de vida de los personas.

La recreación permite y contribuye al desarrollo social. Las personas tienen la oportunidad de crear relaciones de amistad, aprender a trabajar en grupo, aprender de los otros y desarrollar valores de cooperación y solidaridad.

Beneficios para los adultos mayores

Para los adultos mayores la recreación guarda un potencial muy grande. En la medida que en esta etapa de la vida, usualmente las personas ya están jubiladas, o se dedican a labores del hogar, cuidado de los nietos, y en muchas ocasiones el aislamiento; la recreación se constituye en un espacio de encuentro con los amigos, de protagonismo en la comunidad, lo cual mantiene la autoestima y ayuda a que el adulto mayor se sienta útil y se mantenga con buena salud.

En esta edad es especialmente importante mantener una actividad física que se adecue a la edad pero que ayude a sostener hábitos de vida saludable, la cual se constituye en la mejor estrategia para tener una vida digna.

La recreación en este ciclo de la vida, desde sus beneficios ayuda a:

- Mantener las autoestima
- Mantener redes sociales de apoyo Encontrar canales de expresión individual, en

	<p>familia, o pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la salud - Encontrar satisfacción personal. - Desarrollo espiritual. - Salud mental. - Armonía vida <p>En el ámbito de la familia la recreación es un excelente medio para romper las barreras intergeneracionales, estimular emociones positivas de la relación en pareja y construir espacios de encuentro a partir de las actividades que se realizan conjuntamente.³⁹</p>
--	--

EJECUCION.	EVALUACIÓN.
<p>Se continuo, con información sobre como obtener o lograr actividad recreativa que ayude a eliminar sus estados de aburrimiento e incremente su interacción social mediante la ayuda de diapositivas y crucigramas; se oriento al paciente las diferentes funcionalidades que puede lograr tanto en casa o fuera de ella. Con ayuda de folleto informativo , se le hizo la invitación a participar a centros recreativos que tengan</p>	<p>En la visita se pudo analizar:</p> <p>Que aun no le asignaban como tal una tarea especifica al paciente.</p> <p>El paciente refiere tener actitud positiva para cumplir algunas tareas pero el familiar no lo deja para no causarle molestias.</p> <p>El paciente aun refiere preocupación por su improductividad.</p> <p>No lograron asistir alguno de los centros recreativos por falta de tiempo del familiar.</p>

³⁹ Becerril G. L. “Beneficios de la Recreacion”, Bogotá, (Marzo de 2013). Pag: 23 – 60, URL: <http://blog.utp.edu.co/areaderecreacionpcdyr/files/2012/07/Beneficios-de-la-Recreaci%C3%B3n.pdf>. (Citado el 24 de Noviembre del 2015)

actividades de su gusto dentro de su comunidad para que lograra asistir con facilidad.

se oriento al paciente los centros localizados cerca de su domicilio y la facilidad para poder lograr asistir o en su caso por mientras comenzar por hacerse responsable de sencillas funciones dentro de casa como:

lavar trastes.

Planchar su ropa.

Doblar la ropa limpia.

Tender du cama.

Como tarea se le pidió al paciente que hiciera posible cumplir algunas de las actividades propuestas en casa o en su defecto preguntar en los centros recreativos de su comunidad la posibilidad de ingresar.(Todo esto con ayuda del familiar y conforme a sus organizaciones.)El familiar y el paciente se propusieron comenzar por cumplir las tareas asignadas.

CAPITULO 3. EVALUACIÓN.

3.1 Evaluación final.

De los 11 patrones funcionales 6 se vieron con mayor categoría disfuncionales, durante la valoración, puesto que los mismos son ligados principalmente al avance del envejecimiento normal del paciente, así como de conocimientos deficientes sobre su salud y autocuidado, con ello, se alternó los patrones alterados asistiendo cada uno de ellos, con el fin de poder conseguir asistirlos.

Hasta el final de la atención de enfermería domiciliaria aplicada al paciente Benito B. D. , se enmarco al Modelo de Marjory Gordon, el cual guió y ayudo a permitir la aplicación de apoyo en todas las situaciones de valencia del adulto mayor, incluyendo al cuidador a cargo como parte importante en su vigilancia. Durante la evaluación del estado de salud del paciente se vieron reflejados diferentes indicios provocados por distintos factores, tales como: , proceso de envejecimiento, , infraestructura, ambiente, estilos de vida, cultura, sexo, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones. Al evaluar al paciente fue necesario hacerlo desde una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que aun seguían persistiendo a pesar de brindar las intervenciones necesarias y tareas planteadas. El objetivo general en su mayor perspectiva durante este periodo de atención domiciliaria, fue cumplido en lograr diferenciar, de forma centrada, su envejecimiento normal, problemas o desviaciones de salud, así como, definir orientaciones de salud al paciente, para así aplicar cuidados básicos de enfermería geriátrica precisos, y fortalecer prácticas de autocuidado, aunque cabe destacar que por cuestiones de tiempo ciertos de los indicios necesitan mas reforzamiento, seguimiento y supervisión con una misma ayuda profesional especifica y proseguir en el prevalecer de su calidad de vida.

3.2 Comentarios Y Sugerencias.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y los familiares que lo rodean; se requiere que los profesionales que participan en su cuidado, se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se vuelve en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores. El propósito de la enfermería en la rama geronto-geriátrica, es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder y recreación.

Las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias. Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua. No olvidemos que para facilitar la valoración profesional de enfermería al adulto mayor es el uso de escalas o guías clínicas que permitan la estimación de capacidades y habilidades, colaborando al diagnóstico y permitiendo la evaluación sistemática para lograr realizar una intervención específica, trátase en el ámbito de servicios de salud o en el ambiente domiciliario para un seguimiento posterior. De tal modo que la utilización práctica de ellas permitirá una mejor organización del cuidado definiendo cantidad, calidad, oportunidad y nivel de atención.

Considero que es importante fundar con mayor eficacia los cuidados hacia los adultos mayores; por que aun de haber cursado por todas las etapas de su vida, de igual forma pueden continuar en este proceso de aprendizaje como educandos, adecuándolos conforme a sus características y necesidades personales por las que está atravesando en esta etapa de su vida , efectuándolos desde una perspectiva biopsicosocial e integral, abordando la labor de varias disciplinas para así lograr una atención humanizada, cálida y transdisciplinaria prevaleciéndolo como todo ser humano, capaz de ser un ser social, potencializándolo a obtener la funcionalidad entre ellos mismos, adquiriéndose actividades que ayuden a fortalecer aquellas potencialidades que han permanecido en desuso, entre

ellas podemos mencionar la capacidad de crear, relacionarse, comunicarse, aprender, autorealizarse, dar y recibir afecto, preocupación por otros, cultivar su espiritualidad y encontrar el sentido de la vida en esta etapa de su existencia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mardones F. en capítulo La seguridad social en salud y la tercera edad Boletín de Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 2011; 29: 10-14.
2. MINSAL Políticas de Salud para el Adulto Mayor 2014
3. Rivera, MS. Cuidar como arte de enfermería Clase magistral dictada a alumnos de postítulo en enfermería PUC. 2010.
4. Código Civil de Chile. libro quinto De as Profesiones Medicas 2015.
5. Lange I, Reyes A, Zavala M, Arechabala C. Formación de los estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile. En Libro de Resumen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontogeriatrica, Logroño, España 2013; pág. 175-80.
6. Havighurst En Apuntes de clase Proceso de Enfermería I y II de Piwonka MA. 2000.
7. Aldana González G., Fonseca Hernández C. Y García Gómez L. "EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ANCIANAS Y ANCIANOS INTEGRADOS A UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO" , Revista Digital Universitaria, 1 de abril 2013 • Volumen 14 Número 4• ISSN: 1067-6079
8. Rodríguez Daza K. D. , "Vejez y Envejecimiento", Documento de Investigación Núm. 12., 22/ 01/ 2014., URL: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
9. Fernández-Ballesteros R., "LA PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ", Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad Autónoma de Madrid, URL:<http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- 10; Sánchez Palacios C., "Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas", Universidad de Málaga, TESIS DOCTORAL, 2014.
11. Molina Linde J. M. , "Intervencion Psicologica en Adultos Mayores", Universidad del Norte Colombia, 2015 URL: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
12. LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES: VISION COMPARTIDA, Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición. Washington, D. C.: OPS, © 2011
13. Tellez Larico S., "Guia para incluir a personas de la tercera edad en programas de gestión de riesgos" URL: <http://www.helpage.org/silo/files/gua-para-incluir-a-personas-mayores-en-temas-de-gestion-de-riesgos.pdf>
14. "Modelos de Atención Gerontologica"INAPAM, 2014, [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)
15. Ayala Alba M., SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADAS URL: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/10/2015-8c02524270> Madrid, octubre 2015, Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III
16. Fernandez Galeano M, De Marco e. "PROGRAMA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR", Uruguay, 2015, URL: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf
17. "DISEÑO Y GESTIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS: UN ESTUDIO DE CASO", Universidad de Málaga, 2014, URL: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/17195895.pdf>

18. Melano Álvarez F. "Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores", Salud pública Méx vol.49 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2014, URL:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000500007&script=sci_arttext

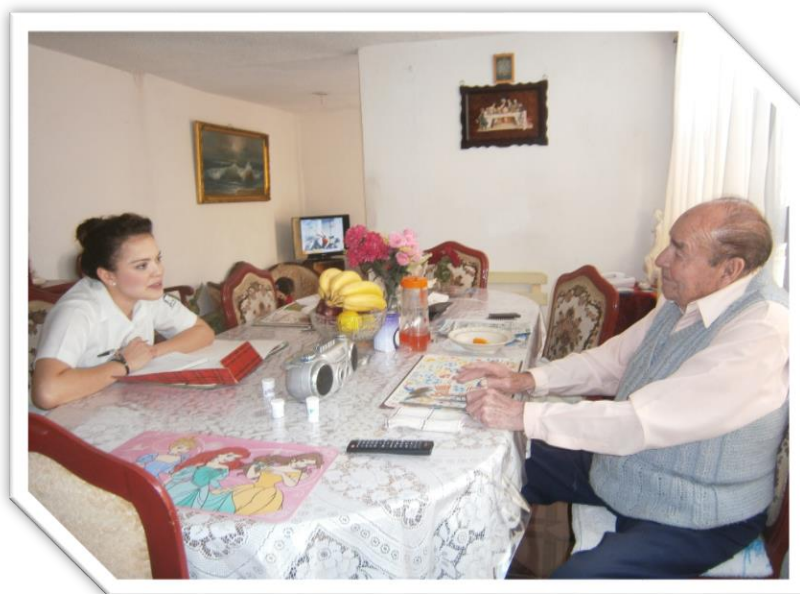
19. Álvarez Cortes J. T., "**Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor**", MEDISAN vol.17 no.1 Santiago de Cuba ene. 2013, URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000100008&script=sci_arttext.

20. Garcia Otero M., Garcia Portela. G. "**Salud funcional y enfermedades generales asociadas en ancianos**", Rev Ciencias Médicas v.14 n.1 Pinar del Río ene.-mar. 2013 URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100013

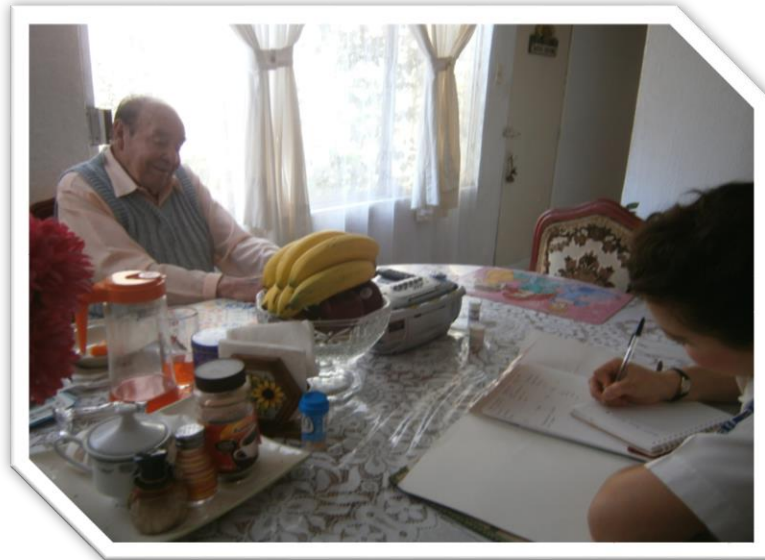
ANEXOS.



