



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2013-2014.

Trabajo Fin de Grado

**AUTOGESTIÓN DE LA PROPIA SALUD EN
LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**

CASO CLÍNICO.

Alumno: M^a Elia Sanz Montesinos.

Tutor: Elena Faulín Ramos.
Julio, 2014.

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar debo agradecer a la enfermera Dña. Estefanía Martínez de la Peña y a la médica Dña. África Antón Losada, del Centro de Salud Pintor Oliva donde realice mis prácticas, su ayuda para la identificación de la paciente y la paciencia que tuvieron conmigo durante el desarrollo del trabajo, la resolución de mis dudas y la orientación que me dieron. Así como al Centro de Salud por permitirme realizar el mismo en las instalaciones y por supuesto a la paciente, por permitirme utilizar información suya y porque sin su desinteresada participación no hubiera sido posible la realización del caso clínico.

Una especial mención a mi tutora Dña. Elena Faulín Ramos, por orientarme en la realización del trabajo, porque me encontraba y encuentro perdida en ciertos aspectos, por ayudarme en la ejecución y corregirme los múltiples errores cometidos así como las dudas que no fueron menos. Gracias por poner tanto empeño y estar siempre disponible cuando lo he necesitado. También al profesor de informática Don. Tomás Salvador Fuentes por corregir varias veces errores, que aún no entiendo ni como los hice. Y gracias a la escuela por estos años, por darme una base y una educación que me han ayudado y confío me ayudaran en el desarrollo de mi profesión como profesional de enfermería y como persona, ya que creo, no solo haber adquirido conocimientos, muchos conocimientos, también me llevo muchas experiencias positivas y amigos que me han ayudado y me han servido de apoyo en momentos en que no podía contar con nadie más.

También agradecer a mi familia, a mis padres, a mi hermano y a mi abuela todo su apoyo y confianza, porque a pesar de no tenerles tan cerca y verles los fines de semana, siempre han sabido apoyarme, darme fuerza y animarme para seguir, incluso en aquellos momentos en los que dudaba de poder conseguir mis objetivos, en definitiva por confiar en mi más que yo misma.

Por último agradecer a la ciudad de Palencia, ya que de ella me llevo muchas cosas valiosas, mi profesión y formación, mis amigos más cercanos, que ya forman parte de mi familia, mis compañeros de clase y muchas vivencias que he tenido la oportunidad de compartir con todos ellos.

INDICE.

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Material y Métodos.....	7
Resultados.....	26
Discusión.....	29
Bibliografía.....	32
Anexos.....	36

RESUMEN.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, además de ser responsables de un deterioro importante de la calidad de vida de quienes las padecen, tienen gran repercusión económica, ya sea por el número de bajas laborales de personas afectadas o por el dinero destinado a la prevención, detección, tratamiento, cuidado y rehabilitación.

Por el número de personas afectadas e importancia del problema, es fundamental realizar una prevención primaria (evitar la dolencia), secundaria (tratar los factores de riesgo con manifestación clínica de la enfermedad) y terciaria (evitar posibles complicaciones).

Dicha patología requiere un enfoque multidisciplinar por lo que el uso del proceso enfermero aporta un pilar básico en el tratamiento de la misma, planteándose como objetivos fundamentales la mejora en el autocontrol de la enfermedad, un aumento del afrontamiento y de los conocimientos, implementando así el uso de las taxonomías como lenguaje estandarizado.

Para la elaboración del plan de cuidados, se ha seleccionado un caso clínico y se ha realizado una valoración inicial a través de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Tras la aplicación del plan terapéutico se obtuvo una variación significativa y positiva dentro de los criterios de resultados, pudiéndose mejorar los indicadores de los objetivos de deshabituación tabáquica y aumento del ejercicio si se hubiera dispuesto de un periodo más amplio de ejecución.

La aplicación de un plan de cuidados individualizado y estandarizado, nos garantiza unos cuidados de calidad y una continuidad en ellos.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, caso clínico, plan de cuidados, enfermería, prevención secundaria.

INTRODUCCIÓN.

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. En España en el año 2007 ocasionaron 124.126 muertes, lo que supone el 32,2% de todas las defunciones (46% varones y 54% mujeres). El 60% de la mortalidad cardiovascular total corresponde a la cardiopatía isquémica (CI) y a la enfermedad cerebrovascular (ACV) (30% para la enfermedad coronaria y 26,6% para el ictus). Respecto a la CI, el infarto agudo de miocardio (IAM) origina el 64% de todas las defunciones; se ha estimado que más de un tercio de los pacientes con IAM muere antes de llegar al hospital. (1)

El último informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo, 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los ACV. Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y ACV, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte. La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, dietas inadecuadas, obesidad, inactividad física, hipertensión arterial, diabetes o hipercolesterolemia. El 16,5 % de las muertes anuales, es decir, 9.4 millones y medio de muertes, son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por ACV y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria. (2)

La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardiaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias.

Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de las arterias coronarias se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades.

En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio). (3)

Existen factores mensurables que predicen el desarrollo de ECV, denominados factores de riesgo. Nos servimos de la clasificación utilizada por el "World Heart and Stroke Forum" que los subdivide en mayores, subyacentes y emergentes. Los que se consideran causas directas de la enfermedad cardiovascular se denominan factores cardiovasculares mayores (tabaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia). Los factores de riesgo subyacentes (obesidad, inactividad física, estrés) actúan sobre todo a través de los factores mayores de riesgo, pero también de una manera independiente, aunque sea difícil separar su intervención de la de los primeros y los factores emergentes (factores lipídicos y subfracciones lipoproteicas, resistencia a la insulina, marcadores trombogénicos) aunque contribuyen al riesgo total su prevalencia poblacional o la fuerza de la correlación es inferior que la de los factores mayores de riesgo. Su uso en la práctica debe de estar basado en el juicio clínico sobre cada paciente individual y no deben tener prioridad sobre los factores de riesgo mayores. (4)

Para poder llevar a cabo la prevención de la enfermedad cardiovascular es necesario tener en cuenta los múltiples factores de riesgo. No hay que olvidar que, frecuentemente, estos factores de riesgo aparecen asociados en las mismas personas y que poseen un efecto potenciador entre ellos, lo que determina el perfil del riesgo cardiovascular global. Por ello, se considera que la elección y el uso de medidas terapéuticas deberán estar basadas, por consiguiente, en este perfil de riesgo cardiovascular multivalente, más que en la severidad de alguno de sus componentes aisladamente. (5)

Por lo que para ello, se propone realizar un plan de cuidados individualizado, teniendo en cuenta que la valoración integral de la persona, es la herramienta clave y punto de partida en el desarrollo de dicho plan. Esta nos ayudará a identificar la etapa de cambio en la que se encuentra, así como los problemas y/o los factores de riesgo que presenta, sobre los cuales girará el desarrollo del plan de cuidados.

Como valoración integral se propone utilizar la estructura de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, en la que se identifican 11 patrones funcionales de salud, aunque la autora hace mención a que dicha división es artificial, pues el funcionamiento humano debe verse de forma integral, y deberían considerarse como divisiones interrelacionadas entre sí. Esta valoración se puede complementar con cuestionarios y test en los casos que se considere oportuno, para profundizar respecto a un problema real o potencial de salud, y/o como validación de la valoración realizada por el profesional. Para algunas de las anteriores fases, existen taxonomías o clasificaciones estandarizadas del lenguaje enfermero con distintos niveles de validación y adaptación a nuestro contexto. Los diagnósticos de enfermería aprobados por la taxonomía NANDA (Asociación Americana de Diagnósticos Enfermeros) es el más utilizado para la estandarización de planes de cuidados individualizados, las diferentes intervenciones reunidas en la NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) así como los resultados recogidos en la NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería).

OBJETIVOS

GENERALES.

- Implementar el uso de las taxonomías como lenguaje estandarizado, para una mejor descripción del proceso enfermero en cuanto a la elaboración de un caso clínico.

ESPECÍFICOS.

- Conseguir un mejor autocontrol de la patología cardiaca por parte de la paciente, así como de la mejora de los factores desencadenantes de la misma.

- Mejorar el afrontamiento de la paciente con respecto a su situación así como un aumento del conocimiento de la propia patología.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo durante todo el proceso una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, tales como: Pubmed, la Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs, Scielo, Google académico, Biblioteca digital de grupo paradigma. Utilizando los descriptores de salud (EdCS) y utilizando como palabras clave: cardiopatía isquémica, morbilidad, guía de práctica clínica, cuidados enfermería, planes de cuidados, epidemiología, prevención secundaria.

Como criterios de inclusión para la elección del caso clínico he utilizado el centro asignado de realización de prácticas, atención primaria, medio urbano, edad mayor de 60 años y que hayan sufrido un episodio reciente de cardiopatía isquémica.

En el desarrollo del mismo, se requirió la autorización del Comité de Ética de Atención Primaria, así como el consentimiento informado de la participante de acuerdo con la legislación vigente, y especialmente con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, BOE nº 298 del 14 de diciembre de 1999; con la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002; con la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, BOCYL nº 71 de 14 de abril de 2003, y con la Orden SBS/1325/2003, de 3 de septiembre, por la que se publican las guías de información al usuario, BOCYL nº205 de 22 de octubre de 2003.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Mujer de 75 años, que vive en un piso en Palencia con su marido que es jubilado y su hijo menor (45 años) que está actualmente en el paro. El hijo mayor (50 años) está casado y tiene dos hijos, residente fuera de Palencia.

Diagnosticada recientemente por el Complejo Asistencial Universitario de Palencia de cardiopatía isquémica (Infarto Agudo de Miocardio) en Noviembre de 2013.

ANTECEDENTES MÉDICOS:

- Dice padecer de migrañas desde 1969 (30 años), en el último episodio presenta mareo e inestabilidad.
- Diagnosticada de colon irritable por el servicio de Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Palencia en 1996 (57 años).
- Seguimiento desde el Centro de Salud, debido a sus antecedentes familiares (ambos progenitores padecieron HTA) desde el año 2000 (61 años).
- Presenta varices en ambas extremidades inferiores desde el año 2001 (62 años) con dolor, nota mejoría tras las medias de compresión pautadas.
- Bocio multinodular residual en lóbulo derecho con citología negativa para células malignas debido a una hemitiroidectomía parcial izquierda según el Servicio de Endocrinología del Complejo Asistencial Universitario de Palencia desde el 2002 (63 años) y diagnosticada de hipercolesterolemia.
- Diagnosticada de fibromialgia desde 2006 (67 años) por el Servicio de Reumatología del Complejo Asistencial Universitario de Palencia.
- Padece de artrosis/artritis diagnosticado por el Complejo Asistencial Universitario de Palencia en el Servicio de Reumatología y Traumatología desde 2008 (69 años).
- Padece episodio de rinorrea unilateral por fosa nasal izquierda con hipoacusia de ese lado, en 2010 (71 años) derivada a Otorrinolaringología.
- Diagnosticada de catarata senil en ojo derecho en el Servicio de Oftalmología del Complejo Asistencial Universitario de Palencia y posteriormente intervenida en el Servicio de Quirófano del Hospital San Telmo en 2013 (74 años).
- Episodio de cardiopatía isquémica (IAM), el día 15 de noviembre de 2013 (74 años).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Ácido Acetilsalicílico 100 mgr, 30 comprimidos (oral): 1 comprimido cada 24h.

Ácido Alendrónico 70 mgr, 4 comprimidos (oral): 1 comprimido a la semana.

Amlodipino 5 mgr, 30 comprimidos (oral): 1 comprimido cada 24 horas.

Atenolol 50 mgr, 60 comprimidos (oral): 1/2 comprimido cada 24 horas.

Atorvastatina 40 mgr, 28 comprimidos (oral): 1 comprimido cada 24 horas.

Lexatin 1.5 mgr, 30 cápsulas (oral): 1 cápsula cada 24 horas.

Lyrica 75 mgr, 56 cápsulas duras (oral): 1 cápsula cada 8 horas.

Micardis 80 mgr, 28 comprimidos (oral): 1 comprimido cada 24 horas.

Natecal D Flas 60 comprimidos (bucodispensables): 1 comprimido cada 24 horas.

Omeprazol 20 mgr, 28 cápsulas (oral): 1 cápsula cada 24 horas.

Paracetamol 1000 mgr, 40 comprimidos (oral): 1 comprimido cada 8 horas.

Trinipatch 10 mgr, 30 parches (transdérmicos): 1 parche cada 24 horas.

Vernies 0.4 mgr, 30 comprimidos (sublinguales): según precise.

VALORACIÓN.

La valoración fue llevada a cabo durante la primera semana del periodo en el que realice las prácticas, en el centro asignado, desde el 20/11/2014 hasta el 7/2/2014. Para ello se realizó una entrevista en las que se valoró a la paciente según los once patrones funcionales de Marjory Gordon, apoyada por la utilización de escalas y test, y tras la correspondiente búsqueda de información a través de programas informáticos como Medora y Averroes del Centro de Salud para completar el perfil de la paciente.

Patrón 1: Percepción de la salud.

- La paciente acude a consulta, a primera vista no presenta un aspecto externo descuidado, acude bien vestida.
- Empezamos la entrevista con la paciente y como le pedimos previamente acude con todos los informes médicos de los que disponga, así como la caja de medicación.

No acude con la cartilla de vacunación, sin embargo afirma creer tener todas las vacunas puestas correctamente, tiene puesta la vacuna Neumocócica PS 23 Valente en Octubre del 2007, y la de la gripe en Noviembre del 2012, en 2013 tenía intención de ponérsela, pero coincidió con su episodio de cardiopatía isquémica.

- La paciente tiene conciencia de su pluripatología y de que supone un incremento notorio de las posibilidades de volver a padecer un episodio de cardiopatía.

- Nos comenta que fuma, pero que lo está dejando, fumadora de medio paquete al día. Se le administra un test de Motivación para dejar de fumar (Anexo 1) y Adherencia a la nicotina (Anexo 2).

-Alergias medicamentosas: tiene reacciones adversas tras la toma de amoxicilina-clavulánico, intolerancia a los AINES, evitar la administración de vitaminas del grupo B, Penicilinas, puede tomar: deprancol, codeína, dolantina, morfina, paracetamol, buscapina, ácido salicílico.

- Tiene conocimiento sobre la dieta que debe seguir debido a su hipertensión arterial e hipercolesterolemia y la realización de ejercicio moderado debido a su patología cardiovascular y artrosis. Sin embargo nos refleja escasa o nula adherencia a la misma.

- Además nos comenta que en alguna ocasión se ha olvidado de tomar la medicación en las tomas correspondientes y ha llegado a tomárselas todas juntas a la hora de la cena.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico.

- La primera medición es del 25/11/2014; Peso: 78.00Kgr, Talla: 159 cm, por lo que tiene un IMC: 30.85, según la clasificación del peso en función del índice de masa corporal (Anexo 3. Tabla 1) se encuentra en Obesidad Grado I (valores 30-34.9).

- La paciente nos comenta que realiza 3 comidas al día, desayuno, comida y cena. También comenta picar entre horas cuando le entra hambre. Dice no tener muy en cuenta los consejos de cambio en la dieta, porque cocina para todos. A pesar de tener conciencia sobre su hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

- Con respecto al grupo de alimentos que ingiere, dice comer variado, verdura, carne, pescado, frutas, dice comer muchos fritos y rebozados.

- No constan alergias alimenticias.
- Posee dentadura postiza, por lo que dice no comer cierto tipo de alimentos que la cuesten masticar, pero sin problemas añadidos, no presenta dependencia.
- Con respecto a la valoración de la piel, no presenta signos de deshidratación, edemas, prurito o fragilidad de uñas o cabello, indicadores de una alimentación deficiente.

Patrón 3: Eliminación.

- Con respecto a su patrón de eliminación, nos comenta que alterna periodos de diarrea con estreñimiento. En periodos de estreñimiento en ocasiones acude de forma puntual a microenemas como mycralax, sin embargo dice llevar un par de meses, realizando deposiciones de carácter y consistencia normal y sin dolor.
- En lo que respecta a la orina, dice no tener problemas de incontinencia, la orina es normal de color claro, a veces algo más oscura por las mañanas.
- Dice haber tenido algún que otro episodio de pérdida de orina, por aguantarse demasiado, pero que no le suele ocurrir más de dos o tres veces a la semana.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

- En la valoración del estado cardiovascular: la primera medición es del 25/11/2014, se le realizaron otras dos mediciones más en días distintos, tras la primera fecha y en ambos brazos para determinar un resultado lo más exacto posible, cogiendo la TA mayor y posee una Tensión Arterial de 165/105, por lo que según la clasificación de los niveles de presión arterial (Anexo 3. Tabla 2), posee una Hipertensión de Estadio II y una Frecuencia Cardiaca de 95 lpm. Toma fármacos para su control.
- En la valoración del estado respiratorio: presenta disnea en actividades de esfuerzo, por lo demás dice no tener problemas para respirar y por la noche tampoco.
- Tolerancia a la actividad: se valora la movilidad, dice encontrarse algo cansada, el grado de movilidad de las articulaciones esta disminuido debido a su patología osteomuscular (artrosis, osteoporosis y fibromialgia), lo que limita en ocasiones las actividades que realiza, llevando una vida algo sedentaria. Además de dificultad para la de ambulación, utiliza medidas de apoyo (bastón).

- Actividades cotidianas: para valorar el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, se la ha realizado el Test de Barthel, obteniendo una puntuación de 75, es decir, dependencia moderada (61-90) para la realización de las actividades de la vida diaria. (Anexo 4)
- Estilo de vida: lleva una vida sedentaria.

Patrón 5: Sueño - Descanso.

- Nos comenta tener dificultad para conciliar el sueño por las noches, por lo que luego se queda dormida por las tardes, además nos comenta que se pone muy nerviosa por esa situación, por lo que toma medicación para ello.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.

- Nivel de conciencia bueno, alerta, orientada en espacio y tiempo. Dice entender correctamente la información recibida.
- Posee rinorrea lateral por fosa nasal izquierda con hipoacusia en ese lado. También es propensa a tener tapones de cerumen, la última extracción el 25/1/2013.
- Está en tratamiento analgésico por los dolores derivados de la artrosis/artritis degenerativa y fibromialgias, sin embargo dice tener dolores que le impiden o dificultan la realización de ciertas actividades. Se le administra la escala numérica del dolor EVA para valorar el nivel de dolor, antes y después de la ejecución del plan terapéutico. (Anexo 5)

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.

- No tiene problemas con su imagen corporal, nos expresa su idea de bajar un poco de peso por el episodio reciente de cardiopatía isquémica.
- Presenta ansiedad, valorada por la escala de Hamilton (Anexo 6) y miedo a que se vuelva a repetir el episodio de cardiopatía.

Patrón 8: Rol - Relaciones.

- La paciente vive en un piso con su marido y uno de sus hijos que se encuentra actualmente en el paro, dice estar preocupada por su hijo ya que tuvo que volver a casa porque perdió el trabajo. Su otro hijo está casado y tiene dos hijos y vive fuera de la ciudad, manifiesta que le ve menos de lo que le gustaría, lo que le entristece.
- Dice recibir ayuda de su hijo y su marido para ciertas actividades, sobre todo ahora, que se encuentra más desanimada, cansada y muy preocupada por la posible repetición del episodio de cardiopatía.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

- La paciente se encuentra en la postmenopausia. No presenta ningún problema a destacar.

Patrón 10: Tolerancia al estrés.

- Preguntamos a la paciente si ha tenido cambios importantes en los últimos dos años que hayan podido precipitar la CI, nos comenta la vuelta a casa de su hijo en junio y la nueva situación económica existente en su casa, que le preocupa ya que nos comenta, tiene que tener cuidado para poder llegar a fin de mes, además del dolor dice que es un problema que le preocupa bastante, ya que dice limitarle mucho.
- Dice encontrarse muy nerviosa en ocasiones y que cuando se encuentra así se toma la medicación pautada por el médico. Pero que aun así la cuesta conciliar el sueño, porque dice darle muchas vueltas.

Patrón 11: Valores - Creencias.

- Dice estar preocupada y tener miedo a la muerte desde su reciente episodio de cardiopatía isquémica y a que se vuelva a repetir.
- Es católica practicante, dice acudir a misa cuando le resulta posible, sin embargo la idea de no poder acudir no la presenta ninguna preocupación añadida.

PROBLEMAS.

Los diagnósticos de enfermería así como los problemas de colaboración que se describen a continuación, han sido priorizados según las necesidades de la paciente.

1. DOLOR CRÓNICO (00133)

Dolor crónico secundario a proceso osteomuscular.

NOC: Control del dolor 1605

160502 Reconoce el comienzo del dolor.

160503 Utiliza medidas preventivas.

160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.

160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.

160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario.

NIC: MANEJO DEL DOLOR 1400

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.

Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales .

2. TEMOR (00148)

Temor relacionado con la posibilidad de repetición del episodio de cardiopatía isquémica.

NOC: AUTOCONTROL DEL MIEDO 1404

140403 Busca información para reducir el miedo.

140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles.

- 140407 Utiliza técnica de relajación para reducir el miedo.
- 140415 Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.
- 140416 Continúa siendo productivo.

NOC: NIVEL DE MIEDO 1210

- 121005 Inquietud.
- 121006 Irritabilidad.
- 121015 Preocupación por la fuente del miedo.
- 121026 Incapacidad para dormir.
- 121031 Temor verbalizado.

NIC: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 5820

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. (Anexo 8)

3. TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)

Trastorno del patrón del sueño relacionado con miedo a que se repita el episodio de cardiopatía isquémica.

NOC: SUEÑO 0004

- 000401 Horas de sueño.
- 000403 Patrón del sueño.
- 000404 Calidad del sueño.
- 000405 Eficiencia de sueño.
- 000407 Hábito de sueño.
- 000408 Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño.
- 000409 Siesta inapropiada.
- 000417 Dependencia de las ayudas para dormir.

NIC: MEJORAR EL SUEÑO 1850

Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.

Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.

Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.

Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño.

Animar al paciente a que se establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.

Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.

4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

Deterioro de la movilidad física relacionado con patología osteomuscular crónica.

NOC: MOVILIDAD 0208

020801 Mantenimiento del equilibrio.

020809 Coordinación.

020810 Marcha.

020803 Movimiento muscular.

020804 Movimiento articular.

020805 Realización del traslado.

020814 Se mueve con facilidad.

NIC: TERAPIA DE ACTIVIDAD 4310

Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades.

Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.

Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficit.
Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.
Ayudarle a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria.

NIC: TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR 0224

Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.

NIC: TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN 0221

Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.

5. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD 00162

NOC: AUTOCONTROL: ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA 3104

310402 Busca información sobre métodos para manejar la enfermedad pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado en 2 semanas.
310403 Participa en las decisiones de atención sanitaria pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el proceso.
310405 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito pasando de un nivel 3 a veces demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado en 2 meses.
310406 Controla la frecuencia y el ritmo cardíacos manteniendo el nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310407 Controla la presión arterial manteniendo el nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310408 Controla el dolor manteniendo un nivel 5 siempre demostrado durante todo el curso de su patología.

310410 Controla el inicio de los síntomas pasando de un nivel 3 a veces demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310414 Informa de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310418 Obtiene asistencia sanitaria cuando cambian los síntomas pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310419 Utiliza la medicación según prescripción pasando de un nivel 3 a veces demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310422 Evita dejar la medicación repentinamente pasando de un nivel 2 raramente demostrado a un nivel 5 siempre demostrado durante 2 meses.

310424 Sigue la dieta prescrita pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado en 2 meses.

310426 Utiliza estrategias efectivas de control de peso pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado en 2 meses.

310429 Elimina el consumo de tabaco pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 3 a veces demostrado en 2 meses.

310431 Participa en el ejercicio recomendado pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 3 a veces demostrado en 2 meses.

310433 Utiliza estrategias para manejar el estrés pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado en 2 meses.

310435 Obtiene la vacuna contra la gripe estacional pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310437 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310438 Participa en la detección del colesterol pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

310141 Mantiene la cita con el profesional sanitario manteniendo un nivel 4 frecuentemente demostrado durante todo el curso de su patología.

NIC: MEJORAR EL AFRONTAMIENTO 5230

Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y a largo plazo.

Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.

Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.

Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

NIC: ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES 4410

Animar la identificación de valores vitales específicos.

Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema

Analizar la escala (tal como se ha desarrollado con el paciente) durante las fechas de revisión para valorar el progreso.

Coordinar con el paciente fechas de revisiones periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.

Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados

Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas.

NIC: FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD 4480

Considerar responsable al paciente de su propia conducta.

Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.

Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.

Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

Comentar las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.

Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.

NIC: CUIDADOS CARDIACOS: REHABILITACIÓN 4046

Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.

Presentar expectativas realistas al paciente y a la familia.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados del seguimiento

Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vía diaria (individualizar las actividades y permitir períodos de reposo), según corresponda.

NIC: ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS 5616

Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del (de los) medicamento (s), si procede.

Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.

Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.

Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las mediciones

Informar al paciente de lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.

Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

NIC: ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA 5614

Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente acerca de la dieta prescrita.

Explicar el propósito de la dieta.

Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.

Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita.

Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.

NIC: MANEJO DEL PESO 1260

Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

Comentar con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar al peso.

Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.

Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.

Determinar el peso corporal ideal del individuo.

Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, según corresponda.

Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.

Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

NIC: AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR 4490

Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo.

Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.

Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina (p.ej., parches, chicles, aerosoles nasales, inhaladores) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos que influye en la conducta de fumar.

Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar cuando el paciente este decidido a dejarlo.

NIC: FOMENTO DEL EJERCICIO 0200

Explorar las barreras para el ejercicio.

Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.

Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.

NIC: ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO 5612

Evaluar el nivel actual del ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.

Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural.

Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.

Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.

Enseñar al paciente el uso de los analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio, si se requiere.

Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio y la importancia de tal acción, según corresponda.

Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.

Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad.

Incluir a la familia, si resulta apropiado.

6. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES (00001)

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con baja adherencia al régimen terapéutico.

NOC: CONTROL DE PESO 1612

161201 Supervisa el peso corporal.

161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima.

161207 Mantiene un patrón alimentario recomendado.

161220 Demuestra progreso hasta el peso objetivo.

NOC: MOTIVACIÓN 1209

120910 Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción.

120911 Expresa que la ejecución conducirá al resultado deseado.

120912 Finaliza las tareas o actividades.

120915 Expresa intención de actuar.

NIC: AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO 1280

Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.

Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.

Establecer una meta de pérdida de peso semanal.

Pesar al paciente semanalmente.

Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos.

Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía.

Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.

Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.

Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, con pocas calorías y grasas, según corresponda.

Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres y huevos.

Fomentar el uso de sustitutos del azúcar, según corresponda.

7. RIESGO DE CAÍDAS (00155)

Riesgo de caídas relacionado con pérdida de funcionalidad articular.

NOC: CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS 1909

190923 Pide ayuda.

190905 Utiliza el pasamano si es necesario.

- 190915 Utiliza barandillas si es necesario.
- 190914 Utiliza alfombrillas de goma en la bañera/ducha.
- 190910 Utiliza zapatos bien ajustados con cordones.
- 190922 Proporciona iluminación adecuada.
- 190906 Elimina el desorden, derramamientos y abrillantadores del suelo.
- 190907 Quita las alfombras.

NIC: PREVENCIÓN DE CAIDAS 6490

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- Sugerir cambios en el paso del paciente.
- Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una deambulaci3n estable.

Para la realizaci3n del plan de cuidados se han necesitado varias sesiones con la paciente, el primer mes cada semana, salvo el periodo vacacional y el segundo mes cada dos semanas, completando un total de 7 sesiones, durante mi periodo de pr3cticas, para valorar el avance y comprobar los progresos de la misma, en algunas de las sesiones se ha requerido la presencia de la familia.

En dichas sesiones se han realizado diversas actividades para conocer las necesidades de la paciente en cada momento, se han realizado escalas y test, tales como el Test de motivaci3n para dejar de fumar de Richmond, que consta de 4 ítems y cuya puntuaci3n oscila entre 0 y 10, el de la Dependencia de la Nicotina de Fagerstr3m, escala de 6 ítems, los puntos de corte son 4 y 7, la escala de Hamilton para determinar el grado de ansiedad, que puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de la misma, no existen puntos de corte, en la que una mayor puntuaci3n indica una mayor intensidad de la ansiedad, la escala de Barthel para la

autonomía de las actividades de la vida diaria cuyos valores se encuentran entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos y la escala del dolor numérica (EVA) .

También se ha llevado a cabo una educación sanitaria para aumentar su grado de conocimientos así como su implicación, tales como: medidas para reducir el estrés (Anexo 7), dietas para la reducción de peso (Anexo 8), la eliminación de consumo de tabaco (Anexo 9), ejercicios que puede llevar a cabo para la rehabilitación, prevención de caídas y la importancia de la adherencia terapéutica. Así como un control de peso y de constantes.

RESULTADOS.

Tras la educación sanitaria y seguimiento del plan terapéutico durante los dos meses de prácticas, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la búsqueda de información para manejar la enfermedad, así como la descripción de estrategias para eliminar la conducta insana, no mostró mucho interés durante las dos primeras semanas, pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 2 raramente demostrado, sin embargo tras insistir en sesiones posteriores sobre la importancia de su implicación para una correcta rehabilitación, comenzó a participar en la toma de decisiones así como en la decisión sobre cambios a introducir durante el proceso y a realizar preguntas que le surgieron. Al cabo de los dos meses mostró cumplimiento del régimen terapéutico pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 3 a veces demostrado.

Con respecto al control de su tensión arterial, frecuencia cardiaca y colesterol, acude a consulta cuando está programado manteniéndose en un nivel 4 frecuentemente demostrado, aunque los valores de su presión arterial (140/90 última medición del 05/02/2014, situándola en un Estadio I), Frecuencia cardiaca (90lpm) y colesterol siguen por encima de los niveles adecuados.

En el control del dolor cardíaco e identificación del inicio de los síntomas así como informar del empeoramiento de los mismos a un profesional sanitario y la utilización correcta de los servicios sanitarios si resulta oportuno, durante los 2 meses de tratamiento no mostró señales de empeoramiento, ni necesidad de la utilización de los servicios adecuados, sin embargo describe los síntomas indicadores de empeoramiento y donde debe acudir en caso de ocurrir manteniendo un nivel 5 siempre demostrado.

Para la toma de medicación en estos dos meses, realizamos un calendario, con la implicación de la familia, con la medicación que debe tomar en las horas correspondientes y la cantidad adecuada para que pudiera tener una guía, ya que refería olvidarse de tomarlas y tras la explicación de los efectos que puede tener dejar de tomar repentinamente la medicación dice tomarlas correctamente y no dejar de tomarse ninguna dosis pasando de un nivel 3 a veces demostrado a un nivel 5 siempre demostrado.

Lo más difícil de llevar a cabo a la hora de ponerlo en práctica fue el seguimiento de una dieta hiposódica e hipocalórica, debido al rol familiar de la paciente, por lo que se le pidió que acudiera con su marido e hijo para obtener la implicación de la familia, ya que decía cocinar para todos y por eso no seguir la dieta, tras la concienciación de la paciente al igual que la familia, se consiguió que aceptara la dieta, por lo que toda la familia adoptó unos hábitos de dieta mediterránea.

Se pautó control del peso periódico para valorar la efectividad de la dieta. Se realizó una dieta de 1750 Kcal y al ver la tolerancia de la paciente y su compromiso con la misma se acordó modificarla a una dieta de 1500 Kcal. para continuar bajando peso.

La última medición de peso corresponde al 5/2/14, con un peso de 74 Kgr, es decir, un IMC de 29.27 (Sobrepeso II), aun se encuentra en Sobrepeso, pero dice continuar con la dieta gracias a la implicación y compromiso tanto por su parte como de la familia, por lo que el objetivo se cumple pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado.

Para la eliminación del consumo de tabaco se realizaron dos escalas, citadas anteriormente en la valoración, para ver su motivación para dejar de fumar con el test de Richmond, en el que saco una puntuación de 6 (moderado, con necesidad de ayuda) y su dependencia a la nicotina con el test de Fagerström, en el que saco una puntuación de 2 (dependencia baja), en primer lugar vimos que la dependencia de la nicotina no era muy significativa y si que tenía motivación para dejar de fumar por lo que se la informó de métodos para dejar de fumar y se le dio una guía para ello. El día 5/2/14 nos comenta fumar 4 cigarros al día, salvo algún día que está más nerviosa, pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 2 raramente demostrado, sin embargo dice continuar con el propósito de dejarlo por completo.

Para la realización de ejercicio fue necesario centrarse en el dolor, ya que era el principal motivo de su inactividad. Para ello le administramos la Escala numérica del dolor de EVA, citada anteriormente en la valoración, obteniendo un 7 (dolor moderado).

Le informamos sobre unos ejercicios básicos que podía hacer para ir empezando, pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 2 raramente demostrado, sin embargo debido al dolor el objetivo del ejercicio no se ha podido cumplir por completo, ya que no se ha conseguido un control del dolor suficiente para la motivación de la paciente a la hora de realizar ejercicios, ya que al final se volvió a pasar la escala del dolor obteniendo una puntuación de 6, manteniéndose en dolor moderado.

Para cuantificar los niveles de ansiedad, le administramos la escala de Hamilton, citada con anterioridad en la valoración, obteniendo una puntuación de 32 sobre 56, para reducir los niveles de ansiedad le informamos sobre técnicas de relajación (Anexo 8).

En la evaluación se plasma que ha reducido su nivel de ansiedad, pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 3 a veces demostrado y dice saber tratarlo tras la serie de ejercicios explicados, sin embargo aun en ocasiones puntuales sigue precisando la toma de ansiolíticos. Al volverle a pasar la escala a los dos meses obtenemos una puntuación de 19 sobre 56, disminuyendo significativamente, pasando de un nivel 1 nunca demostrado a un nivel 4 frecuentemente demostrado.

Con respecto a la vacuna de la gripe estacional, aunque no ha podido administrársela debido a que la campaña de vacunación del 2013 coincidió con la manifestación de su episodio de cardiopatía isquémica, ha entendido la importancia de la misma y asegura que acudirá a su centro de salud para ponérsela en años posteriores.

DISCUSIÓN

Tras la ejecución del plan de cuidados y la educación dada a la paciente, se ha producido una mejora de la calidad de vida de la misma, así como una disminución de la aparición de la morbilidad.

La OMS aconseja incluir en programas de prevención a todos los pacientes cardíopatas con el objetivo de mejorar su calidad de vida. La experiencia ha demostrado además que disminuyen la mortalidad y la incidencia de nuevas complicaciones, por lo que tienen una alta rentabilidad desde el punto de vista de coste y de beneficios. Deben iniciarse precozmente cuando el proceso este estabilizado. El paciente deberá seguir realizando lo aprendido, sin supervisión pero con controles sanitarios periódicos, por eso es tan importante la educación que se le da al paciente. (13)

Tras estos dos meses de aplicación del plan terapéutico se han conseguido prácticamente todos los objetivos, si bien, no en la medida que nos planteábamos en un principio, como es el caso de la deshabituación tabáquica y el aumento progresivo de ejercicio.

Hay que tener en cuenta que el tiempo disponible para la valoración, elaboración, aplicación y evaluación del plan terapéutico ha sido muy escaso por lo que es una variable que juega en nuestra contra, ya que en muchos de los objetivos marcados necesitaríamos más tiempo para la fijación de la conducta en la paciente, como ejemplo sirva la deshabituación tabáquica, ya que se requiere un seguimiento más prolongado.

La edad de nuestra paciente así como su nivel de educación también ha influido en la educación sanitaria realizada, ralentizándola un poco, así como su grado de motivación, responsabilidad e implicación.

La falta de conocimientos y de motivación en las primeras sesiones, dificultó el avance del plan terapéutico lo que hizo que hubiera que incidir más en ciertos aspectos de la educación. Sin embargo a medida que avanzaban las sesiones y se disipaban sus dudas el nivel de compromiso y motivación aumento, creando unas expectativas favorables para cambiar ciertos hábitos para mejorar su calidad de vida.

Hay estudios que apoyan la eficacia de la educación del paciente en el conocimiento, la adherencia y los resultados del paciente, pero los efectos disminuyen con el tiempo. Las estrategias que incrementan los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento parecen necesarias, aunque no suficientes, para modificar el comportamiento respecto a la adherencia al tratamiento. (14) En relación con la información verbal y escrita, para que sean eficaces deben utilizarse conjuntamente, e incrementan su utilidad en combinación con otras estrategias. En nuestro caso, la educación dada a la paciente, tanto de forma verbal como escrita fueron de gran apoyo en el cumplimiento terapéutico, así como la intervención de otros factores como el apoyo familiar, ya que se ha comprobado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento y que las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado, (15,16) así como la relación con la enfermera, ya que esta crea una confianza entre ambos, muchos estudios determinan que la calidad de la relación entre el personal sanitario y el paciente tiene mucha importancia para lograr la adherencia terapéutica. (17)

La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta la paciente para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el apoyo de su hijo y marido, quienes aportaron un gran apoyo instrumental, afectivo y emocional. Las investigaciones realizadas respecto al efecto de intervenciones y programas de soporte y apoyo social al enfermo crónico y su cuidador documentan resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control del estrés generado por los efectos de la enfermedad o la sobrecarga del cuidador y disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento que acompañan la experiencia de vivir en situación de enfermedad crónica. (18)

En este caso, la familia sirvió de apoyo y fuente de motivación para la realización de ciertos objetivos marcados, como la dieta a seguir, para conseguir un estado de peso más adecuado a sus características, así como con la administración terapéutica, particularmente contando con la ayuda de su hijo, que se aseguraba de que no se la olvidara ningún fármaco y que los tomaba correctamente.

Cabe destacar la disminución de la tensión arterial, mediante medidas no farmacológicas, todo ello conseguido gracias a un cambio de hábitos, tales como; cambio en la dieta para la disminución de peso, ya que el mantenimiento de un peso saludable se recomienda para prevenir la HTA en los individuos no hipertensos y para reducir la presión arterial en los pacientes hipertensos (19), la reducción de sal, una dieta baja en sodio, ya sea mediante la reducción o la sustitución de la sal, disminuirá su presión arterial en aproximadamente 2-8mm Hg (20), el ejercicio, que aunque en este caso no se logro el objetivo, se aconseja a través de intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico adaptado a sus características la realización de ejercicio aeróbico (21), ayuda para dejar de fumar. En los datos más recientes, con la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), sugieren que la nicotina puede aumentar la PA y podría ser responsable de un cierto grado de labilidad de la misma (22) y un buen control del estrés, algunos estudios expresan que el control del estrés psicológico debe de ser un pilar más en el tratamiento no farmacológico de la HTA. En los pacientes hipertensos en los que el estrés pueda estar contribuyendo a la elevación de la PA, el manejo del mismo debe ser considerado como una intervención a tener en cuenta ya que las terapias de relajación pueden reducirla y los pacientes podrían utilizarlas como parte de su tratamiento (23).

El grado de ejercicio conseguido de la paciente frente al deseado es lo más difícil de conseguir, debido a que a pesar del enfoque dado en el plan terapéutico para el control del dolor y de las medidas tomadas para ello, no se consiguió reducir el mismo tanto como la paciente deseaba, por lo que habría que seguir trabajando en ello y buscar un enfoque multidisciplinar.

Con respecto al nivel de ansiedad ha disminuido considerablemente, como se cita anteriormente, debido al aumento de conocimientos y a saber tratar la enfermedad, así como un aumento del apoyo de su familia que también consideraba importante.

Por último reiterar que se ha realizado un plan de cuidados ideado para las necesidades específicas de una paciente con unas necesidades personales según sus criterios y preocupaciones, por lo que no se puede generalizar las intervenciones, solo servir de guía para siguientes líneas de investigación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Navarro Ajenjo A, Plá Bonet A, Yagüe Botija MP, Carrascosa Fluixá C, Garrigós Fornos A, y et al, Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en Atención Primaria [Monografía en Internet]. Valencia. Guía de Prácticas Clínica en el Sistema Nacional de Salud; 2010 [acceso 20 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_505_IAM_Valencia_2010.pdf
2. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Marzo de 2013 [Último acceso 10 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
3. Sociedad Española de Cardiología, Cardiopatía Isquémica [sede Web]. Valencia: Sociedad Española de Cardiología [actualizada en Julio de 2012; acceso el 2 de marzo de 2014]. Disponible en :<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
4. Iglesias Clemente Iglesias JM, Marcos Gómez MA, de Castro González ML, Ortiz García L, Bravo Mediavilla JJ. Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. [Monografía en internet]. Junta de Castilla y León: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia; Febrero 2008 [Acceso 18 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p_p_id=EXT_3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&EXT_3_struts_action=%2Fext%2Fcontenidos%2Fvista_Previa&EXT_3_contenidoId=13638&EXT_3_version=1.4
5. Suarez Álvarez JL, Arévalo del Castillo F, Fidalgo Fernández D, Meléndez Muñoz M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [monografía en Internet]. Asturias: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias; Junio 2010. [Acceso 8 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

6. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
7. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
8. Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
9. Bulechek G, Butcher H K, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
10. Jonson, M, Bulechek, G. Butcher H, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona Elsevier-Mosby, 2007.
11. Alfaro-Lefebvre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 5ª ed. Barcelona. Masson. 2003.
12. Lozano Sánchez Y. Cardiopatía isquémica. En: Mercedes de la Fuente Ramos. Enfermería médico quirúrgica. Editorial DAE (Grupo Paradigma). p. 577-591.
13. Montero Maroto JM. Rehabilitación cardiaca. En López Farré A, Miguel Macaya C. directores. Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. 1ª ed. Madrid: Editorial Nerea; S.A; 2009. p. 385-392
14. Márquez E, Casado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. FMC 2001;8:558-73.
15. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter Sist Nac Salud 2005;29(2):40-8.
16. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. Arch Intern Med. 2007 Mar 26;167(6):540-50.
17. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
18. Vega Angarita, OM, González Escobar, DS. Apoyo Social: Elemento clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica. Rev. de enfer. [revista en Internet] 2009 junio. [acceso 6 de junio de 2014]; Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021

19. Norman RC Campbell, Janusz Kaczorowski, Richard Z. Lewanczuk, Ross Feldman, Luc Poirier, Margaret Moy Lum Kwong. Tobe on behalf of the Canadian Hypertension Education Program. The 2010 Canadian Hypertension Education Program. Recommendations for the management of hypertension. Disponible en: <http://hypertension.ca/chep/wpcontent/uploads/2010/03/ScientificSummary2010EN.pdf>. [Consultado el 21 de Mayo de 2014].

