

Morelia, Michoacán a octubre del 2007.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y LA FILOSOFÍA
DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA A UN
USUARIO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.E. AZUCENA VALIENTE RAMOS

ASESORAS

LEO MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA.
LEO MA. MARTHA MARÍN LAREDO



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y LA FILOSOFÍA
DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA A UN
USUARIO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.E. AZUCENA VALIENTE RAMOS

ASESORA:

L.E.O. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA.
LEO MA. MARTHA MARÍN LAREDO

Morelia Michoacán a octubre del 2007

DIRECTIVOS

MEM JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

LE MARÍA DE JESÚS RUIZ RESÉNDIZ
SECRETARIA ACADÉMICA

LE ANA CELIA ANGUIANO MORÁN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

INDICE

Índice	Página
I.- Introducción	1
II.- Justificación	3
III.- Objetivos	4
3.1. General	
3.2. Especifico	
IV.- Marco Teórico	5
4.1 Proceso de enfermería	
4.1.1 Etapas del Proceso de Enfermería	7
4.1.1.1 Valoración	8
4.1.1.2 Diagnostico	14
4.1.1.3 Planeación	20
4.1.1.4 Ejecución	24
4.1.1.5 Evaluación	27
4.2 Virginia Henderson	30
4.3 Hipertensión arterial	37
V.- Metodología	52
VI.- Valoración por necesidades	53
VII.- Conclusiones	64
VIII.- Sugerencias	6 5
IX.- Glosario de términos	66
X.- Bibliografía	69
XI.- Anexos	71

I. INTRODUCCIÓN.

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado que se emplea para brindar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de los clientes a la alteración de su salud.

El proceso de Enfermería proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del cliente, de la familia y de la comunidad está organizada en 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; y se ha caracterizado por ser intencionado, sistemático, interactivo, flexible y basado en teoría en este caso tomando como base el modelo de Virginia Henderson con su teoría de las 14 necesidades básicas del ser humano, aplicadas a un caso de Hipertensión.

La Hipertensión es un término médico que se aplica cuando la presión sanguínea es superior al nivel recomendado por la NOM. La organización mundial de la salud (OMS) ha clasificado la Hipertensión Arterial como el “asesino silencioso”, apelativo basado en las graves alteraciones que provoca este trastorno en órganos vitales del organismo, sin que aparezcan síntomas, hasta que el daño queda instaurado.¹

Es por eso que la Hipertensión Arterial, es un problema de salud pública que se puede tratar en los 3 niveles de atención; y es en cualquier nivel, donde el profesional de Enfermería puede llevar a cabo acciones que benefician la salud del individuo, familia y comunidad.

¹ <http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/enfermedades/corazon/hipertension/index.html>

El presente trabajo incluye una basta información de lo que es el proceso de enfermería y la filosofía de Virginia Henderson, la fisiopatología de la Hipertensión Arterial, al final se encuentran las conclusiones, sugerencias, glosario de términos, bibliografías y anexos en este apartado se encuentra el instrumento para la valoración, así como la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento de la Hipertensión Arterial.

II. JUSTIFICACIÓN.

El siguiente trabajo se elabora con la finalidad de conocer mas a fondo sobre la hipertensión arterial, para brindarle una atención adecuada al cliente. En la actualidad, las enfermeras siguen desempeñándose de manera interdependiente respecto de otros profesionales de la salud, pero tiene mayor autonomía para brindar los cuidados que le corresponden. Con la finalidad y responsabilidad al aplicar un método de cuidado que satisfaga al cliente este por medio del P.A.E.

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años la padecen y cerca del 60% de los en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados.²

En el estado de Michoacán la hipertensión arterial es la octava causa de enfermedad de las 20 principales registradas hasta el año 2003.³

La relevancia de la Hipertensión no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento del riesgo padecer enfermedades renales y cardiovasculares.

También para analizar la importancia que tiene el brindar una buena atención al paciente, basándose en la teoría de Virginia Henderson.

Otra de las razones importantes por las que se lleva a la práctica el proceso de atención enfermero es con la finalidad de obtener el grado o título de licenciada en enfermería.

² NOM

³ <http://www.inegi.gob.mx>

III. OBJETIVOS.

3.1. GENERAL:

- Realizar un proceso de Enfermería que cubra en la medida de lo posible, las necesidades fundamentales del individuo además de que cumpla con las expectativas de la Enfermera con el fin de obtener él título profesional.

3.2. ESPECIFICO:

- Adquirir habilidades para llevar acabo la valoración del usuario.
- Redactar los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes.
- Realizar la planeación de acuerdo a los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes elaborados.
- Llevara a cabo las acciones de enfermería planeadas.
- Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería.

IV. MARCO TEÓRICO.

El contenido de este apartado, esta estructurado en tres partes esenciales, la primera habla sobre el proceso de enfermería, antecedentes, objetivos, características, ventajas y desventajas, definiciones y etapas. El segundo apartado describe la filosofía de Virginia Henderson, así como sus principales conceptos. Y el último sobre el padecimiento actual, que es la Hipertensión Arterial recomendaciones generales para el paciente, pero principalmente las respuestas que esta enfermedad provoca en el ser humano.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

La ciencia de Enfermería se basa en un amplio marco teórico. El proceso enfermero es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de Enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales o de relación. Va dirigido a la satisfacción de las necesidades del cliente (individuo, familia, comunidad).

DEFINICIÓN PROCESO ENFERMERO.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en el diagnóstico y tratamiento de respuestas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales y potenciales.

PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL PROCESO.

Anteriormente el desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban exclusivamente en las órdenes médicas y estaban muy dirigidos hacia las enfermedades específicas más que a la propia persona. En ocasiones en las que se actuaba de manera independiente se hacía más por intuición que por el uso de métodos científicos. Ya Florence Nightingale lo señalaba y demostró que la intervención sistemática de las enfermeras disminuía el índice de mortalidad y procuraba niveles más altos de bienestar y procuraba niveles más altos de bienestar. A partir de ella se fueron dejando los sistemas de

atención ciegos, mecánicos o por ensayo – error para incorporar métodos mas refinados de solución de problemas y desde entonces la enfermera a estado trabajando en la búsqueda de un método que se adapte al campo especifico de la enfermería.

Enfermera autora	Año	Aportaciones
may	1955	Introduce el término de proceso de enfermería.
Johnson	1959	Desarrollan un proceso trifásico que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases.
Orlando	1961	
Wiedenbach	1963	
Yura y Walsh	1967	Crearon el primer texto que describía un proceso de 4 fases: valoración, planeación, planeación y evaluación.
Bloch	1974	Añadieron la fase de diagnostico.
Roy	1975	
Mundinger y jauron	1975	
Aspinal	1976	

A partir de entonces (1976) el proceso de enfermería ha sido legitimado como el marco de la práctica de Enfermería y se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio en la mayoría de los países.⁴

⁴ Ma. Elena Ledesma Delgado y Ma. Elena Ortiz Díaz “El Proceso Atención Enfermería” Pág. 13-17

4.1.1 EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Se desarrolla en 5 etapas

1. **VALORACIÓN.** Esta centrada en la recogida de información relativa al cliente, con el propósito de identificar necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente.
2. **DIAGNOSTICO.** Los datos recogidos son analizados e interpretados de forma crítica. Se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas.
3. **PLANIFICACIÓN.** Se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería
4. **EJECUCIÓN.** Es el inicio y terminación de las acciones para lograr los resultados definidos en la planificación. Implica la comunicación del plan a todas a aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.
5. **EVALUACIÓN.** Es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales.

PROPIEDADES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

- **SISTEMÁTICO.** Implica un enfoque organizado para logra un propósito
- **FLEXIBLE.** Puede realizar más de una etapa a la vez.
- **DINÁMICO.** Implica un cambio continuo
- **RESUELTO.** Ya que va dirigido a un objetivo
- **INTERACTIVO.** Se basa en las relaciones reciprocas que ocurren entre la enfermera y el cliente, familia y otros profesionales de la salud.
- **BASE TEÓRICA.** Esta se ha creado partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades.

Este proceso tiene ventajas que se pueden dividir en ventajas para la profesión, para el cliente y para la enfermera.

En el terreno profesional el proceso enfermero demuestra en forma concreta el ámbito de la práctica del profesional de enfermería además de que ha sido incorporado a las normas de práctica de algunos países, con lo cual las enfermeras son responsables de ejercer de acuerdo con estas normas.

Entre las ventajas que ofrece al cliente están la calidad y la continuidad en el cuidado, así como la participación de los clientes en el cuidado de su salud.

Las ventajas que brinda a la enfermera es el incremento de la satisfacción laboral, la agilidad que da al desarrollo de una relación enfermera – paciente significativa, la potencialización del desarrollo profesional, proporciona un marco de responsabilidad además de que evita acciones legales.

4.1.1.1 VALORACIÓN.

Proceso organizado, sistemático y continuo de recolección de datos de distintas fuentes, para analizar el estado de salud de un cliente. Punto de partida del proceso enfermero y base de todas las etapas siguientes, lo que los convierte en el banco de datos impredecible para tomar decisiones.⁵

Algunos de los elementos que influyen en la valoración son:

CONOCIMIENTOS: es la preparación teórica de la enfermera.

CAPACIDAD DE INTERACCIÓN: el personal de enfermería debe tener muy bien desarrollada las capacidades comunicativas.

HABILIDADES TÉCNICAS: útiles para realizar los procedimientos.

⁵ Ibidem Pág. 19

FILOSOFÍA PROFESIONAL: incluye la escala de valores del profesional, sus creencias y pensamientos.

El proceso de valoración contiene varias fases que son: recolección de datos, validación, organización y comunicación.

FASES DE LA VALORACIÓN.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos son información específica que se obtiene de un cliente y que se constituye en una base de datos fundamentales para el resto de las etapas del proceso.

La recolección de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Con la recolección sistemática disminuye la posibilidad de omitir información y con la recolección continua se asegura la actualización.

Hay dos tipos de datos. Los primeros son los objetivos que son aquellos que son observables y mensurables; habitualmente estos datos se obtienen a través de los sentidos durante la exploración física del cliente (signos vitales, coloración de la piel, llanto, edema, peso, etc.).

Los segundos son los subjetivos que son aquellos datos que reflejan hechos y situaciones expresados por el propio cliente, solo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirlos y verificarlos. Engloba todas las percepciones, sentimientos e ideas del cliente sobre sí mismo y sobre el estado de salud personal.

También hay datos históricos y actuales. Los datos históricos son todos los antecedentes del paciente. Los datos actuales son los que son los que refiere el cliente como dato del momento, del presente.

Es muy importante que la enfermera no haga generalizaciones o interpretaciones y que la información sea lo mas completa y concisa posible.

Las fuentes de las cuales podemos obtener los datos son de tipo primario, en donde el cliente es la principal fuente de los datos, y la secundaria, que incluye a todos los datos que recibimos de familiares, otras personas significativas para el cliente, profesionales de la salud y de bibliografías relevante que apoye el conocimiento sobre la situación presentada por el cliente.

Los datos deben obtenerse mediante los siguientes métodos: observación, entrevista personalizada o estructurada y exploración física.

OBSERVACIÓN: implica el uso de los sentidos para adquirir información relativa al cliente, personas allegadas, el entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. La observación implica reconocer los estimulo además de seleccionar, organizar e interpretar los datos.

ENTREVISTA: es el método que tiene más relevancia en la obtención de información. La cantidad de datos pertinentes obtenidos dependerá de las habilidades que como entrevistadora tenga la enfermera, es decir, de la habilidad para establecer una relación de confianza, para observar, escuchar y preguntar, que fomenten la relación interpersonal satisfactoria y el acercamiento con el cliente.

La entrevista tiene cuatro propósitos: identificar problemas-alteraciones, crear un clima agradable y de confianza, evitar o reducir la angustia y motivar la participación del cliente. De igual manera hay factores que influyen en la entrevista tales como el lugar, el cual debe proporcionar intimidad; la posición, que debe ser de frente el entrevistado y sin obstáculos de por medio; la distancia, la cual debe oscilar entre 1 a 1.2 metros para que el cliente no se sienta distanciado y el tiempo, el cual debe programarse conjuntamente con el cliente además evitar que haya interrupciones durante la entrevista.

Las partes de la entrevista son: la introducción, el cuerpo o núcleo y la finalización.

LA INTRODUCCIÓN: es la fase en la que la enfermera y el cliente empiezan a crear una relación terapéutica en la cual la actitud profesional de la enfermera es quizá el factor más significativo. La enfermera deberá transmitir respeto hacia el cliente y garantizar la confiabilidad de los datos, además de fomentar la percepción.

EL NÚCLEO O CUERPO: comprende el momento en que la persona entrevistada comienza a expresar sus percepciones, ideas, pensamientos y/o sentimientos. La enfermera utilizará un formato que le permita una recolección lógica y sistemática de la información.

EN LA FINALIZACIÓN O CIERRE: la enfermera concluye la entrevista cuando se han logrado las fases o por cansancio del cliente.

Existen dos tipos de técnicas para entrevistar que son las técnicas verbales y las no verbales.

LAS TÉCNICAS VERBALES: son aquellas en que se hace uso de la plática y entre ellas tenemos las preguntas, que pueden ser abiertas, cerradas o dirigidas; las flexiones y las declaraciones.

Las preguntas abiertas: son aquellas que le dan libertad al cliente de expresarse y generalmente requieren respuestas de uno o más palabras.

Las preguntas cerradas: son aquellas que se responden brevemente con una o dos palabras, son restringidas.

Las preguntas dirigidas: son las que conducen la respuesta del cliente y pueden ser abiertas o cerradas. En este tipo de preguntas el entrevistador sugiere la respuesta.

La reflexión o reintroducción: ayuda al cliente a continuar la conversación sobre un determinado tema examinándolo mas afondo, ampliándolo, aclarando o corrigiendo la percepción de la enfermera. Las declaraciones son expresiones verbales de la enfermera que anima al cliente a seguir hablando durante toda la entrevista pues la hace ver al cliente que la enfermera esta interesada.

LAS TÉCNICAS NO VERBALES: a menudo trasmiten un mensaje más eficaz que las palabras habladas. Consiste en el uso del lenguaje no verbal y son: la expresión facial (del cliente y de la enfermera), la postura corporal y la actitud (cliente y enfermera).

Otro elemento esencial en la entrevista es la congruencia entre lo que se habla (técnica verbal); y lo que hace (técnica no verbal); esto completa la validez de la información.

EXPLORACIÓN FÍSICA: este se centra en definir aun más las respuestas del cliente ante el proceso patológico; establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería; y justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Durante la exploración, la enfermera utiliza cuatro técnicas especiales que son la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

La inspección: es la exploración visual del cliente para determinar respuestas o estados normales, inusuales o anormales.

Las palpaciones: la utilización del tacto para determinar las características de las estructuras orgánicas debajo de la piel.

La percusión: es un método de valoración en la que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos que se puedan escuchar o vibraciones que se puedan sentir.

La auscultación: es el proceso de escuchar los sonidos producidos dentro del cuerpo.

VALIDACIÓN DE DATOS.

Significa asegurar que la información que se ha recogido es verdadera (basada en hechos) para que se realice una interpretación correcta.

Normas para la validación de datos:

a) Pueden aceptarse como verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medición precisa. Ejemplo: peso, talla, exámenes de laboratorio.

b) Los datos observados por otras personas como resultado de las señales verbales y no verbales pueden ser verdaderos o no. La enfermera deberá intentar verificar esta información mediante la observación y la entrevista directa con el cliente.

C) la validación puede realizarse llevando acabo las siguientes técnicas:

- ⇒ Repetir el procedimiento para comprobar sus propios datos.
- ⇒ Buscar factores que alteran la exactitud del dato.
- ⇒ Comprobar siempre la información que sea anormal o inconsistente con las claves del cliente.
- ⇒ Contrastar con otra enfermera experta los datos, si estos son poco frecuentes o no sé esta segura.
- ⇒ Compare sus hallazgos y los datos subjetivos para ver la congruencia entre lo que dice el cliente y lo que usted observa.

- ⇒ Clarifique las afirmaciones del cliente y la familia y verifique sus inferencias.

ORGANIZACIÓN DE DATOS.

Se refiere a la agrupación de los datos en categoría de información de acuerdo con un marco teórico profesional, para llegar a identificar el problema y el grado de satisfacción de las necesidades alteradas, que se traducirá en el diagnóstico de enfermería o en los problemas interdependientes.

DOCUMENTACIÓN DE DATOS.

Se refiere al registro de los datos acumulados durante la valoración. Esta fase forma parte de todas las etapas del proceso enfermero, y tiene las siguientes ventajas: establece la comunicación entre los miembros del equipo de salud evitando los interrogatorios y exploraciones repetidas al cliente y asegurando la continuidad del cuidado; facilita la administración de cuidados al cliente; garantiza un mecanismo de evaluación de los cuidados individuales del cliente, crea un permanente registro legal de los cuidados administrados al cliente y proporciona la base para la investigación de enfermería.⁶

4.1.1.2 DIAGNOSTICO.⁷

El término diagnóstico se utilizó en los cincuenta, en 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación de 21 problemas clínicos. En 1973 primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos, este mismo año la NANDA (asociación americana de enfermería) aprobó y legitimizó la utilización del término Diagnóstico de Enfermería.

⁶ Gordón, m. "diagnósticos de enfermería" 100-113

⁷ Proceso de enfermería Ma. Elena Ledesma Delgado y Ma. Elena Ortiz Días Pág. 45-47

Definición:

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud / procesos vitales o potenciales. Los diagnósticos proporcionan.

La base para la selección de las intervenciones de enfermería hacia la consecución de objetivos los cuales la enfermera tiene la responsabilidad (definición dada por la NANDA).

Diferenciación de los diagnósticos de enfermería y los diagnósticos médicos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	DIAGNOSTICO MEDICO
Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.	Describe un proceso específico de una enfermedad.
Esta enfocado al individuo.	Esta enfocado a la patología.
Varía según cambian las respuestas del cliente.	Permanece constante mientras dura la enfermedad.
Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.	Orienta las actividades médicas, muchas de las cuales realiza la enfermera.
Es complementario al diagnostico medico.	Es complementario al diagnostico enfermero.
El sistema de clasificación no esta universalmente aceptado, varios sistemas están e desarrollo.	Tiene un sistema de clasificación bien desarrollado y aceptado universalmente por la profesión médica.

Consta de tres partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.	Consta de dos a tres palabras,
Es una definición de juicio de enfermería y hace referencia a lo que las enfermeras están autorizadas a tratar.	Esta hecho y tratado por él medico.
Hacen referencia a condiciones físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales.	Se refieren solo a la enfermedad.

El proceso de diagnostico cuenta con cuatro fases que son: la preparación de los datos, la formulación del diagnostico, convalidación y documentación.

PREPARACIÓN DE DATOS.

Comprende la clasificación y recolección de información, la interpretación y la convalidación de los datos reunidos.

CLASIFICACIÓN Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: implica distribuir la información en categorías específicas (por ejemplo los patrones funcionales de salud). Estimula la discriminación de datos y ayuda a identificar otros datos que requieren mayor discusión, observación o exploración física.

INTERPRETACIÓN: implica la identificación de datos importantes, comparación con el patrón habitual y el reconocimiento de hábitos o tendencias. La interpretación es la percepción que tiene la enfermera de los que existe basándose en datos objetivos y subjetivos. También se describe como inferencia y es la asignación de un significado a una señal. Es un juicio realizado por la enfermera basándose en su formación y experiencia; permite predecir o explicar hallazgos.

CONVALIDACIÓN: la enfermera intenta verificar la exactitud de la interpretación de los datos mediante la interacción directa con el cliente, la consulta con otros profesionales y/o comparando los datos con otras referencias.⁸

FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO.

Antes de describir la forma en que debe ser construido un diagnostico de enfermería, es necesario distinguir los diferentes tipos de diagnósticos que podemos encontrar en un cliente:

DIAGNOSTICO REAL: Define o describe un estado o situación alterado que existe y que ha sido confirmado mediante las características definitorias (signos y síntomas principales) del diagnostico. En este tipo de diagnostico el enfoque de las actividades de enfermería se dirigen Asia la eliminación, reducción del problema y control de signos y síntomas presentes.

DIAGNOSTICO POTENCIAL O DE ALTO RIESGO: Describe una alteración que todavía no existe pero que puede presentarse sino se ordenan y ejecutan ciertas actuaciones de enfermería. Las características que lo definen se presentan como factores de riesgo. Para estos diagnósticos las actividades de enfermería se enfocan hacia la prevención, reducción, o eliminación de los factores de riesgo.

DIAGNOSTICO POSIBLE: describen problemas que pueden estar presentes pero que requieren de una recolección de datos adicional para confirmar o descartar su presencia. Las actividades de enfermería se enfocan hacia la búsqueda de información que permita descartar o confirmar él diagnostico.

⁸ Ibidem Pág. 48-49

DIAGNOSTICO DE BIENESTAR: es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto (NANDA). En este diagnostico el personal de enfermería se enfoca hacia la enseñanza de un mayor nivel de bienestar.

ESTRUCTURACIÓN DEL DIAGNOSTICO.⁹

Real: Formato de tres partes (PES)

Problema + factores relacionados + datos objetivos y subjetivos.

Riesgo: Dos partes.

Problemas + factores de riesgo.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

P	E	S
Relacionado con	Manifestado pos	Signos y síntomas

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

Se define como un problema de salud real o potencial, cuya responsabilidad de tratamiento recae sobre otro profesional, que puede ser identificado por la enfermera y que esta ayuda a resolver mediante actividades - propias o de colaboración – de tratamiento. Por lo tanto, los problemas interdependientes se refieren a complicaciones que se producen generalmente como consecuencia de tres situaciones: Enfermedad primaria, estudios diagnósticos y tratamientos.

⁹ HERNÁNDEZ Conesa, fundamentos de Enfermería, Teoría y Método, Edit. McGraw-Hill Interamericana, Primera Edición 1999 Pág. 135

DIFERENCIA ENTRE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Y PROBLEMA INTERDEPENDIENTE.

Diferenciar los diagnósticos de enfermería de los problemas interdependientes es de gran importancia pues solo de esta forma se pueden identificar que problemas pueden ser tratados mediante actividades independientes y cuales requieren de colaboración de otros.

La inclusión de los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes permiten el abordaje total de los cuidados de enfermería no limitándose exclusivamente a los interdependientes o de colaboración.

DIRECTRICES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.¹⁰

- 1.- Escribir el diagnóstico en cuanto a la respuesta del cliente (problema) en lugar de la necesidad de la enfermera.
2. - Usar el término " relacionado con " para reunir el problema con la etiología y manifestado por " para unir la etiología con los signos y síntomas. Esto identifica una relación entre la respuesta humana y los factores etiológicos o relacionados.
3. - Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. - Escribir los diagnósticos sin emitir juicios de valor.
5. - Evitar cambiar las partes de la declaración del diagnóstico.
6. - Evitar el uso de indicios asociados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. - Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.

¹⁰ Gordón, m. "diagnósticos de enfermería" Pág. 115

8. - Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
9. - No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
10. - Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.
11. - Añadir las palabras descriptivas necesarias para que el diagnóstico quede claro.

CONVALIDACIÓN DEL DIAGNOSTICO.

Antes de pasar el diagnóstico, es necesario verificar su exactitud y se pueden hacer tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- La base de datos es suficiente y exacta.
- Existe un grupo de señales que sugieren el diagnóstico seleccionado.
- Las señales determinan la existencia de la respuesta humana coherente con las características que lo definen.
- El diagnóstico sugerido puede alterarse por acciones de enfermería.

DOCUMENTACIÓN.

Después de desarrollar y definir la declaración del diagnóstico de enfermería, la enfermera lo anota en el expediente clínico del cliente siguiendo las políticas o directrices de la institución (el diagnóstico se anota en el plan de cuidados, en las notas de enfermería o en resumen de evolución).¹¹

4.1.1.3 PLANEACIÓN.¹²

Proceso que implica el desarrollo de estrategias o intervenciones de enfermería diseñadas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico de enfermería.

¹¹ Proceso de enfermería Ma. Elena Ledesma Delgado y Ma. Elena Ortiz Díaz Pág. 64-65

¹² Ibidem Pág. 67-85

El plan de cuidados es un instrumento que contiene las decisiones y estrategias individualizadas que se desempeñan con la finalidad de producir cambios positivos en el estado de salud de las personas a la que va dirigido.

Los propósitos del plan de cuidados son:

- Favorecer los cuidados individualizados.
- Garantizar la comunicación y la continuidad asistencial.
- Proporcionar las pautas para la evaluación.

Las características para el plan de cuidados son:

- Debe estar elaborado por personal de enfermería calificado.
- Debe elaborarse después de valorar la situación.
- Debe estar actualizado y disponible.

FASES DE LA PLANEACIÓN.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES: es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias. Las prioridades en los cuidados se establecen para identificar que acciones deben realizarse primero y cuales después.

Al establecer las prioridades es necesario considerar los siguientes aspectos:

- 1.- La percepción que tiene el cliente de sus propias prioridades (valores y creencias).
- 2.- Urgencia del problema de salud (estado de salud general).
- 3.- Recursos disponibles.
- 4.- Tratamiento medico.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS: una vez decidido el orden de prioridades de los diagnósticos se procede a la elaboración de los objetivos o resultados.

Los objetivos son criterios para orientar las acciones dirigidas a lograr cambios a los problemas de salud y para medir la eficacia y validez del conjunto en los que se refiere a la responsabilidad directa de la enfermera.

Los objetivos:

- 1.- Describen lo que el cliente será capaz de hacer en un modo determinado.
- 2.- Derivan directamente de los diagnósticos de enfermería.
- 3.- Permiten evaluar el funcionamiento del plan de cuidados (su eficacia).
- 4.- Permiten dirigir las actividades de enfermería para alcanzar dichos objetivos.

Directrices para desarrollar dichos objetivos:

- 1.- debe estar relacionado con la respuesta humana, con el problema.
- 2.- Deben estar centrados en el cliente.
- 3.- Deben ser claras y concisos.
- 4.- Deben describir un comportamiento mensurable y observable.
- 5.- Los objetivos deberán ser realistas.
- 6.- Deben estar limitados en cuanto al tiempo.
- 7.- Tienen que estar determinados en forma conjunta enfermera -cliente.

Los resultados esperados han de ser específicos e indicar no-solo lo que se pretende hacer sino también **quien, cuando, como, donde y en que medida se hará.**

DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: las actividades de enfermería son todas aquellas acciones (estrategias específicas para ayudar al cliente al logro de objetivos) que realiza el equipo de enfermería dirigidas a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de la enfermedad y protectoras de los riesgos ambientales. Son las actividades que pueden desarrollarse tanto en el ámbito institucional como en el comunitario.

La finalidad de las actividades de enfermería son promover la salud (prevenir la enfermedad), mantener la salud, restablecer la salud, prevenir las complicaciones procurar un bienestar físico, psicológico y espiritual óptimo.

Las actividades de enfermería independientes son aquellas que programan o prescriben las enfermeras para promover la salud o para tratar de prevenir, eliminar o reducir los problemas que identifican y tratan en su esfera de competencia independiente (los diagnósticos de enfermería). También se les ha denominado órdenes de enfermería.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

- 1.- Deberá derivarse de una valoración focalizada o integral del problema.
- 2.- Deberán estar basadas en los factores etiológicos o relacionados e identificados en el diagnóstico de enfermería.
- 3.- Deben considerar el resultado esperado para estar segura de que las actividades son específicas para este cliente en particular.
- 4.- Deben individualizarse para cada persona y situación.
- 5.- Deben ser realistas.
- 6.- Deben ser consecuentes con el plan terapéutico general.
- 7.- Deben favorecer un entorno terapéutico.
- 8.- Deberán estar basados en principios científicos.
- 9.- Deben estar redactados en forma precisa y clara.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones de enfermería y progresos periódicos o informe de evaluación.

La documentación tiene varias finalidades como son el proporcionar cuidados individualizados, la continuidad asistencial, comunicación con el equipo de salud y la evaluación del cuidado del cliente y de la calidad de atención prestada.

El plan de cuidados puede estructurarse de varias formas, dependiendo de las normas institucionales. No obstante, normalmente los componentes del plan deberán ser:

- Diagnósticos de enfermería o problemas interdependientes.
- Objetivos (deberá describirse mínima mente un objetivo por cada diagnostico y estos pueden ser a corto o largo plazo).
- Actividades de enfermería.
- Evaluación (informe de la misma).

4.1.1.4 EJECUCIÓN.

Consiste en la realización. Significa actuar, poner en práctica las estrategias de enfermería diseñada en la etapa anterior, para alcanzar los resultados esperados de los cuidados de enfermería.

ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES E INTERDEPENDIENTES.

LAS ACCIONES INDEPENDIENTES: son aquellas que están dentro del ámbito del diagnostico y tratamiento del personal de enfermería y que no requieren de una orden medica para llevarse a cabo.

LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTES: son las que se realizan en colaboración y coordinación con otros miembros del equipo de salud.¹³

Las actuaciones de enfermería se seleccionan durante la fase de plantación.

Para determinar las actuaciones de enfermería, la enfermera debe considerar:

- * Cual es la acción que ofrece mayor posibilidad de éxito.
- * La que tiene el menor riesgo posible.
- * La que provoca el menor daño o incomodidad.

¹³ .- Gordón, m. "diagnósticos de enfermería" Pág.160-164

* La que implica la menor intervención sobre el cliente.

FASES DE LA ETAPA DE EJECUCIÓN.¹⁴

Preparación.

Esta fase incluye una serie de actividades:

Nueva valoración del cliente: la valoración es un proceso continuo que tiene lugar cada vez que el profesional de enfermería tiene contacto con el cliente.

Análisis y revisión del plan de cuidados: los cambios encontrados en el estado del cliente, puede requerir la modificación de las actuaciones de enfermería planificadas o de los diagnósticos formulados.

Determinación y suministro de recursos necesarios.

Intervención.

Se refiere a la iniciación de las actividades de enfermería. Es necesario recordar que la enfermera requiere seguir recopilando los comportamientos del cliente mientras le brinda los cuidados. Por lo que es muy importante **la recolección de datos** durante la ejecución de actividades.

El eje principal de la etapa de ejecución es la actuación en beneficio del cliente. La realización de las actividades de enfermería implica una serie de aptitudes cognitivas, interpersonales y técnicas.

El nivel d cuidados que el profesional de enfermería proporciona al cliente puede ser de tres dimensiones:

- ⇒ Cuidados totales. Los cuidados de enfermería son totales en la medida en que atiende todas las necesidades físicas del cliente.
- ⇒ Cuidados de ayuda. En este nivel, el profesional de enfermería y el cliente trabajan juntos, completando, el primero, la capacidad del segundo cuando es necesario.

¹⁴ Proceso de enfermería Ma. Elena Ledesma Delgado y Ma. Elena Ortiz Días Pág. 89-92

- ⇒ Cuidados de apoyo. En este nivel, el cliente lleva a cabo todas las medidas de asistencia sanitaria y el personal de enfermería lo apoya, enseña y orienta.

Documentación de los cuidados de enfermería.

Aunque la documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso, en la ejecución adquiere un valor fundamental, ya que el registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud.

Normas para el registro:

- Use tinta y letra legible.
- Escriba sus notas tan pronto como sea posible después de proporcionar los cuidados de enfermería.
- Anote exactamente cuando, como y donde se llevaron acabo los acontecimientos y actividades.
- Escriba su nombre y su firma.
- Nunca deje una línea en blanco. Trace una línea a través de los espacios no utilizados antes de su firma.
- Incluya lo siguiente en sus notas: valoración, actuación, evaluación.
- Sea concisa aunque descriptiva.
- Sea específica evitando el uso de términos vagos.
- Escriba los registros de manera completa.
- Use ejemplos y descripciones del cliente para clarificar su registro.
- Anote las variaciones de lo normal.
- Anote siempre el estado de las vías invasivas o modalidades terapéuticas.¹⁵

¹⁵Gordón, m. “diagnósticos de enfermería Pág. 168 – 171

4.1.1.5 EVALUACIÓN.

En esta quinta etapa debe realizarse una valoración exhaustiva de todo el plan que le ayude a determinar si realmente ha elaborado el mejor plan de cuidados para el cliente. Mediante la evaluación el personal de enfermería acepta la responsabilidad de sus actos, indica el interés en los resultados y demuestra el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces.

DEFINICIÓN.

Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados. Por tanto, es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente (juzgar o valorar).¹⁶

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN.

1. **CONSTITUYE UN PROCESO CONTINUO:** por que se realiza durante todas las etapas del proceso. Ejemplo: durante la ejecución la enfermera valora como reacciona el cliente ante sus actividades y si sus acciones responden al problema identificado, muchas veces es necesario cambiar algunas acciones.
2. **ES UN PROCESO TERMINAL:** por que después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.
3. **ES UNA ACTIVIDAD SISTEMÁTICA:** supone una actividad intelectual que requiere orden para dar continuidad al ciclo dinámico en el que se desarrolla la atención de enfermería.
4. **PERMITE OBTENER RESULTADOS SOBRE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS:** esto motiva a que las enfermeras acepten la responsabilidad de sus acciones, haciendo potente su interés y preocupación por estas (tanto individuales como conjuntas), para no repetir las ineficaces y modificarlas por otras.

¹⁶ Proceso de enfermería Ma. Elena Ledesma Delgado y Ma. Elena Ortiz Díaz Pág. 101

FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN.

A) IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE MEDIDA.

Estos estándares tienen el propósito de orientar la clase de datos que se necesita recoger para la evaluación y proporcionan un medio para enjuiciar esos datos. Cuando los objetivos están bien definidos, son precisos, mensurables y contemplan la condición, el criterio de ejecución y el tiempo, representan los estándares de medida que orientan el siguiente paso del proceso de evaluación que es la recolección de datos.

B) RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se lleva acabo a través de las técnicas de valoración ya explicadas en la primera etapa del proceso (observación, exploración física, entrevista). Los datos se recogen de forma que se puedan sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la siguiente fase de la evaluación.

C) COMPARACIÓN DE DATOS CON RESULTADOS.

Después de recoger los datos, las enfermeras comparan el estado de salud actual del cliente (resultados reales) con los resultados esperados definidos en el plan de atención, en el apartado de objetivos.

D) EMISIÓN DE UN JUICIO SOBRE EL PROGRESO DEL CLIENTE.

Después de recoger los datos sobre el estado de salud del cliente compararlos con los resultados, la enfermera emite un juicio sobre el logro del resultado por parte del cliente.

E) REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

La evaluación de objetivos proporciona la retroalimentación para determinar si el plan de cuidados ha resuelto, reducido o prevenido eficazmente los problemas del cliente. El profesional de enfermería requiere revisar todos los aspectos del plan de cuidados independiente mente de que los objetivos se hayan cubierto o no.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

La evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al profesional de enfermería a proporcionar cuidados de enfermería de calidad. Evaluar la calidad es una parte fundamental de la responsabilidad de enfermería y comprende la valoración cualitativa y el control de calidad; la primera analiza actividades, mientras que el control implica las medidas a tomar para evaluar y garantizar la calidad en el cuidado.¹⁷

¹⁷ Ibidem Pág. 102-105

4.2 VIRGINIA HENDERSON.



La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA.¹⁸

ENFERMERÍA: la define como la ayuda principal del individuo enfermo o sano para realizar actividades, que conciernen a la salud o una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza de voluntad o conocimiento, para realizar las actividades sin ayuda. La Enfermera ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

PERSONA: individuo que necesita de la asistencia para la salud, independencia o para morir tranquilamente. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

SALUD: la define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete estándares relacionados con la fisiología.
- Dos con la seguridad.
- Dos con el afecto y la pertenencia.
- Tres con la auto realización.

ENTORNO: las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

La mayor parte de su teoría esta basada con lo que define su libro **The Nature of Nursing**, en las ciencias, la fisiología, medicina, psicología y física, también en la observación de su practica diaria para dar forma a su teoría.

El personal de enfermería debe trabajar en forma independiente con otros miembros del quipo de salud.

¹⁸ Teorías y Modelos. ANN MARRINER Pág. 104-105

Identificación de tres modelos de función Enfermería:

- Sustituta: compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante: establece las intervenciones clínicas.
- Compañera: fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Henderson establece la necesidad de elaborar un plan de cuidados enfermeros por escrito, basándose en el logro de las 14 necesidades básicas y en su registro para un cuidado individualizado para la persona.

NECESIDADES FUNDAMENTALES PARA EL SER HUMANO SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

1. - NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

- Frecuencia respiratoria y cardíaca: cifras y características.
- Tensión Arterial: cifras, regulación y control.
- Coloración de piel, mucosa y lechos ungüales.
- Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, Ali como las características de ambas.
- Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

2. - NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

- Talla eso así como oscilaciones de esta.
- Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena.
- Dieta y grado de cumplimiento.
- Ingesta de líquidos / día.
- Circunstancias que influyen en su alimentación /hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, nauseas, vomito, anorexia.

- Recursos que utiliza para realizar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

3. - NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- Patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor y consistencia.
- Dificultades para el acto de la eliminación dolor, estreñimiento, diarrea.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

4. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

- Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, curación.
- Equilibrio.
- Dificultad para realizar algunos movimientos hormigueos, dolor, fatiga.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

5. - NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Hábitos de sueño: horas, horario, numero de despertares/ levantamientos nocturnas.
- Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia.
- Recursos que utiliza para mejorar este.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

6. -NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

- Aspecto que presenta en cuanto a adecuación, comodidad, limpieza de ropa, calzado y complementos.
- Facilidad / dificultad para el vestido y arreglo.
- Circunstancias que influyen en su forma de vestir.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.

- Manifestaciones de dependencia y causas de dificultad.

7. -NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

- Temperatura.
- Experimenta sensación de calor / frío de acuerdo con los cambios de temperatura ambiente.
- Condiciones ambientales de su hogar.
- Circunstancias que influyen en su temperatura corporal.
- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura.

8. -NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia.
- Estado de la piel, uñas, cabello y boca.
- Interés por el mantenimiento.

9. -NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunas, chequeos, autoexploraciones, controles.
- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la conciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma.
- Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones.
- Recursos que utiliza para autocontrolarse y manejar situaciones de riesgo.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

10. -NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

- Si expresa sus deseos y opiniones.
- Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.

- Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupos de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

11. -NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad / dificultad de vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad/espiritualidad en su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, practicas religiosas o alternativas comunitarias.

12. -NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

- Actividad / trabajo.
- Repercusión de su actual nivel de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.
- Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en su realización personal: auto concepto / auto imagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.

13. -NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- Hábitos culturales.
- Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

14. -NECESIDAD DE APRENDIZAJE.¹⁹

- Interés por su entorno socio sanitario.
- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas.
- Recursos educativos de su entorno socio sanitario.
- Recursos que utiliza para el aprendizaje: grado de conocimiento de su actual salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario (medico, amigo, libros).
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

AFIRMACIONES TEÓRICAS.²⁰

La relación enfermera- paciente.

Se puede identificar tres niveles en la relación enfermera – paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente: (1) la enfermera como sustituta de algo necesario para el paciente; (2) la enfermera como ayuda para el paciente; y (3) la enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave, la enfermera esta considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle “completo”, “íntegro” o “independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera es de forma temporal, la conciencia de la inconciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del siego resiente, la sabiduría. Y la confianza para la nueva madre, el micrófono para los demasiados débiles o introvertidos para hablar.

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma La independencia es un termino relativo.

¹⁹ Wesley Ruby L. Rn, Phd, Teorías y Modelos de Enfermería 3^{ra} edición. Editorial Mc Gras Hill Interamericana México DF 1997

²⁰ Teorías y Modelos. ANN MARRINER Pág. 106-107

Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma.

La relación enfermera – medico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar acabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por él medico. Henderson subraya que las enfermeras no siguen las ordenes de los médicos, ya que cuestiona una filosofía que permita al medico dar ordenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios.

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada una su trabajo. Henderson nos recuerda que nadie del equipo debe hacer tal exigencia a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.

4.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la hipertensión como aquella que cursa con cifras de 140-159 y/o 90-94 mmHg de presión arterial sistólica y diastólica respectivamente. En la actualidad este grupo no tiene mayor interés, ya que esta demostrada la necesidad de tratamiento para reducir la morbilidad y la mortalidad.²¹

Elevación permanente de la TA mayor 140/90 mmHg de etiología desconocida en 90-95% de los pacientes.²²

²¹ [Www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple/suple4a.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple/suple4a.html)

²² Principios de Medicina Interna Harrison 14 Edición Pág. 717

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevaencia en México, En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padecen, y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de la cual un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La Hipertensión Arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales.

La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebro vascular y las neuropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contender con este importante problema, esta norma define las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico y control de esta enfermedad a ser realizados por los sectores públicos y privados.

Esto contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a estas causas.

MEDICIÓN DE LA T/A (normales)

Presión Arterial óptima: menor de 120/80 mm de Hg (niveles saludables)

Presión Arterial normal: 120 – 129/80 - 84 mm Hg

Presión Arterial normal alta: 130 – 139/85 -89 mm Hg.

Hipertensión Arterial:

Etapas 1: 140 – 159/90 – 99 mm Hg.

Etapas 2: 160 – 179/100 – 109 mm Hg

Etapas 3: 180/ 110 mm Hg

Si se mide la presión repetidas veces y es mayor de 140/90, entonces tiene Hipertensión.²³

El corazón es un músculo que funciona como una máquina de bombeo. Cuando se contrae envía un torrente de sangre a las vías circulatorias y a este empuje se le llama presión de sístole. Cuando el corazón se relaja entre latidos, disminuye la presión en las vías circulatorias, y a esto se la llama presión de diástole.

Los niveles normales de presión son por debajo de 140 para la sístole y por debajo de 85 para la diástole.²⁴

ETIOLOGÍA.

La Hipertensión es una enfermedad multifactorial, es el factor de riesgo más importante de la cardiopatía coronaria, el ictus, la insuficiencia cardíaca congestiva, la insuficiencia renal y la enfermedad vascular periférica.

Aunque se desconoce la etiología específica de la mayor parte de los Hipertensos esenciales. Se han identificado factores de riesgo que actúan como factores iniciales de la Hipertensión. Los factores genéticos o no

²³ NOM

²⁴ <http://www.abmedicus.com/articulo/pasientes/1/id/16/pagina/1/hipertension-arterial.htm1>

modificables se relacionan con los antecedentes familiares, el sexo, la edad, y el grupo étnico. Los factores ambientales o modificables se relacionan con la nutrición, el estilo de vida, el perfil de estrés del sujeto y las enfermedades que puedan controlarse hasta cierto punto.²⁵

FACTORES CONTROLABLES.

- Peso.
- Tabaquismo.
- Nivel de actividad física.
- Hábitos de alimentación.
- Estrés.
- Ingesta de sal.
- Consumo de alcohol.
- Uso de anticonceptivos.
- Nivel elevado de colesterol.

FACTORES INCONTROLABLES:

- Hereditarios: la historia familiar de presión arterial alta aumenta los riesgos.
- De genero: por lo regular, los varones tienen un riesgo ligeramente mayor que las mujeres.
- Edad: tener 55 años y más en las mujeres y 45 y más en los barones aumenta el riesgo de padecer Hipertensión. Un estilo de vida saludable minimiza el riesgo.

²⁵ Enfermería Medico Qx 3ra edición Volumen 1 editado por Beare. Myers

Si la presión sube por encima de lo normal que se podría cifrar en 140/90 en los adultos se produce lo que denominamos Hipertensión Arterial se trata de una enfermedad muy común en todo el mundo que afecta a mas del 20% de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 50% en las personas de mas de 65 años.

Pero una de sus mayores peligros es que se trata de un mal silencioso. Usted puede tener la tensión arterial elevada y no mostrar síntomas. De ahí la importancia de la prevención.

Si no controla su Tensión Arterial, este puede afectar al funcionamiento de su corazón, cerebro y riñones. Recuerde que la Hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular y que aumenta el peligro de derrame cerebral.²⁶

FACTORES DE RIESGO.

GENÉTICOS (NO MODIFICABLES).

HERENCIA: De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor(o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de Hipertensión.

SEXO: Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. De esta forma la naturaleza protege

²⁶ <http://www.geosalud.com/hipertensión/que%20es%20hipert.htm>

a la mujer asegurando la procreación. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un especial riesgo cuando toman pastillas anticonceptivas.

EDAD Y RAZA: La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad.

En cuanto a la raza, únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico. En esta raza el sodio plasmático es más alto y el potasio plasmático más bajo. Serán necesarios varios estudios sobre otros grupos de raza.

SOBREPESO: Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso esta más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal.

A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que es tener su peso ideal.

No se sabe con claridad si es la obesidad por si misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte

responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que a la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.²⁷

El Corazón: Aumenta de tamaño (hipertrofia ventricular izquierda) por que tiene que bombear la sangre con mayor fuerza, también es más factible de sufrir angina (Dolor en el corazón) e inclusive infarto del miocardio, además se vuelve insuficiente (Insuficiencia cardiaca).

Al Cerebro: Lo más peligroso a nivel cerebral es que se produzca una hemorragia intracerebral por rotura de algún vaso sanguíneo cerebral, además pueden haber cuadros de isquemia cerebral (Diversas zonas del cerebro se quedan sin irrigar y mueren). Estos cuadros comúnmente se traducen como parálisis o paresias de un lado del cuerpo (imposibilidad total o parcial para mover los miembros de un lado del cuerpo).

El Riñón: Puede ser causa para que el riñón se torne insuficiente, cuando el riñón se daña el pronóstico del paciente se hace más desfavorable, es por eso que hoy en día se pide controles periódicos de pruebas para medir la función renal: micro albuminuria, depuración de creatinina.

Los Ojos: Cuando no hay control de Hipertensión puede producirse una oftalmopatía Hipertensiva, lesiones hemorrágicas a nivel de retina, a nivel de nervio óptico, que hacen que la visión se vea muy borrosa, e inclusive llegar a la ceguera.

Las Arterias: Se dilatan porque hay mas presión dentro de ellas y es fácil a que se formen aneurismas y su posterior rotura, también las placas de colesterol se impregnan mas en las arterias (arteriosclerosis), corriendo el riesgo de que se rompan y se generen trombos.²⁸

²⁷ <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,455,00.htm>

²⁸ <http://www.geocities.com/amirhali/fpclass/HTA.htm>

Nutrición: La ingesta calórico y de energía que conduce a la obesidad, así como la ingesta de alcohol, potasio sodio, calcio y ácidos grasos 3 omega, guardan relación con la Hipertensión, ya que pueden ser causada por exceso de sal, calorías y alcohol. Teniendo en cuenta dos grandes factores de riesgo.

a) La obesidad: aunque no es causa de Hipertensión, se relaciona por que existe una elevación del volumen sanguíneo y el aumento de peso. La obesidad central conduce a una resistencia frente a la insulina con hiperinsulinemia, retención de sodio y aumento de la presión arterial.

b) Nutrientes: los hipertensos muestran diferencias nutricionales. Con el calcio, tanto su exceso como su defecto han sido implicados como factores etiológicos de algunas enfermedades; en la hipertensión el aumento de calcio intracelular tiene un efecto vasoconstrictor y eleva la Presión Arterial. Referente al sodio solo una parte de la población con alta ingesta sodica desarrolla Hipertensión, por lo que no esta clara esta relación. Mediante la liberación de renina, el potasio activa la conversión de la angiotensina I y II, la retención de sodio y la vasoconstricción de la red arterial, con lo que eleva la Presión Arterial.

Estilo de Vida: Alcohol, tabaco, actividad física.

a) Alcohol: su ingesta frecuente guarda relación directa con la elevación de la Presión Arterial, ya que paréese existir un umbral del efecto, con aumento de 1mm de Hg. en los individuos que ingieren mas de 57 g de etanol al día. No esta claro el mecanismo exacto, pero se a sugerido como posibles explicaciones el aumento del gasto cardiaco, la mayor secreción de cortisol, la elevación de los niveles de calcio intracelular libre, la vaso contracción renal y los espasmos cerebro vasculares.

b) Tabaco: Al principio los fumadores pueden mostrar aumento de la Presión Arterial, a causa de la vasoconstricción producida por la nicotina, su abandono pudo causar una ligera elevación inicial de la Presión Arterial, debido probablemente al aumento de peso; así como también el tabaco de mascar tiene relación ya que contiene una elevada cantidad de sodio.

c) Actividad Física: Los beneficios del ejercicio incluyen aumento de endorfinas, que contribuyen a la sensación de bienestar, y de lipoproteínas de alta densidad que protegen frente a la enfermedad cardiovascular. Además de que el ejercicio es beneficioso para controlar el estrés y para prevenir la Hipertensión mediante la reducción de peso, el descenso de la resistencia periférica y la disminución de la grasa corporal. Sin embargo, un uso no moderado de alcohol conlleva un aumento de la Tensión Arterial y la posibilidad de caer en el Alcoholismo. Una ingesta diaria superior a 40 g de alcohol puede ser un aumento de la Tensión Arterial.²⁹

FISIOPATOLOGÍA.

La hipertensión primaria, también llamada hipertensión esencial o idiopática, es responsable del 90% de los casos de Hipertensión. Esta elevación crónica de hipertensión arterial se produce sin signos de ninguna otra enfermedad. La hipertensión primaria no tiene una causa etiológica conocida, sino tiene una naturaleza multifactorial.

La presión arterial sistémica esta determinada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. Por tanto un aumento de la presión arterial refleja una alteración del flujo sanguíneo en el comportamiento vascular mediado por cambios en el gasto cardiaco o alteración en la resistencia vascular. Las investigaciones han mostrado que la Hipertensión aparece cuando es necesaria una presión mayor de lo normal para el riñón excreta sal y agua. Con el tiempo, los mecanismos de adaptación elevan la presión hasta que alcanza un nivel necesario para facilitar la excreción normal de sal y agua. Un mecanismo podría ser una respuesta mal adaptada a la ingesta excesiva de sal.

²⁹ <http://www.botanical-online.com/medicinalshipertension.htm>

Variar respuestas patológicas contribuyen a un aumento de sodio intracelular y posterior mente a un aumento de calcio intracelular. El aumento de calcio intracelular conduce a un aumento del tono vascular y de la resistencia. Lo que produce Hipertensión. Esta teoría se ve fortalecida de los antagonistas de calcio. Otros factores, como los genes, la obesidad y el estrés, pueden contribuir a la aparición de la hipertensión. Varios factores metabólicos y genéticos pueden aumentar de forma directa la resistencia vascular periférica por una hipertrofia estructural de la pared Arterial. El estrés crónico contribuye a la Hipertensión, al aumentar el gasto cardiaco y la resistencia periférica mediada por el aumento de la noradrenalina secundario a la excesiva reactividad del sistema nervioso simpático. La Hipertensión secundaria esta ya es producida por estados patológicos subyacentes es decir ya tienen una causa especifica en cada individuo.

URGENCIA HIPERTENSIVA.

Es la elevación de la presión arterial diastólica por encima de 130 mm Hg pero sin producir disfunción aguda de órgano alguno, es decir, no hay edema pulmonar, ni trastorno renal o neurológico. Se puede tratar con fármacos sublinguales y orales, algunas veces en forma ambulatoria.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA.

Es la elevación severa de la presión Arterial, que causa difusión potencialmente letal de algún órgano blanco, y por lo tanto exige corrección inmediata de las cifras tensiónales por considerarse este factor el desencadenante de la lesión clínica.³⁰

COMPLICACIONES.

- Arteriosclerosis.
- Cardiopatías hipertensivas.

³⁰ G. Bare. Op. Cit. Pág. 447-449

- Enfermedades renales.
- Ictus aquí se engloban todos los accidentes vasculares cerebrales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La ausencia de síntomas es frecuente en la Hipertensión Arterial, de ahí que algunos la denominan EL ENEMIGO SILENCIOSO dado que en muchas ocasiones soplo pueda identificarse en el curso de examen físico de un paciente.

Podríamos dividir los síntomas con que se presenta un hipertenso en tres grupos:

1. Los de la hipertensión arterial en sí misma.
2. Los de la enfermedad vascular hipertensiva.
3. Los de la enfermedad de base en el caso de las Hipertensiones secundarias.

En el primer grupo de síntomas se encuentran las cefaleas comúnmente localizadas en región occipital, se presentan al despertar el paciente en la mañana y desaparece espontáneamente unas horas después. Otros síntomas presentes: palpitaciones tinnitus, fatiga facial e impotencia sexual.

Síntomas relacionados con la enfermedad vascular hipertensiva serían: epistaxis, hematuria, visión borrosa, episodios de debilidad muscular en miembros o vértigo debidos a isquemias cerebrales transitorias, angina de pecho y disnea debido a insuficiencia cardíaca.

Los síntomas de enfermedad de base en el curso de las causas secundarias serían: poliuria, polidipsia y debilidad muscular debido a hipopotasemia en pacientes con aldosteronismo primario o aumento de peso labilidad emocional y facies características de síndrome de Cushing. Cefalea episódica, palpitaciones, diaforesis y vértigos posturales en el feocromocitoma.

Pruebas selectivas para diagnosticar la hipertensión.

Deben realizarse en todos los pacientes hipertensos: 1) creatinina sérica, BUN y análisis de orina (nefropatías parenquimatosas); 2) potasemia determinada sin tomar diuréticos (la hipopotasemia induce a estudiar un posible hiperaldosteronismo o estenosis de la arteria renal); 3) Rx de tórax (muescas costales o indentación de la porción distal del cayado aórtico en la coartación de aorta); 4) ECG (la hipertrofia ventricular izquierda sugiere hipertensión crónica); 5) también son útiles: hemogramas completos, glucemia, colesterol, triglicéridos, calcio y ácido úrico.

Otros estudios indicados para buscar determinados procesos si las pruebas de detección selectiva son anormales o la TA es refractaria al tratamiento con hipotensores: 1) estenosis de la arteria renal: renograma inducido con captopril, ecografía doble del riñón, angiografía por sustracción digital, arteriografía renal y determinación de renina en las venas renales; 2) síndrome de Cushing: prueba de supresión con dexametasona; 3) feocromocitoma: determinación de catecolaminas, metanefrinas y ácido vanilmandélico en orina de 24 horas; 4) hiperaldosteronismo primario: descenso de la actividad de renina en plasma e hipersecreción de aldosterona, ninguna de las cuales varían al aumentar la volemia, y 5) nefropatías parenquimatosas.³¹

ESTUDIOS CARDIOVASCULARES.

Las enfermedades del corazón son la causa número uno de muertes en Puerto Rico. El cardiólogo es el médico especialista con más años de entrenamiento en la prevención, detección de estas condiciones del corazón. Una de las tareas que a diario realizan los cardiólogos es la detección de estas condiciones a través de pruebas especializadas, algunas de las cuales son sencillas como el electrocardiograma o EKG. Otras son más complicadas como

³¹ Principios de Medicina Interna Harrison 14 edición Pág.718-721

las pruebas de esfuerzo o "stress test" y otras que deben ser realizadas únicamente por o bajo la supervisión de un cardiólogo como el ecocardiograma o el cateterismo cardiaco. Es importante que el paciente se asegure que cuando se haga un estudio del corazón la persona responsable por el estudio tengo la preparación necesaria para hacerlo.

A continuación describimos algunas de las pruebas que utilizamos cardiólogos para diagnosticar los problemas del corazón:

- **Electrocardiograma (EKG):** Estudio en que se miden los voltajes del corazón. Es útil en el diagnóstico de hipertensión arterial crónica, en casos de arritmias cardiacas y en la evaluación de pacientes con dolor de pecho y sospecha de ataques cardiacos.
- **Holter:** Estudio en el cual se coloca al paciente una máquina portátil especial que graba el electrocardiograma continuamente por 24 horas. Este estudio es útil en pacientes con palpitaciones, desmayos, arritmias y en algunos casos de dolor de pecho.
- **Prueba de esfuerzo (Stress Test):** Estudio especializado se utiliza principalmente en pacientes con dolor de pecho y/o pacientes con enfermedad coronaria conocida. En la misma, se esfuerza el corazón ya sea a través de ejercicio o con medicamentos, para detectar cambios que puedan indicar enfermedad severa de las arterias del corazón.
- **Ecocardiografía:** Estudio que utiliza ultrasonido para medir el tamaño y funcionamiento del corazón. También permite el ver las diferentes estructuras cardiacas, incluyendo las válvulas y el detectar soplos. Esta indicado en pacientes en hipertensión arterial, infartos cardiacos y angina, síntomas de cansancio, historial del corazón agrandado, entre otros. Es muy importante que esta prueba se haga por o bajo la supervisión de un cardiólogo certificado.

- **Cateterismo cardiaco:** Estudio que utiliza Rayos X para poder ver las arterias del corazón y detectar obstrucciones en las mismas para determinar si estas obstrucciones se pueden abrir. Es un estudio invasivo, lo que quiere decir que se necesita colocar un catéter o tubo hueco en las arterias del corazón. Se utiliza en pacientes con pruebas de esfuerzo sospechosas, en pacientes con dolor de pecho, en pacientes operados del corazón y en pacientes con soplos severos en que se sospecha que puedan requerir cirugía.

Recuerde que todos estos estudios pueden ayudar a salvarle la vida. Por eso asegúrese de siempre poner su corazón en manos de un cardiólogo.³²

TRATAMIENTO.

El tratamiento, hasta la fecha ha reducido de forma notable la mortalidad por ictus pero siempre el tratamiento debe ser ofrecido y supervisado por el personal médico especializado en el área de la salud y en el tipo de problema que está tratando, tiene como objetivo controlar o eliminar aquellos factores, costumbres o hábitos que son capaces de desarrollar o complicar la enfermedad, pero solo su médico tratante sabrá cuál usar y en qué momento.³³

Los agentes antihipertensivos se clasifican en 5 grupos: Diuréticos (clortalidona, quinetazona, cloriatizida, furosemide, espirinolactona y triamtereno), inhibidores edrenergicos (Respirina, Guadetidina), vaso dilatadores, inhibidores de la ECA (Captopril, Enalapril, Lisinopril), antagonistas de calcio (Verapamil, Nifedipino, Amlodipina, Felodipina, Nisoldipina), hasta ahora los diuréticos y los betabloqueantes han sido los únicos fármacos que

³² www.cardiopr.com/Noticias%20Estudios.html

³³ <http://www.binass.sa.cr/población/hipertensión.htm>

han demostrado una reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular globales.³⁴

RECOMENDACIONES.

- Para que su tratamiento sea efectivo, tómelo de acuerdo con las recomendaciones del medico tratante.
- Aunque usted se sienta bien, por ningún motivo suspenda el tratamiento sin autorización del medico tratante.
- Tampoco sustituya un medicamento por otro, ni acepte las recomendaciones de amigos, ya que puede ser peligroso.
- Descubra el enemigo silencioso y contrólolelo.
- La hipertensión o presión alta es para toda la vida pero, usted y su médico la pueden controlar oportunamente.
- Tómese la presión periódicamente, siga correctamente el tratamiento indicado y visite al medico con regularidad.

Estos son factores fundamentales para que usted pueda vivir muchos años más.³⁵

³⁴ G. Bare. Op. Cit. Pág. 450 -455

³⁵ <http://www.binass.sa.cr/población/hipertensión.htm>

V. METODOLOGÍA.

El proceso de enfermería se inicia tomando un curso taller de la metodología de enfermería, en el mes de septiembre del 2006, en este curso se retomaron las etapas del proceso de enfermería y los pasos a seguir para desarrollar y aplicar el mismo.

En esta ocasión se selecciono a un paciente con diagnostico médico de Hipertensión Arterial, la elección de esta persona se hizo por la cercanía que existe con la enfermera ya que para llevar acabo un proceso se necesita estar en contacto frecuente con el usuario para obtener un mejor resultado.

Para poder elaborar lo que es el proceso se aplico una guía de valoración de acuerdo con las necesidades de Virginia Henderson con la finalidad de conocer las principales necesidades del usuario en este caso. Posterior mente desarrollar en conjunto un plan de cuidados que nos ayuden a tener un mejor nivel de salud, los cuales nos dieron resultados satisfactiros tanto para el usuario como para mí.

Posterior mente de la planeación, ejecución y evaluación. Se realizo la documentación de las diferentes etapas del proceso de enfermería y así formar un trabajo académico que servirá como medio de titilación.

VI. VALORACIÓN POR NECESIDADES.

1. - Necesidad de Oxigenación.

Su respiración es de calidad normal sin ruidos a la auscultación ni presencia de tos, secreciones, ni dolor al respirar.

T/A: 150/70 FC: 80 x¹ FR: 20 x¹

2. - Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Peso: 84 Kg. Talla: 1.74 cm.

Consume carne 3 o 4 veces por semana, frutas y verduras consume 2 raciones cada 2 días, lácteos 1 ración diaria y cereales 1 por semana, ingiere de 2 a 3 vasos de agua al día. En las ultimas semanas aumento de peso.

3. - Necesidad de Eliminación.

Su frecuencia intestinal es de 1 o 2 veces al día, el señor menciona que sus heces son cafésosas pero que así evacua normalmente y su patrón urinario es de 3 o 4 veces al día, la orina es de color amarillo claro.

4. - Necesidad de Moverse y Mantener buena postura.

Su expresión facial es alerta, toma una postura normal.

5. - Necesidad de Descanso y Sueño.

Duerme de 5 a 6 horas por la noche sin descansos durante el día, su sueño nocturno es interrumpido por cualquier ruido extraño, no utiliza fármacos ni terapias de relajación para dormir.

6. - Necesidad de Vestirse Adecuadamente.

No necesita de ayuda para vestirse y su ropa es adecuada a la situación, estación y circunstancia sin alergias a determinados tejidos y tipos de tela, para él es muy importante la presentación por su trabajo.

7. - Necesidad de Termorregulación.

Su temperatura corporal es de 36.5 °c no presenta problema alguno para adaptarse a los cambios de clima.

8. - Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Acostumbra a bañarse a diario, su cambio de ropa interior es diario y exterior cada tercer día. Su cepillado de dientes lo realiza de 1 a 2 veces al día, su piel es seca y áspera.

9. - Necesidad de Evitar peligros.

Se encuentra hipervigilante, está orientado en tiempo y espacio. Sé auto describe como una persona tranquila pero en ocasiones con demasiado estrés debido a la carga de trabajo. Sin alergias a ningún tipo de medicamento, actualmente se encuentra tomando metoprolol una tableta por la mañana y otra por la tarde. Y aspirina protec una vez al día para su Hipertensión.

10. - Necesidad de Comunicarse.

Se expresa de forma clara, coherente y organizada. Actualmente vive con su esposa, dos hijas y dos nietos, la relación con ellas es satisfactoria, nunca utilizaron métodos de planificación familiar con su esposa por lo cual compartieron 7 embarazos. Pasa poco tiempo con amigos por su trabajo.

11. - Necesidad Según sus Creencia.

Es de religión católica, asiste a misa por lo menos cada ocho días.

12. - Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Se dedica a la docencia y es activo con 40 años de servicio a la misma, esta pensando en jubilarse el próximo año para dedicarse al comercio y continuar activo después de su jubilación.

13. - Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

Actual mente realiza pocas actividades.

14. - Necesidad de Aprendizaje.

Sabe leer y escribir, le gusta aprender temas que desconoce, sabe poco sobre su enfermedad pero a él le gustaría conocer más sobre la misma para evitar complicaciones.

CASO CLÍNICO

Sr. Hilarino V. M. de 65 años de edad, originario de San Martín Totoltepec, Estado de Puebla. Actualmente reside en Pastor Ortiz Michoacán desde Hace 39 años, casado dedicado a la docencia y activo con 40 años de servicio a la misma. Habita en casa tipo urbana, la cual cuenta con todos los servicios intra domiciliarios, actual mente vive con su esposa con la cual procreo 7 hijas; viven con ellos dos hijas y dos nietos. Su dieta es alta en grasas por la ingesta de alimentos ricos en proteínas de origen animal, consume carne tres o cuatro veces por semana, en cuanto a frutas y verduras, consume dos raciones cada dos días, lácteos una ración diaria y cereal una por semana, ingiere de dos a tres vasos de agua al día.

Su baño es diario, cambio de ropa cada tercer día, su nivel socio económico es medio.

Niega toxicomanías actuales, refiere consumo de alcohol de manera ocasional, dejo de fumar hace aproximadamente 12 años.

Menciona padecer cuadros gripales y amigdalitis ocasionales y actual mente refiere haber tenido un infarto hace 10 años, el cual fue diagnosticado por una serie de estudios que mostraron bloqueo de rama izquierda del haz de his e Hipertensión Arterial.

Actual mente se trata con: Metoprolol 100 mg una por la mañana y otra por la tarde y Aspirina Protec 100 mg una vez al día.

Durante el examen físico se observa bien sin ningún problema físico ni de movimiento lo que se encuentra es su piel un poco seca y áspera. Niega alergias, menciona no descansar por presentar insomnio a causa del estrés. Menciona no practicar ningún tipo de ejercicio o pasatiempo por su trabajo.

T/A: 150/70

FC: 80 x¹

FR: 20 x¹

Tem: 36.5 °c

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Diagnósticos interdependiente.

Hipertensión Arterial (controlada) secundaria a factor genético manifestado por elevación de TA.

Planeación:

- * Charla sobre la importancia que tiene mantener su T/A dentro de las cifras que se consideran normales.

- * recomendar una dieta baja en sales.

- * tomar su presión cada tercer día.

Ejecución:

Se orienta al usuario por medio de platicas y de libros la importancia que tiene el mantener la T/A dentro de las cifras normales para evitar complicaciones secundarias a su hipertensión, también se le platico la problemática que se puede presentar en la ingesta de una dieta alta en sales por la hipertensión arterial que el padece, se le estuvo tomando su T/A cada tercer día durante un mes.

Evaluación:

El objetivo se ha cumplido parcial mente ya que el usuario ha disminuido el consumo de sales y su tensión arterial se mantiene dentro de las cifras normales.

Riesgo de crisis Hipertensiva secundario a Hipertensión Arterial.

Planeación.

* Platicar con el usuario sobre los riesgos que se tienen si deja de tomar el medicamento como se le indica.

* verificar que el usuario tome el medicamento como se tiene indicado.

* Recomendar que se haga ejercicio por lo menos 30 minutos diarios.

Ejecución:

Se le dio a conocer los problemas que puede tener al dejar su tratamiento farmacológico ya que puede haber complicaciones esto se mostro por medio de Internet y platicas, se estuvo comprobando que el usuario tomara su medicamento con ayuda de los familiares. Se platico sobre lo bien que le hace hacer ejercicio.

Evaluación:

El objetivo se ha cumplido ya que el usuario conoce la problemática que se puede presentar al no tomar su medicamento y actual mente hace ejercicio por lo menos cada tercer día.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnostico Real: Alteración de la nutrición por exceso relacionado con hábitos alimenticios inadecuados manifestados por peso corporal superior al 20% al ideal para su talla.

Definición: Estado en que una persona experimenta un aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas.

Objetivo: El usuario mejorara los hábitos alimenticios.

Planeación (08-Mayo-07)

- * Orientar al usuario sobre la ingesta de una dieta equilibrada.
- * Charla con el usuario sobre los alimentos que debe de tener una ingesta nutritiva.
- * Informar sobre los riesgos asociados que se tiene al estar por encima del peso normal o adecuado para la persona.
- * Orientar al usuario sobre la importancia que tiene el hacer ejercicio o por lo menos caminar durante 30 minutos al día.

EJECUCIÓN: (14 al 18 de mayo 07).

Se oriento al usuario sobre los alimentos que debe consumir mediante pláticas e ilustraciones de varios libros realizando conjuntamente un listado de alimentos que puede consumir, para así mismo tenerlo como recordatorio en un lugar visible. También se oriento sobre las posibles complicaciones que puede tener por su peso por medio de videos e ilustraciones del corazón. Se le explico la importancia que tiene el hacer ejercicio durante 30 minutos al día por medio de libros y platicas.

EVALUACIÓN.

El usuario se comprometo a modificar sus hábitos alimenticios después de las sesiones de pláticas y el listado de alimentos permitidos, aceptando restringir alimentos dañinos para su salud. Lo que le causo un poco de trabajo fue la restricción de sal de mesa, actualmente lo esta logrando ya que consume solo con la que se cocina. Refiere que sale a caminar por lo menos cada tercer día y que se siente mejor.

El objetivo se ha logrado parcialmente, ya que el usuario esta consumiendo alimentos nutritivos, por lo cual ha disminuido su peso corporal ahora pesa 80 Kg con lo cual se siente mejor.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnostico Potencial o Riesgo: Riesgo de déficit del volumen de líquido relacionado con una baja ingesta de líquidos.

Definición: estado en que la persona experimenta disminución de liquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, a la perdida de agua sola sin cambio en el sodio.

Objetivo: El usuario incrementará la ingesta de líquidos.

Planeación (08-Mayo-07)

- * Charla sobre la importancia del equilibrio de líquidos y la función de los mismos, concluyendo con la situación de riesgo a la que puede conducirle una detención de los mismos.

- * informar al usuario y verificar tomar líquidos frecuentes y en pocas cantidades hasta lograr un aumento de 2 litros de agua al día.

EJECUCIÓN: (01al 30 Junio 07).

Se orienta al usuario sobre los beneficios que tiene ingerir agua para evitar complicaciones en la salud. Durante el día ingiere pequeñas cantidades de agua, en cuanto empezó su rutina de ejercicios moderado, el mismo se dio cuenta de que su requerimiento de agua era mayor, por lo cual empezó a ingerir líquidos mas frecuente mente y así mismo invito a la familia a no consumir tanto refresco. La mucosa se mantiene bien hidratada gracias al consumo de líquidos lo cual se revisaron cada semana durante un mes.

EVALUACIÓN:

El objetivo sé cumplido ya que actual mente el señor toma 2 litros de agua al día.

SUEÑO Y DESCANSO.

Diagnostico Real: Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés manifestado por insomnio.

Definición: Estado en que la interrupción del tiempo de sueño provoca malestar o interfiere con el estilo de la vida deseada.

Objetivo: El usuario mejorara su patrón del sueño habitual.

Planeación (11-Mayo-07)

- * Charla sobre establecer y respetar un horario para dormir y descansar.
- * Evitar siestas durante el día.
- * Recomendar que al despertar por las noches, escuche música para que se pueda relajar y concilie el sueño.
- * Recomendar al usuario disminuir la ingesta de bebidas con cafeína como el café y refresco durante la tarde o al anochecer.

EJECUCIÓN (01-06 mayo 07)

Se orienta al usuario la importancia que tiene el tener un sueño interrumpido por un periodo minino de 6 hrs. Mediante informes de Internet. Se realizan sesiones para leer, músico terapia para conciliar el sueño, se recomienda no tener siestas durante el día con el fin de favorecer el sueño nocturno. También se llevo acabo una charla y se mostraron las desventajas sobre el consumo de cafeína por las noches ya que es un estimulante del Sistema Nervioso Central que alarga la latencia del sueño y aumenta los despertares.

EVALUACIÓN.

El objetivo se esta cumpliendo, el usuario continua realizando sesiones de musicoterapia y lectura, lo cual lo relaja comenta que ya duerme un poco mas y comienza a descansar tranquilo.

NECESIDAD DE APRENDER.

Diagnostico Real: Déficit de conocimiento sobre su padecimiento (Hipertensión Arterial) relacionado con falta de conocimientos o información manifestado verbalmente.

Definición: Estado en que un individuo carece de las habilidades o información para manejar con éxito sus propios cuidados de salud.

Objetivo: el usuario entenderá sobre su padecimiento.

PLANEACIÓN (13-Mayo-07)

- * Charlar sobre la evolución y complicaciones de la Hipertensión Arterial.
- * Charlar sobre lo que no conoce de su patología.
- * Enseñar al usuario a tomarse la Presión Arterial 3 veces por semana subrayando el hecho de sentarse tranquilo durante 5 minutos antes de la toma.

EJECUCIÓN (02-06 julio 07)

Se realizaron 4 sesiones con material didáctico principalmente material dibujos y material escrito que mostraron el proceso de la enfermedad, por lo cual el usuario mostró interés mediante preguntas, durante el tiempo que se trabajo con el usuario mencionaba que el aprender de su padecimiento lo hacia sentirse mejor por que ya entendía él por que de muchas cosas.

Se le oriento sobre como tomarse la presión arterial el mismo pero no pudo ya que se desesperaba mucho por lo cual se enseñó a una de las integrantes de su familia.

EVALUACIÓN.

El usuario continúa aprendiendo el proceso patológico de su enfermedad, ahora tiene quien le registre su la presión arterial y él los solicita situación que le causa más seguridad.

VII. CONCLUSIONES.

El haber realizado un proceso de enfermería en un primer nivel, fue una experiencia totalmente diferente, ya que siempre los había elaborado a nivel hospitalario, por lo que dejó un nuevo conocimiento para la vida profesional que comienza.

No obstante, resulta un poco difícil trabajar en este nivel ya que requiere de una educación a la salud constante para que pueda haber frutos en un futuro.

Se elaboró el proceso enfermero a un paciente de 65 años de edad, con hipertensión arterial de 10 años de evolución; desarrollando las diferentes etapas brindando cuidados individuales e integrales para colaborar al control de su enfermedad y mejorar su calidad de vida, mediante la promoción del autocuidado.

El haber realizado el proceso de enfermería me deja una satisfacción muy grande ya que se lograron los objetivos que se plantearon. Al final de este trabajo, el usuario expresó su agradecimiento por los cuidados brindados y beneficios recibidos durante este proceso, ya que los resultados obtenidos contribuyeron a mejorar su salud y calidad de vida. Cabe mencionar que es de suma importancia promover el proceso de enfermería tanto en la facultad de enfermería como en las instituciones de salud ya que con este tipo de trabajo se brinda una mejor calidad de atención.

El haber observado que existe una gran cantidad de pacientes hipertensos que llegan descompensados a las instituciones y no llevan el tratamiento por falta de conocimientos, me motivó a llevar a cabo este trabajo, por lo que me encontré con otros problemas, los conocidos tabúes de cada persona que difícilmente se pueden llegar a modificar en unos cuantos meses, se requiere de mucho tiempo para poder lograrlo, sin olvidar la creatividad para conseguirlo.

VIII. SUGERENCIAS.

En nuestro país considero que falta tener más conciencia en este problema que sé esta presentando, no podemos permitir que en nuestro país se estén presentando este tipo de problemática, tenemos que empezar a trabajar y hacerlo en equipo donde cada quien realice lo que le corresponde.

Que las instituciones de salud realicen un seguimiento de los pacientes hipertensos, para esto se requiere de mayor personal dedicado a la salud publica, esto favorecerá primero, a que exista una mayor comunicación entre las instituciones de salud, segundo dar una vigilancia epidemiológica a este tipo de pacientes, ya que la educación debe ser constante y a nivel familiar.

Que se invirtiera un poco mas de dinero a impulsar la salud publica, cambiando la mentalidad de "curación" a "prevención", pero para esto debemos estar consientes de todo lo que conlleva y empezar los trabajadores de la salud, el país realmente lo necesita.

El proceso enfermero es un método sistemático donde se pone en practica los conocimientos teóricos que sé en obtenido durante la carrera, a fin de dar una mejor atención al individuo sano y enfermo, a la familia o a la comunidad, este método permite al personal de enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistematiza.

Es por eso que es de suma importancia dar mayor impulso a la elaboración de procesos ya que es algo que nos sirve para desempeñar un mejor trabajo y dar una buena atención a los usuarios. También es una buena opción de trabajo para obtener el título profesional.

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Corazón: Órgano central del aporte circulatorio.

Hipertensión Arterial: Es el aumento de forma crónica de la Presión Arterial. Se trata de una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y dejada a su evolución sin tratamiento puede ser que del primer síntoma que de ella se tenga sea una complicación severa como un infarto de miocardio o una hemorragia o trombosis cerebral. Cosa que se puede evitar si se trata a tiempo.

Infarto: Es el cuadro clínico producido por la muerte de una porción del músculo cardíaco. Esto se produce cuando se destruye completamente una arteria coronaria. Cuando se produce la obstrucción se suprime el aporte sanguíneo.

Bloqueo de la rama de HAZ DE HIZZ: Se habla de bloqueo cuando el estímulo sinusal se propaga con velocidad disminuida o se detiene a nivel de una de las ramas del haz de hizz y no puede formar el vector de la activación septal.

Insuficiencia renal: Es la pérdida subital o gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

Enfermedad vascular periférica: La enfermedad vascular periférica (EVP) consiste en un daño u obstrucción en los vasos sanguíneos más alejados del corazón: las arterias y las venas periféricas. Las arterias y las venas periféricas transportan sangre hacia y desde los muslos de los brazos, las piernas y órganos del abdomen.

Ictus: Es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre a cerebro. También se le conoce como accidente cerebro vascular (ACV), embolia o trombosis.

Hipertensión de bata blanca: Algunas personas normo tensas (que tiene la tensión arterial normalmente) sufren una elevación transitoria de la tensión arterial cuando se la miden en un consultorio medico o de enfermería. Los factores determinantes son emocionales fundamentalmente.

Cardiopatía coronaria: Se denomina cardiopatía coronaria a las alteraciones cardíacas secundarias a trastornos de la circulación coronaria tiene numerosas etiologías, siendo la mas frecuente la aterosclerosis coronaria y sus manifestaciones clínicas principalmente la angina, el infarto al miocardio y la muerte súbita.

Insuficiencia cardíaca congestiva: La insuficiencia cardíaca, también denominada “insuficiencia cardíaca congestiva” es un trastorno donde el corazón pierde su capacidad de bombear sangre con eficiencia. A pesar que el corazón sigue latiendo, su menor capacidad para bombear sangre resulta en que el cuerpo reciba menos nutrientes y oxígeno de lo que necesita.

Creatinina: Sustancia resultante del metabolismo de la creatinina. Se encuentra en la sangre, en la orina y tejidos musculares.

Distensión: Lesión habitualmente muscular, debido a un esfuerzo físico exagerado.

Colesterol: Alcohol mono hídrico constituyente de las grasas animales, que tiene gran importancia en el metabolismo, y cuyo depósito en las arterias provoca esclerosis.

Electrocardiograma: registro de las ondas eléctricas producidas por el corazón.

Hipotensión: Baja o disminución de la presión de la sangre.

Diástole: Es el periodo de relajación del ciclo cardíaco, durante el cual el corazón se llena de sangre.

Presión Arterial: Fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias.

Presión sistólica: es la mas alta y representa la calidad de fuerza necesaria para bombear la sangre desde el corazón a la circulación arterial.

Presión diástole: es la mas baja y representa la presión existente en las arterias cuando el corazón esta en reposo.

Urgencia hipertensiva: Es la elevación de la presión arterial sistólica por encima de 130 mm Hg pero sin producir disfunción aguda de órgano alguno, es decir, no hay edema pulmonar, ni trastorno renal o neurológico. Se puede tratar con fármacos sublinguales y orales, algunas veces en forma ambulatoria.

Emergencia hipertensiva: Es la elevación severa de la hipertensión arterial causa disfunción potencialmente letal de algún órgano blanco y por lo tanto exige una corrección inmediata de las cifras tencionales por considerarse este factor el desencadenante de lesiones clínicas.

Metaparadigma: Es el nivel de conocimientos mas alto, describe los principales conceptos que asen referencia al tema principal.

Hipótesis: Es un enunciado en relación que debe mostrarse.

Supuesto: son afirmaciones que él teorizo o investigador defiende como ciertas, pero sin demostrarlas.

Filosofía: son los elementos que sugieren una metodología con la que se va a lograr el conocimiento científico.

Teoría: Grupo de conceptos relacionados que proponen acciones que guíen la practica.

Modelo: Es un punto de vista especifico de la enfermería, se puede utilizar esquemas o símbolos.

Paradigma: es un modelo conceptual.

X. BIBLIOGRAFÍA

<http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/enfermedades/corazon/hipertension/index.html>

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.

<http://www.inegi.gob.mx>

Ledesma, Ma. Elena y Ma. Elena Ortiz Díaz. El proceso de enfermería para la práctica profesional edición 2000

GORDÓN Marjory, diagnostico enfermero, proceso y aplicación, 3ª edición Mosby-Doyma, Madrid España, 1996

Ledesma, Ma. Elena y Ma. Elena Ortiz Díaz. El proceso de enfermería para la práctica profesional edición 2000

HERNÁNDEZ Conesa, fundamentos de Enfermería, Teoriza y Método, Edit. McGraw-Hill Interamericana, Primera Edición 1999

GORDÓN Marjory, diagnostico enfermero, proceso y aplicación, 3ª edición Mosby-Doyma, Madrid España, 1996

Ledesma, Ma. Elena y Ma. Elena Ortiz Díaz. El proceso de enfermería para la práctica profesional edición 2000

GORDÓN Marjory, diagnostico enfermero, proceso y aplicación, 3ª edición Mosby-Doyma, Madrid España, 1996

Ledesma, Ma. Elena y Ma. Elena Ortiz Díaz. El proceso de enfermería para la practica profesional edición 2000

Teorías y Modelos. ANN MARRINER

Wesley Ruby L. Rn, Phd, Teorías y Modelos de Enfermería 3ª edición. Editorial Mc Gras Hill Interamericana México DF 1997

Teorías y Modelos. ANN MARRINER

www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple4a.html

Principios de Medicina Interna Harrison 14 Edición

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.

<http://www.abmedicus.com/articulo/pasientes/1/id/16/pagina/1/hipertension-arterial.htm1> –

Enfermería Médico Qx 3^{ra} edición Volumen 1 editado por Beare. Myers

<http://www.geosalud.com/hipertension/que%20es%20hipert.htm>

<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,455,00.htm>

<http://www.geocities.com/amirhali/fpclass/HTA.htm>

<http://www.botanical-online.com/medicinalshipertension.htm>

G. Bare. Op. Cit.

Principios de Medicina Interna Harrison 14 edición

www.cardiopr.com/Noticias%20Estudios.html

<http://www.binass.sa.cr/poblacion/hipertension.htm>

G. Bare. Op. Cit.

<http://www.binass.sa.cr/poblacion/hipertension.htm>

ANEXOS

Proyecto de
“NORMA OFICIAL MEXICANA”
para la Prevención, Tratamiento y
Control de la Hipertensión Arterial

SUBSECRETARÍA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DR. ROBERTO TAPIA CONYER, presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud y Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamentos, en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3° fracciones II Y XI, 112 fracción III, 158, 159 y 210 de la Ley General de Salud, 1°, 2° fracción II, 40, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Petrolología y Normalización, 7°, 8°, 29, 31, 48 y 68 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica, 44 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Publicidad y 19 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ordena publicar.

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento del artículo 51, y contando con la aprobación del Comité Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide el Proyecto de la Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, para quedar como sigue:

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *

* En proceso de publicación

ÍNDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Abreviaturas
4. Definiciones
5. Disposiciones generales
6. Clasificación y criterios diagnósticos
7. Premencia primaria
8. Detección
9. Diagnóstico
10. Tratamiento y control
11. Vigilancia epidemiológica
12. Apéndices normativos
13. Concordancia con normas o recomendaciones internacionales
14. Bibliografía
15. Observancia de la norma
16. Vigencia de la norma

PREFACIO

Unidad administrativa responsable de la elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial; Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron:

Secretaría de Salud:

Secretarías de Salud de los Estados
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”
Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”
Consejo Nacional de Salud
Dirección General de Regulación de Servicios de Salud
Dirección General de Epidemiología
Dirección General de Salud Reproductiva
Dirección General de Comunicación Social
Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
Instituto de Salud Pública en el D.F.
Hospital General de México
Servicios de Salud Pública en el D.F.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Coordinación de Salud Comunitaria IMSS
Coordinación General del Programa IMSS – Solidaridad
Coordinación de Atención Médica IMSS
Coordinación de Salud en el Trabajo IMSS
Coordinación de Investigación Médica del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Petróleos Mexicanos
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Organización Panamericana de la Salud
Sociedad Mexicana de Cardiología
Sociedad de Hipertensión Arterial de México
Consejo Mexicano de Cardiología
Asociación de Medicina Interna de México
Fundación Mexicana para la Salud
Escuela Superior de Medicina, IPN

0. Introducción

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México; alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años padece hipertensión arterial y cerca de 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas; las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebro vascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los servicios de salud y los pacientes. Para contender con este importante problema, esta norma define las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad a ser realizado por los sectores públicos, sociales y privado.

La aplicación de esta norma contribuirá a reducir la incidencia de la enfermedad, evitar o retrasar las complicaciones y disminuir la mortalidad por esta causa.

1. Objetivo y campo de aplicación

- 1.1. Esta norma tiene como objetivo uniformar los criterios y procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, con el propósito de proteger a la población en general de los factores de riesgo, que favorecen el desarrollo de esta enfermedad, y garantizar una atención de calidad a los pacientes con hipertensión arterial.
- 1.2. Los ordenamientos de esta norma son aplicables al sistema nacional de salud y a la práctica médica privada.

2. Referencias

- 2.1. Para la correcta aplicación de esta norma es conveniente consultar los siguientes documentos normativos:
- 2.2. Norma Oficial Mexicana: NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica.
- 2.3. Norma Oficial Mexicana: NOM-015-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes en la atención primaria a la Salud.
- 2.4. Proyecto de Norma Oficial Mexicana: NOM-168 SSA1-1998 del expediente clínico.
- 2.5. Proyecto de Norma Oficial Mexicana: NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la Obesidad.

3. Abreviaturas

- 3.1. CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión
- 3.2. cal: caloría
- 3.3. ECA: Enzima Convertidora de la Angiotensina
- 3.4. g: gramos
- 3.5. HAS: Hipertensión Arterial Sistémica
- 3.6. IMC: Índice de Masa Corporal
- 3.7. Kcal: Kilocalorías
- 3.8. mcg: Microgramo
- 3.9. ml: mililitro
- 3.10. mg: miligramos
- 3.11. mg/dl: miligramo por decilitro
- 3.12. mmHg: milímetro de mercurio
- 3.13. Kg/m²: Kilogramo por metro cuadrado
- 3.14. P.A.: Presión Arterial

4. Definiciones

para los fines de esta norma son aplicables las siguientes definiciones:

- 4.1. Arteriosclerosis: Endurecimiento de las arterias.
- 4.2. Aterosclerosis: Variedad de arteriosclerosis en la que existe infiltración de la intima con macrófagos cargados de grasa, proliferación de células musculares con fibrosis y deducción de la luz del vaso. Algunas placas pueden llegar a clasificarse. Existe daño endotelial y predisposición para la formación de trombos. Es una de las complicaciones mas frecuentes de la diabetes y una causa importante de muerte entre otros pacientes.
- 4.3. Caso sospechoso de HAS: individuo con una P.A. ≥ 140 mmHg (sístole) y/o ≥ 90 mmHg (diástole) en el examen de la detección (promedio de dos tomas de P.A).
- 4.4. Caso en tratamiento: es el conjunto de casos de hipertensión arterial atendidos en el Sistema Nacional de Salud con P.A. controlada o sin control.
- 4.5. Casos en control: pacientes hipertensos bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud y que presentan de manera regular cifras de P.A. $< 140/90$ mmHg (sistólica/diastólica).
- 4.6. Caso de hipertensión arterial: individuo que cumple con los criterios diagnósticos enunciados en esta norma.
- 4.7. Detección de tamizaje: búsqueda activa de personas con hipertensión arterial no diagnosticada o bien en alto riesgo de desarrollar esta enfermedad.
- 4.8. Dieta: conjunto de alimentos naturales y preparados que se consumen de manera habitual.
- 4.9. Factor de riesgo: condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

- 4.10. Grupos de ayuda mutua: es la organización en grupos de los propios pacientes para facilitar educación y auto cuidado en las unidades del Sistema Nacional de Salud.
- 4.11. Hipertensión Arterial secundaria: es la elevación sostenida de la presión arterial por alguna causa identificada ≥ 140 mmHg (sistólica) y/o ≥ 90 mmHg (diastólica).
- 4.12. IMC o índice de Quetelet: es el peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (Kg/m^2).
- 4.13. Ingresos: casos nuevos de HAS que se incorporara tratamiento en una unidad medica del Sistema Nacional de Salud.
- 4.14. Individuo en riesgo: individuo con uno o varios factores de riesgo de llegar a desarrollar HAS.
- 4.15. Instrumento de detección: procedimiento o prueba, para identificar sujetos sospechosos de tener la enfermedad, cuya sensibilidad y especificidad han sido debidamente establecidas en una prueba de validación, tomando como parámetro de referencia el método o métodos aceptados como pruebas diagnosticas.
- 4.16. Kilocalorías: 1,000 calorías.
- 4.17. Manejo integral: incluye el establecimiento de las metas del tratamiento, el manejo no farmacológico y farmacológico, la educación del paciente, el seguimiento medico y la vigilancia de las complicaciones.
- 4.18. Microalbuminuria: excreción urinaria albúmina entre 20 y 450 mg durante las 24 horas o bien de 15 a 300 mcg/min en mas de una ocasión en un paciente sin traumatismo o infección renal.
- 4.19. Nefropatía hipertensiva: complicación renal de carácter crónico, que se presenta en el hipertenso mal controlado.
- 4.20. Peso corporal: de acuerdo al IMC se clasifican de la siguiente manera: $\text{IMC} > 18$ y < 25 peso recomendable, $\text{IMC} \geq 25$ y < 27 sobrepeso, e $\text{IMC} \geq 27$ obesidad.
- 4.21. Presión arterial: es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resultan de la función de bombeo del corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro del lecho arterial.
- 4.22. Primer nivel de atención: corresponde a las unidades de atención, que sirven de entrada a los servicios de salud y esta orientados primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento temprano de las enfermedades de mayor prevalencia.
- 4.23. Ración o porcino: cantidad de alimentos expresada en medidas de uso común y que se le utiliza como referencia para estimar el volumen de alimentos a consumir.
- 4.24. Reingreso: paciente que después de causar baja, ya sea por no acudir a sus consultas de control durante un año o bien por que expresamente haya solicitado su baja, se incorpora nuevamente al tratamiento.
- 4.25. Segundo nivel de atención: unidad de salud a los que son referidos los problemas de salud, que a causa de complejidad no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.

- 4.26. Seudohipertensión: lectura falsamente elevada de la P.A. debido a que el brazalete no logra comprimir la arteria braquial en los ancianos a causa de la excesiva rigidez vascular. Para su identificación, el brazalete deberá identificarse por arriba de la presión sistólica y si el pulso radial es aun perceptible, se trata de pseudohipertensión.
- 4.27. Urgencias hipertencivas mayores: aquellos casos que requieren reducción inmediata de HAS debido a daño en órgano blanco.
- 4.28. Urgencias hipertensivas menores: aquellos casos de descontrol grave de la HAS sin evidencia de daño en el órgano blanco y que requiere reducción de P.A. en horas.

5. Disposiciones generales.

- 5.1. esta norma define los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, que permiten disminuir la incidencia de esta enfermedad y el establecimiento de programas de atención médica capaces de lograr un control efectivo del padecimiento, reducir sus complicaciones y mortalidad.

6. Clasificación y criterios diagnósticos

- 6.1. La HAS se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:
 - 6.1.1. Para fines de clasificación y registro, se utilizará el CIE-10.
 - 6.1.1. Con fines de clasificación, diagnóstico y tratamiento se utilizará la siguiente clasificación.

Presión arterial óptima: <120/80 mmHg

Presión arterial normal: 120-129/80-84 mmHg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mmHg

Hipertensión arterial:

Etapas 1: 140-159/ 90-99 mmHg

Etapas 2: 160-179/ 100-109 mmHg

Etapas 3: ≥ 180 / ≥ 110 mmHg

- 6.2. La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mmHg y una presión diastólica <90 mmHg y se clasifica en la etapa que le corresponda.

7. Prevención primaria

- 7.1. La hipertensión arterial y su aparición son prevenibles, pudiendo retardarse su aparición hacia etapas avanzadas de la vida.
- 7.2. Por lo tanto, los programas para el control de esta enfermedad deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.

- 7.3. La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes, una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.
- 7.4. Prevención de hipertensión arterial entre la población general.
- 7.4.1. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de esta enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea.
 - 7.4.1.1. Control de peso: el IMC recomendable para la población general es >18 y <25 .
 - 7.4.1.1.1. El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas.
 - 7.4.1.2. Actividad física
 - 7.4.1.2.1. La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra el aumento de la P.A.
 - 7.4.1.2.2. En el caso de las personas con escasa actividad física o vida sedentaria, se recomienda la practica de ejercicio de tipo aeróbico durante 30-40 minutos la mayor parte de los días de la semana o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.)
 - 7.4.1.3. Consumo de sal
 - 7.4.1.3.1. Es indispensable reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día (2.4 g de sodio).
 - 7.4.1.3.2. Debido a la elevada utilización de la sal en la preparación y conservación de los alimentos, en particular de los alimentos procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca en la medida de lo posible su ingestión.
 - 7.4.1.4. Consumo de alcohol
 - 7.4.1.4.1. La recomendación general es evitar o en caso contrario moderar el consumo de alcohol. En caso de que se consuma de manera habitual, no deberá excederse de 30 ml de etanol (dos o tres copas) al día. El consumo para las mujeres y las personas delgadas debe ser menor.
 - 7.4.1.5. Dieta recomendable
 - 7.4.1.5.1. Debe promoverse un patrón de alimentación también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, enfermedades cardiovasculares y diversas formas de cáncer.
 - 7.4.1.5.2. Los lineamientos para una alimentación saludable se describen en la NOM-015-SSA2-1999 "para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes en la Atención Primaria a la Salud", entre cuyos lineamientos destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples.
 - 7.4.1.5.3. Específicamente en relación con la P.A. debe promoverse una alimentación que garantice una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante el consumo de frutas, verduras y derivados lácteos desgrasados (apéndice normativo a).

- 7.4.1.6. Tabaquismo
- 7.4.1.6.1. Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia deberá evitarse el tabaquismo.
- 7.4.2. Promoción para la salud
- 7.4.2.1. La adopción y fortalecimiento de los estilos de vida saludables necesarios para prevenir o retrasar la aparición de la hipertensión arterial dentro de la población general, serán impulsados mediante acciones de promoción de la salud.
- 7.4.2.2. La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general mediante actividades de educación para la salud, participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.
- 7.4.2.3. Educación para la salud
- 7.4.2.3.1. Se establecerá la coordinación y concentración con el sector educativo, para incluir contenidos relativos a los factores de riesgo de HAS en los programas escolares y en esta forma ayudar a su prevención
- 7.4.2.3.2. Se llevarán a cabo acciones educativas principalmente entre los niños, los jóvenes y los padres de familia para favorecer los cambios de actitud, que auxilien a la prevención de la HAS.
- 7.4.2.3.3. Las acciones educativas se intensificarán entre los grupos de alto riesgo, para fortalecer la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud.
- 7.4.2.3.4. Se deberá promover la adopción de hábitos saludables, como la práctica de actividad física y alimentación saludable, principalmente entre las personas con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sodio y alcohol, ingesta insuficiente de potasio, P.A. normal alta y más de 65 años de edad.
- 7.4.2.3.5. La educación para la salud y otras acciones específicas para la prevención de la hipertensión arterial, deberán ser fortalecidas principalmente en el primer nivel de atención, así como entre los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas.
- 7.4.2.4. Participación Social
- 7.4.2.4.1. Se impulsará la participación de las autoridades municipales y comunitarias, así como de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.
- 7.4.2.4.2. Mediante la colaboración con organizaciones públicas y privadas, en particular con la industria alimentaria y organizaciones de los establecimientos dedicados a la venta de alimentos, se establecerán acciones permanentes para ofrecer al público alimentos saludables, que contribuyan a la prevención y al control de la hipertensión arterial.
- 7.4.2.4.3. Mediante la coordinación de acciones con las instituciones y dependencias públicas y privadas, así como con las asociaciones de profesionales relacionados con las actividades físicas, el deporte y la educación física, se promoverán estas actividades entre la población en general.

- 7.4.2.4.4. Se fortalecerá la coordinación con las asociaciones de profesionales de la comunicación para planear y ejecutar campañas de comunicación educativa tendientes a desarrollar estilos de vida saludables.
- 7.4.2.5. Comunicación Social
 - 7.4.2.5.1. La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada mediante los medios de comunicación social sobre los factores de riesgo, que deben ser modificados.
 - 7.4.2.5.2. Los mensajes al público deben enfatizar que el control de estos factores contribuye a la prevención y control de otras importantes enfermedades crónicas.
 - 7.4.2.5.3. Los servicios públicos de salud con el apoyo de los servicios de salud privados, efectuarán campañas para educar a la población sobre la prevención de esta enfermedad.
- 7.5. Prevención de las HAS entre los individuos de alto riesgo
 - 7.5.1. Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, alcohol, insuficiente ingesta de potasio, P.A. normal alta y los individuos de 65 años en adelante, integran el grupo de individuos en mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial.
 - 7.5.2. Los individuos identificados en alto riesgo de desarrollar hipertensión arterial deben ser informados de tal situación y apoyados para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.
 - 7.5.3. La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención, así como de los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias.
 - 7.5.4. La participación de otros miembros debidamente capacitados del equipo de salud como los nutricionistas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y profesionales del deporte son de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.

8. Detección

- 8.1. El objetivo de la detección es identificar a los individuos de 25 años de edad en adelante, que tienen HAS no diagnosticada o P.A. normal alta.
- 8.2. Esta actividad se llevará a cabo de manera rutinaria entre los pacientes, que acuden a las instituciones de salud públicas y privadas, y en forma de campaña entre la población general a nivel comunitario y en los sitios de trabajo.
- 8.3. Medición de la presión arterial:
 - 8.3.1. La toma de la P.A. se efectuará de conformidad con los procedimientos que se describen en el apéndice normativo b.
 - 8.3.2. Preferentemente se utilizará un esfigmomanómetro de columna de mercurio; también puede emplearse un esfigmomanómetro aneroides calibrado. Estos equipos deberán calibrarse dos veces al año.

- 8.4. El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de 2 minutos.
- 8.5. A los individuos con presión arterial optima o normal y sin factores de riesgo, se les invitara a realizarse la detección cada dos años y se les orientara a adoptar o reforzar los estilos de vida que contribuyen a prevenir la HAS. Si por algún motivo acuden a los servicios de salud o bien si su medico lo considera pertinente debido a la presencia de factores de riesgo o por otra causa, se le podrá tomar la P.A. en intervalos más breves.
- 8.6. A los individuos con presión arterial normal alta se les invitara a hacer los cambios de estilos de vida correspondientes para reducir la presión arterial, y se les recomendará efectuarse anualmente la toma de la P.A.
- 8.7. Los individuos que en el momento de la detección muestren una presión arterial ≥ 140 mmHg y/o ≥ 90 mmHg invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica.
- 8.8. A los individuos de 65 años de edad en adelante se les medirá dos veces al año la P.A.
- 8.9. Los individuos a quienes se les practique la detección de HAS deberán reducir una intervención de tipo preventivo, ser referidos a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de P.A. identificado.
- 8.10. En el apéndice normativo c se especifican las acciones de intervención a que se hace referencia en el inciso anterior.

9. Diagnóstico

- 9.1. El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección deberá acudir a la confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva, y sin cursar alguna enfermedad aguda.
- 9.2. Se considera que una persona tiene HAS si la presión arterial corresponde a la clasificación señalada en los incisos 6.1.2. de esta norma.
- 9.3. El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial o a través de un periodo de seguimiento mas prolongado de acuerdo al criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio.
- 9.4. Cuando la P.A. sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS, se utilizará el valor más alto para establecer el diagnóstico.
- 9.5. Si no se confirma el diagnóstico de HAS, los individuos con P.A. óptima o normal serán estimulados a mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con P.A. normal alta serán referidos para recibir manejo no farmacológico, con el fin de reducir los niveles de P.A. a nivel normal u óptimo.

10. Tratamiento y control

- 10.1. El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.
- 10.2. En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS etapas 1 y 2.
- 10.3. Los casos con HAS etapa 2 más complicaciones cardiovasculares, o bien con HAS etapa 3, con HAS secundaria, y los casos de HAS asociada al embarazo como la preeclampsia y eclampsia serán referidos al especialista para su atención.
- 10.4. También serán referidos al especialista los casos con padecimiento concomitantes, que interfieran con la HAS, y en general todos aquellos pacientes que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.
- 10.5. El médico con el apoyo del equipo de salud tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico.
- 10.6. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente y la vigilancia de complicaciones.
- 10.7. Metas
 - 10.7.1. La meta principal del tratamiento consiste en lograr una P.A. <140/90; en el caso de las personas con diabetes la meta consiste en mantener una P.A. <130/85.
 - 10.7.2. Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25, colesterol <200 mg/dl, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de sodio y alcohol.
 - 10.7.3. Los criterios para evaluar el nivel de cumplimiento de las metas de tratamiento aparecen en el apéndice normativo d.
- 10.8. En la hipertensión arterial, etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico durante los primeros doce y seis meses respectivamente.
- 10.9. Cuando el médico tratante así lo juzgue conveniente, estos plazos podrán reducirse, con el fin de iniciar el manejo farmacológico de manera más temprana.
- 10.10. El manejo no farmacológico consiste en mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol, más una ingestión suficiente de potasio, así como una alimentación idónea.
 - 10.10.1. Control de peso
 - 10.10.1.1. Para lograr la meta de control de peso se promoverá la actividad física y la alimentación idónea.
 - 10.10.2. Actividad física: si el paciente tiene un estilo de vida sedentario, se establecerá un programa de actividad física o ejercicio.

- 10.10.2.1. El programa de actividad física se desarrollará de acuerdo con los lineamientos descritos en el inciso 7.4.1.2. de acuerdo con las guías técnicas desarrolladas para el cumplimiento de esta norma, siguiendo las indicaciones del médico tratante.
- 10.10.3. Consumo de sal
 - 10.10.3.1. Para el control de este factor de riesgo, se seguirán los criterios indicados en el inciso 7.4.1.3. El control en la ingestión de esta sustancia formará parte de las metas de tratamiento.
- 10.10.4. Consumo de alcohol
 - 10.10.4.1. Para el control de este factor de riesgo se seguirán los criterios indicados en el inciso 7.4.1.4.1.
- 10.10.5. Alimentación idónea
 - 10.10.5.1. Para este efecto se seguirán los criterios señalados en el inciso 7.4.1.5. En especial se cuidará un adecuado consumo de potasio (90 mmol al día).
- 10.10.6. Tabaquismo
 - 10.10.6.1. Todo paciente fumador debe ser convencido de iniciar la disminución de su hábito tabaquismo hasta su abandono, en el caso necesario debe ser referido a centros especializados para el control de esta adicción.
- 10.10.7. Educación del paciente
 - 10.10.7.1. El control de la hipertensión arterial requiere la modificación de los factores de riesgo anteriormente señalados y en su caso adherencia al tratamiento. Para tal propósito es indispensable incorporar la educación del paciente como parte del tratamiento.
 - 10.10.7.2. El paciente será debidamente informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones; factores de riesgo; manejo no farmacológico, los componentes y metas del tratamiento, la prevención de complicaciones y la adherencia al tratamiento.
 - 10.10.7.3. El individuo con presión normal alta también debe ser objeto de educación para establecer los cambios necesarios en los estilos de vida.
 - 10.10.7.4. Con el propósito de propiciar el autocuidado, facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables, se fomentará la participación de los pacientes en los grupos de ayuda mutua existentes en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud para el control de otras enfermedades como la diabetes.
- 10.11. Tratamiento farmacológico
 - 10.11.1. Aspectos generales
 - 10.11.1.1. El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico.
 - 10.11.1.2. Los principales antihipertensivos, las dosis recomendadas y sus principales efectos adversos se refieren en el apéndice normativo e. La interacción de diversos agentes con los fármacos antihipertensivos se refieren en el apéndice normativo f.

- 10.11.1.3. Para la mayor parte de los pacientes, el fármaco inicial debe administrarse a bajas dosis, aumentándola gradualmente hasta la dosis máxima recomendable de acuerdo con la respuesta clínica del paciente
- 10.11.1.4. En condiciones óptimas, una dosis única debe proporcionar una acción de 24 horas, conservando por lo menos 50% de su efectividad al término de las 24 horas. Una dosificación dos veces al día puede proporcionar también un control similar, existiendo sin embargo mayor riesgo de que el paciente pase por alto alguna toma del medicamento.
- 10.11.1.5. Las condiciones de dos fármacos de diferentes clases a bajas dosis pueden tener mayor eficacia que un solo fármaco, reduciendo así el riesgo de efectos adversos por lo que son recomendables (apéndice normativo g)
- 10.11.1.6. Cuando no se logre el control de la P.A. antes de avanzar en cada nuevo intento de tratamiento, el médico deberá buscar la adherencia terapéutica (apéndice normativo h), descartar y modificar las posibles causas de la falta de respuesta del tratamiento, incluyendo las que se muestran en el apéndice normativo i.
- 10.11.2. Aspectos específicos
 - 10.11.2.1. El tratamiento debe ser individualizado. Los grupos de medicamentos recomendables son: diuréticos tiazídicos, beta bloqueadores, calcio antagonistas, inhibidores de la ECA y antagonistas de receptores de angiotensina II. A menos que existan contraindicaciones o el médico no lo juzgue apropiado, se recomienda iniciar el tratamiento del paciente de reciente diagnóstico con un diurético o un beta bloqueador a bajas dosis, haciendo los ajustes en la dosis de acuerdo con la evolución clínica del paciente.
 - 10.11.2.2. Si se logra un adecuado control durante un año, el médico evaluará la conveniencia de reducir paulatinamente la dosis, incluso hasta suprimir el medicamento, si las modificaciones en el estilo de vida son suficientes para controlar la P.A.
 - 10.11.2.3. En caso de que se logre suspender el tratamiento farmacológico después de un periodo de prueba sin medicamentos, deberá advertirse al paciente que debe continuar bajo estrecha vigilancia médica, debido al riesgo de que vuelva a elevarse la presión arterial por arriba de niveles normales, sobre todo cuando no hay adherencia estricta al manejo no farmacológico.
 - 10.11.2.4. En caso de que no se logre el control de la P.A. y no existan efectos adversos se podrá agregar el otro antihipertensivo de primera elección a bajas dosis. Si aparecen efectos adversos se sustituirá el medicamento utilizado por el otro fármaco de primera elección. Los ajustes terapéuticos no deberán realizarse antes de dos semanas.
 - 10.11.2.5. Si nuevamente no se logra el control de la HAS o aparecen efectos adversos, se continuarán nuevos intentos de tratamiento. Para este efecto puede ser de utilidad emplear un algoritmo para la terapia individualizada (apéndice normativo j).

10.11.3. Pacientes Ancianos

10.11.3.1. Algunos ancianos pueden presentar pseudo hipertensión, por lo que la P.A. deberá tomarse con especial cuidado y descartar esta condición.

10.11.3.2. La meta del tratamiento debe ser la misma que en pacientes de menor edad, aunque puede establecerse una meta transitoria <160 mmHg en pacientes con hipertensión sistólica muy elevada.

10.11.3.3. El tratamiento debe iniciarse con manejo no farmacológico, especialmente mediante la reducción de la sal, control de peso, actividad física y reducción del consumo de alcohol.

10.11.3.4. En caso de agregar al tratamiento no farmacológico, algún fármaco, se recomienda utilizar en primer lugar una tiazida o un beta bloqueador en combinación con una tiazida a bajas dosis. Esta indicación es aplicable particularmente en caso de hipertensión sistólica aislada.

10.11.3.5. La dosis inicial debe ser aproximadamente la mitad de la que se recomienda a pacientes más jóvenes. La dosis se ajustará gradualmente hasta llegar a una dosis moderada.

10.11.3.6. La P.A. debe registrarse en tres posiciones (supina, sentado y de pie) para valorar hipotensión ortostática. Los ajustes terapéuticos deberán realizarse con los valores obtenidos de pie.

10.11.4. Hipertensión durante el embarazo

10.11.4.1. Se recomienda que una mujer tiene HAS crónica si esta ha sido identificada antes del embarazo o si es diagnosticada antes de la semana 20 de la gestación.

10.11.4.2. Los diuréticos y la mayor parte de los antihipertensivos, con excepción de los inhibidores de la ECA y los bloqueadores del receptor de la angiotensina II, que se hayan utilizando previamente al embarazo, pueden seguir siendo utilizados durante la gestación. Debe insistirse en el control de peso y la reducción del consumo de sal.

10.11.4.3. Cuando la HAS se diagnostique por primera vez a partir de la semana 20 de la gestación y en caso de que no sea posible el cuidado por parte del especialista, se utilizará la metildopa y la hidralazina como fármacos de primera elección; los beta bloqueadores es de utilidad en el último trimestre de la gestación.

10.11.5. Diabetes mellitus

10.11.5.1. El tratamiento inicial debe ser con base en la modificación del estilo de vida, especialmente control de peso, con el fin de lograr una reducción por debajo de 130/85 mmHg.

10.11.5.2. En caso de iniciar tratamiento farmacológico, se recomienda la utilización de diuréticos (excepto cuando los pacientes presenten microalbuminuria), inhibidores de la ECA, beta bloqueadores y antagonistas del calcio.

10.11.5.3. Aunque los beta bloqueadores pueden tener algunos efectos adversos su empleo no está contraindicado, incluida su combinación con los diuréticos tiazídicos a dosis bajas, principalmente cuando exista cardiopatía isquémica asociada.

- 10.11.5.4. Con el propósito de detectar disfunción del sistema autónomo e hipotensión ortostática no secundaria a disautonomía, la P.A. deberá medirse en posición supina, sentado y de pie. La cifra para normar la conducta terapéutica deberá ser de pie.
- 10.11.6. Dislipidemias
- 10.11.6.1. Como las modificaciones al estilo de vida constituyen el manejo inicial debe ponerse énfasis en el control de peso y reducción del consumo de grasas saturadas, colesterol, sal y alcohol, así como aumento de la actividad física.
- 10.11.6.2. Los diuréticos del tipo de las tiazidas a bajas dosis no se asocian a alteraciones metabólicas (efectos adversos sobre los niveles de lipoproteínas), que se observan con los diuréticos de asa.
- 10.11.6.3. Aunque los beta bloqueadores pueden tener efectos transitorios sobre las lipoproteínas, también se pueden utilizar debido a su efectividad.
- 10.11.6.4. Los inhibidores de la ECA, los bloqueadores del receptor de la angiotensina II, los antagonistas del calcio y los antagonistas centrales adrenergicos no alteran los niveles de lípidos, y en algunos casos pueden tener efectos benéficos sobre los lípidos.
- 10.11.6.5. A criterio del médico también podrán utilizarse fármacos (estatinas en caso de hipercolesterolemia y fibratos en caso de hipertrigliceridemia), junto con los cambios en los estilos de vida para lograr una reducción de los lípidos.
- 10.11.7. Urgencias hipertensivas
- 10.11.7.1. Las urgencias hipertensivas son situaciones extremas que requieren reducción inmediata de la presión arterial para prevenir o limitar el daño a los órganos blanco.
- 10.11.7.2. Las urgencias mayores, como encefalopatía hipertensiva y hemorragia intracraneal, por su propia naturaleza no son atendidos en el primer nivel de atención.
- 10.11.7.3. En el primer nivel de atención, solo se atenderán urgencias menores, si no es posible hacer la referencia inmediata al especialista o al segundo nivel.
- 10.11.7.4. En esta situación se utilizarán fármacos de acción rápida como beta bloqueadores de acción corta, inhibidores de la ECA y calcioantagonistas, especialmente nifedipina por vía oral.
- 10.11.7.5. La sola elevación de la P.A. en ausencia de síntomas o de daños a los órganos blanco no se considera como urgencia. El uso de nifedipina sublingual no debe realizarse de manera indiscriminada por los riesgos de provocar eventos isquémicos cerebral y miocárdico.

11. Vigilancia epidemiológica

- 11.1. La notificación de los casos de hipertensión arterial diagnosticados bajo los procedimientos de esta Norma deberán efectuarse siguiendo los lineamientos señalados en la Norma Oficial Mexicana: NOM- 017-SSA2-1994” para la Vigilancia Epidemiológica”.

12. Apéndices normativos

Apéndice normativo a. Sistema de equivalentes. Composición promedio de los grupos de alimentos

GRUPO	ENERGÍA Kcal	PROTEÍNA g	LÍPIDOS g	HIDRATOS DE CARBONO g
Cereales y tubérculos	70	2	0	15
Leguminosas	105	6	1	18
Tejidos vegetales: verduras	25	2	0	5
Tejidos vegetales: frutas	40	0	0	10
Tejidos animales:				
quesos y huevo	75	7	5	0
Leche	145	9	8	9
Lípidos	45	0	5	0
Azúcares	20	0	0	5

RACIONES DIARIAS*

Cereales	6-8	.Principal fuente de energía y fibra.
Leguminosas	1-2	.Energía, proteínas, magnesio, potasio y fibra. .Ricos en potasio, fibra y antioxidantes.
Verduras	4-5	
Frutas	5-6	
Tejidos animales, quesos y huevo	2-4	.Deberá promoverse el consumo de carnes y quesos con bajo contenido de grasas saturadas (aves sin piel, pescado, queso cottage y tipo panela) .Moderar el consumo de vísceras .El consumo de yema de huevo no deberá exceder dos piezas a la semana.
Leche (descremada)	1-2	
Grasas y oleaginosas	3-4	.Las grasas saturadas (origen animal) deberán representar no más de 10 % de total de las calorías (30% menos de las calorías de las grasas).
Azúcares	1-2	.Se recomienda el consumo de azúcar Morena.

- El número de raciones varía de acuerdo con los requerimientos energéticos. Estos se calculan de acuerdo con el peso deseable, la talla, la edad, el género y la actividad del individuo.

Apéndice normativo b. Procedimiento básico para la P.A.

1. Aspectos generales

- La medición se efectuara después de por lo menos cinco minutos de reposo.

- El paciente deberá abstenerse de fumar, tomar, café, productos cafeinados y refrescos de cola por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- El paciente debe estar tranquilo y en un ambiente apropiado.

2. Posición del paciente

- Deberá estar sentado; con buen soporte para la espalda, el brazo descubierto y flexible a la altura del corazón.
- En la evaluación clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la P.A. debe ser medida en ambos brazos y ocasional mente en el muslo. La toma debe hacerse con el paciente sentado, en posición supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.

3. Equipo

- Preferentemente se utilizara el esfigmomanómetro mercurial o un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete debe cubrir el 40% de la circunferencia del brazo y una longitud, que permita abarcar el 80% de la circunferencia del brazo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete debe ser entre 13 y 15 cm y el largo de 24cm.

4. Técnica

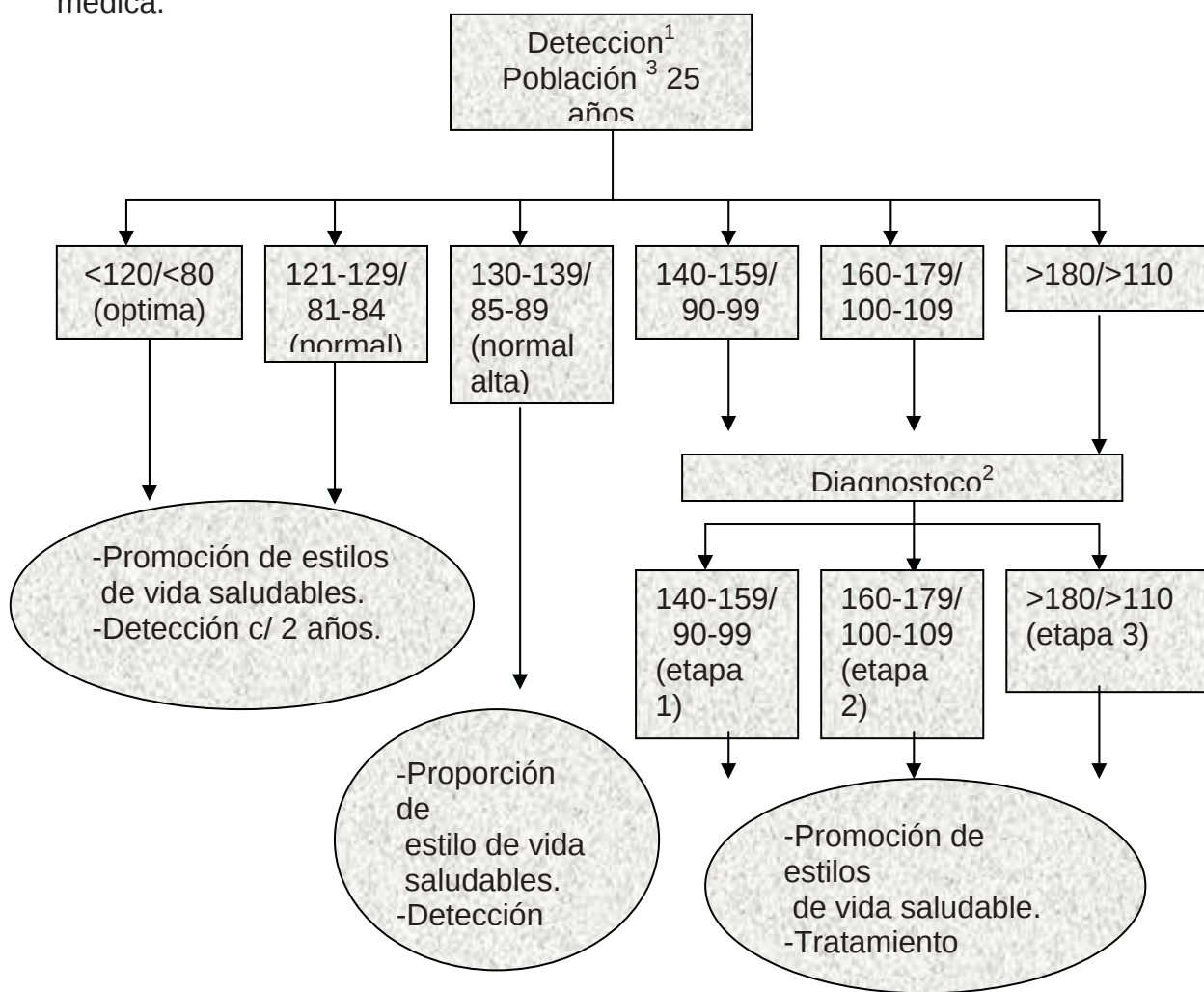
- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Deberá asegurarse que el menisco coincida con el cero de la escala antes de empezar a inflar.
- Se colocara el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral, colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflara rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparece, con el fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- Se desinflara nuevamente el manguito y se colocara la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflara rápidamente el manguito hasta 30 ó 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflara a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.
- La aparición del primer ruido o Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y el quinto la presión diastólica.
- Los valores se expresaran en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por mas de cinco mmHg, se realizaran otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

Posición para la toma de la presión arterial

El paciente debe estar relajado con el brazo apoyado y descubierto.

El brazalete debe colocarse a la altura del corazón y el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial

Apéndice normativo c. Acciones de intervención medica de acuerdo con el nivel de presión arterial identificado en el examen de detección o revisión médica.



1. Promedio de dos mediciones.

2. Promedio de dos o más mediciones separadas entre si por dos o más minutos, tomada en dos o más ocasiones subsecuentes. Si las cifras de la presión arterial se encuentran en dos categorías, se registrara la etapa superior de HAS.

Apéndice normativo d. Metas mínimas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control.

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
P.A. mmHg	<140/90	140/90-160/95	>160/95
Colesterol total(mg/dl)	<200	200 – 250	>250
IMC (kg/m ²)	<25	≥25 y <30	≥30
Sodio	<2400 mg/día		
Alcohol	≤ 30 ml/día		
Tabaco	evitar este hábito		

Apéndice normativo e. Principales fármacos antihipertensivos

Medicamento	Dosis habitual* mg/día (frecuencia / día)	Principales efectos secundarios
Diuréticos (lista parcial)		Acción de corta duración, aumento de los niveles de colesterol y glucosa, alteraciones bioquímica
Clortalidona	12.5-50 (1)	
Hidroclorotiacida	12.5-25 (1)	
Agentes ahorradores de potasio		(Hipercalcemia)
Clorhidrato de espironolactona	25 – 100 (1)	(Ginecomastia)
Alfa agonistas centrales		Sedación boca seca, bradicardia, rebote de Hipertensión por supresión. (mayor rebote por supresión)
Clorhidrato de clonidina	0.2-1.2 (2-3)	
Alfa bloqueadores		Hipotensión postural
Meilato de doazocin	1-16 (1)	
Clorhidrato de Prazosina	2-30 (2-3)	
Terazosina	1-20 (1)	
Beta bloqueadores		Bronco espasmos, bradicardia, insuficiencia cardiaca, puede enmascarar a la hipoglucemia inducida por insulina, alteraciones de la circulación periférica, insomnio, fatiga, disminución de la tolerancia al ejercicio físico, hipertrigliceridemia (excepto en los agentes con actividad simpaticomimetica intrínseca).
Atenolol	25-100 (1-2)	
Tartrato de metoprolol	50-300 (2)	
Nadolol	40-320 (1)	
Pindolol	10-60 (2)	
Malato de timolol	20-60 (2)	

Alfa y beta bloqueadores combinados		Hipotensión postural, bronco espasmos
Carbedilol	12.5-50 (1-2)	
Vasodilatadores directos		Dolores de cabeza retención de líquidos, taquicardia
Clorhidrato de hidralasina	50-300 (2)	(síndrome de Lupus)
Antagonistas del calcio		(alteraciones de la conducción, disfunción sistólica, hiperplasia gingival)
Nohidropiridinicos		(Constipación)
Clorhidrato de verapamil	90-480 (2)	Edema de la rodilla, cefalea,
Dihidropiridinicos		hipertrofia gingival
Besilato de amlodipina	2.5-10 (1)	
Felodipina	2.5-20 819)	
Isradipina	5-20 (2)	
Nicardipina	60-90 (2)	
Nifedipina	30-120 (1)	
Nisoldipino	20-60 (1)	
Inhibidores ECA		Tos común, rara vez angioedema hipercalemia, rash, Perdida del sabor, leucopenia
Clorhidrato de venazepril	5-40 (1-2)	
Captopril	25-150 (2-3)	
Melato de enalapril	5-40 (1-2)	
Lisinopril	5-40 (1)	
Clorhidrato de quinaprilo	5-80 (1-2)	
Ramipril	1.25-20 (1-2)	
Tradolapril	1-4 (1)	
Bloqueador del receptor Angiotensina II		Infrecuente angioedema, hipercalemia
Losartán potásico	25-100 (1-2)	
Valsartan	80-320 (1)	
Irbesatán	150-300 (1)	

* Estas dosis pueden variar y deben ser actualizadas por el médico.

Apéndice normativo f. interacción de algunos agentes con el tratamiento antihipertensivo

Tipo de medicamento	Aumenta la eficacia	Disminuye la eficacia	Efectos sobre otros medicamentos
Diuréticos	Diuréticos que actúan en sitios distintos del nefrón (ejem: furosemida + tiazidas)	Agentes . Resiñas de intercambio iónico . AINE* . Esteroides	Los diuréticos aumentan los niveles séricos de litio
			Los agentes ahorradores de potasio exacerban la hipercalcemia debido a las inhibidores de la ECA.
Beta bloqueadores	Cimetidina, Quinidina y alimentos (beta bloqueadores metabolizados hepáticamente)	. AINE* . Supresión de clonidina . Agentes que inducen enzimas hepáticas, incluyendo rifampicina y fenobarbital	El clorhidrato de propanolol induce a las enzimas hepáticas a incrementar la eliminación de los medicamentos que tienen vías metabólicas comunes. Los Beta-bloqueadores pueden enmascarar y prolongar la hipoglucemia inducida por la insulina. El bloqueo cardíaco puede ocurrir con antagonistas de calcio del grupo
Inhibidores de la ECA	Clorpromacina	. AINE* . Antiácidos . Disminución de la absorción por los alimentos	de las no dihidropiridinas. Los simpaticomiméticos pueden causar vasoconstricción. Los inhibidores de la ECA pueden aumentar los niveles séricos de litio Los inhibidores de la ECA pueden exacerbar los efectos de hipercalcemia de los ahorradores de potasio.
Antagonistas del calcio	. Jugo de toronja. (algunos hidro)	. Medicamentos que inducen enzimas	Aumento de los niveles de ciclosporina+ con

	piridínicos) . Cimetidino o ranitidina (calcio antagonista metabolizado hepáticamente)	hepáticas, incluyendo rifampicina y fenobarbital	clorhidrato de verapamil o clorhidrato de nicardipina (pero no con la felodipina, isradipina o nifedipina) Los nodihidropiridinicos aumentan los niveles de otros agentes metabolizados por el mismo sistema de enzimas hepáticas, incluyendo la digoxina, quinidina, sulfonilureas y teofilina. El clorhidrato de verapamil puede disminuir los niveles séricos del litio.
Alfa-bloqueadores			La prazosina puede disminuir la eliminación de clorhidrato de verapamil.
Antagonistas centrales y bloqueadores Alfa₂ periféricos neuronales		. Antidepresivo tricíclicos (y probablemente Fenotiacinas) . Inhibidores de Monoaminooxidasa Los simpatomiméticos o antagonistas fenotizina, monosulfato de guanetidina o sulfato de guanadrel	. La metildopa puede aumentar los niveles séricos de litio . La gravedad de la supresión del clorhidrato de clonidina, puede ser aumentada por los betabloqueadores. . Muchos anestésicos se potencian con clorhidrato de clonidina.

AINE: * Antiinflamatorios no esteroideos.

+ La interacción tiene un beneficio clínico y económico por que se retardan el progreso de la aceleración de la aterosclerosis en los receptores de trasplante de corazón y reducen la dosis diaria requerida de ciclosporina

Apéndice normativo g. Combinación de medicamentos

Medicamento Bloqueadores beta adrenergicos y diuréticos • Atenolol, 50 ó 100 mg/clortalidona, 25 ó 12.5 mg • Metoprolol, 100 mg/hidroclorotiacida, 12.5 mg • Nadolol, 40 ó 80 mg/bendroflumetiácida, 5 mg Inhibidores de la ECA y diuréticos • Captopril, 50 ó 25 mg/hidroclorotiacida 25 ó 12.5 mg. • Meleato de enalapril maleate, 20 ó 10 mg/hidroclorotiazida, 12.5 ó 25 mg • Lisinopril, 20 mg/hidroclorotiacida, 12.5 mg
--

Antagonistas receptores de angiotensina II y diuréticos

- Losartan potasico, 50 mg/hidroclorotiacida, 12.5 mg

Otras combinaciones

- Triamtereno, 50.5 mg/hidroclorotiacida, 25 mg
- Clorhidrato de amilorida, 5 mg/hidroclorotiacida, 50 mg

Apéndice normativo h. Lineamientos generales para mejorar la adherencia terapéutica

- Vigile los signos de falta de adherencia.
- Establezca con claridad al paciente las metas del tratamiento.
- Informe al paciente y a su familia, sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Recomiende la toma de P.A. en casa.
- Manténgase en comunicación con su paciente.
- Elija un régimen terapéutico económico y sencillo.
- Estimule las modificaciones en el estilo de vida.
- Ayude al paciente a que la toma del medicamento forme parte de sus actividades cotidianas.
- Prescriba de preferencia los medicamentos de acción prolongada.
- Si el medicamento seleccionado no funciona, emplee otro medicamento.
- Haga los ajustes necesarios para prevenir o minimizar los efectos adversos.
- Añada medicamentos efectivos y bien tolerados de forma gradual, en dosis suficientes para alcanzar la meta del tratamiento.
- Estimule una actitud positiva sobre el logro de la meta del tratamiento.

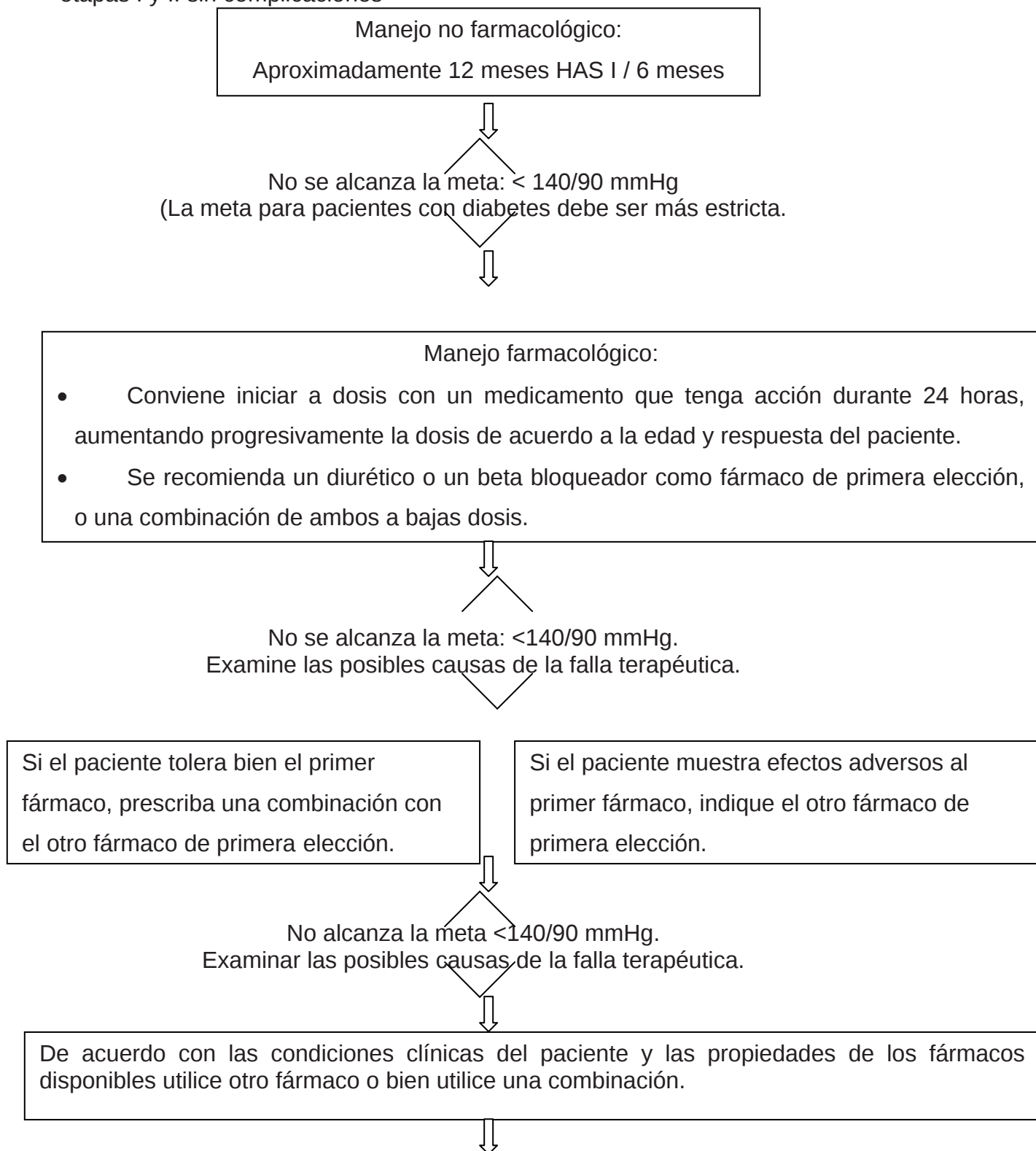
Apéndice normativo i. Posibles causas de respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico

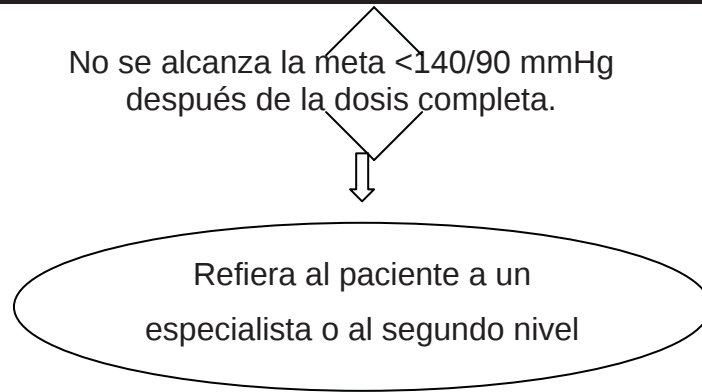
- **Seudoresistencia**
Hipertensión de "bata blanca"
Seudohipertension en pacientes ancianos.
Uso de manguillo inadecuado en personas muy obesas.
- **Falta de adherencia**
- **Sobrecarga de volumen.**
Exceso de consumo de sal.
Daño renal progresivo (nefroesclerosis)
Retención de líquidos debido a la reducción de la presión arterial.
Terapia diurética inadecuada.
- **Causas relacionadas con los medicamentos.**
Dosis insuficiente.
Diurético inadecuado.
Combinaciones inapropiadas.
Inactivación rápida (por ejemplo, hidralazina)
Interacción farmacológica (por ejemplo simpaticomiméticos, descongestionantes nasales, cafeína, etc.)
- **Condiciones asociadas**
Tabaquismo, incremento de obesidad, apnea del sueño, resistencia a la insulina/hiperinsulinemia,
consumo de alcohol (mas de 30 ml diarios), hiperventilación inducida por ansiedad o

ataques de pánico, dolor crónico, vasoconstricción intensa (arteritis), síndrome orgánico cerebral (por ejemplo, falla en la memoria).

- **Causas identificables de hipertensión.**

Apéndice normativo j. Algoritmo para el tratamiento individualizado de la HAS etapas I y II sin complicaciones





13. Concordancia con normas o recomendaciones internacionales

I Congreso Nacional de Hipertensión Arterial. Asociación Nacional de Cardiólogos de México. Revista Mexicana de Cardiología. Vol. 6 Supl. 1995.

Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Six Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute, 1997.

OPS La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Serie Paltex No. 3 1984.

Prevención en la Niñez y en la Juventud de las Enfermedades Cardiovasculares. Informe de un comité de expertos. OMS 1986.

14. Bibliografía.

1. American Dietetic Association: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners (Position statement). J Am Diet Assoc. 1993; 93:816-21.
2. Appel LJ, Moore TJ, Obarzank E, et al. For the DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. N Engl J Med 1997; 336: 1117 – 1124.
3. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, And control of hypertension in the adult Us populalation: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension 1995;26:60-69.
4. Brut, VL, Whelton P, Roccella EJ, et al. Pce of Hypertension in the US adult Population: result from the third National Health and Nutrition Examination survey 1988 – 1991. Hypertension 1995;25: 305-313.
5. Du, Cruickshank K, McNamee R, et. al. Case control study of stroke and the quality of Hypertension control in north west England. BMJ 1997;314:272-276.
6. Goldstein G, et. al. For the veterans affairs Cooperative Study Group on Atihypertensive Agents. Treatment of hypertension in the elderly: II Cognitive and behavioral function. Hypertension 1193; 15: 361-369.
7. Guayatt GH, Sackett DI, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. For the medical literature. LX. A method for grading halth care recommendations JAMA 1995; 274:1800-1804.
8. Hall WD, Ferrario CM, Moore MA, et. al. Hipertensión-related morbidityand mortality in the southeastern United States. Am J Med Sci 1997; 313: 1995-206.
9. Haynes RB, et. al. Systematic review of randomized trials of intervention to assist patient to follow prescription for medications. Lancet 1996; 348:383-386.
10. Joint National Comitee on Detection, Evaluation, and Treatment HighBlood Pressure.The report of the Joint Nationalt Committee on Detection, Evaluation, and teatment of High Blod Pressure (JNCV) Ah Intern Med 1993; 153:154-183.
11. Kaplan N. Clinical hypertension. Baltimore Md. USA Williams and Wilkins, (6aedition) 1994.
12. Kaplan NM and Gifford RW Jr. Chise of initial therapy for hypertension. JAMA 1996;275:1577-1580.
13. Lazarus JM, Bourgoinie JJ, Buckalew VM, et. al. For the Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Achievement and safety of a low blood pressure goal in chronic renal disease: the Modification of Diet in Renal Disease: the Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Hypertension 1997; 29:641-650.
14. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The progression to congestive heart failure. JAMA 1996; 275:1557-1562.
15. Luepker RV, Mc Govern PG, Sprafka JM, Shahar E, Doliszny KM. Blakburn H. Unfavorable trends in the detection and treatment of hypertension: the Minnesota Heart Survey (abstract). Circulation 1995;91:938.
16. Memorias sobre el seminario internacional sobre Prevención y control de la Hipertensión Arterial. Agosto, México. 1997, SSA.

17. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of mild hypertension. Principal results. *BMJ* 1985; 291:97-104.
18. National High Blood pressure Education Program. Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. US. Department of Health and Human Services. National Institute of Health; NIH Publication No 93-2669; 1993.
19. National Heart, Lung, and Blood Institute. The Sports Guide: NHLBI Planning Guide for cardiovascular Risk Reduction Projects at Sporting Events. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; NIH publication no. 95-3802; 1995.
20. National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program working group report on hypertension in the elderly. *Hypertension* 1994;23:275-285.
21. Neaton DJ, Grimm RH Jr, Prineas RS; et. al. For the Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. Treatment mild Hypertension Study: final results. *JAMA* 1993; 270: 713-724.
22. Nesselroad JM, Flacco VA, Phillips DM, Kruse J Accuracy of automated finger blood pressure devices. *Fam Med* 1996; 28:189-192.
23. Noyes MA. Pharmacotherapy for elderly women. *J Am Med Women's Assoc* 1997; 52: 138-158.
24. Pastelin G. y Gutierrez-Avila H. Memorias del seminario internacional sobre la prevención y control de la Hipertensión Arterial. SSA/OPS; México 1997.
25. Pickering T. For an American Society of Hipertensión ad hoc panel. Recommendations for the use of home (self) and ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertension* 1995; 9: 1-11.
26. Prisant LM, Alpert BS, Robbins CB; et. al. American National Standard for nonautomated sphygmomanometers: summary report. *Am J Hypertension* 1995; 8:210-213.
27. Stamler J, