



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

ADULTA MAYOR CON LA NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA
MAYORMENTE ALTERADA POR DETERIORO DEL ESTADO FISICO,
MEDIANTE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

JESSICA ZALDIVAR GUEVARA

Nº de cuenta: 408003368

DIRECTOR ACADEMICO

LEO. QUERUBIN ENRIQUEZ GONZALEZ

Ciudad de México.

Agosto de 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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	
1.- OBJETIVOS	4
2.- METODOLOGÍA	5
3.- MARCO TEÓRICO	
3.1 Proceso Atención de Enfermería	6
3.2 Modelo de Virginia Henderson	17
3.3 Envejecimiento de la persona	21
4.- VALORACIÓN	
4.1 Descripción del caso clínico	28
4.2 Síntesis valorativa de las 14 necesidades	28
5.- DIAGNÓSTICO	32
6.- PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	34
7. PLAN DE ALTA	
7.1 Dieta	51
7.2 Fármacos	52
7.3 Medidas para prevenir complicaciones	54
7.4 Signos y síntomas de alarma	55
8.- CONCLUSIONES	56
9.- GLOSARIO	56
10.- ANEXOS	59
BIBLIOGRAFÍA	67

INTRODUCCIÓN

El aumento del número de los adultos mayores ha provocado intensos debates públicos sobre temas como costos de seguridad social, atención de la salud e inversión educativa.

Es importante reconocer que una gran mayoría de los adultos mayores entre los 60 y los 79 años de edad son independientes y con autonomía pero con la necesidad de recibir apoyos para que continúen desenvolviéndose dentro de la sociedad y en su comunidad y contribuyan al desarrollo del país considerando sus conocimientos y experiencia. En México el índice de envejecimiento en el año de 1990 era del 16% para el año 2010 se ha elevado al 31%.¹

Entre los profesionales de la salud, enfermería es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. La enfermería se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Este Proceso Atención de Enfermería está basado en el modelo de Virginia Henderson, quien aunque se dedicó fundamentalmente a la asistencia, en su haber tiene una larga carrera como autora, investigadora y docente, aspectos que influyeron de manera trascendente en la disciplina enfermera.

En 1960 establece en su obra “Basic Principles of Nursing Care”, traducida al castellano como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, las 14 necesidades básicas del ser humano, que constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Henderson afirma que estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano realiza de las necesidades.²

El presente trabajo aborda la aplicación del proceso atención de enfermería, donde se incluye una valoración para formular diagnósticos y elaborar planes propios de nuestra área y así efectuar intervenciones más adelante evaluadas, siempre estando pendientes a resolver las necesidades de la persona adulta mayor así como de su entorno desde una perspectiva holística e individualizada.

¹ INEGI. (8 de Abril de 2006). INEGI. Obtenido de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

² Obtenido el día 14 de Noviembre de 2015
http://www2.ulgc.es/descargadirecta.h?codigo_archivo=4479

Por lo que el objetivo de este trabajo además de ser un medio para que me confieran el título como Licenciada en enfermería y Obstetricia, es que constituya un aporte al conocimiento de la práctica enfermera y ser utilizado como material de consulta.

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Proporcionar a la adulta mayor un cuidado individualizado, oportuno y eficaz que le permita satisfacer sus necesidades básicas para su bienestar físico, psicológico y social, cultural y espiritual.

Objetivos específicos

Valorar las 14 necesidades planteadas por Virginia Henderson para emitir diagnósticos de enfermería debidamente validados.

Aplicar un plan de cuidados de enfermería dirigido a la prevención, modificación y conservación de conductas saludables para la satisfacción de las necesidades.

Contribuir al bienestar y mantenimiento de la salud de la adulta mayor por medio de una actuación de enfermería eficaz y eficiente para mejorar su calidad de vida.

2. METODOLOGIA

Tiempo: La aplicación del proceso atención de enfermería fue durante los meses de mayo y julio del año 2015 con un horario de 13 a 16 horas, un día por semana.

Lugar: Pueblo San Lucas Xochimanca, delegación Xochimilco; Ciudad de México.

Universo: Adulta mayor de 94 años de edad

Se hace la selección de la adulta mayor durante la prestación de mis servicios como cuidadora en el hogar. Se solicita el consentimiento informado tanto de ella como a sus familiares; quienes aceptan participar.

Valoración: Se aplica el instrumento de valoración de las 14 necesidades planteadas por Virginia Henderson. Dicho instrumento fue elaborado por la Academia de Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

La entrevista fue realizada tanto en forma directa a la adulta mayor como en forma indirecta a sus familiares.

Los datos recabados y validados se organizaron en manifestaciones de independencia y manifestaciones de dependencia.

Diagnóstico: Los diagnósticos están basados en la clasificación de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2015 – 2017.

Planificación: Se priorizan los diagnósticos y se planean estrategias de intervención.

Ejecución: Se pone en marcha el plan de cuidados considerando los conocimientos, habilidades y destrezas previamente adquiridas.

Evaluación: Se hace una comparación entre lo planeado y lo alcanzado.

3. MARCO TEORICO

3.1 Proceso Atención de Enfermería

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

Valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Datos y valoración

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

TIPOS DE DATOS

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Datos subjetivos

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

Datos objetivos

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

Durante la valoración de un usuario, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos. A menudo, estos hallazgos se justifican entre ellos, como sucede en caso de un usuario cuya incisión se abrió tres días después de la intervención. La información subjetiva proporcionada por el usuario, "noto como estallan los puntos", fue válida por los hallazgos objetivos del enfermero: palidez, diaforesis, hipotensión y evisceración intestinal a través de la incisión.

Datos históricos

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales. Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

Datos actuales

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

Fuentes de datos

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias. El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son (1) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, (2) identificar objetivos o problemas concretos y (3) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas son aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las

fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliarlos datos disponibles para comparar y evaluar las repuestas del usuario.

Las personas del entorno hospitalario más cercano al usuario pueden proporcionar también más información. Los visitantes pueden confirmar su opinión de que el usuario esta menos comunicativo hoy que en días anteriores. Otros usuarios pueden ofrecer datos actuales sobre acontecimientos que se producen cuando no está usted presente. Por ejemplo, el usuario de otra cama puede confirmar su impresión de que un usuario de edad avanzada pasó por encima de las barras laterales y se cayó de la cama.

El registro clínico contiene gran cantidad de datos geográficos: estado civil, tipo de trabajo, religión, seguros. Estos datos dan una idea más amplia de la situación socioeconómica del usuario. Además el registro contiene datos actuales e históricos documentados por profesionales de otras especialidades (medico, dietista, terapeuta respiratorio, asistente social, planificador de altas). También se dispone de datos diagnósticos, como los hallazgos de laboratorio o los radiológicos.

Considerar detenidamente los derechos del usuario a la intimidad y la confidencialidad al obtener información de fuentes secundarias.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

Prioridades en la recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas.

Métodos de recogida de datos

Se utilizan tres métodos para obtener información durante la valoración de enfermería que incluye: entrevista, observación y exploración física.

Técnicas para la recogida de datos:

Verbales: Comprende la (a) anamnesis, para obtener las percepciones de la respuesta humana del usuario, datos subjetivos y objetivos. (b) Reflexión: repetir o expresar de otra forma la respuesta del cliente, para que él continúe dando más información al respecto. (c) Declaraciones complementarias: usar frases cortas para animar al cliente a continuar hablando del tema.

No verbales: (a) Expresión de la cara (b) Posición corporal (c) Respuesta al contacto (d) El tono y velocidad de la voz.

Características de la recogida de datos

Sistemática: Existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies, por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

Continua: Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según. Los resultados esperados.

Diagnóstico

Es el problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Esta etapa comprende:

A. Procesamiento de datos.

1. Clasificarlos según patrones y según datos claves para cada patrón.
2. Interpretar los datos:
 - Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas.
 - Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir.
3. Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

1. En la recolección.
2. En la interpretación.
3. En la falta de conocimientos clínicos.

B. La formulación del diagnóstico:

Algunas definiciones útiles:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”³. “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que

³CarpenitoLynda

se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería”.

DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA:

Declaraciones inferenciales, hechas por el profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que por lo tanto dirigen la realización de acciones de Enfermería independientes e interdependientes.

Que es un diagnóstico de enfermería y que no es:

NO ES:

- Necesidades de tratamiento.
- Equipos
- Problemas de las enfermeras al dar el cuidado.
- Diagnósticos médicos.
- Signos ni síntomas.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Metas de tratamientos.
- Problemas de personal.
- Tratamientos.
- Exámenes diagnósticos.

SON PROBLEMAS DE SALUD DEL SUJETO.

- Respuestas humanas a la enfermedad.
- Respuestas humanas frente a la salud: Prevención, Promoción y mantenimiento

Los profesionales de enfermería son responsables de: Diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.

El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Esas funciones independientes comprenden:

- Formas de prevención y promoción.
- Formas de rehabilitación

ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

EL ENUNCIADO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Los enunciados de diagnóstico de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de dos partes. El problema y la etiología. No puede ser únicamente la parte problema, pues las categorías que describen los problemas son muy generales y no serían los diagnósticos el resultado de una valoración completa.

Las dos partes del enunciado se enlazan con la frase "relacionado con o más simplificado: r/c o Problema/etiología (P/E).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE UN DIAGNOSTICO.

Un diagnóstico de enfermería:

1. Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
2. Puede referirse a problemas potenciales de salud.
3. Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
4. Es el enunciado de un juicio de enfermería.
5. Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
6. Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por enfermería.
7. Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
8. Es un enunciado de dos partes.

La verificación de los diagnósticos es la tercera fase de la etapa diagnóstica.

Para verificar los diagnósticos también se deben validar con el paciente o usuario ya que su percepción del problema y de causas asociadas por parte de él es importante para confirmarlo.

El registro de los diagnósticos, es la cuarta fase de la etapa diagnóstica.

Como el resultado del proceso de diagnóstico y de la asignación de enunciados para nombrar los problemas, se tiene una lista que prácticamente es la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería.

Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología.⁴

DIAGNOSTICO NANDA

Proporciona diagnósticos aplicables desde el punto de vista clínico como resultado del trabajo del Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) con las traducciones potenciales de las etiquetas, definiciones características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo de los diagnósticos.

Estos diagnósticos están basados en el estado de evidencia en el mundo y han sido enviadas por enfermeras, revisados y valorados por enfermeras, y aprobados por enfermeras expertas en diagnósticos, investigadoras y educadoras.⁵

Planificación

Se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

- A. Determinación de prioridades.
- B. Planteamiento de los objetivos.
- C. Objetivos de enfermería.
- D. Individualizar el plan de cuidado.

Escribir y registrar todo lo que el paciente debe hacer.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.

Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

- A. La selección de prioridades.
- B. Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas
- C. Ordenes de Enfermería.
- D. Determinación de las órdenes de enfermería.
- E. Los registros del plan de cuidado

El plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas. Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la

⁴Apuntes escolares

⁵NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017, decima edición

capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen:

1. Servir de esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.
2. Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.
3. Servir como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.
4. Servir de guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

Finalmente los planes de atención de enfermería deben:

1. Ser escritos por enfermeras profesionales.
2. Iniciarse al primer contacto con el paciente.
3. Estar disponibles para que el resto del personal los conozca.
4. Estar actualizados y ser pertinentes con la condición clínica del usuario.

Existen tres tipos de planes que se puedan formular:

- Planes terapéuticos (T°)
- Planes de enseñanza (E)
- Planes de diagnóstico (D)

Al escribir las órdenes debe especificarse de cuál de ellos se trata.

Ejecución

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de Enfermería; y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería.

En el paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas.

Las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades de éxito durante la ejecución tanto del profesional de Enfermería como de los miembros del equipo de salud.

El éxito de planeamiento depende de la capacidad profesional de Enfermería para ponderar el valor de nuevos datos que se obtienen durante la ejecución y de las capacidades de innovación y creatividad para realizar adaptaciones apropiadas, para compensar aspectos singulares que aparecen en el curso del cuidado ya sean estas físicas, emocionales, culturales y espirituales.

Las acciones realizadas por la enfermera pueden ser funciones independientes o interdependientes. Las interdependientes se refieren a la ejecución de indicaciones médicas relativas a medicamentos y tratamientos que forman parte del plan de atención médica así como la colaboración con miembros del equipo de atención multidisciplinaria para lograr un objetivo específico. El desempeño de las funciones independientes no implica seguir indicaciones de otros miembros en forma mecánica; más bien, es preciso ejercitar la crítica reflexiva y la emisión de juicios fundamentados para tomar decisiones relativas al ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿cuánto?

El Registro de las ejecuciones del Plan:

El tercer paso en la ejecución es el registro de las acciones cumplidas y sus resultados. Las acciones de enfermería se comunican tanto oralmente como por escrito. Los profesionales de Enfermería tienen generalmente personas específicas a quienes rinden los informes: a jefe del equipo, coordinadores, profesionales y demás integrantes del siguiente turno.

Razones para los Registros:

El registro o carpeta del cliente es un compendio escrito sobre el estado de salud y el cuidado dado al cliente. Describe la salud del cliente, especifica las medidas diagnósticas y terapéuticas y las respuestas del cliente; éstos incluyen también los registros hechos por enfermería.