20. Theresa L. Dildy, Sujata L. Archer, Brenda M. Davy, Debra A. Krummel, Sharon G. Madalis, Janis F. Swain. Hypertension evidence-based nutrition practice guideline. 2008. Disponible en <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12817>. [Consultado el 17 de Mayo de 2014].

21. Cindy Bolton, Armi Armesto, Linda Belford, Anna Bluvol, Heather DeWagner, Elaine Edwards, Nursing management of hypertension. 2005. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15610>. [Consultado el 13 de Mayo de 2014].

22. Gary Schwartz, Patrick O'Connor, Anthony Woolley, Vincent Canzanello, Lee Mork, Penny Fredrickson, Myounghee Hanson. Hypertension diagnosis and treatment. 2008. [Consultado el 12 de Mayo de 2014]. Disponible en: http://www.icsi.org/hypertension_4/hypertension_diagnosis_and_treatment_4.html.

23. Heather O Dickinson, Fiona Campbell, Fiona R Beyer, Donald J Nicolson, Julia V Cook, Gary A Ford, James M Mason. Terapias de relajación para el tratamiento de la hipertensión esencial en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

24. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. [sede Web]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; [14 de marzo de 2013. acceso 22 de noviembre de 2014]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

25. De Miguel Bastida AM. Psicología online. Formación, Autoayuda y Consejo Online [sede Web]. Valencia. [acceso 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/aprender-a-relajar/index.html>
26. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. A Coruña, España: García Touriño MR; [3 de mayo de 2011; acceso 30 de noviembre de 2013]. Dieta de 1750 Kcalorías (abiertas). Disponible en: http://www.fisterra.com/salud/2dietas/dieta_1750_a.asp
27. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. A Coruña, España: García Touriño MR; [03/05/2011; acceso 30/11/2013]. Dieta de 1500 Kcalorías (abiertas). Disponible en: http://www.fisterra.com/salud/2dietas/dieta_1500_a.asp
28. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. A Coruña, España: García Touriño MR; [03/05/2011; acceso 30/11/2013]. Dieta de 1500 Kcalorías (abiertas). Disponible en: <http://www.fisterra.com/salud/2dietas/dietaSosa1.asp>
29. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Guía práctica para dejar de fumar. [acceso 15 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/salud-estilos-vida/tabaco-alcohol-drogas/prevencion-control-tratamiento-tabaquismo>

ANEXOS.

ANEXO 1. TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR-RICHMOND.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR –RICHMOND-

Población diana: Población general fumadora. Se trata de un test **heteroadministrado** con 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: Alto.

PREGUNTAS	RESPUESTAS		PUNTOS
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0	
	Sí	1	
2. ¿Con qué ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?	Nada	0	
	Poca	1	
	Bastante	2	
	Mucha	3	
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	No	0	
	Dudoso	1	
	Probable	2	
	Sí	3	
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	No	0	
	Dudoso	1	
	Probable	2	
	Sí	3	
PUNTUACIÓN TOTAL			

Bibliografía

- Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993; 88: 1127-1135.
- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A & Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 25(1): 32-36.

ANEXO 2: DEPENDENCIA DE LA NICOTINA- TEST DE FAGERSTRÖM.



Servicio Asturiano de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM –

Población diana: Población general fumadora. Se trata de una escala **heteroadministrada** de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Bibliografía

- Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smokin with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41
- Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.
- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993 Ene 11; 153(1):34-48.
- Cordoba, R Martín, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria 2000 Ene; 25(1):32-6.

ANEXO 3.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DEL PESO.

CLASIFICACIÓN DEL PESO EN FUNCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

CATEGORÍA	ÍNDICE MASA CORPORAL (IMC)
Bajo peso	<18,5
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25-26,9
Sobrepeso grado II	27-29,9
Obesidad grado I	30-34,9
Obesidad grado II	35-39,9
Obesidad grado III (mórbida)	40-49,9
Obesidad grado IV (extrema).	>50

TABLA 2. CLASIFICACIÓN NIVELES HTA.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL.

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
ÓPTIMA	<120	<80
NORMAL	<130	<85
LÍMITE SUPERIOR	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN ESTADIO I.	140-159	90-99
HIPERTENSIÓN ESTADIO II.	160-179	100-109
HIPERTENSIÓN ESTADIO III.	>180	>110

ANEXO 4: AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA-BARTHEL



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro



Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

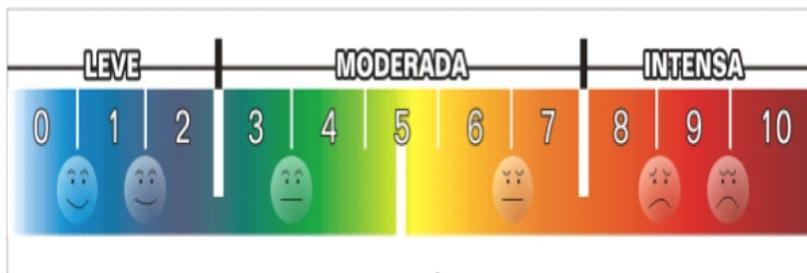
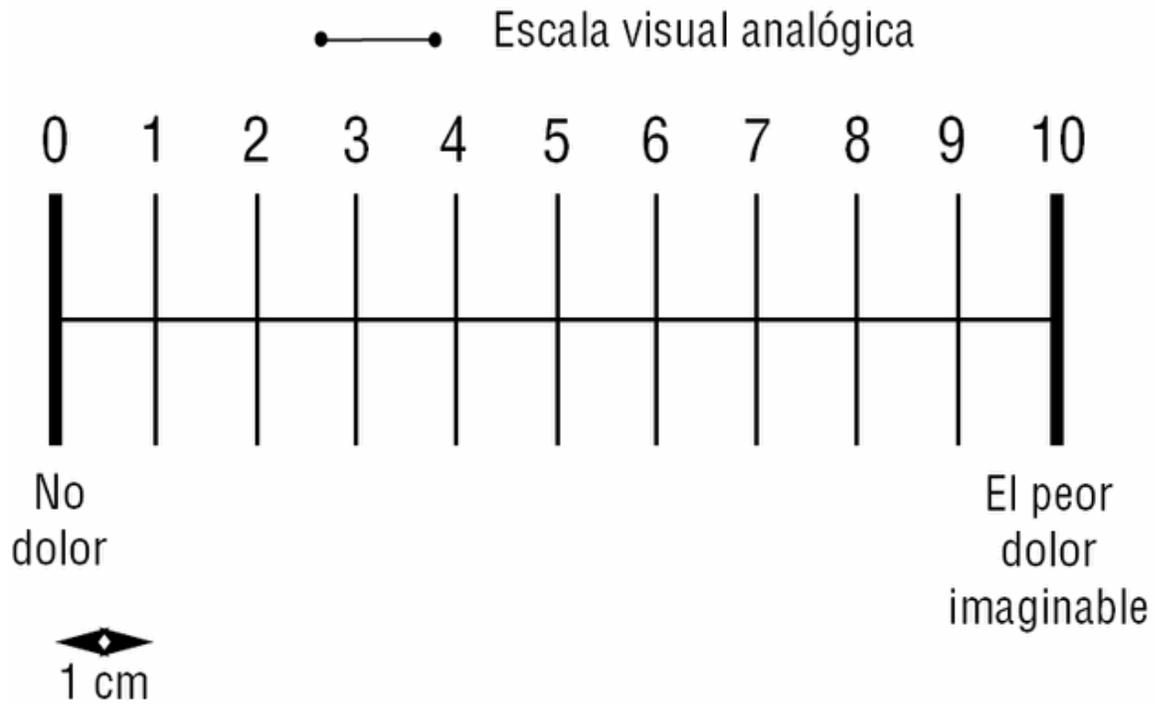
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

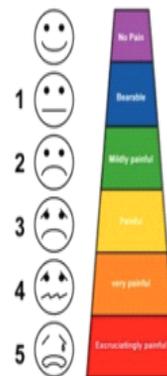
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuaci3n Total						

ANEXO 5. ESCALA NÚMERICA DE EVA DEL DOLOR.



Pain Intensity Scale



ANEXO 6: ESCALA DE LA ANSIEDAD-HAMILTON.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 7. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.

Entrenamiento En Relajación Mediante Respiración

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor ansiedad o estrés. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para un buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente la sangre no se purifica adecuadamente y se va cargando de sustancias tóxicas, por lo que una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad y fatiga muscular, por tanto, con los ejercicios de respiración pretendemos conseguir, además de controlar la respiración, aprender una buena técnica de relajación que nos ayude a mantener nuestro estado psicossomático en condiciones óptimas para enfrentarnos al entorno que nos rodea.

Para ello el aire lo tomaremos muy lentamente por la nariz y lo expulsaremos, también muy lentamente, por la boca a la vez que intentamos escuchar el sonido emitido al expulsar el aire.

RESPIRACIÓN PULMONAR.

Objetivo: aprender a dirigir el aire inspirado hacia la parte superior de los pulmones.

Con la respiración pulmonar: llevamos el aire a la parte superior de los pulmones inspirando por la nariz muy lentamente, mantenemos y expulsamos por la boca, también muy lentamente, a la vez que escuchamos el sonido conforme lo vamos expulsando, intentaremos que la zona abdominal no se nos mueva.

Procedimiento: colocar una mano encima del vientre y la otra encima del pecho para que se puedan percibir mejor los efectos de cada ciclo de inspiración–expiración.

A continuación se trata de dirigir el aire que inspiramos hacia la parte superior de los pulmones, lo que hará que se levante la mano colocada sobre el pecho, pero sin moverse la colocada sobre el estómago o sobre el vientre.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA.

Objetivo: Aprender a dirigir el aire inspirado hacia la parte inferior y media de los pulmones. Esta es una respiración esencial puesto que el diafragma es considerado como nuestro segundo corazón.

Con la respiración diafragmática: Llevamos el aire a la zona abdominal de la misma forma que anteriormente. En este caso intentaremos que la zona torácica no se nos mueva.

Procedimiento: Se trata de dirigir el aire hacia la parte inferior, sintiendo como ahora es el vientre el que se hincha con la entrada del aire.

Este ejercicio suele representar al principio cierta dificultad pues es el aspecto de la respiración que menos utilizamos, pero que sin embargo es fundamental y la más importante. Para conseguirlo podemos intentar ayudarnos hinchando el vientre, contra la ropa o contra la mano colocada encima, a la vez que inspiramos el aire. Es importante indicar que ***la inspiración no ha de ser forzada sino lenta***, no hay que correr a la hora de tomar el aire, hay que hacerlo muy lentamente a la vez que controlamos su entrada por la nariz hasta llegar a su destino, de esta forma además de respirar adecuadamente incrementaremos el autocontrol.

RESPIRACIÓN COMPLETA: PULMONAR Y DIAFRAGMÁTICA.

Objetivo: Aprender a realizar una inspiración completa.

Procedimiento: Se trata de dirigir el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre y después a la parte superior de los pulmones. Es importante marcar 2 tiempos diferentes en la inspiración, uno para dirigir el aire a la zona abdominal y el otro a la parte superior de los pulmones.

Espirar.

Objetivo: Aprender a realizar de forma más completa y regular la alternancia respiratoria (inspiración más espiración).

Procedimiento: Tras la inspiración mantendremos unos instantes el aire inspirado, para conseguir que se produzca correctamente el intercambio gaseoso, y lo expulsaremos lentamente por la boca cerrando bastante los labios a fin de que se produzca un sonido suave al salir expulsado el aire. Ayudándonos del feedback que nos produce el ruido podemos regular su espiración, haciendo que sea pausada, lenta y constante pero nunca brusca.

Duración: Puede ser entre 2-4 minutos. Se repite el ejercicio 3-4 veces, con intervalos de descanso de 2-3 minutos, por tanto, el tiempo aproximado es de entre 15-20 minutos. Cuantas más veces practiquemos, a lo largo del día, mucho mejor para que cuando realmente lo necesitemos tengamos el procedimiento perfectamente controlado.

SOBREGENERALIZACIÓN.

Objetivo: Aprender a utilizar y generalizar el control de la respiración ante diferentes situaciones tanto normales como ansiógenas.

Procedimiento: Consiste en repetir los ejercicios de respiración varias veces a lo largo del día en diferentes posiciones y situaciones con la finalidad de aprender a utilizar la técnica en condiciones cotidianas, tanto normales como adversas.

Para ello cambiaremos la posición (sentados, de pie, andando...), la actividad (viendo la TV, conduciendo, trabajando...), la modalidad (ojos cerrados, ojos abiertos) y las condiciones ambientales (ruido, presencia de otras personas,...). Es importante que la práctica se vaya generalizando a cuantas más situaciones mejor, hasta conseguir su total control.

Duración: Cuantas más veces y ante mayor número de actividades o situaciones lo hagamos muchísimo mejor.

Además, es importante que tras cada ciclo de ejercicios analicemos tanto los problemas que nos hayan podido surgir como los beneficios detectados. Al igual que sucede con la relajación muscular tanto el control como los beneficios se irán incrementando con la práctica.

ATENCIÓN FOCALIZADA EN LA RESPIRACIÓN.

Es una técnica de respiración muy práctica. Consiste en que la persona focaliza su atención en su propia respiración, permitiendo que el proceso natural e involuntario de la respiración se lleve a cabo bajo total control voluntario, lo que suele generar que la respiración se vaya haciendo cada vez más lenta, más profunda y más controlada, aportando todo ello un gran beneficio psicossomático. Es especialmente útil para afrontar situaciones de ansiedad o conflictivas tanto internas como externas.

Respiración profunda:

Consiste en adoptar un patrón respiratorio que implica, por un lado, una inspiración profunda, en 2º lugar un periodo de retención del aire dentro de los pulmones (5-10 segundos) y en 3er lugar una espiración lenta. Este procedimiento permite conseguir un estado de relajación de forma rápida aunque no sea un estado muy profundo. Utilizando este ejercicio conseguiremos producir efectos muy importantes en muy pocos minutos.

Es muy útil para afrontar situaciones de estrés y en especial para reducir los problemas de ansiedad, permitiéndonos enfrentarnos a las diferentes situaciones que nos puedan surgir pero con unos niveles de ansiedad muchísimo menores, permitiendo así que nuestras respuestas sean mucho más eficaces, adaptativas y controladas al mantener nuestro organismo en condiciones óptimas de oxigenación.

Ámbito de aplicación:

La aplicación de las técnicas de respiración lenta y controlada voluntariamente es muy numerosa.

En todos los problemas en cuya base se encuentre la ansiedad (fobias, miedos injustificados, respuestas cognitivas irracionales, problemas escolares, enfrentamientos a situaciones más o menos complejas...) problemas de estrés y sus repercusiones para la salud (insomnio, cefaleas, tics, tartamudeo, control de la agresividad, impulsividad, trastornos de alimentación, sociales o personales...) y en general ante cualquier tipo de problema tanto físico como psicológico.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.

Utilizaremos Relajación Muscular Progresiva total o parcial para aprender a controlar los músculos de nuestro cuerpo que con su inadecuado uso provocan vasoconstricción y en consecuencia un déficit en el aporte de oxígeno además de una gran tensión en todo nuestro organismo.

Esta técnica al igual que la anterior, no sólo la utilizaremos en el ámbito clínico sino también en nuestra vida cotidiana lo que nos permitirá lograr un autocontrol ante las distintas situaciones estresantes además de un mayor dominio sobre nosotros mismos.

Objetivo:

- Aprender habilidades de relajación que puedan ser aplicadas rápidamente y en prácticamente cualquier situación. Es decir, el entrenamiento consiste en aprender a RELAJARSE, de manera que en las situaciones en las que advirtamos que nos estamos poniendo excesivamente tensos, nerviosos o inquietos, seamos capaces de reducir y controlar la situación, así como nuestro propio estado físico y mental.
- Aprender a relajarse es similar al aprendizaje de cualquier otro tipo de habilidades, como:
- Escribir, leer, nadar, conducir, montar en bicicleta, etc... Al principio todo es lento, complicado y deliberado con resultados escasos y multitud de errores pero con la Práctica, lograremos relajarnos con rapidez y ante situaciones de lo más diversas.

Sin una práctica regular, el procedimiento no funcionará. En cambio, cuanto más practiquemos mejores resultados y mayor dominio alcanzaremos.

LA META:

Consiste en ser capaces de relajarnos en 30-60 seg., y en emplear esta habilidad para controlar tanto los enfrentamientos a situaciones diversas como la ansiedad y las reacciones somáticas excesivas que la acompañan, influyendo con ello en los tres sistemas de respuesta.

¿CÓMO LO VAMOS A CONSEGUIR?

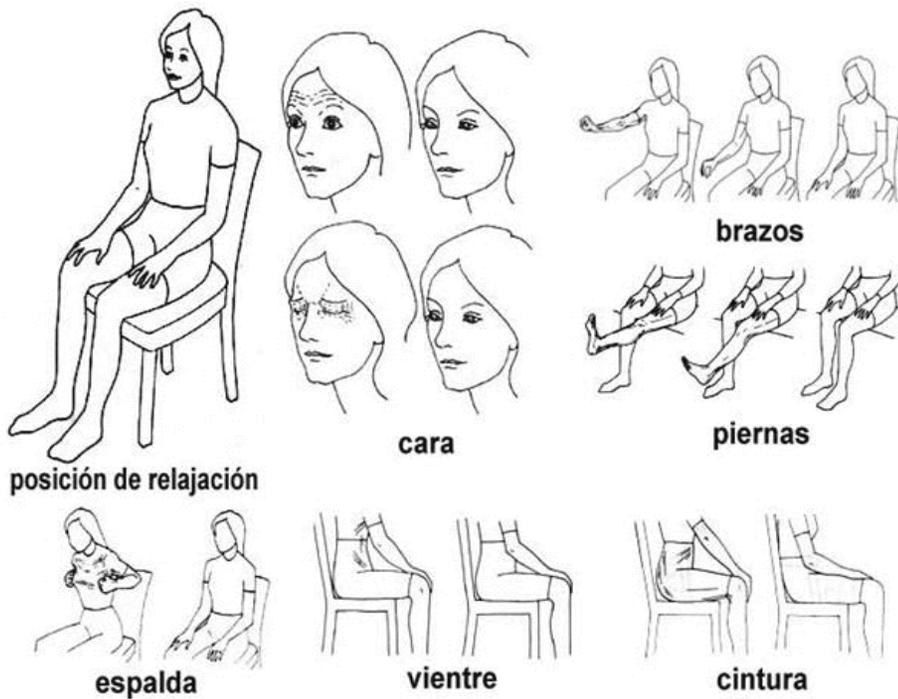
1. Aprendiendo a reconocer y a relajar la tensión muscular de todo nuestro cuerpo.
2. Al principio practicando diariamente en casa y una vez aprendamos la técnica practicándola en cualquier sitio y cuantas más veces mejor.
3. Aplicando la relajación ante acontecimientos de nuestra vida diaria y ante situaciones diversas.
4. Convirtiéndola en un hábito que forme parte de nuestro repertorio cotidiano

CONDICIONES INICIALES PARA APRENDERLA:

- Sobre todo en las primeras sesiones, el ambiente donde se vaya a realizar la relajación debe ser tranquilo, con una temperatura agradable, libre de distracciones y ruidos, luces semiapagadas...
- Idealmente la realizaremos en un sofá cómodo, sillón o cama donde tengamos un apoyo suficiente para la espalda, cabeza, nuca y podamos estirar cómodamente las piernas.
- En cuanto a la ropa debe ser cómoda y desprendernos de cualquier ropa que nos oprima demasiado.
- Al principio y hasta que la aprendamos será importante hacerla todos los días, preferiblemente con los ojos cerrados para permitir una mayor concentración, hasta que poco a poco la vayamos dominando.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR:

El primer paso consiste en leerse el ejercicio hasta familiarizarse con los métodos y con los grupos de músculos que vamos a intentar relajar. Al principio, puede resultar un poco complicado pero poco a poco habremos dominado todo el procedimiento con bastante facilidad. Si agrupamos las zonas que vamos a trabajar nos resultará más fácil recordarlo. Se trata de comenzar con las manos e ir avanzando hasta terminar con las piernas.



EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR



Trabajando los grupos musculares intentaremos relajar el cuerpo pero también la mente.

El procedimiento es muy simple. Se trata de concentrar nuestra atención en cada uno de los músculos con los que estemos trabajando en cada momento, podemos hacerlo siguiendo el orden establecido en el cuadro anterior. Tensamos primero cada parte e inmediatamente después intentamos relajar (dedicamos muy poco tiempo a tensar, lo suficiente como para detectar las señales físicas de tensión, y dedicamos más tiempo a percibir la diferencia que experimentamos conforme intentamos reducir la tensión, hasta que poco a poco consigamos discriminar claramente los efectos propios de la relajación) No tardaremos en comprobar la diferencia que existe entre tensión y relajación. Es importante concentrarnos en el acto de desplegar los músculos sin realizar ningún tipo de tensión ni generar ninguna resistencia. Aún cuando pensemos que ya están los músculos relajados, debemos intentar relajarlos todavía un poquito más. Intentemos sentir cómo los músculos se van haciendo cada vez más y más pesados.

Es posible que sintamos hormigueos o cierta pesadez o sensación de frío, palpitaciones en determinadas zonas de nuestro cuerpo..., esto es normal e importante pues forma parte del proceso de relajación.

Cuando llevemos a cabo los ejercicios de respiración para tensar y relajar los músculos del pecho (inspirando lentamente por la nariz, manteniendo y expulsando también lentamente por la boca), podremos comprobar cómo la inspiración produce tensión y la expiración relajación, de ahí que intentemos con la expiración conseguir cada vez mayor relajación. En esta fase es muy importante asociar la exhalación con la relajación.

Una vez que hayamos relajado todos los grupos musculares, intentaremos permanecer lo más tranquilos y relajados que nos sea posible, haciendo un recorrido general por todo el cuerpo para intentar relajar un poco más cualquier zona que podamos detectar con algo de tensión. Es en este momento cuando intentaremos crear una imagen mental, en la que nos veamos a nosotros mismos dentro de una escena tranquila, suave y sumamente apacible y agradable. Puede ser un sosegado paisaje campestre, una llanura llena de flores silvestres, una playa cálida y desierta, o la imagen del mar con unas olas suaves acercándose lentamente hacia la orilla... Podemos utilizar cualquier imagen que nos ayude a sentirnos en unas condiciones de máxima satisfacción emocional. Al principio puede resultar difícil mantener esta escena mental durante más de unos segundos, pero con la práctica resultará cada vez más fácil utilizar este tipo de imágenes para incrementar la sensación de bienestar y de relajación.

ANEXO 8. DIETA DE 1750 KCAL, DIETA 1500 KCAL, RECOMENDACIONES DIETA HIPOSÓDICA.

DIETA DE 1750 KCAL.

82 gr. De proteínas; 65 gr de grasas; 210 gr de carbohidratos.

DESAYUNO:

200 ml de leche desnatada.

40 gr de pan blanco o integral.

20 gr de queso o fiambre magro.

MEDIA MAÑANA:

50 gr de pan blanco o integral.

20 gr de atún sin aceite, queso o fiambre magro.

COMIDA:

300 gr. de acelgas.

40 gr. de garbanzos.

100 gr. de pollo sin piel.

150 gr. de fresa.

20 gr. de pan blanco o integral.

MERIENDA:

200 ml. de leche desnatada.

20 gr. de atún sin aceite, queso o fiambre magro.

CENA:

300 gr. de espárragos.

100 gr. de patatas.

130 gr. de pescado azul o blanco.

75 gr. de plátanos.

20 gr de pan blanco o integral.

ANTES DE ACOSTARSE

200 ml. De leche desnatada o 2 yogures naturales desnatados.

30 gr de Aceite (oliva, soja, maíz o girasol) = 3 cucharadas soperas/día.

DIETA DE 1.500 KCAL.

(80 gr. de proteínas; 50 gr. de grasas; 200 gr. de carbohidratos)

DESAYUNO.

200 ml de leche desnatada.

30 gr de pan blanco o integral.

MEDIA MAÑANA.

50 gr de pan blanco o integral.

20 gr de atún sin aceite, queso o fiambre magro.

COMIDA.

300 gr espinacas.

30 gr. de arroz.

100 gr. de ternera.

120 gr. de melocotón.

20 gr de pan blanco o integral.

MERIENDA.

200 ml de leche desnatada.

300 gr. de melón.

CENA.

300 gr. de berenjenas.

30 gr. de fideos (sopa).

130 gr. de blanco (gallo).

150 gr. De naranja.

ANTES ACOSTARSE.

200 ml de leche desnatada o 2 yogures naturales desnatados.

20 gr.= 2 cucharadas soperas para todo el día, que pueden ser de oliva, soja, maíz o girasol.

TIPOS DE ALIMENTOS:

VERDURAS.

GRUPO A: 300 gr. de acelgas, apio, berenjenas, brécol, calabaza, calabacín, champiñones, col, endivias, espárragos, espinacas, lechuga, escarola, pepinos, pimientos, rábanos, tomates, grelos, nabizas, coliflor.

GRUPO B: 200 gr. de berros, cebolletas, judías verdes, nabos, cardo, puerros.

GRUPO C: 100 gr. de alcachofas, cebollas, coles de bruselas, remolacha, zanahorias.

FARINÁCEOS.

GRUPO A: 120 gr. de guisantes o alubias frescas.

GRUPO B: 100 gr. de patatas o boniatos.

GRUPO C: 40 gr. de garbanzos, alubias secas, lentejas, patatas fritas o pan blanco o integral.

GRUPO D: 30 gr. de arroz, pastas (macarrones, espaguetis, fideos, etc.), harina, pan tostado, puré de patata (comercial), sémola o tapioca.

PROTEINAS.

CARNES: 100 gr. de carne magra (sin grasa): pollo sin piel, pechuga de pavo, conejo, liebre, caza, ternera o buey magros.

PESCADOS: 130 gr. de pescado azul (atún o bonito del norte, anchoa o boquerón, arenque, salmón, salmonete, chicharro común, pez espada, emperador, verdel, caballa, sardina) o blanco (gallo, rape, merluza, lenguado, bacalao, congrio, gallineta, rodaballo).

HUEVOS: 2 huevos.

FRUTAS.

GRUPO A: 300 gr. de melón, sandía, pomelo.

GRUPO B: 150 gr. de fresa, albaricoque, ciruelas, frambuesas, mandarina, naranja, piña natural.

GRUPO C: 120 gr. de manzana, melocotón, pera.

GRUPO D: 75 gr. de chirimoya, cerezas, plátano, níspero, uvas, higos.

CONSEJOS:

1. Puede sustituir 100 ml. de leche desnatada por un yogurt natural desnatado o 40 gr. de queso tipo Burgos.
2. Cada 10 gr. de pan puede sustituirse por una galleta.
3. Puede condimentar a su gusto con vinagre, perejil, laurel, limón, ajo, cebolla u otras hierbas aromáticas.
4. Como bebida refrescante puede utilizar agua con o sin gas, gaseosas blancas, colas light, soda.
5. Se recomienda beber de 1,5 a 2 litros de líquidos al día, preferentemente agua.
6. No debe utilizar otros alimentos que no estén incluidos en la dieta.
7. Los alimentos en conserva pueden utilizarse siempre que sean envasados al natural.
8. Los alimentos congelados pueden utilizarse siempre que estén permitidos en la dieta.
9. Como edulcorante puede utilizar sacarina, aspartamo u otro edulcorante artificial. La sucralosa no pierde su poder edulcorante al elevar la temperatura por encima de 100 °C.
10. La preparación de los alimentos se hará preferentemente al horno, al vapor, cocidos o a la plancha.
11. Pesarse los alimentos crudos, libres de desperdicios, convertirlos a medidas caseras.
12. Es conveniente que realice las cinco comidas diarias, y varíe los alimentos siempre dentro del mismo grupo.

DIETA PARA PACIENTES CON HIPERTENSION O INSUFICIENCIA CARDIACA.

El sodio que ingerimos en la alimentación habitual procede del contenido en el propio alimento, es el sodio de constitución; y el cloruro sódico (sal común) que añadimos en la mesa o en la cocina, es sodio de adición.

En la alimentación habitual consumimos de 10 a 15 g de cloruro sódico (sal común) que equivalen a 3.900 a 5.900 mg de sodio. (1 g de cloruro sódico (sal común) = 390 mg de sodio)

DIETA HIPOSÓDICA NORMAL, ESTÁNDAR O MODERADA.

Contiene de 1.500 a 2.000 mgr de sodio al día (equivale a un máximo de 5 g de cloruro sódico (sal común) al día)

ALIMENTOS DESACONSEJADOS.

- Sal de cocina y mesa, sal yodada, sal marina, sal de apio.
- Carnes saladas, ahumadas y curadas.
- Pescados ahumados y secados, caviar.
- Embutidos en general.
- Quesos en general (se permiten los tipos Burgos, Villalón).
- Pan y biscotes con sal (excepto cantidades menores de 50 g).
- Aceitunas.
- Sopa de sobre, purés instantáneos, cubitos, patatas chips.
- Zumos de hortalizas envasados.
- Frutos oleaginosos salados.
- Pastelería industrial.
- Mantequilla salada, margarina con sal.
- Agua con gas, bebidas gaseosas en general.
- Condimentos salados, mostazas, pepinillos, conservas en vinagre, kephcut, ablandadores de carne.
- Conservas en general.

ALIMENTOS PERMITIDOS (LOS MÁS ACONSEJADOS).

- Carnes, aves.
- Vísceras: lengua, riñones, hígado.
- Pescados frescos de agua dulce o de mar.
- Huevos.
- Leche, yogures, petit-suisse, cuajada, requesón.
- Queso sin sal.
- Pan y biscotes sin sal (hasta 50g se permite con sal).
- Harina, pastas alimenticias, cereales.
- Patatas*, legumbres. Verduras, hortalizas (tomate crudo*).
- Fruta natural, en compota, zumos naturales (manzana*, naranja*, plátano*)
- Frutos secos sin sal.
- Mantequilla, margarina, nata, crema de leche, aceites vegetales, mahonesa sin sal.
- Azúcar, pastelería casera, helados caseros.
- Chocolate, cacao.
- Condimentos: pimienta, pimentón, azafrán, canela, mostaza sin sal, hierbas aromáticas.
- Bebidas alcohólicas excepto restricciones específicas.
- Agua natural o minerales de baja mineralización, sifón o gaseosa.

RECOMENDACIONES GENERALES.

Para hacer más sabrosa la cocina "sin sal" es recomendable potenciar el sabor natural de los alimentos:

- Cociéndolos al vapor, la cocción simple con agua diluye el sabor de los alimentos.
- También en "papillote" (envuelto el alimento en papel de horno), estofados y guisados o a la plancha.
- Utilizando potenciadores de sabor como:
- Ácidos: vinagre, limón (los asados de carne roja o blanca con limón potencian el sabor de las mismas e incluso un filete a la plancha gana en sabor).
- Aliáceos: ajo, cebolla, cebolletas, puerros.
- Especies: pimienta, pimentón, curry, azafrán, canela, mostaza sin sal.

- Hierbas aromáticas: albahaca, hinojo, comino, estragón, laurel, menta, perejil, romero, tomillo...
- Utilizando aceite con sabor, como el de oliva. El vinagre y el aceite pueden ser aromatizados con finas hierbas, estragón, ajo...
- Sales de régimen: suelen estar confeccionadas a base de cloruro potásico; su sabor no es exactamente agradable por lo que no se debería acostumbrar al paciente a su ingesta.

CONDIMENTOS ACONSEJABLES.

- Ternera: clavo, pimienta, laurel, ajo.
- Aves: curry, salvia, estragón.
- Estofados: laurel, ajo, albahaca, orégano, tomillo.
- Verduras: nuez moscada, eneldo, romero.

ADITIVOS DESACONSEJADOS (LLEVAN SAL)

- Fosfato disódico: cereales, quesos, mantecado, bebidas embotelladas.
- Glutamato monosódico: productos para incrementar el sabor, carnes, condimentos, pepinillos, sopas dulces, artículos de repostería.
- Alginato sódico: mantecados, batidos de chocolate.
- Benzoato sódico: zumos de frutas.
- Hidróxido sódico: guisantes en lata.
- Propionato de sodio: panes.
- Sulfito de sodio: frutas secas, preparados de verduras para sopa, ensalada.
- Pectinato de sodio: jarabes y recubrimiento para pasteles, mantecado, sorbetes, aderezos para ensalada, compotas y jaleas.
- Caseinato de sodio: mantecados y otros productos congelados.
- Bicarbonato de sodio: levadura, sopa de tomate, harina, sorbetes y confituras.
- Las espinacas tienen un contenido elevado en sodio, se pueden incluir siempre que el resto de los ingredientes del menú sean bajos en sal.

CUIDADO CON:

- Las confituras y frutas en almíbar (excepto elaboración casera).
- Medicamentos que contengan sodio en su fórmula (comprimidos efervescentes).
- No utilice esta dieta si está embarazada, tiene vómitos o diarrea, enfermedades renales o hipotiroidismo grave.

ANEXO 9: GUÍA PARA DEJAR DE FUMAR

CONOCE TUS RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR.

- Existen muchas razones para dejar de fumar. Te exponemos a continuación algunos de los beneficios que se consiguen cuando se logra:
- Mejorarás tu salud y la de los que te rodean (hijos...) convirtiéndote en un ejemplo positivo para ellos.
- Tendrás un sentimiento de liberación al romper con tu dependencia al tabaco.
- Respirarás mejor y te fatigarás menos. Rendirás mejor ante cualquier esfuerzo.
- Contribuirás a crear espacios sin humo y respetarás el derecho de los no fumadores.
- Mejorarás el aspecto de tu piel y se retrasará la aparición de arrugas.
- Recuperarás el sentido del gusto y el olfato.
- Mejorarás el aspecto de los dientes y desaparecerá el mal aliento.
- Ahorrarás dinero.

PREPÁRATE PARA DEJAR DE FUMAR.

El consumo de tabaco es una conducta compleja que se puede explicar en base a dos grandes factores:

- La dependencia física,
 - Que es la debida a la nicotina que tiene el tabaco.
- El hábito comportamental o dependencia psicológica.
 - La continuidad de la acción de fumar, lo convierte en un hábito. Por tanto, fumar es una conducta aprendida, que acaba automatizándose debido a la asombrosa cifra de cigarrillos que un fumador enciende a lo largo de los años (así, te encuentras fumando sin saber porqué, o encendiendo un cigarrillo cuando tienes otro en el cenicero), que se acaba asociando a numerosas actividades que se realizan a lo largo del día (café,

conducir...) así como a sensaciones placenteras (alivio, placer...).

- Dejar de fumar es un proceso en el que tendrás que aprender a realizar tus actividades cotidianas sin tabaco.

Es importante que sepas cuándo y porqué fumas

YA ESTOY LISTO

- Piensa en las razones que te motivan a dar este paso. Repasa tu lista de razones.
- Planifica la fecha en que quieres abandonar el consumo de tabaco. Elige un momento adecuado, procurando que no sea una época difícil, de mucho trabajo, preocupaciones, etc. Dentro del plazo de un mes fija un día para dejar de fumar: Día mes..... año
- Mientras tanto, no fumes automáticamente. Antes de encender cada cigarrillo piensa porqué lo haces y si es imprescindible o puedes posponerlo. Confecciona un registro diario donde anotes inicialmente cada cigarrillo que fumas y una semana después la situación y motivo que te induce a hacerlo (se adjuntan modelos: sepáralos y haz fotocopias). Te ayudará a ser consciente de las situaciones en las que fumas y a desautomatizar tu conducta de fumar.
- Avisa a tus amigos y familiares de que estás decidido a dejar de fumar dentro de pocos días. Anímales para que ellos también sigan este método. Haz público este compromiso. Si alguien de tu entorno está decidido, proponle hacerlo juntos.
- Procura rechazar y decir que no a las ofertas de tabaco e invitaciones que te hagan para fumar en estos días previos a la gran decisión.
- Compra una hucha y colócala en lugar visible de la casa. Será dentro de poco el termómetro para medir tu decisión y evolución.
- El día anterior al fijado para no volver a fumar, no compres cigarrillos y aparta de tu vista ceniceros, mecheros, cerillas y demás utensilios relacionados con el tabaco.

EL PRIMER DÍA SIN FUMAR.

- Levántate antes de la hora habitual. Te hace falta tiempo para emprender un día importante.

➤ Al levantarte de la cama, no pienses que no volverás a fumar nunca más. Simplemente di que hoy no fumarás y respeta esta decisión cada vez que tengas ganas de encender un cigarrillo. No pienses que nunca más podrás volver a fumar.

¡Preocúpate sólo de hoy!

- Empieza el día usando tus pulmones. Haz un poco de ejercicio junto con respiraciones profundas.
- A lo largo del día, bebe 3-6 vasos de agua y todo tipo de zumos de frutas, preferentemente naturales.
- Elimina por ahora las bebidas alcohólicas, el café y cualquier otra bebida que acostumbres a acompañar con el tabaco.
- Come alimentos ricos en vitamina B.
- Después de comer haz un poco de ejercicio, en vez de dejarte caer en tu butaca preferida para ver la TV o leer.
- Empieza la práctica regular de algún deporte al alcance de tus posibilidades.
- Llena los pequeños ratos de ocio con esas aficiones que te agraden y que quizá desde hace mucho tiempo habías descuidado.
- No te preocupes por tener que cambiar durante esta primera semana muchas de tus costumbres diarias. No te alarmes, no será para siempre.

ESTATE ALERTA.

En este primer día y en los siete siguientes, notarás en algunos momentos la llamada de la nicotina. No te dejes engañar y cada vez que tengas deseos de fumar di ¡NO! y haz lo siguiente:

- Respira profundamente, llenando bien los pulmones y echando fuera el aire lentamente, como si fuera un suspiro. Hazlo cinco veces. Tu cerebro te pide oxígeno, dáselo.
- Recuerda mentalmente que "has decidido dejar de fumar".
- Bebe un vaso de agua o un zumo.
- Date un masaje en las sienes y en la frente y recuerda mirando el reloj que estas ganas de fumar no son superiores a los dos minutos.

- No trates de razonar contra el deseo de fumar. Piensa en algo que te recuerde tu decisión. Cambia de tema y concentra tu atención en algo distinto al tabaco. Pon en marcha alguna de las actividades alternativas de tu lista.

LOS DÍAS SIGUIENTES....

- Durante estos días hay que continuar alerta y practicar lo indicado para el primer día.
- Es posible que aparezcan algunos síntomas del llamado síndrome de abstinencia tabáquico: deseo de fumar, irritabilidad, ansiedad, alteración del sueño, trastornos gastrointestinales, trastornos de apetito...
- Pero estos síntomas no tienen por qué ser muy intensos y se soportan fácilmente si se pone en práctica todo lo indicado para superar la llamada de la nicotina: descansar, beber mucho líquido, pasear por espacios abiertos... Si por el contrario, te resultara difícil de superar, recuerda que existen fármacos que te pueden ayudar. Consulta a tu médico.
- A medida que pasan los días, los deseos de fumar y el síndrome de abstinencia, también se reducirán, y con un poco de ayuda, como la indicada, te habrás convertido en no fumador.
- Tienes que decir rotundamente NO al cigarrillo. Nunca te confíes y no te permitas encender un solo cigarrillo.

Recuerda que has decidido dejar de fumar y no necesitas volverlo a hacer.

Piensa en lo que has ganado y mejorado al dejar de fumar y repítelo todos los días al mirarte en el espejo.

CUANDO LO HAYAS CONSEGUIDO.

Recuerda:

- No pienses que tendrás que estar toda la vida sin fumar, preocúpate tan solo por el día presente.
- Evita tentaciones. Mantén encendedores, cerillas y ceniceros lejos de tu presencia.
- Durante el día hay momentos peligrosos, los pequeños descansos del trabajo, cuando vas a tomar algo..., identifica estos momentos y prepara estrategias para combatirlos.

- Desvía el deseo de fumar haciendo actividades que te distraigan.
- Aprende a relajarte sin cigarrillos, cada vez que te sientas tenso, respira profundamente.
- Para evitar engordar debes reducir la ingesta calórica, incluyendo una mayor proporción de frutas y verduras en la dieta, e incorporando a tus hábitos la práctica regular de ejercicio físico.
- Recuerda siempre tu lista de razones para no fumar.

SI NO PUEDES DEJARLO A LA PRIMERA.

Unos motivos claros y el placer de una vida mejor para ti y quienes te rodean son factores que te ayudaran a insistir.

Si necesitas apoyo externo

Dejar de fumar no es fácil, por ello los profesionales de salud te pueden orientar y ayudar con otros recursos, además de lo indicado en esta guía.

Pero recuerda que lo único indispensable es tu determinación y decisión para dejar de fumar.

Piensa que para conseguirlo hay que intentarlo