Se logró monitorizar al paciente sobre su padecimiento al corazón, analizando su implantación de marcapasos.



Se logra establecer dialogo y conversación con el paciente el cual sirvió para establecer confianza y proseguir con las siguientes intervenciones



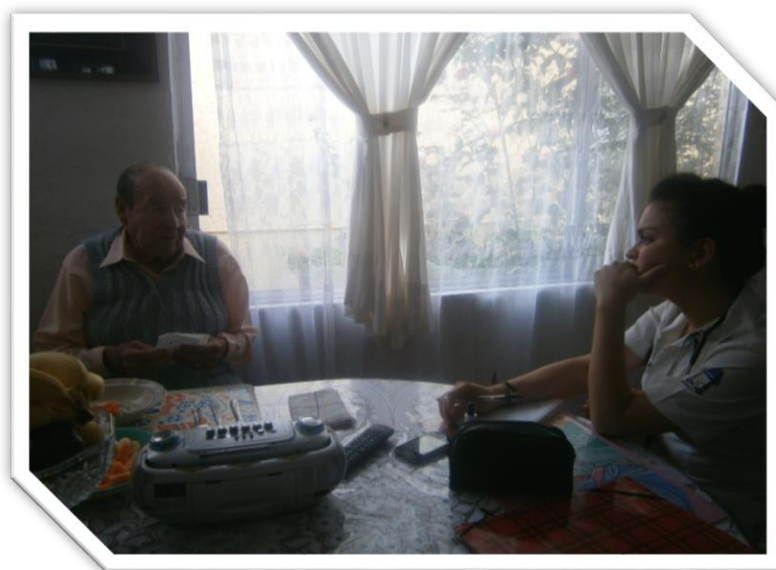
Se valoró punto por punto junto con el paciente, así mismo , se le notifico sus aspectos anormales de los cuales próximamente y con el transcurso del proceso de atención se iban a intervenir, pidiendo en todo momento su autorización.



El paciente se comporto colaborador ante los interrogantes asi mismo notificaba sus dudas en lo que íbamos a trabajar conforme los días. se le explico las actividades a realizar pidiéndole sugerencias en la forma de trabajo.



se analizaron sus citas previas, laboratorios realizados y pendientes , medicamentos, alimentos, carnet, seguimiento medico, unidad medica a la que corresponde, vestimenta, actividades cotidianas; lo cual ayudó a formar el modo de trabajo.



Conforme el dialogo y los días se dio espacio para retroalimentar las actividades planeadas y realizadas; así como el mencionar sus inquietudes, aclaraciones y sugerencias



Se logro establecer y llevar a cabo con éxito los talleres de los cuales resultaron ser bastante didácticos y retroalimentativos para el paciente, mostro disposición y satisfacción por el mismo.



Se tuvo un control sobre su toma de signos, peso y cintura.

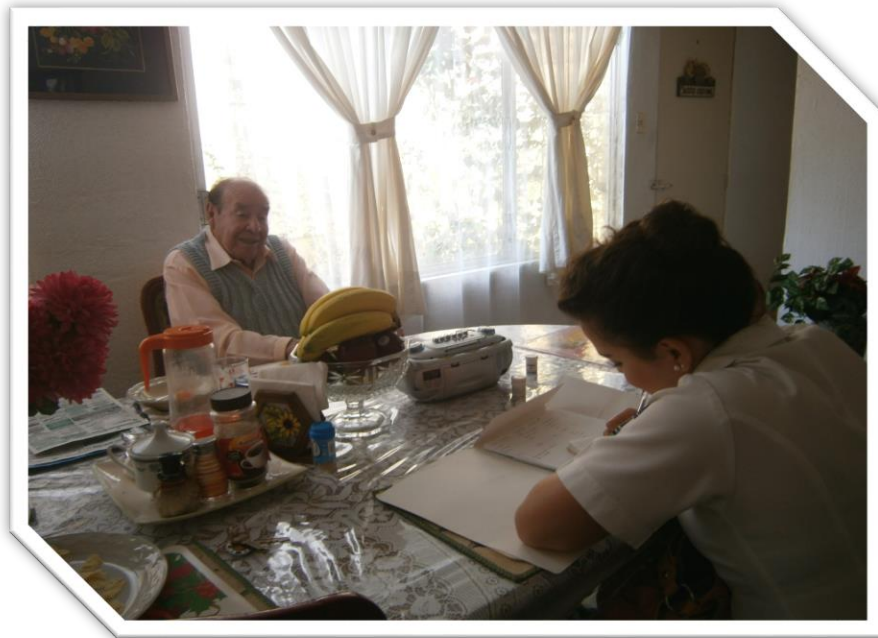




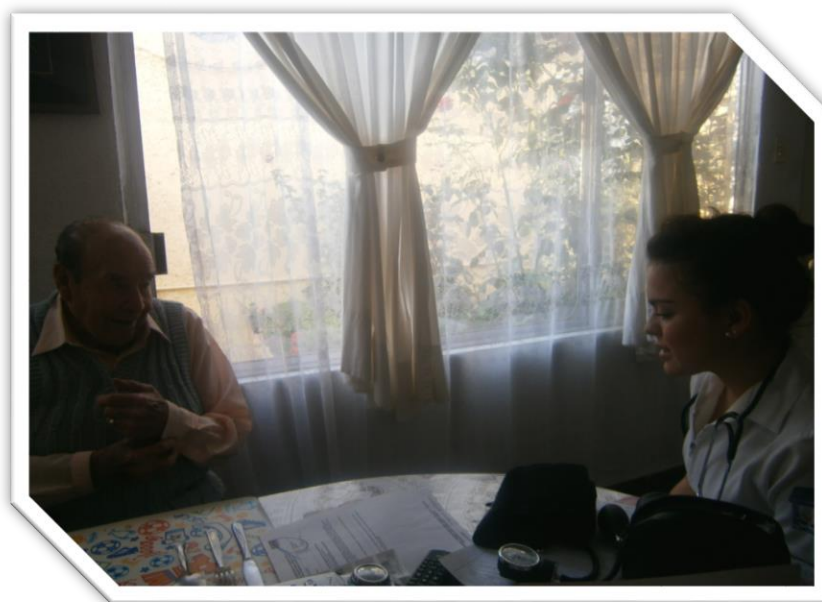
En cada visita se tomaban signos vitales con el fin de tener una supervisión esto era realizado al llegar y salir de su hogar.



Se ayudo al paciente para orientación de medicamentos y citas previas con el medico con el fin de recordatorio.



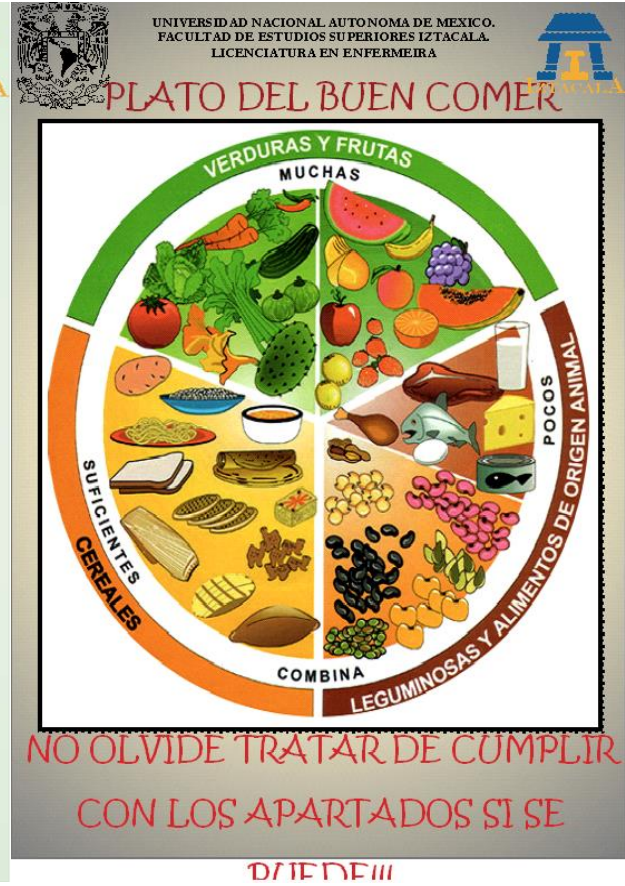
Se tomaba nota de las sugerencias y puntos de vista así como dudas y aclaraciones.



Se revisaban las tareas asignadas y en las mismas surgían nuevamente dudas sobre el tema visto, en el momento se aclaraban.

MATERIAL.

Carteles.



Exposiciones de apoyo.

CONTROL EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.


ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

DIABETES


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

HIGIENE PERSONAL DURANTE MI VEJEZ




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.
ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI

“EL BIEN MORIR”


“NO HAY QUE TEMER A LA MUERTE ES
SOLO UN PASO MÁS EN LA VIDA”



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

MI MEJOR APOYO MECANICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

BENEFICIOS QUE OFRECE EL CONSUMIR AGUA DIARIAMENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA,
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.



Beneficios de un buen sueño

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.
ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.




COMO MODERAR LA POSTURA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

Folletos

BENEFICIOS!

- ✓ AYUDA A MANTENER A VIVIR DE UNA MANERA INDEPENDIENTE.
- ✓ REDUCE EL RIESGO DE SUFRIR FRACTURAS EN CASO DE ACCIDENTES.
- ✓ REDUCE LA HIPERTENSION ARTERIAL.
- ✓ AYUDA A MEJORAR TODAS LAS ESTRUCTURAS CORPORALES ASI COMO SU FUNCIONAMIENTO.
- ✓ AYUDA CONSIDERABLEMENTE AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y CRONICAS.
- ✓ PROPORCIONA EL DISFRUTE Y VIVIR PLENAMENTE.



De pie mire al frente y mantenga los hombros y brazos relajados junto al cuerpo.

Levante los talones altamente haciendo puntillas con el pie derecho haciendo movimientos rotatorios, mientras el izquierdo se mantiene en el piso alternándolos sucesivamente.

Mantenga las piernas separadas aprox. 20 cm. De separación de un pie a otro, con los brazos de un lado a otro del cuerpo.

Balace los brazos de un lado a otro frente al cuerpo, rotándolos hacia atrás y después hacia delante hacia la cabeza de los hombros.

Realice cada balanceo de arriba y atrás con una flexión de rodillas, de 10 a 15 segundos.

Continúe en un solo lugar con levantamiento de hombros. Mantenga los brazos relajados y juntos junto al cuerpo. Continuando los levantamientos por movimientos rotatorios durante 30 seg.




ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES. LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



" BENEFICIOS DE UNA ACTIVIDAD FISICA DURANTE MI VEJEZ "

EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, EL EJERCICIO FISICO FORTALECE SUS EXTREMIDADES, ASI COMO EL FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL ORGANISMO Y MEJORA DEL HUMOR.

DIVERTIRSE Y COMPARTIR CON LOS AMIGOS ES IDEAL PARA OLVIDARNOS DEL ESTRÉS DE UNA SEMANA DE TRABAJO Y DE LAS DISTINTAS TAREAS Y DEBERES

LA DIVERSION Y ENTRETENIMIENTO AYUDA A TU ESTADO DE ANIMO, SALUD Y AUTOESTIMA.

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



CENTRO RECREATIVO

CAMINE!

ES ACONSEJABLE CAMINAR POR TERRENO LLANO DIARIAMENTE CON UN APOYO MECANICO POCO A POCO HASTA AUMENTAR DE 5 A 10 KM POR DIA




SU PREVALENCIA EN LA VEJEZ EN SUS MANOS Y EN MANOS DE SU MEDICO Y ENFERMERO NO DUDE EN CONSULTAR

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

PRINCIPALES ASPECTOS DONDE APLICAR HIGIENE!

- ✓ CARA
- ✓ AXILAS
- ✓ GENITALES
- ✓ CABELLO
- ✓ OJOS
- ✓ OIDOS
- ✓ PIES
- ✓ MANOS
- ✓ UÑAS
- ✓ DIENTES

LA HIGIENE PERSONAL DEBE LLEVARSE A CABO EN UN AMBIENTE PLACENTERO.



HIGIENE PERSONAL EN MI VEJEZ.

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO NERI.

OJO!!!!

SI USTED PRESENTA ALGUNO DE ESTOS ASPECTOS ACUDA A SU MEDICO:

- DOLOR RECURRENTE DE CABEZA.
- SANGRADO NASAL.
- MAREOS RECURRENTES.
- CONFUSION.
- CAMBIO DE VISION.
- NAUSEAS O VOMITOS.




ATIENDA SU PRESION ARTERIAL ES IMPORTANTE!!!

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBONERI

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ETZ'AL.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



HIPERTENSION ARTERIAL.




"NO DEBE VIVIR ATEMORIZADO O PREOCUPADO POR SER UN PORTADOR DE MARCAPASOS, SINO TODO LO CONTRARIO"


ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBONERI

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ETZ'AL.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.




¡CUIDE SU MARCAPASOS!

"LA VIDA DE UNA PERSONA CON MARCAPASOS PUEDE SER DE LO MAS NORMAL SI SE TIENEN LOS CUIDADOS PREVIOS"



ALGUNAS PRINCIPALES MEDIDAS PREVENTIVAS:

- ✓ MANTENER LA PIEL HIDRATADA CON LOCIONES O CREMAS.
- ✓ NO USAR JABONES CON MUCHO PERFUME.
- ✓ COMBATIR EL ESTRES.
- ✓ PREVENIRSE EN EXPONERSE A CAIDAS POR ACCIDENTE.
- ✓ TOME AGUA.



IMPLEMENTE HABITOS QUE AYUDEN A MANTENER SU PIEL EN BUENAS CONDICIONES DURANTE ESTE PROCESO, DISMINUYENDO ASI LOS PROCESOS DEL PROPIO ENVEJECIMIENTO.

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBONERI

PROTEJA SU PIEL



EL MAYOR ORGANOS PROTECTOR DE TU CUERPO.

Manuales.



TERCERA EDAD
 DIVERSIÓN
 TERCERA EDAD
 SALUDABLE



SALUD
 movilidad



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
 MÉXICO.
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
 IZTACALA.
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.



BENEFICIOS QUE OFRECE EL REALIZAR UNA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD

ELABORADO POR: L.E. MARIANA CHOMBO
NERI

Este manual es un producto de la colaboración entre el personal de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el personal de la Licenciatura en Enfermería.

Este manual es un producto de la colaboración entre el personal de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y el personal de la Licenciatura en Enfermería.

Nutrición para hipertensos



La **hipertensión** arterial supone un aumento de la presión que ejerce la sangre que circula por las arterias, provocando que las paredes de las **arterias** se engrosen. Para evitar estos problemas es fundamental una dieta sana y equilibrada. Reducir la sal es el primer paso para controlar esta **enfermedad**, pero hay otros consejos que puedes tener en cuenta para mejorar la salud.



Es imprescindible controlar el consumo de **sal de mesa**, es decir el cloruro de sodio. Este mineral hace aumentar la tensión, por lo tanto es clave poder reducirlo o incluso eliminarlo por completo de la dieta.



Debes conocer qué alimentos con tienen sodio, para evitarlos o disminuir su consumo. El sodio es característico por su **sabor salado**: sal fina, sal gruesa, sal marina, quesos, embudidos, productos empaquetados, caldos y sopas concentradas, margarina y pan.