Son varias las razones por las cuales se producen y conservan los registros. Las más destacadas son:

1. Comunicación: mediante los registros se comunican los miembros del equipo de salud. Aun cuando hay comunicación verbal entre ellos, la comunicación escrita es eficiente y permanente. Se evitan errores y se puede pasar información de unos a otros.
2. Documentación legal: Los registros sirven para documentar defensas en juzgados y tribunales, siempre y cuando la ley lo permita o si el paciente no se opone por violación a su privacidad. Los registros, desde el punto de vista legal, pueden constituir pruebas para la defensa del personal de enfermería o médico o para la defensa del usuario.
3. Investigación: los registros pueden ser instrumentos valiosos para la investigación, especialmente de investigaciones de tipo retrospectivo. Para el usuario mismo que pueda olvidar detalles de su historia, los registros sirven para conducir adecuadamente el tratamiento.

Son valiosos en estudios experimentales de drogas y tratamientos. Entre estos últimos, los registros de los tratamientos propuestos por enfermería y sus relaciones con ciertos diagnósticos de enfermería sirven para respaldar acciones de enfermería específicas.

4. Estadística: los registros sirven para que las instituciones puedan establecer planes para futuras necesidades basadas en datos estadísticos y tendencias. Todo ello se obtiene de los registros.

5. Educación: los registros son muy valiosos para el proceso educativo de todos los profesionales de salud. En los registros se puede tener una visión completa del cliente, si todas las esferas del individuo se han considerado y si las disciplinas involucradas han hecho registros.

6. Auditoria: los registros sirven también para controlar la calidad del cuidado que recibe el paciente y las capacidades del personal que da el cuidado. Una auditoria de enfermería revisa concretamente el cuidado de enfermería. Es con frecuencia de tipo retrospectivo del cuidado dado y se hace comparándolo con estándares o normas preestablecidas.

A veces la auditoria es realizada por agentes externos a la institución; otras, la misma institución tiene un comité que controla la práctica de los integrantes del equipo de salud por separado. Otras veces la auditoria se realiza por instituciones externas autorizadas.

Evaluación

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE.

Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan.

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán sin modificar. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.

Cuando se hace evaluación concurrente como parte del proceso de enfermería se pueden evitar resultados no deseados.

La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones.

En la evaluación de resultados del cuidado y la mayoría de las autoras coincide en recomendar una comparación entre lo planeado como resultados esperado con los resultados alcanzados en las fechas límites.

Se recomienda en general que la evaluación de los resultados considere los siguientes pasos:

1. Hacer una lista de todos los resultados que se propusieron en el plan con las fechas límites.
2. Valorar al cliente para ver si demuestra cambios en su apariencia, en su estado físico, en lo que hace, dice según se ha propuesto en el plan al proponer las metas o resultados esperados.
3. Establecer la comparación entre lo que se planeó y lo que se alcanzó en el plazo establecido y condiciones prefijadas.
4. Discutir con el cliente sus percepciones e ideas respecto a los cambios alcanzados o los que no se lograron.
5. Examinar más detenidamente las metas y su logro:
 - a. Si se lograron fácilmente es quizá porque el profesional de Enfermería propuso metas a largo plazo que pudieran haberse programado para lograrlas en menos tiempo.
 - b. En ese mismo tiempo probablemente el paciente podrá estar alcanzado. Discutir estos aspectos con el paciente y su familia. No hay que olvidar que a la familia le cuesta el tiempo de atención de salud y que las tarifas generalmente son altas.
6. Si las metas se logran parcialmente o no se logran, debe reunirse datos para examinar los errores.

Deben responderse las siguientes preguntas:

- a. ¿Se lograrán las metas a corto plazo?
 - b. ¿Son reales estas metas para el paciente?
 - c. ¿Qué es lo que es importante para él?
 - d. ¿Cree el paciente que estas metas son importantes?
 - e. ¿Puede él indicar que es lo que cree que está retardando el logro de las metas?
 - f. ¿Puede la enfermera identificar otros obstáculos que están retardando el logro de metas?
 - g. ¿Se ha aplicado fielmente el plan de cuidados, o se han omitido partes?
7. Registre sus hallazgos y respuestas a estas preguntas si las tiene. Escriba una nota evaluativa en la columna de evaluación del plan o en el lugar acordado por la institución. En la nota evaluativa debe decidirse:
- a. ¿Qué logró completamente?
 - b. ¿Qué logró parcialmente?
 - c. ¿Qué no logró?

d. ¿Las razones que usted crea que puedan justificar no haberlas logrado o el porqué de los logros parciales?

Las respuestas a estas preguntas sirven para que el profesional de Enfermería junto con el usuario proponga nuevos planes cada vez que sea necesario. Cuando la situación problema ha sido reducida o cambiada totalmente, el diagnóstico y el plan correspondiente quedan cancelados.

Una evaluación cuidadosa, crítica y detallada de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y el mejoramiento continuo de los servicios de salud.

3.2 Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington DC.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D. C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de esta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de enfermería de Henderson.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes.

FUENTES TEÓRICAS:

En The Nature of nursing identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería, entre estas influencias se encuentra:

ANNIE W. GOODRICH: Era decana de la Army School of Nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.

CAROLINE STACKPOLE: Fue profesora de fisiología en el Teacher College de la Universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

JEAN BROADHURST: Fue profesora de microbiología en el Teacher College. La importancia de la higiene y la asepsia hicieron mella en Henderson.

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

POSTULADOS, VALORES Y CONCEPTOS

a) Postulados:

En los postulados que sostiene el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de enfermería. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

- *Necesidad fundamental*: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacer para que las personas mantengan su integridad y promuevan su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- *Independencia*: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- *Dependencia*: No satisfacción de una o de varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- *Problemas de dependencia*: Cambio desfavorables de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- *Manifestación*: Signos observables en el individuo que permite identificar la independencia o dependencia de la satisfacción de sus necesidades.
- *Fuente de dificultad*: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona puede satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
- *Fuerza*: Se entendía por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también de la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: física y psíquica.
- *Conocimientos*: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- *Voluntad*: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solo ella puede prestar.

c) Conceptos:

Objetivos: Conservar o recuperarla independencia del cliente en la satisfacción de sus 14 necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evita los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de creencias y valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.

13. Necesidad de recrearse.

14. Necesidad de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente, (falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervenciones es el de la independencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: Son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.⁶

Virginia Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

METAPARADIGMA.

- Persona:

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia autoestima , la 11ª

⁶Obtenido 14 de Noviembre de 2015 http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479

relacionada con la pertenencia y desde la 12^a a la 14^a relacionadas con la auto-actualización.

- Enfermería:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Modelos de función enfermera:

Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.

Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.

Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería, es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermera en todo el mundo.

3.3 Envejecimiento de la persona

El envejecimiento es un proceso normal que se inicia con la concepción y termina con la muerte. Durante los períodos de crecimiento, los procesos anabólicos exceden a los catabólicos. Una vez que el cuerpo llega a la madurez fisiológica el índice catabólico o los cambios degenerativos son mayores que el índice anabólico de regeneración celular. El envejecimiento se caracteriza por una pérdida progresiva de la masa corporal magra y por cambios en la mayor parte de los sistemas corporales. Aún se discute si alguno de estos cambios es el resultado final inevitable de fenómenos programados genéticamente o de influencias ambientales prolongados. El envejecimiento puede producirse a velocidad variable dependiendo de varios factores entre ellos la nutrición. Aunque ningún tipo de alimento logra retardar el proceso, es innegable que la nutrición en su conjunto influye en la longevidad. Dado que la buena nutrición y la buena salud son inseparables, los efectos de una dieta defectuosa aparecen tarde o temprano. En la etapa geriátrica es importante una buena nutrición para conservar la salud y prolongar la vida al retardar la aparición de enfermedades crónica degenerativa, cáncer, artritis y osteoporosis.

La presencia de enfermedad debe considerarse como anormal. Mientras más años tienen las personas mayores es la frecuencia de problemas patológicos.

Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento

Órganos de los sentidos

Son los responsables de captar y transmitir al cerebro ese complejo paquete de información. La deprivación sensorial es un auténtico problema geriátrico.

OJOS

- Pestañas:
 - Disminución de cantidad: favorece conjuntivitis
 - Disminución de longitud

- Párpados:
 - Pérdida parcial de elasticidad
 - Atrofia cutánea
 - Disminución de grasa periorbital
 - Glándula lagrimal
 - Atrofia parcial.

- Iris
 - Laxitud muscular
 - Aumento de pigmentaciones

- Vítreo
 - Despolimerización del ácido hialurónico
 - Aparición de cuerpos flotantes

- Cristalino
 - Pérdida de elasticidad
 - Foto oxidación del triptófano

- Retina
 - Cambios capilares de la coroides
 - Aumento en la pigmentación de retina

OÍDO:

Los oídos tienen dos funciones: la audición y el mantenimiento del equilibrio. La audición se presenta al atravesar las vibraciones el tímpano y al llegar al oído medio, pasan por los huesecillos y llegan al oído interno, donde son convertidas en impulsos nerviosos y transportadas al cerebro, por medio del nervio auditivo. El control del equilibrio se encuentra en el oído interno, donde el líquido y pequeñas vellosidades en el conducto semicircular (laberinto) estimular el nervio que ayuda al cerebro a mantener el equilibrio.

Con el envejecimiento, las estructuras auditivas se deterioran: desde el pabellón auricular que crece, en el conducto auditivo externo disminuye el movimiento ciliar hay atrofia y deshidratación de la piel, y el cerumen es más espeso, esto favorece a la impactación, el tímpano con frecuencia se hace más grueso y los huesecillos del oído medio y otras estructuras se afectan, se hacen cada vez más difícil conservar el equilibrio.

La audición puede declinar en personas que han estado expuestas a mucho sonido en sus años juveniles. La pérdida de audición relacionada con la edad se denomina *presbiacusia*, la cual puede generar muchas alteraciones psicológicas y sociales. La

pérdida auditiva conductiva se presenta cuando el sonido tiene problemas pasar a través del oído externo y medio.

La pérdida auditiva neurosensorial comprende daño del oído interno, del nervio auditivo o del cerebro (problema degenerativo y en pacientes con riesgo cardiovascular) y puede o no responder al tratamiento.

Los factores genéticos desempeñan un papel importante en la reducción de la audición tanto en hombres como en mujeres mayores de 70 años de edad.

GUSTO

Hay aplanamiento y pérdida de papilas gustativas, lo cual altera el sabor de los alimentos, la atrofia afecta menos al sabor dulce, seguido del salado esto favorece cambios en la dieta de las personas en edad avanzada y aumenta los riesgos de intolerancia a la glucosa, así como de hipertensión arterial el cambio de alimentación favorece el déficit de ciertas vitaminas que a su vez fomenta más el aplanamiento papilar, con lo que se llega a un círculo vicioso de mala alimentación.

La cavidad bucal se observan cambios en la mucosa gingival con pérdida del tejido elástico e incremento del colágeno, lo cual favorece que los ligamentos periodontales sean más rígidos más susceptibles a ruptura con el paso de los años y en consecuencia a la pérdida de piezas dentales. Las glándulas submaxilares incrementan el contenido de grasa y tejido conectivo favorece a la xerostomía, cabe recordar que la saliva una buena cantidad de inmunoglobulinas G y A, lubricantes y solventes que permiten la preparación del bolo alimenticio, el envejecimiento tiende a conllevar menor cantidad de saliva.

OLFATO

Con el paso de los años hay una mayor degeneración y disminución del número de células que lo componen, se vuelve más difícil identificar olores.

SISTEMA HEMATOPOYETICO

La médula ósea no sufre grandes cambios, solo una ligera disminución de la actividad hematopoyética. Al paso de los años, aumenta de manera poco significativa el cociente células grasas/células hematopoyéticas, este no afecta los niveles de eritrocitos, plaquetas y granulocitos. La única línea que se ve afectada con la edad son los linfocitos B.

Las células del estroma regulan la hematopoyesis, controla la disponibilidad de factores de crecimiento y citosinas para los precursores del desarrollo, son las únicas que producen 1L-7 esta es esencial para linfopoyesis, son fundamentales para linfopoyesis B. La disminución de la linfopoyesis por las células del estoma se debe a una reducción de la producción de 1L-7.

- La incorporación del hierro se incrementa poco con la estimulación de la eritropoyetina.
- Disminuye la incorporación del hierro dentro de los glóbulos rojos por eritropoyesis reducida.

Pueden condicionar anemias (anormalidades hematológicas más frecuentes en la población senil). Las causas de anemia son diversas: anemia secundaria a enfermedades crónicas, anemia por deficiencia de hierro y se relaciona con un aumento en la mortalidad en personas mayores de 85 años.

Los valores séricos de ferritina tienden a aumentar con la edad, por lo cual niveles normales de ferritina no deben descartar la presencia de anemia mientras que cifras bajas siempre indican deficiencia de hierro. Las alteraciones más frecuentes es la anemia carencial, por la alteración en la absorción de hierro, vitamina B₁₂ y ácido fólico.

SISTEMA RESPIRATORIO

El envejecimiento no solo afecta las funciones fisiológicas de los pulmones, sino también su capacidad de defensa.

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y distribución de gases se deben fundamentalmente a alteraciones en la distensibilidad de la pared torácica como de los pulmones. Los volúmenes pulmonares están determinados por el equilibrio en las fuerzas del tejido elástico pulmonar, que tiran hacia adentro y las fuerzas de la pared torácica y los músculos de la respiración que tiran hacia afuera. El crecimiento de los pulmones y de la pared torácica es paralelo al crecimiento del cuerpo y presenta una estrecha correlación con la talla. Al avanzar la edad, la fuerza de los músculos respiratorios se debilitan, este debilitamiento de la fuerza muscular expansiva y la mayor rigidez de la pared torácica, son contrarrestados por una pérdida de la retracción elástica de los pulmones.

La distensibilidad del tórax disminuye en forma gradual, la calcificación de las articulaciones costoesternales y vertebrocostales, junto con el aumento de cifosis dorsal, favorece la rigidez de la caja torácica que se combina con una menor elasticidad pulmonar. La disminución de los movimientos se relaciona con la pérdida de fuerza de los músculos respiratorios, favorecerá cambios en la capacidad pulmonar total, con incremento en la capacidad funcional residual.

Las vías aéreas superiores, tráquea y bronquios principales incrementan su diámetro, los cartílagos se calcifican y aumentan las glándulas mucosas. Hay alargamiento de ductos alveolares, estos disminuyen la superficie pulmonar y favorece el espacio muerto.

La disminución de elasticidad pulmonar relacionados con los cambios de colágeno y elastina contribuye al incremento del volumen residual, y a la reducción de la superficie alveolar.

La disminución gradual de la PaO₂ al avanzar la edad es paralela a la pérdida de la retracción elástica. Aunque el colapso de las vías aéreas periféricas reduce la ventilación en las unidades de intercambio gaseoso distales la perfusión no se modifica, se crea un equilibrio de ventilación-perfusión que explica la reducción de la PaO₂. El desequilibrio de la relación ventilación-perfusión es peligroso sobre todo en los individuos de edad avanzada puesto que la PaO₂ puede estar deteriorada por reducciones del gasto cardiaco.

Las vías aéreas se cierran más y tienden a colapsarse cuando la persona no respira o cuando permanece en cama un tiempo prolongado. Una persona de edad avanzada que respira de manera superficial a causa de dolor, enfermedad o cirugía, está en riesgo mayor de desarrollar neumonía u otros problemas pulmonares es importante que las personas de edad avanzada permanezcan fuera de la cama el mayor tiempo posible aun cuando estén enfermas o después de una cirugía .

La capacidad vital disminuye un 22 a 26 ml por año en promedio. El volumen residual aumenta un 20%. La PaO₂ arterial disminuye, los cambios con la edad en el control ventilatorio son debido a los quimiorreceptores centrales como periféricos, con la consecuente pérdida en la respuesta a la hipoxia e hipercapnia. El máximo consumo de oxígeno disminuye con la edad pero es un factor que se modifica con el ejercicio incluso con el paso de los años.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

En los grandes vasos se observa rigidez, con aumento de peso y espesor con el aumento de grasa y calcio, lo cual por lo común se denomina arteriosclerosis, en las más pequeñas se ven rigidez, dilatación y tortuosidad esto corresponde a pérdida de fibras elásticas y musculares.

La rigidez y disminución de la elasticidad hacen que la aorta se comporte como tubo rígido, incrementando la onda de flujo y por tanto la presión sistólica para que la presión diastólica no se afecte es necesario que se incremente la frecuencia cardiaca, cuando esto no sucede, la presión diferencial es mayor.

Cuando el corazón se acelera y aumenta la fuerza de expulsión de tal manera que el gasto cardiaco, se mantenga puede aparecer una hipertrofia ventricular izquierda, que también se relaciona con cierto grado de estenosis aortica, por fibrosis valvular.

Se puede observar cierta rigidez valvular sin llegar a presentar lesión, se auscultan soplos sistólicos aórticos “normales”, cualquier soplo auscultado deberá valorarse, debido a que representa estenosis o insuficiencia de la válvula en cuestión. Con frecuencia puede producirse una falla en la relajación ventricular como efecto del cambio en tejido conjuntivo, la fracción de expulsión es menor, aunque dentro de los parámetros normales.

El ventrículo izquierdo sufre una pequeña hipertrofia. El sistema de conducción cardiaca suele verse afectado por disminución de células en el nodo sinusal, así como su velocidad de conducción como marcapasos, de aquí la disminución de frecuencia cardiaca máxima, en el electrocardiograma se apreciará con frecuencia: enfermedad del seno auricular, bloqueos de rama y extrasístoles. Es frecuente encontrar ondas Q que indican la presencia de infartos al miocardio antiguos, que se presentan sin sintomatología, conocidos como infartos silenciosos, llegan a presentarse hasta en 40% de los casos de infarto.

SISTEMA GENITOURINARIO

Las células en el riñón se replican con lentitud. Las células epiteliales tubulares tienden un índice alto de proliferación comparado con las células glomerulares con rango más alto de proliferación en las células de los capilares endoteliales.

El acortamiento de telómeros en el riñón es mayor en la corteza que en la médula coincide con la pérdida de masa en la corteza mayor que en la medula con el paso de los años. Los cambios reflejan una acumulación de AGE en el tejido renal, esto resulta en una relación alterada de los factores del crecimiento, citosinas y la acumulación de oxidantes y lípidos. El fenotipo del envejecimiento renal está relacionado con la pérdida de masa, corteza, y con pérdida celular con incremento de la heterogeneidad y la aparición de anomalías focales.

Entre los principales cambios histológicos renales están el deterioro de las arterias, esclerosis global del glomérulo con reduplicación de la capsula de Bowman, atrofia tubular focal con pigmentos de lipofucsina, fibrosis intersticial e inflamación en parches, incremento en la resistencia vascular renal, disminución de la filtración y un incremento de la fracción de filtración.

El envejecimiento renal está regulado por factores genéticos, estrés intrínseco y los factores del ambiente externo. La hipertensión y la enfermedad cardíaca aceleran el envejecimiento renal es atribuible tanto a la disminución en número de nefronas que funcionan como a la limitación de las nefronas residuales para sobre llevar el estrés de una enfermedad.

Dentro de los cambios anatómicos se observan:

- El peso renal se incrementa cerca de 50 gr a partir del nacimiento hasta alcanzar 400 gr en el adulto joven , después disminuye por debajo de 300 gr en la novena década de la vida
- La pérdida de grasa es primordialmente cortical.
- El número de glomérulos funcionales declina de acuerdo con los cambios de peso, el tamaño de los glomérulos restantes aumenta.
- En la corteza los cambios secuenciales en la morfología glomerular con la edad resultan con atrofia de las arteriolas aferentes y eferentes con esclerosis global.
- En la medula, la esclerosis glomerular es acompañada de la formación de un canal directo entre las arteriolas aferentes y eferentes, contribuyen al mantenimiento del flujo de sangre.
- La esclerosis glomerular aumenta conforme lo hace la edad incrementa por lo menos 5% del total a los 40 años.
- La disminución de la perfusión renal es mayor en la corteza, con un flujo relativamente escaso en las regiones más profundas.
- Los glomérulos yuxtamedulares tienen una fracción de filtración mayor que los glomérulos corticales, esta distribución del flujo de la corteza a la medula puede contribuir al incremento de la fracción de filtración observando en la edad avanzada.

La reducción en la tasa de depuración de creatinina es paralela a la reducción diaria de excreción urinaria de creatinina, lo que refleja, la disminución en masa molecular.

La disminución de la concentración sérica refleja la reducción de la intensidad de filtración glomerular del paciente, es importante para los fármacos excretados en forma primaria por el riñón.

VEJIGA

Hay una pérdida de elasticidad vesical, la capacidad fisiológica tiende a disminuir en condiciones normales, la fuerza muscular es menor, facilita que la micción sea más frecuente, cualquier patología obstructiva favorecerá la pérdida de pequeñas cantidades de orina, algunos lo consideran incontinencia de esfuerzo.

CAMBIOS EN LA MUJER

Los ovarios disminuyen su peso de 25 a 2.5 gr en la menopausia, hay fibrosis y disminuye la producción de estrógenos y progesterona ante el estímulo hormonal hipofisario.

La distribución de la grasa corporal tiende a concentrarse en la región de la cadera, la proporción de lipoproteínas de alta densidad disminuye, mientras que las de baja densidad aumenta; se favorece el riesgo cardiovascular.

En la región genital hay atrofia uterina, de vagina y de labios tanto mayores como menores, se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal, lo cual favorece sangrados vaginales e infecciones locales. Una pobre lubricación, más lenta y en menor cantidad, favorece la dispareunia.

Las mamas con respecto a las glándulas con formación fibrótica, da el aspecto pendular al seno, relacionado con la flacidez muscular. Esto promueve cambios físicos que disminuyen la autoimagen corporal, favorece la depresión.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

En la boca se observa que el aparato dental se ve mermado ya que las caries y los problemas periodontales son responsables a la pérdida de piezas dentales. Se altera la masticación y por consiguiente la selección de alimentos que modifican la nutrición de la persona. Las papilas gustativas disminuyen, se aplanan y el sabor cambia.

En el esófago aparecen contracciones repetitivas asincrónicas lo cual dificulta la deglución de algunos alimentos. En el estómago la mucosa se adelgaza, hay atrofia de células parietales con elevación pH, la absorción de hierro y calcio disminuye., baja la producción de factor intrínseco, de manera secundaria, la absorción de vitamina B₁₂ es menor.

En el intestino delgado hay aplanamiento de vellosidades que al tener una velocidad de movimiento más lento disminuye la absorción de nutrientes y fármacos.

En el intestino grueso hay lasitud de la musculatura, esto favorece la aparición de divertículos, es más fácil la intolerancia a la lactosa por baja producción de lactasa, se incrementa la absorción de agua y se produce estreñimiento.

HIGADO

Cambios macroscópicos: el hígado llega a ser de color marrón con la edad. El volumen hepático. El volumen hepático disminuye cerca de 17 a 28% entre las edades de 40 a 65 años de edad.

Cambios histológicos: existe aumento en la lipofuscina en hepatocitos, el hígado también llega a ser más fibrótico con la edad. Decremento en el número de mitocondrias de los

hepatocitos, pero sin cambios en su integridad, disminución en el retículo endoplasmático y aumento en el número de lisosomas.

Cambios bioquímicos: el envejecimiento no altera los resultados de las pruebas de función hepática. La síntesis de factores de coagulación tampoco se observa afectada por la edad. La degradación de proteínas disminuye con la edad.

El flujo sanguíneo hepático diluye 35% entre los 40 y 65 años. En personas mayores la disminución en la depuración de los fármacos cuya eliminación depende la actividad enzimática microsomal.⁷

4.- VALORACIÓN

4.1 Descripción del Caso Clínico

La señora Raquel de 94 años de edad es originaria de San Lucas Xochimanca; Xochimilco, Ciudad de México. La señora Raquel vive la mayor parte del tiempo sola. Procreo cuatro hijos; de los cuales una falleció y los otros tres la visitan poco. Dos de ellos residen en Chihuahua y uno vive a 10 minutos de su casa.

4.2 Síntesis valorativa de las 14 Necesidades

a) Necesidad de Oxigenación

Manifestaciones de independencia

La Sra. Raquel no refiere molestias para respirar, su inspiración y espiración son aceptables de acuerdo a su edad. Los ruidos cardíacos son rítmicos y de buena intensidad. Su frecuencia cardíaca es de 60 latidos por minuto y la respiratoria de 22 por minuto. El llenado capilar es de 2 segundos. La casa donde vive está ubicada en el centro del pueblo y cuenta con buena ventilación e iluminación.

Manifestaciones de dependencia

Tiene una presión arterial sistémica de 150/90 mmHg

b) Necesidad de Nutrición e Hidratación

Manifestaciones de independencia

⁷D'Hayver, C&L. Gutiérrez (2009) Geriatria. México: El manual moderno.

La señora Raquel prepara sus propios alimentos, sus mucosas orales están hidratadas, con buena coloración de tegumentos y cabello abundante no desprendible.

Su peso corporal es de 63 Kg con una estatura de 163 centímetros por lo que su IMC es de 20.5 Kg/m². Su abdomen es blando y depresible, no doloroso a la palpación.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel refiere “sentir inflamación en el estómago por el consumo de frijoles”. Ingiere poca agua, consume regularmente té, le desagradan todos los alimentos que provengan del mar por su mal olor. Tiene prótesis dentaria con evidente desgaste, la cual no le ha sido revisada por su limitación física para salir de casa.

c) Necesidad de Eliminación

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel realiza por sí misma el cambio de pañal en el sanitario.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel refiere problemas de estreñimiento, dice que este lo ha presentado durante la mayor parte de su vida. Las heces son duras y secas. Consume poca cantidad de agua y en ocasiones toma laxantes indicado por médico particular; como el Lactulax. La Sra. Raquel orina en forma involuntaria antes de llegar al inodoro.

d) Necesidad de Movilidad y Postura

Manifestaciones de independencia

En casa, la señora Raquel realiza actividades cotidianas por sí misma, como: barrer, tender su cama, cocinar, lavar trastos, lavar ropa, etc.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel tiene una marcha lenta, su entorno en casa es muy reducido para realizar actividades, por su limitación física no se le permite salir de casa. Utiliza bastón desde hace tres meses. Necesita apoyarse en algo o de alguien para levantarse de la silla.

e) Necesidad de Descanso y Sueño

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel realiza siestas después de cada comida; sale al patio a sentarse y se duerme una hora.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel refiere no poder conciliar el sueño por preocupaciones, principalmente al estar pensando en sus hijos que viven en Chihuahua y por lo que le hizo falta realizar en el transcurso del día de sus deberes domésticos. El médico particular le indico diacepam 3 gotas en medio vaso de agua una hora antes de dormir.

f) Necesidad de usar Prendas de Vestir adecuadas

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel se puede vestir y desvestir sin ayuda, la ropa que utiliza es adecuada a su edad y género, está limpia y en buen estado, además le permite el movimiento. Realiza diariamente cambio de ropa total.

Manifestaciones de dependencia

No identificadas

g) Necesidad de Termorregulación

Manifestaciones de independencia

Mantiene una temperatura dentro de los parámetros normales. Su temperatura corporal es de 36.2 C.

Manifestaciones de dependencia

No identificadas

h) Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel realiza a diario el aseo de cavidades, así como el lavado de la prótesis dentaria con cepillo y pasta dental. El lavado de manos lo hace en todo momento ya que no le gusta tener las manos sucias. Su corte de uñas lo realiza ella con cortaúñas y tijeras en forma francesa.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel refiere bañarse dependiendo del clima, ya que si es frío es cada 15 días y si es caluroso es una vez a la semana. El baño es realizado por ella misma y el corte de uñas de los pies exclusivamente lo realiza un podólogo cada mes.

i) Necesidad de Evitar Peligros

Manifestaciones de independencia

La Sra. Raquel cuenta con el esquema de vacunación completo para su edad, además dice realizar autoexploración física diaria “para encontrar alguna lesión”.

Manifestaciones de dependencia

En casa, la señora Raquel tiene por escalón una caja de madera al salir del cuarto, este es provisional ya que anteriormente no lo necesitaba para poder ingresar a su cuarto. No se ha podido poner en forma el escalón por razones de que a ella no le gusta gente extraña entre en su casa, así que esperara a que uno de sus hijos lo realice.

j) Necesidad de Comunicación

Manifestaciones de independencia

Su comunicación verbal es buena.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel refiere oír poco en el oído izquierdo. Lo cual dice le limita comunicarse con los demás. Tiene aparato auditivo del cual refiere le beneficia en un 50%.

k) Necesidad de Creencias y Valores

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel predica la religión católica y se siente a gusto con ella.

Manifestaciones de dependencia

No identificadas

l) Necesidad de Trabajo y Realización

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel expone estar satisfecha con su rol desde madre hasta tatarabuela, nunca pensó llegar a conocer a sus tataranietos. Está contenta porque aun cuenta con la jubilación de su esposo, esto le da solvencia económica y la hace sentir bien.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel refiere estar sola por tiempos prolongados en casa, esto la hace sentir solitaria, triste y aburrida. Ella piensa que sus hijos al venir de lejos deberían de estar con ella más tiempo, pasar tiempo de calidad ya que solo vienen cada dos meses por un mes cada hijo pero refiere que vienen de compras para sus tiendas, por ello es que se van al zócalo por tiempos muy prolongados y varios días.

m) . Necesidad de Jugar y Actividades Recreativas

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel le encanta platicar es otra forma de distracción para ella.

Manifestaciones de dependencia

La señora Raquel juega con sus bisnietos y tataranietos en medida de lo posible y cada que asisten a visitarla que es ocasionalmente. Cuando esta mucho tiempo sola dice que se aburre.

n) Necesidad de Aprendizaje

Manifestaciones de independencia

La señora Raquel refiere tener pláticas con personas que llegan a visitarla una o dos veces por semana además de comprar diario el periódico.

Manifestaciones de dependencia

No identificadas

5.- DIAGNOSTICO

Necesidad de Nutrición e Hidratación

- Deterioro de la dentición relacionado con acceso difícil al cuidado dental manifestado por ausencia de dientes y prótesis dentaria desgastada.

Necesidad de Eliminación

- Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, antidepresivos, dentición inadecuada y aporte insuficiente de líquidos manifestado por disminución de la frecuencia y eliminación de heces duras y secas.
- Incontinencia urinaria funcional relacionada con debilidad de las estructuras pélvicas de soporte manifestada por vaciar completamente la vejiga antes de llegar al inodoro.

Necesidad de Movilidad y Postura

- Deterioro de la movilidad física relacionado con intolerancia a la actividad, deterioro del estado físico, depresión, disminución de la fuerza muscular y falta de apoyos ambientales manifestado por cambios en la marcha y enlentecimiento del movimiento.

Necesidad de Descanso y Sueño

- Patrón del sueño alterado relacionado con patrón del sueño no reparador manifestado por despertar sin querer, dificultad para conciliar el sueño y no sentirse descansado.

Necesidad de Evitar Peligros

- Riesgo de caídas relacionado con edad 94 años, historia de caídas y dificultad auditiva.

Necesidad de Trabajo y Realización

- Aislamiento social relacionado con recursos personales inadecuados manifestado por falta de personas de apoyo significativo, tristeza y expresión de soledad impuesta por otros.

Necesidad de Jugar y participar en actividades Recreativas

- Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmaciones de que se aburre.

6.- PLANIFICACION, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

<p>DdE. 1 <i>Riesgo de caídas relacionado con edad 94 años, historia de caídas y dificultad auditiva.</i></p>	
<p>DEFINICION: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física OBJETIVO: La Sra. Raquel mantendrá en todo momento la integridad corporal</p>	
<p>INTERVENCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estimular que realice otras actividades que mejoren el equilibrio, como andar.• Emplear adecuadamente los aparatos de ayuda y protección (bastón).• Recomendarle la reparación del escalón de madera.• Aconsejar que elimine todos los factores de riesgo de escaleras y pasillos y tome las siguientes medidas: instalar luces en rodapiés, mantener una adecuada iluminación (usando bombillas de 100 w) cerca de los peldaños de la puerta y en	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>El ejercicio mejora la agilidad, el tiempo de respuesta, el tono muscular y la confianza.</p> <p>Los bastones brindan una mayor base de soporte, lo que permita mejorar el balance. Estos se utilizan cuando sólo se requiere una extremidad. Por lo regular el bastón se utiliza en la mano opuesta a la pierna más afectada.</p> <p>Para prevenir una caída es necesario conocer los factores de riesgo y el entorno dela adulta mayor. La prevención primaria incluye la detección precoz y corrección de factores predisponente intrínsecos y extrínsecos. La observación atenta del terreno peligroso puede evitar las caídas por la alteración de la profundidad.</p> <p>Como las escaleras son un lugar más habitual de caídas, todas las escaleras y zaguanes deberán estar bien iluminados. Los interruptores deberán ser accesibles, y los pasamanos deberán colocarse de modo que se cojan fácilmente y sirvan de apoyo. El pintar los primeros y últimos</p>

<p>pasillos, colocar los interruptores de forma que tengan fácil acceso desde la puerta de entrada y escaleras cambiando los pasamanos por otros fáciles de coger desde ambos lados de la escalera, pintar la parte superior e inferior de un color vivo.</p>	<p>escalones con un color vivo sirve para advertir a la adulta mayor de la localización de las escaleras, disminuyendo el riesgo de caída.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar que no se efectúen las reparaciones domésticas estando sola en casa. 	<p>La posibilidad de caída aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo, siendo acumulable el efecto del deterioro múltiple.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Buena iluminación 	<p>La adulta mayor presenta típicamente una menor visión nocturna y menor capacidad de adaptación de la luz a la oscuridad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de calzado cómodo que le quede bien, un poco de tacón y suela antideslizante. 	<p>El uso de zapato apropiado proporciona estabilidad y ayuda a evitar caídas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a levantarse desde una postura sentada o acostada, y a evitar los movimientos y los giros de cabeza bruscos. 	<p>El riesgo de hipotensión postural aumenta con la edad, sobre todo en el paciente que toma diuréticos y medicación antihipertensiva. El envejecimiento provoca también cambios degenerativos en el sistema vestibular del oído interno, lo que puede provocar una pérdida del equilibrio debido a un movimiento brusco.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir la instalación de un sistema personal de llamada de urgencia. 	<p>Un sistema de aviso de urgencia permite a la adulta mayor llamar pidiendo ayuda en caso de caída.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso de bastones con punta de algodón. 	<p>Los bastones con punta de algodón pueden empujar la cera aún más agravando por lo que debe evitarse.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a comunicarse sentándose directamente enfrente de él y a su mismo nivel; evitar hablarle directamente al oído, mantener los labios a la vista de la adulta mayor, 	<p>Todas estas medidas ayudan a mejorar la capacidad del paciente para comprender y comunicarse.</p>

<p>proporcionar una iluminación apropiada, hablar en un tono de voz bien modulado y normal, preguntarle si puede oír cuando se le habla, usar la gesticulación o las indicaciones apropiadas, dar órdenes sencillas de una en una, evitar movimientos exagerados con los labios, comprobar que el audífono de la adulta mayor está bien colocado y que funciona bien, y explicar cualquier ruido ambiental que la adulta mayor pueda oír.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso del intercomunicador para comunicarse con la adulta mayor. • Aconsejar que limpie los oídos cuando no use la prótesis. • Reducir el resplandor en el entorno de la adulta mayor. • A la hora de comer, sentarle en una pequeña mesa cuadrada para cuatro personas. 	<p>Los ruidos ambientales procedentes de un aparato de intercomunicación disminuyen la capacidad auditiva de la adulta mayor.</p> <p>El audífono actúa como un cuerpo extraño en el oído favoreciendo la producción de cera. Es recomendable la limpieza semanal de la prótesis y del oído.</p> <p>El resplandor reduce la visualización, interfiriendo con la lectura de los labios.</p> <p>Una pequeña mesa cuadrada favorece la audición, mientras que las mesas redondas u ovaladas disminuyen la capacidad auditiva.</p>
---	---

EJECUCION	EVALUACION
<p>Se dieron a conocer las medidas de prevención a la adulta mayor y a sus hijos para evitar caídas. Se enseñó tanto a la adulta mayor como a sus familiares técnicas para mejorar la comunicación, también se llevó a un acuerdo entre los hijos a someter a la</p>	<p>La adulta mayor y familiares fueron capaces de identificar y evitar aquello que causara un riesgo de caídas.</p> <p>La adulta mayor se comunica eficazmente con otras personas.</p>

paciente a exámenes audiológicos anualmente así como a usar diariamente y a cuidar la prótesis auditiva para su correcto funcionamiento.	
--	--

<p><i>DdE. 2 Deterioro de la movilidad física relacionado con intolerancia a la actividad, deterioro del estado físico, depresión, disminución de la fuerza muscular y falta de apoyos ambientales manifestado por cambios en la marcha y enlentecimiento del movimiento.</i></p>	
<p>DEFINICION: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. DOMINIO 4: Actividad/reposo CLASE 2: Actividad/ejercicio OBJETIVO: La Sra. Raquel mejorara su movilidad física.</p>	
<p>INTERVENCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la Sra. Raquel a realizar ejercicio aeróbico • Practicar actividad física con baja intensidad, frecuencia y tiempo, de forma progresiva aumentarla hasta la intensidad indicada. • Enseñar y fomentar los ejercicios de movimiento activo y pasivo y alentar a la Sra. Raquel a que los realice durante 2º minutos diariamente y enseñarle de abstenerse de aguantar la respiración mientras los realiza. 	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>Los ejercicios aeróbicos también llamados de acondicionamiento cardiovascular, aumentan la fuerza, mejoran el balance y mejoran la flexibilidad. El ejercicio aeróbico mejora los procesos de control ejecutivos para los adultos mayores con alto riesgo de deterioro cognitivo leve.</p> <p>El ejercicio o aumento en la actividad física a pacientes de la tercera edad es con el riesgo de sufrir un infarto al miocardio.</p> <p>El movimiento activo tiene por objetivo mantener la funcionalidad motora o restablecer funciones de movimiento deterioradas por la enfermedad o por la involución senil. Los ejercicios de movimiento pasivo revienen las contracturas, mantienen la integridad de los tejidos blandos y de la elasticidad muscular, incremento de la</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Alentar la caminata como forma de ejercicio. • Recomendar a la Sra. Raquel comenzar a caminar 100-150 metros 2 a 3 veces por día así progresivamente, dar sus caminatas ya sea por la mañana o por la tarde. 	<p>circulación venosa, mantenimiento de los patrones de movimiento funcional, el movimiento activo tiene la ventaja del reforzamiento y tono de los músculos en cierta medida lo que proporciona cierta estabilidad a las articulaciones, otras de las ventajas es que si se lleva a cabo de forma rítmica, se adquiere mayor fuerza en los músculos, así como un mayor tolerancia y elasticidad a los movimientos.</p> <p>La caminata ofrece una mayor energía para las actividades diarias, así como de ser ideal para el adulto mayor debido a que tonifica los músculos e incrementa su fuerza y mejora el funcionamiento de las articulaciones.</p> <p>El ejercicio se debe realizar paulatinamente para que los músculos se adapten a este y se acondicionen al ritmo del ejercicio, y como ellos este sea de gran beneficio para la persona.</p>
---	---

EJECUCION	EVALUACION
<p>Se le instruyó para la realización de acondicionamiento físico, se le habló sobre todos los beneficios de mantenerse en forma.</p>	<p>La Sra. Raquel mostraba en ocasiones desinterés por realizar los ejercicios pero se motivaba a que se realizaran con uno de sus hijos.</p> <p>Los realizaba con mayor interés por que refiere que sentía los cambios además de pasar un rato agradable con alguno de sus hijos.</p>

DdE. 3 Deterioro de la dentición relacionado con acceso difícil al cuidado dental manifestado por ausencia de dientes y prótesis dentaria desgastada.

DEFINICION: Alteración de los patrones de desarrollo erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos.

DOMINIO 11: Seguridad/Protección.

CLASE 2: Lesión física.

OBJETIVO: La Sra. Raquel mejorará su dentición.

INTERVENCIONES:

- Advertir a la Sra. Raquel y a su cuidador de las áreas deficientes en la dieta y hacer sugerencia de comidas bien equilibradas, basándose en los antecedentes culturales y estado económico.
- Adaptar la dieta a sus referencias personales y tolerancia a los alimentos.
- Indicar al cuidador que conserve las gafas, prótesis auditivas y dentadura de la Sra. Raquel al alcance, y que prepare los alimentos basándose en su capacidad de masticar y tragar. Explicarle la importancia que tiene variar la textura y consistencia de los alimentos.
- Explorar los factores desencadenantes de la malnutrición y estimular a que use los recursos de la comunidad, como las comidas a domicilio, comedores públicos y cupones de

FUNDAMENTACION

Es posible que la adulta mayor y a su cuidador les falte la habilidad de escoger y preparar comidas bien equilibradas. La procedencia cultural y el estado económico pueden afectar a las referencias alimentarias de la adulta mayor.

Adaptar la dieta a la adulta mayor puede reforzar el seguimiento.

El déficit sensorial afecta a la capacidad de comer y de disfrutar los alimentos.

Unos ingresos limitados son causa habitual de nutrición inadecuada en la adulta mayor.

<p>comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> Alentar a la asistencia a revisiones odontológicas que se brindan de forma gratuita en su comunidad por parte de la UAM. 	<p>Debe realizarse visitas periódicas al dentista, ya que esto evitara aparición de enfermedades dentales.</p>
EJECUCION	EVALUACION
<p>Se estableció un programa donde se adaptó a sus gustos pero también a sus necesidades. En ocasiones asiste al comedor comunitario. Realiza visitas periódicas para evaluar su estado dental</p>	<p>La Sra. Raquel come más saludablemente, va a revisión cada seis meses a la clínica dental, se financió su prótesis dentaria entre los hijos y la clínica.</p>

<p><i>DdE. 4 Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, antidepresivos, dentición inadecuada aporte insuficiente de líquidos manifestado por disminución de la frecuencia y eliminación de heces duras y secas.</i></p>	
<p>DEFINICION: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas. DOMINIO 3: Eliminación e intercambio. CLASE 2: Función gastrointestinal. OBJETIVO: La Sra. Raquel recuperara su patrón de defecación habitual reconociendo los hábitos higiénico-dietéticos causales o contribuyentes a su problema</p>	
<p>INTERVENCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar su hábito intestinal; anotando sus defecaciones, haciéndole preguntas de sus hábitos y realizando un examen rectal. Preguntar a la Sra. Raquel y a su familia cómo definirían el estreñimiento y lo que les preocupa del funcionamiento intestinal. 	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>Estas actividades ayudan a identificar posibles problemas y a desarrollar un programa seguro de control intestinal. Preguntar a la adulta mayor acerca de su función intestinal puede mostrar complicados sistemas de creencias. El examen del recto detecta la presencia de heces secas.</p> <p>Es posible que a normas culturales, consideren la falta de defecación diaria como estreñimiento, a pesar de la ausencia de signos clínicos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar examen físico en busca de hemorroides o fisuras anales. • Obtener los antecedentes farmacológicos, incluyendo el modo de usar laxantes y enemas. • Obtener los antecedentes de la dieta habitual. • Enseñarle los cambios normales en la función intestinal relacionados con la edad, como una menor motilidad del colon y menor tono rectal. • Administrar laxantes según prescripción médica. Establecer un régimen de líquidos y fibra. • Enseñar a la Sra. Raquel y a familiares a controlar la función intestinal, realizando anotaciones diarias a la vez que aumentan la ingesta de fibra y líquidos, fomentando el ejercicio. • Enseñarle a la Sra. Raquel la importancia de tener un modelo de evacuación regular. Decirle que se siente en el orinal a los 15 minutos de desayunar, dejar entre 20 y 30 minutos para defecar, elevar los pies sobre un banquillo mientras 	<p>Las hemorroides o fisuras anales pueden producir dolor al esfuerzo, haciendo que la adulta mayor consciente o inconscientemente, evite defecar.</p> <p>Los anticolinérgicos, narcóticos, barbitúricos, hidrocloruro de propoxifeno, tranquilizantes y antiácidos pueden producir estreñimiento, así como el uso excesivo de laxantes y enemas.</p> <p>Es posible que la adulta mayor coma alimentos muy refinados y fáciles de cocinar, con poca fibra.</p> <p>Esta información aumentara su comprensión de las causas naturales de los problemas intestinales.</p> <p>Los laxantes ayudan a eliminar obstrucciones de la parte alta del colon (aunque en su uso prolongado crea habito y puede reducir la sensación de ganas de defecar). La degradación bacteriana de la fibra aumenta la motilidad del colon. Una adecuada ingesta de líquidos ayuda a producir heces más blandas que son más fáciles de eliminar.</p> <p>La deshabitación de los laxantes lleva su tiempo y requiere un esfuerzo y ayuda.</p> <p>La defecación puede resultar más fácil a los 15 minutos de haber desayunado, ya que la ingesta aumenta la motilidad del colon. Es necesario dejar suficiente tiempo para defecar, ya que las interrupciones pueden causar una contracción voluntaria en los esfínteres interno y externo; el repetido</p>
--	---

<p>inclina el cuerpo ligeramente hacia adelante, y que se de masajes en el abdomen siguiendo la progresión natural del colon.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a la Sra. Raquel y a su cuidador a aumentar la ingesta de volumen, añadiendo lentamente a la dieta salvado de trigo entero. Aconsejar que añadan salvado a alimentos tales como salsa de manzana, cereales, puddings y cremas. Fomentar una ingesta diaria de líquido de 2 000 ml como mínimo. • Hacer que inicie un programa de reeducación intestinal, animándole a que beba entre 2 500 y 3 000ml de líquido al día, recomendándole alimentos ricos en fibra (como cereales enteros, frutas y verduras), y desanimándole a escoger alimentos que poseen efecto diurético (como café, té y zumo de uva) o alimentos que contengan harinas y azúcares refinados. • Proporcionar los utensilios físicos necesarios, como silla orinal, servicio móvil y banquillo. • Enseñarle los problemas asociados al abuso crónico de laxantes, como la dependencia, frecuente impactación, dolor debido al estreñimiento, la necesidad de cambiar de laxantes conforme aparece la dependencia. 	<p>embotamiento del estímulo normal para defecar hará que se pierda. La correcta colocación hace que el cuerpo esté alineado, mitigando la presión en la parte inferior de la espalda. Los masajes inducen el reflejo gastrocólico.</p> <p>El salvado es más eficaz que la fibra en aumentar el volumen y el tiempo de transito por el colon. Si se añade lentamente a la dieta, se reduce el distrés gastrointestinal inicial: la hinchazón, los gases y retortijones desaparecerán en unos días. Como el salvado de trigo puro parece y sabe cómo el serrín, está más sabroso si se mezcla con alimentos. El salvado absorbe agua del intestino, haciendo necesaria una adecuada ingesta de líquido para el reblandecimiento de las heces</p> <p>Los líquidos ayudan a mantener las heces blandas y transitables. La fibra ayuda a crear una masa fecal voluminosa, que pasa con más facilidad; no obstante, si se aumenta la fibra sin aumentar los líquidos puede exacerbar el problema. Los alimentos que poseen un efecto diurético reducen los líquidos orgánicos, y los alimentos refinados añaden poco volumen. El zumo de ciruelas produce catarsis, probablemente por contener sales de magnesio, y las ciruelas son relativamente ricas en fibra. Un tiempo lógico de evacuación fomenta la defecación normal.</p> <p>Los utensilios fomentan la comodidad y ayudan en el control intestinal.</p> <p>El uso regular de laxantes altera la inervación intrínseca del colon. El adulto mayor con estreñimiento crónico se hace dependiente de los laxantes para estimular la evacuación intestinal. Además de la dependencia, el uso prolongado puede conducir a una alteración sanguínea química, defectos físicos y</p>
---	---

	deshidratación.
--	-----------------

EJECUCION	EVALUACION
Se enseña a los familiares y a la Sra. Raquel sobre las medidas para evitar el estreñimiento e ir reduciendo este.	Familiares y la Sra. Raquel enumeran y comprenden las medidas para mejorar la eliminación intestinal así como las consecuencias del uso de laxantes.
DdE. 5 <i>Incontinencia urinaria funcional relacionada con debilidad en las estructuras pélvicas de soporte manifestada por vaciar completamente la vejiga antes de llegar al inodoro.</i>	
DEFINICION: Pérdida de orina e imprevisible. DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE 2: Función gastrointestinal. OBJETIVO: Disminuir la incontinencia urinaria.	
<p>INTERVENCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examinar la capacidad física y mental de la Sra. Raquel y su entorno. Valorar signos y síntomas de deshidratación, incluyendo mala turgencia cutánea y sequedad de las mucosas. Estimular la ingesta de líquidos. Valorar los medicamentos que toma la Sra. Raquel que pueda producir incontinencia, incluyendo los diuréticos, sedantes-hipnóticos, anticolinérgicos y antihipertensivos. Consultar al médico la posibilidad de un acuerdo en un cambio en la medicación o ajuste en la dosis, si está indicado. Valorar en busca de poliuria y glucosuria. Enseñarle a la Sra. Raquel a 	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>Dicha valoración es necesaria para determinar estado físico o mental podría estar contribuyendo a la incontinencia.</p> <p>La deshidratación produce una concentración de la orina, que puede irritar la pared vesical y desencadenar la incontinencia.</p> <p>Los diuréticos aumentan la producción de orina y la presión vesical, provocando por tanto urgencia. Los sedantes-hipnóticos enmascaran la sensibilidad del incontinente por urgencia. Los anticolinérgicos impiden el completo vaciado vesical, motivando retención e incontinencia por rebosamiento. Los antihipertensivos relajan la musculatura lisa del cuello vesical, provocando incontinencia.</p> <p>La poliuria y la glucosuria pueden identificar la existencia de diabetes incontroladas, estado asociado a la incontinencia por urgencia.</p> <p>Ejercitar la musculatura pélvica, sobre todo el diafragma urogenital, aumenta el todo</p>

<p>realizar ejercicios de refortalecimiento de la musculatura pélvica (Kegel): primero hacer que se localice la musculatura del suelo pélvico interrumpiendo voluntariamente la micción a la mitad o retrayendo el recto. Luego, enseñándole a endurecer el músculo, permanecer así durante 10 segundos, relajándolo luego otros 10 segundos. Aconsejarle que haga los ejercicios durante 10 minutos, tres veces al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a la Sra. Raquel a contraer su musculatura pélvica antes de toser, andar o al aumentar la presión intraabdominal o intratorácica de cualquier otra forma (como al coger peso). • Proporcionar fundas urinarias, sondas en forma de condón, compresas, braguitas para adulto y cuñas, según se precisen. • Valorar el uso que la Sra. Raquel hace de sustancias irritantes vesicales (como la cafeína, aspartamo o alcohol), y animarle a eliminarlas de su dieta o a reducir su consumo. • Valorar en busca de estreñimiento crónico, u establecer una pauta de eliminación intestinal, si es preciso. • Animar a la Sra. Raquel a beber entre 1.500 y 2.000 ml de líquido durante el día y a limitar o eliminar su ingesta después de las 18:00 horas. 	<p>del esfínter y la resistencia uretral.</p> <p>Contraer su musculatura pélvica antes de estornudar, toser o coger algo pesado puede eliminar la incontinencia.</p> <p>Estos artículos protegen la ropa de la adulta mayor y la de la cama hasta que desaparezca la patología principal.</p> <p>La eliminación de sus irritantes vesicales ayuda a reducir la urgencia, lo que conduce a evitar la incontinencia.</p> <p>El estreñimiento crónico puede causar urgencia y aumentar la incontinencia.</p> <p>Una adecuada cantidad de líquido es necesario para producir suficiente orina como para conservar el reflejo de la micción. Sin embargo, beber después de las 18:00 horas favorece la micción durante la noche.</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a la Sra. Raquel a orinar por hábito si no lo hace de forma regular (cada 2-4 horas). Mantenerle en un esquema rígido (por ejemplo cada 2 horas) basándose en sus registros vesicales y el normal intervalo de continencia. • Llevar a cabo un programa de control vesical una vez que la Sra. Raquel se haya adaptado bien a un esquema de micción cada 2 horas. Aumentar gradualmente los intervalos entre cada micción, de 30 en 30 minutos, hasta lograr un modelo de micción normal de 3-4 horas. • Enseñarle a la Sra. Raquel técnicas de relajación, como los ejercicios de respiraciones profundas y concentración mental, para mitigar la ansiedad e inhibir la urgencia de orinar. Por ejemplo, enseñarle a relajarse, luego hacer tres respiraciones lentas y profundas en cuanto note la urgencia; enseñarle entonces a esperar 5 minutos antes de dirigirse sin prisas al servicio. • Colocar un orinal cerca de la cama de la Sra. Raquel y dejar una luz tenue en la habitación. • Sugerir el uso de otros dispositivos de ayuda, como los orinales, botellas y cuñas. 	<p>Al mantener un modelo de eliminación habitual, el paciente se acostumbrara a orinar de forma regular y a permanecer continente.</p> <p>El control vesical recupera los modelos normales de evacuación y mejora la capacidad y el funcionamiento vesical.</p> <p>Los ejercicios de relajación ayudan a controlar la urgencia de orinar dejando al paciente suficiente tiempo para llegar al servicio.</p> <p>Al tener su orinal cerca y la luz de la adulta mayor podrá hacer uso del orinal con más facilidad.</p> <p>Dichos dispositivos facilitan la evacuación, aliviando o eliminando la incontinencia urinaria.</p>
---	---

EJECUCION	EVALUACION
La Sra. Raquel y familiares se rehusaron a realizar alguna de las intervenciones sugeridas ya que ellos consideraban como irreversible su incontinencia urinaria.	La Sra. Raquel solo realizo algunas intervenciones por cuenta propia.

DdE. 6 <i>Patrón del sueño alterado relacionado con sueño no reparador manifestado por despertar sin querer, dificultad para conciliar el sueño y no sentirse descansado.</i>	
DEFINICION: Interrupciones durante un tiempo limitado de la calidad y cantidad del sueño debidas a factores externos. DOMINIO 4: Actividad/reposo CLASE 1: Sueño/reposo OBJETIVO: La Sra. Raquel recuperara su patrón de sueño habitual.	
INTERVENCIONES: <ul style="list-style-type: none"> Animar a la Sra. Raquel a andar en el día y a relajarse después de la cena. Aconsejarle que evite hacer ejercicio 2 horas antes de acostarse. Garantizar la seguridad de la Sra. Raquel durante su visita al sanitario manteniendo una luz tenue desde las primeras horas de la tarde y durante toda la noche o dejando la puerta entreabierta y manteniendo libre el camino hacia el orinal. 	FUNDAMENTACION <p>La deambulacion y el ejercicio durante el día preparan el cuerpo para dormir. Evitar el ejercicio antes de la hora de acostarse reduce la excitación que podría interferir con la capacidad de conciliar el sueño.</p> <p>Puesto que la adulta mayor puede despertarse con frecuencia durante la noche para ir al baño, resulta esencial garantizar su seguridad. Como la adulta mayor tarda más tiempo en adaptarse de la obscuridad a la luz, es necesario mantener una iluminación adecuada para reducir la posibilidad de caídas. Mantener el camino libre ayuda a evitar caídas. Orinar antes de ir a dormir debería reducir el número de veces que la adulta mayor</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener los ruidos al mínimo. • Animar a la Sra. Raquel a que evite consumir alimentos y bebidas que contengan cafeína después de las 13 horas. • Enseñar a la Sra. Raquel técnicas de relajación como la relajación progresiva, respiraciones lentas y profundas, concentración mental, plegarias y meditación. • Establecer un programa de adelgazamiento para persona obesa. • Ofrecer a la Sra. Raquel leche templada a la hora de acostarse, si la tolera. • Explicar a la Sra. Raquel y familia 	<p>se despierte; el uso de orinal reducirá el riesgo de caídas en caso de tener que orinar por la noche.</p> <p>Cualquier ruido extraño puede impedir al paciente conciliar el sueño, o puede despertarlo durante las fases más superficiales del mismo.</p> <p>La cafeína es un estimulante que puede alterar el sueño.</p> <p>Las técnicas de relajación favorecen el sueño.</p> <p>La grasa de la parte superior del cuerpo reduce el movimiento de la pared torácica y la adaptabilidad respiratoria total, provocando apnea del sueño.</p> <p>La leche contiene triptófano, aminoácido relacionado con la producción de serotonina, que favorece el sueño reparador. Los estudios indican que la reducción de serotonina está conectada con alteraciones del modelo de sueño, y que es posible que las personas con insomnio sean capaces de metabolizar serotonina a partir de los alimentos. La leche templada favorece el sueño mejor que la leche fría.</p> <p>El insomnio es un modelo habitual de trastorno del sueño que afectan a los</p>
---	--

<p>que las necesidades cambian con la edad y que los adultos mayores a menudo se despiertan frecuentemente por las noches.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministrar medicación prescrita: Diacepam 3 gotas una hora antes de acostarse. 	<p>adultos mayores. El tiempo total de sueño, incluyendo la fase de movimiento ocular rápido (REM) y la de movimiento ocular no rápido (no-REM) permanece constante en las personas con edades comprendidas entre los 20y 60 años. Los mayores de 60 años tienen menor tiempo total de sueño, principalmente debido a un aumento en el número de veces en que se despiertan. Tienen que pasar más tiempo en cama para alcanzar un sueño reparador, pero su sueño tiende a distribuirse a lo largo del día, en vez de concentrarse en un espacio de tiempo. Estas alteraciones en el modelo del sueño, relacionadas con el envejecimiento, puede deberse a alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC).</p> <p>Ver Anexo 2</p>
---	---

EJECUCION	EVALUACION
<p>Se animó a la Sra. Raquel a realizarlo paulatinamente hasta conseguir un sueño reparador.</p>	<p>La Sra. Raquel informó que había dormido bien en 2 días y sin necesidad de medicamentos.</p>

<p><i>DdE. 8 Aislamiento social relacionado con recursos personales inadecuados manifestado por falta de personas de apoyo significativos, tristeza expresión de soledad impuesta por otros.</i></p>
<p>DEFINICION: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros. DOMINIO 12: Confort</p>

CLASE 3: Confort social

OBJETIVO: La Sra. Raquel mantendrá el equilibrio entre la soledad y la interacción social.

INTERVENCIONES:

- Determinar si la Sra. Raquel se siente aislada o insegura en su hogar. Identificar sus necesidades de seguridad; enseñarle modos de cubrir dichas necesidades, como a través de un profesional de salud mental, una línea telefónica de ayuda.
- Administrar medicamentos antidepresivos tricíclicos según prescripción médica.
- Observar a la Sra. Raquel en busca de efectos secundarios de la medicación, como somnolencia, taquicardia, visión borrosa, sequedad de la boca o retención de orina. Comentar con el médico la posibilidad de alterar la dosis para mitigar esos efectos.
- Enseñarle a la Sra. Raquel la importancia que tiene usar distintos tipos de ayuda para evitar el aislamiento social.
- Fomentar la participación de la familia como facilitadora de las relaciones sociales y planificar actividades conjuntas.

FUNDAMENTACION

Saber adónde dirigirse para obtener ayuda refuerza el sistema de ayuda de la adulta mayor.

Los antidepresivos tricíclicos que parecen bloquear selectivamente la reabsorción pre sináptica de la serotonina y la noradrenalina, se utilizan para tratar depresiones que no responden a la manipulación ambiental o la psicoterapia.

La medicación precisa un cuidadoso ajuste para aumentar su eficacia y reducir los efectos secundarios. Mucho de estos efectos secundarios disminuyen al cabo de algunos días de uso; no obstante, algunos adultos mayores pueden necesitar una dosis menor, otro compuesto o un cambio en la administración.

El uso de otras fuentes de ayuda disminuye la responsabilidad del cuidador y aumenta la sensación de independencia.

La familia es la principal fuente de apoyo para la persona a lo largo de toda la vida y provee un gran estímulo para el logro de objetivos.

EJECUCION

EVALUACION

Se dialogó con los familiares con la medicación de la Sra. Raquel y sus efectos secundarios y sobre la importancia de pasar un rato agradable con la adulta mayor.	La Sra. Raquel refiere que la sensación de soledad disminuyo paulatinamente.
--	--

DdE. 9 <i>Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmaciones del paciente de que se aburre.</i>	
DEFINICION: Disminución de la estimulación (intereses o participación) en actividades recreativas o de ocio. DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 2: Actividad/Ejercicio OBJETIVO: La Sra. Raquel aumentará la realización de actividades recreativas	
INTERVENCIONES: <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la Sra. Raquel a participar en actividades sociales. • Valorar la respuesta de la Sra. Raquel a las actividades individuales o de grupo y proporcionar actividades recreativas apropiadas. • Organizar salidas para conocer lugares de interés de la Sra. Raquel así como exposiciones culturales. 	FUNDAMENTACION <p>El adulto mayor deprimido necesita relacionarse con otras personas para distraerse de los pensamientos que lo absorben.</p> <p>Las actividades pueden ayudar a mantener la autoestima y una imagen personal positiva.</p> <p>Favorecer la adaptación e integración de la paciente a su entorno y favorece las relaciones sociales.</p>

EJECUCION	EVALUACION
<p>Se planearon salidas a lo largo del año con cada uno de sus hijos además de actividades ocupacionales para la Sra. Raquel.</p> <p>En ocasiones se le llevaba a comer al comedor comunitario porque se encuentra con conocidos y tiene pláticas muy extensas con ellas.</p>	<p>No se llevaron a cabo todas las salidas pero si la mayoría ya que no había mucho interés por ambas partes de salir de casa.</p> <p>Le agradaba salir al comedor comunitario a comer ya que era un medio de distracción para ella.</p>

--	--

7. PLAN DE ALTA

7.1 Dieta

Grupo de alimentos	Cantidad por día	Fuentes alimenticias
I. Grupos de carne y sustitutos de la carne para obtener proteínas, fosforo, hierro, vitamina B ₆ y B ₁₂ , tiamina y niacina.	Dos raciones moderadas	Una ración de 60 gr de carne enlatada, pescado o carne de ave cocidos, dos rebanadas de queso, dos huevos, 1 taza de chicharos cocidos, frijoles o lentejas, 1 taza de frijol de soya, 4 cucharadas de mantequilla de cacahuete.
II. Productos lácteos para proteínas, calcio, fosforo, vitamina A, B ₆ , B ₁₂ y riboflavina.	Dos raciones	Una ración de productos lácteos pobres en grasas: 1 vaso grande con leche, media taza con queso no saldo, media taza con yogurt, 2 rebanadas de queso cheddar. Leche enriquecida con vitamina A y D.
III. Frutas y vegetales para obtener carbohidratos, fibra, vitaminas A, C y K, riboflavina, ácido fólico, hierro y calcio.	Cuatro o más raciones	Una ración: manzana, naranja, plátano, durazno o papa, de tamaño mediano; 1 vaso grande con jugo de fruta cítrica (naranja, uva), media taza de espinacas, col, zanahoria o calabazas cocidas: una rama de brócoli, medio pimiento

		verde.
IV. Granos y cereales para obtener carbohidratos, hierro y vitaminas del complejo B y fibra.	Dependerá de sus necesidades calóricas.	Incluye mantequilla, margarina, mayonesa, grasas, aceites y otros aderezos de ensaladas. También frutas, jamón, gelatinas, postres, enlatados o congelados, bebidas suaves y alcohólicas. Aproximadamente 9 calorías por gramo de grasa, 4 por gramo de azúcar y 7 por gramo de alcohol.
Agua para absorción de nutrientes, regulación de la temperatura corporal, circulación y excreción.	Seis a diez vasos.	Incluye todo tipo de bebidas y sopas.

7.2 Fármacos

Sesión informativa

Tema: ¿Qué necesito saber sobre mi medicamento Nimodipino?

1. ¿Para qué padecimientos está prescrito el medicamento?

Está indicado para el tratamiento de los síntomas del deterioro mental relacionados con la edad. Se usa solo o en combinación en la profilaxis de cefalea migrañosa común o en tratamientos de hipertensión.

Prevención y tratamiento del Síndrome de Deterioro Intelectual (demencia degenerativa primaria y vascular), es decir, síntomas y signos tales como pérdida de la memoria, dificultad para la concentración, irritabilidad, labilidad emocional y trastornos del sueño.

2. ¿Qué hace el medicamento?

Nimodipino protege las neuronas y estabiliza su función; promueve el flujo sanguíneo cerebral. Mejora trastornos de la memoria y mejora la concentración en pacientes que padecen síndrome de deterioro intelectual. Disminuye la presión arterial.

3. ¿Cada cuánto tiempo debo tomar el medicamento y en que dosis?

1 tableta diaria por las mañanas

4. ¿Debo levantarme a media noche a tomarme el medicamento?

No

5. ¿Cómo debo tomarlo?

Las tabletas deben ser deglutidas con un poco de líquido, independientemente de los alimentos. Se debe evitar la ingesta de jugo de toronja. Se debe tomar con el estómago vacío, por lo menos 1 hora antes de una comida o 2 horas después de comer.

6. ¿Cuánto líquido debo tomar con este medicamento?

Trague las cápsulas enteras con agua.

7. ¿Qué debo hacer si olvido una dosis?

Tome la dosis que omitió tan pronto como lo recuerde. Sin embargo, si ya casi es hora de la próxima dosis, no tome la dosis que omitió y continúe con su dosificación regular. No duplique la dosis para compensar la dosis omitida.

8. ¿Por cuánto tiempo debo tomar este medicamento?

Próxima consulta.

9. ¿Debo suspenderlo cuando hayan desaparecido los síntomas?

Tómelo exactamente como se indica. No tome más ni menos cantidad del medicamento ni lo tome con más frecuencia de lo que indica la receta de su médico.

Es importante terminar todo el tratamiento. Continúe tomando aunque se sienta bien. No deje de tomarlo sin hablar con su médico.

10. ¿Existen algunas precauciones que tengo que observar?

- Informe a su médico si está tomando alguno de los siguientes medicamentos: ciertos medicamentos antihongos incluyendo itraconazol (Onmel, Sporanox), cetoconazol (Nizoral) y voriconazol (Vfend); claritromicina (Biaxin). Su médico podría indicarle que no tome nimodipino.
- Informe a su médico qué otros medicamentos con y sin receta médica, suplementos nutricionales y vitaminas está tomando o tiene planificado tomar. Asegúrese de mencionar cualquiera de los siguientes: eritromicina; fluconazol; medicamentos para hipertensión arterial o enfermedad del corazón incluyendo diuréticos (píldoras que provocan la eliminación de agua a través de la orina); prednisolona. Muchos otros medicamentos también podrían interactuar con nimodipino, así que asegúrese de informar a su médico sobre todos los medicamentos que está tomando, incluso si no aparecen en esta lista. Es posible que su médico deba cambiar las dosis de sus medicamentos o supervisar más de cerca si sufre efectos secundarios.

11. ¿Cuáles son los principales efectos colaterales de este medicamento?

- Dolor de cabeza
- Diarrea
- Náusea
- Dolor muscular
- sarpullido
- Mareos
- Mareos leves
- Ritmo cardíaco rápido o lento
- Inflamación de los brazos, manos, pies o piernas

12. ¿Qué debo hacer si noto algún efecto colateral?

Acudir a urgencias

13. ¿puedo tomar otros medicamentos sin complicaciones?

No. Debe avisarle a su médico. Es importante que usted mantenga una lista escrita de todas las medicinas que está tomando, incluyendo las que recibió con receta médica y las que compró sin receta, incluyendo vitaminas y suplementos de dieta. Debe tener la lista cada vez que visita su médico o cuando es admitido a un hospital. También es una información importante en casos de emergencia.

14. ¿puedo continuar con los medicamentos no prescritos que utilizo?

Informe a su médico qué otros medicamentos con y sin receta médica, está tomando o tiene planificado tomar.

15. ¿Debo tener alguna información escrita sobre este fármaco?

No. Hable con su médico cualquier duda que tenga sobre el medicamento.

16. ¿Aproximadamente cuánto cuesta este medicamento?

\$150

17. ¿Hay alguna opción de tratamiento para este medicamento, como un cambio de dieta o habito de ejercicio?

No tome jugo de toronja ni coma toronja mientras está tomando el medicamento

7.3 Medidas para prevenir complicaciones

- Evitar el consumo de demasiada sal
- Evitar estrés o ansiedad

7.4 Signos y síntomas de alarma

- Dolor de cabeza fuerte
- Náusea o vómito
- Confusión
- Cambios en la visión
- Sangrado nasal
- TA \leq 140/90 mmHg

8. CONCLUSIONES

Como profesional de enfermería el realizar el PAE me permitió emplear el juicio clínico, pensamiento crítico, el sentido de vocación, el respeto a la singularidad de los individuos y mis valores éticos y morales, para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería, además de emplear conocimientos, habilidades, destrezas y por qué no también experiencia para desarrollar un plan de cuidado eficaz e individualizado con un enfoque holístico e humanístico también emplee paciencia, dedicación y amor a la profesión. La relación enfermera-paciente- familia es muy importante para el logro de los planes de enfermería a seguir, ya que sin un trabajo en equipo no podría lograrse el objetivo planeado al inicio del cuidado.

Me mostró que hace falta mucha información hacia la sociedad para entender a un paciente geriátrico ya que existen muchos mitos por erradicar para así contribuir a tener una vejez plena.

9. GLOSARIO

Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

Anhedonia: Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

Apnea obstructiva del sueño: Se produce por la oclusión intermitente y repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño, lo que origina una interrupción completa (apnea) o parcial (hipopnea) del flujo aéreo.

Aterosclerosis: Variedad de arteriosclerosis que se caracteriza por el depósito de sustancias grasas en el interior de las arterias.

Blefarocalasia: Adelgazamiento del tejido subcutáneo del arado que da lugar a un repliegue cutáneo o puede ocasionar trastorno de visión.

Boniato: Planta trepadora de tallo y ramoso, hojas alternas acorazonadas, flores grandes y acampanadas, rojas por dentro y blancas por fuera y tubérculos comestibles. Sinónimos: batata, camote.

Calistenia: Es un sistema de ejercicio físico en el cual el interés está en los movimientos de grupos musculares, más que en la potencia y el esfuerzo.

Calidad de vida: Es la condición que resulta el equilibrio entre la satisfacción de estas, tanto en el lado objetivo como en el subjetivo.

Comorbilidad: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Distimia: Es una forma leve, pero crónica, de depresión. Los síntomas suelen durar al menos dos años.

Diverticulítis: Ocurre cuando las pequeñas bolsas o sacos que protruyen y que se forman sobre la pared interna del intestino (divertículos) resultan inflamados o infectados. Con mucha frecuencia, estas bolsas se encuentran en el intestino grueso (colon).

Elastosis senil: Atrofia de la capa elástica de la piel roja de la vejez en la piel muestra una coloración en varios tonos de marrón, arrugas y maculas visibles en la cara dorso y extremidades.

Enfermedad de Paget: Es una enfermedad inflamatoria del tejido óseo no metabólica de causa desconocida, aunque se piensa que puede representar una neoplasia benigna de las células formadoras del hueso que conlleva un alto riesgo de generar un osteosarcoma agresivo.

Entropión: El borde del párpado (más frecuentemente el párpado inferior) se pliega o invierte en dirección hacia la superficie del ojo. El contacto y más aún el roce de las pestañas causan irritación característica del ojo y con el tiempo, ulceración y cicatrización de la córnea.

Exoftalmia: Prominencia exagerada del globo ocular que puede ser constitucional o síntoma de una enfermedad del tiroides.

Fotopsia: La sensación de visión de luces o destellos sin que hayan existido estímulos luminosos externos, por lo que puede percibirse incluso con los ojos cerrados.

Geriatría: Rama de la medicina que estudia los procesos patológicos que afectan al adulto mayor con las mismas consecuencias y repercusiones de la gerontología.

Gerontología: Estudia el proceso de envejecimiento y sus consecuencias y recuperaciones biopsicosociales.

Grasa periorbital: Cojinete semilíquido de grasa que reviste la órbita ósea sujetando al ojo.

Hendidura palpebral: Es la abertura natural que existe entre los párpados y que le da su forma característica al ojo. Gracias a la fisura palpebral podemos abrir y cerrar los ojos.

Leptina: Es una hormona involucrada en la regulación del peso corporal, de la regulación del apetito y la termogénesis (proceso por el cual se quema grasa).

Maculopatía Senil: Es la patología ocular de origen desconocido afecta a la retina generando la pérdida de la visión central y de la agudeza visual.

Metamorfopsia: Es una distorsión visual que altera la percepción de los objetos en el campo visual. Se debe a una alteración en la mácula, causada por el desplazamiento relativo de los fotorreceptores maculares.

Mielopoyesis: Proceso de generación, desarrollo y maduración de los componentes mieloides de la sangre. Estos componentes son aquellos cuyo proceso de maduración, se inicia y completa en la médula ósea. La serie mielóide de la sangre se corresponde con eritrocitos, megacariocitos, monocitos y granulocitos o células granulocíticas (eosinófilos, basófilos y neutrófilos).

Nistagmo: Movimiento espasmódico involuntario y rápido de los globos oculares, que puede ser ocasionado por afecciones muy diversas.

Osteoblastos: Son células del hueso encargadas de sintetizar la matriz ósea, por lo que están involucradas en el desarrollo y el crecimiento de los huesos.

Osteoclasto: Es una célula multinucleada, móvil, gigante, que degrada, reabsorbe y remodela huesos. Está implicado en la remodelación de hueso natural. Deriva de células hematológicas.

Osteomalacia: Es el reblandecimiento de los huesos. Se presenta debido a una falta de vitamina D o a un problema con la capacidad del cuerpo para descomponer y usar esta vitamina, la cual le ayuda al cuerpo a absorber el calcio. El cuerpo necesita el calcio para mantener la fuerza y dureza de los huesos.

Otosclerosis: Afección del oído medio e interno que provoca sordera por anquilosamiento del estribo. Sinónimo: otospongiosis.

Paratohormona: Es una hormona que produce hipercalcemia si hay un aumento en su secreción; por otro lado, su déficit produce hipocalcemia y como consecuencia de esto, puede inducir a la tetania.

Presbicia: Anomalía o defecto del ojo que consiste en la imposibilidad de ver con claridad los objetos próximos y que se debe a la rigidez del cristalino.

Recambio proteico: Las proteínas del cuerpo están en continuo proceso de renovación por un lado se degradan hasta sus aminoácidos estos se obtienen de la dieta para formar nuevas proteínas en base a las necesidades del movimiento.

Resorción ósea: Es el proceso por el cual los osteoclastos eliminan tejido óseo liberando minerales, resultando en una transferencia de ion calcio desde la matriz ósea a la sangre.

Sarcopenia: pérdida de la masa muscular y con ella la fuerza de nuestro cuerpo.

Síndrome de hipoventilación y obesidad: Es una afección que se presenta en algunas personas obesas, en la cual la respiración deficiente lleva a bajos niveles de oxígeno y niveles más altos de dióxido de carbono en la sangre.

Tetania: Enfermedad producida por una insuficiencia de la secreción de las glándulas paratiroides que causa la aparición de espasmos y contracturas, especialmente en las manos y en los pies.

Xerostomía: Es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

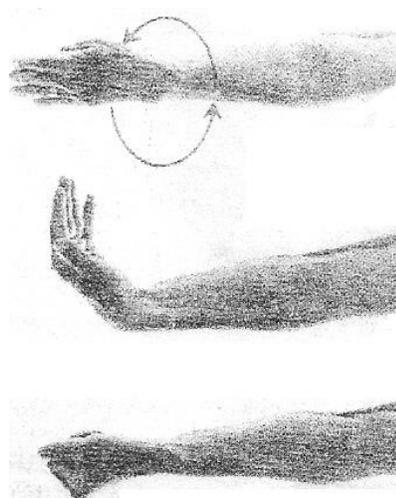
10. ANEXOS

Anexo 1

Flexibilidad: Baja intensidad

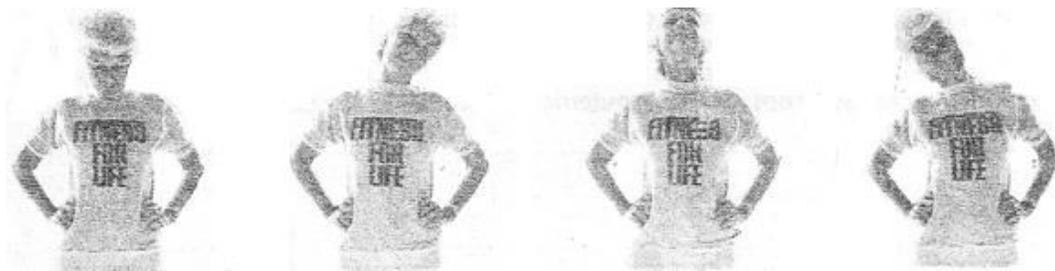
Ejercicios de mano

Levante sus brazos hasta una posición en T- extendido hacia los lados, a la altura de los hombros. Forme puños con sus manos. Apriete y después relaje sus puños. Haga esto cinco veces. Deje que caigan sus manos, alrededor de las muñecas, cinco veces en cada dirección para relajar sus muñecas.



Giros de la cabeza

Gire lentamente su cabeza formando un círculo, abarcando el rango completo de



movimiento. Empiece por dejarlas caer hacia su pecho. Después rótelas hacia su hombro, luego hacia su espalda posteriormente hacia el hombro opuesto y finalmente hacia adelante. Haga este ejercicio en dirección de las manecillas del reloj cinco veces y después en contra de las manecillas del reloj cinco veces, para relajar sus músculos del cuello. A medida que gira su cabeza, cierre sus ojos y trate de relajar simultáneamente los músculos del cuello, así como los músculos de sus hombros.

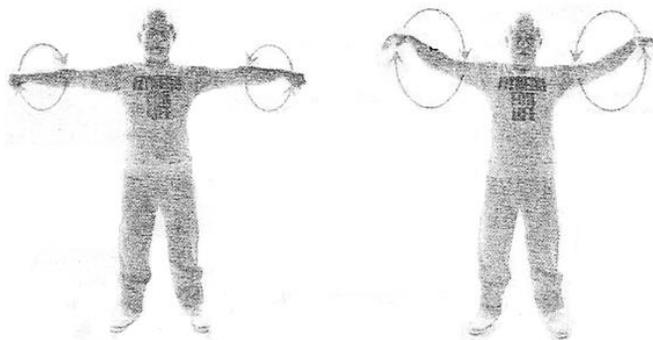
Balanceo de los pies

Acostado de espaldas sobre un tapete, balancee sus piernas en forma de vaivén. Sus piernas deben de estar levantadas y sus rodillas flexionadas para proteger su espalda. Haga cinco veces para hacer flexibles sus piernas y pies y fortalecer sus músculos abdominales.



Círculos de brazos

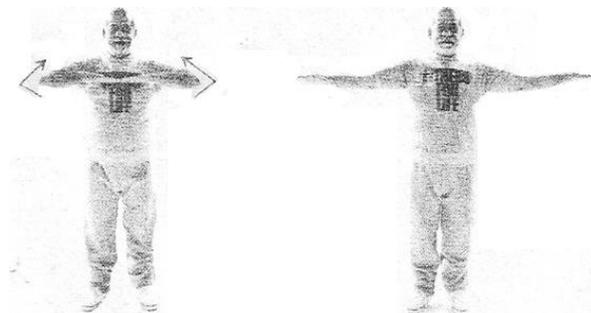
Levante sus brazos hasta una posición en T- extendidos hacia los lados, a la altura de los hombros. Apriete los puños con sus manos. Apriete los codos y músculos de los brazos y haga pequeños movimientos circulares, manteniendo sus brazos rígidos. Haga cinco rotaciones en una dirección y cinco en la opuesta. Después relaje sus manos y codos y haga grandes círculos con sus brazos aun extendidos. Rote cinco veces en una dirección y cinco veces en la opuesta para relajar sus hombros y codos.



Flexibilidad: intensa media

Estiramiento de costados

Deje, con las piernas separadas, los brazos extendidos hacia los lados en posición T, flexione sus codos para llevar sus manos hasta su pecho, las palmas hacia abajo, tocándose las puntas de los dedos. Este es un ejercicio de cuatro tiempos. En cada



uno cuente 1-2-3 y lleve sus codos hacia atrás tres veces; después al contar 4, balance sus brazos firmemente a los lados, girando sus palmas hacia arriba. Regrese a la posición inicial en que toca la punta de los dedos. Haga esto cinco veces diarias por una semana. En la segunda semana, aumente a 10 para ser flexible y fortalecer la parte superior de su espalda, hombros, brazos y pecho y mejorar la postura.

Rodilla levantada y abrazada

Acostado de espaldas, sus piernas extendidas, sus pies juntos, sus brazos a los lados, levante su pierna izquierda aproximadamente a un pie del piso. Manténgala levantada por cinco tiempos; después flexione la rodilla y presione sobre su pecho tanto como pueda. Abraze la rodilla con las dos manos y oprímala suavemente contra su pecho tanto como le sea posible. Cuente hasta cinco; después regrese la rodilla a su posición original. Exhale cuando levante la rodilla; inhale cuando la baje. Repita el mismo ejercicio con la rodilla y pierna derecha. Haga este ejercicio 10 veces para mejorar la flexibilidad de las articulaciones de rodillas y cadera, y reforzar los músculos abdominales. Haga cinco para calentamiento.

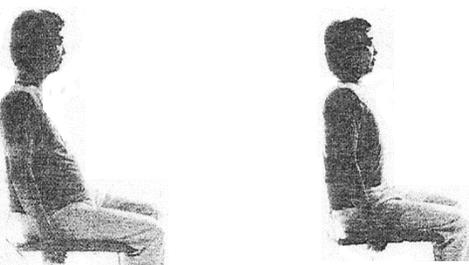


Extensión de piernas

Sentado, levante su pierna izquierda del piso y extiéndala completamente frente a usted. Sosténgala mientras cuenta hasta cinco; después bájela lentamente. Haga lo mismo con la pierna derecha. Haga cinco ejercicios con cada pierna para mantener el tono de los músculos de los muslos.



Contracción abdominal

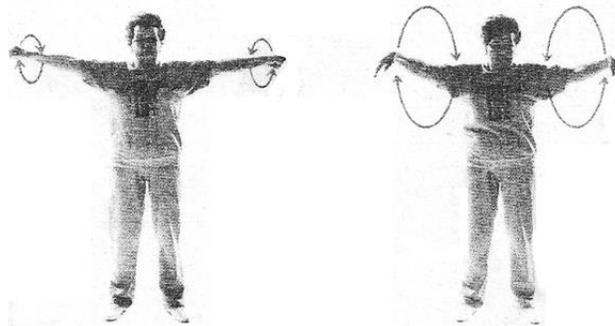


Esto puede hacerse en posición sentada en cualquier momento. Hágalo cuando se acuerde. Sentado en una silla contraiga sus músculos abdominales tan fuerte como pueda. Trate de mantener así más o menos durante medio minuto. Relájese; deje que su abdomen sobresalga hacia adelante por sí mismo; después impúselo hacia

adelante y sosténgalo. Haga este ejercicio cinco veces. El fortalecimiento de los músculos abdominales debilitados no solamente los reafirmara, sino también ayudara a os músculos de la espalda.

Círculos con los brazos

De pie con las piernas separadas, levante los brazos a la altura de los hombros hasta una posición en T. Apriete los puños y los codos. Después haga pequeños círculos, manteniendo rígidos sus brazos. Haga cinco círculos hacia adelante y otros círculos hacia atrás. Después de eso, relaje sus manos y codos, y haga grandes círculos con sus brazos aun extendidos. Haga cinco círculos grandes hacia adelante y otros hacia atrás para hacer flexibles sus hombros y brazos. Después de hacer esto diariamente por una semana aumente hasta 10 veces cada grupo de ejercicios. Después de dos semanas aumente a 15 veces cada ejercicio y mantenga las repeticiones a ese nivel diariamente.



Resistencia: intensidad media

Apretar el pecho

De pie, con los pies separados, lleve sus brazos a la altura de sus hombros; flexione sus codos hasta que sus manos estén frente a su pecho. Inhale profundamente. Exhale a medida que presiona sus manos una contra la otra. Mantenga la presión de sus manos hasta que allá contado hasta cinco. Separe sus manos, rótelos en direcciones opuestas y enganche los dedos de una mano con los de la otra. Inhale profundamente. Exhale a medida que trata de separarlas, ero enganchadas. Cuente hasta cinco mientras tira de una mano con la otra. Realice estos dos ejercicios 10 veces cada uno, diariamente durante el primer mes y 20 durante el segundo mes, ara reforzar los músculos de los brazos, hombros y pecho.



Levantamiento de la cabeza

Acotado de espaldas sobre un tapete estire sus piernas y manténgalas juntas. Oculte sus manos, con las palmas hacia abajo, en el pequeño hueco de su espalda. Levante su cabeza y hombros hasta los codos. Cuente hasta cinco. Debe sentir una buena contracción en su abdomen desde los músculos que sostienen su cabeza levantada. Baje su cabeza, hombros, codos y espalda hasta el piso. Respire profundamente. Exhale al levantarse; inhale al relajarse. Haga este ejercicio cinco veces diariamente durante la primera semana, 10 durante la segunda semana y 15 durante la tercera semana. Si puedes realizar hasta veinte diariamente después de eso, mucho mejor, ya que este es el mejor ejercicio para reafirmar los músculos del abdomen.



Estiramiento de costado

De pie, con las piernas separadas, los brazos extendidos hacia los lados en posición de T, flexione los codos para llevar sus manos hasta su pecho, las palmas hacia abajo, tocándose las yemas de los dedos. Este es un ejercicio de cuatro tiempos. En cada uno cuente 1-2-3 y lleve sus codos hacia atrás lo más que pueda. Mantenga sus brazos a la altura de sus hombros a medida que tira hacia atrás tres veces; después al contar 4, balance sus brazos firmemente a los lados, girando sus palmas hacia arriba. Regrese a la posición inicial en que toca la yema de sus dedos. Haga este ejercicio 10 veces diariamente por una semana. En la segunda semana aumente a 20 veces diariamente para hacerse flexible y fortalecer la parte superior de la espalda, hombros, brazos y pecho, y mejorar la postura. Exhale en 1-2-3; inhale en 4.





Presión sobre la puerta de Sansón

De pie en la entrada de una puerta abierta, con sus pies separados. Levante sus brazos flexionándolos a la altura de los hombros (si lo permite la abertura de la puerta) y coloque sus manos en la batiente opuesta de la estructura de la puerta. Empuje en forma similar a como lo hizo Sansón sobre los pilares en el antiguo Israel. Exhale conforme empuja. Manténgase hasta que haya contado hasta 10 veces. Relájese e inhale. Repita el ejercicio 10 veces, ara fortalecer sus extremidades superiores, hombros y parte superior de la espalda.

Extensión de brazos

En su mano izquierda, sostenga un objeto que ese de dos a tres libras, como un paquete de café. Levante esa mano y sosténgala por arriba de su cabeza; después flexione lentamente su brazo hasta que la mano que sostiene el eso este por detrás de su cabeza. Levante lentamente el eso hasta que su brazo este completamente extendido. Haga este ejercicio 10 veces; después traslade el eso a la mano derecha y haga 10 ejercicios con ese brazo. Después de un mes, levante cinco libras y repita el ejercicio 15 veces. Después de dos meses aumente a 10 libras ara fortalecer sus hombros, extremidades superiores y manos.



Anexo 2

DIAZEPAM

Mecanismo de acción

Facilita la unión del GABA a su receptor y aumenta su actividad. Actúa sobre el sistema límbico, tálamo e hipotálamo. No produce acción de bloqueo del SNA periférico ni efectos secundarios extrapiramidales. Acción prolongada.

Indicaciones terapéuticas

Duración lo más corta posible y reevaluar a intervalos regulares, incluyendo necesidad de continuar. Máx. 8-12 sem. Incluida retirada gradual.

- Supresión sintomática de ansiedad, agitación y tensión psíquica por estados psiconeuróticos y trastornos situacionales transitorios:

- Estados de ansiedad media/grave

- Pre medicación anestésica

- Inducción a la anestesia

- Sedación previa a intervenciones diagnósticas, quirúrgicas y endoscopias

- Coadyuvante en dolor musculo esquelético por espasmos o patología local. Espasticidad por parálisis cerebral y paraplejía, atetosis y síndrome de rigidez generalizada:

-Coadyuvante en terapia anticonvulsiva:

- Status epilepticus

- Tétanos

- Pre eclampsia y eclampsia

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a benzodiazepinas o dependencias de otras sustancias, incluido el alcohol (excepto tratamiento de reacciones agudas de abstinencia), miastenia gravis, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia respiratoria severa, I.H. severa, glaucoma de ángulo cerrado (rectal, oral), hipercapnia crónica severa (oral).

Advertencias y precauciones

Ancianos, I.R., I.H. leve o moderada, niños, insuf. respiratoria crónica, porfiria, epilepsia, dependencia de alcohol o drogas o antecedentes. En pacientes con lesiones en el SNC y que presenten crisis epilépticas, extremar la precaución ya que puede disminuir la circulación cerebral y la oxigenación sanguínea, pudiendo provocar daño cerebral irreversible. Riesgo de amnesia anterógrada, reacciones psiquiátricas y paradójicas. Después de un uso continuado hay riesgo de tolerancia, dependencia (física y psíquica). La interrupción brusca tras un uso continuado provoca síndrome de abstinencia. No usar en ansiedad asociada a depresión ni como tto. primario de enf. psicótica. Por vía IV: riesgo de apnea y/o parada cardíaca en ancianos, muy debilitados o con reserva cardíaca o pulmonar limitada. Extremar precauciones para evitar la administración IA o extravasación.

Contraindicado en I.H. severa por riesgo de encefalopatía. Precaución en I.H. leve-moderada: reducir dosis.

Interacciones

Potenciación del efecto depresor sobre SNC con: neurolépticos, hipnóticos, ansiolíticos/sedantes, antidepresivos, analgésicos narcóticos, antiepilépticos, anestésicos, antihistamínicos sedantes.

Efecto sedante aumentado con: alcohol, disparidad, cimetidina, propofol, etanol.

Acción aumentada por: inhibidores del citocromo P450, inhibidores de la proteasa, antifúngicos azólicos, isoniazida.

Efecto aditivo depresor del SNC y respiratorio con: barbitúricos, relajantes musculares de acción central.

Toxicidad aumentada por: etinilestradiol y mestranol, fluoxetina, omeprazol, ketoconazol, fluvoxamina, ác. valproico.

Efecto anticonvulsivante disminuido por: ginkgo.

Efectividad disminuida por: H. perforatum.

Efecto disminuido por: fenobarbital, carbamazepina, fenitoína, rifampicina.

Aumenta acción de: digoxina.

Altera acción de: fenitoína.

Reacciones adversas

Somnolencia, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, confusión, fatiga, cefalea, mareo, debilidad muscular, ataxia o diplopía, amnesia, depresión, reacciones psiquiátricas y paradójicas; depresión respiratoria.

Sobredosificación

Antídoto flumazenilo. En pacientes epilépticos que reciban tto. de larga duración con diazepam, no se recomienda el uso flumazenilo, ya que la supresión brusca del efecto protector de un agonista benzodiazepínico puede dar lugar a convulsiones en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Alejandro Orozco. (2010). *Cultura del envejecimiento*. México: INAPAM

DartmouthinstituteforBetterHealth. (1994). *Guía médica y de la salud para mayores de cincuenta años*. México: Trillas

D`Hayver, C & L. Gutiérrez. (2009). *Geriatría*. México: El manual moderno

Guerra A. & M. Castro. (2011). *Controversias en geriatría*. México: Alfil

Landefeld S. [et al] (2005) *Diagnósticos y tratamientos en enfermería*. México: El manual moderno

Rodriguez R. & G. Lazcano. (2006). *Práctica de la geriatría*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

WileyBlackweil. (2014). NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. España: Tenth

PÁGINAS DE INTERNET

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484> consultado el día 8 de Abril de 2016 a las 18:30

http://www2.ulgc.es/descargadirecta.h?codigo_archivo=4479 consultado el día 14 de noviembre de 2015 a las 2:45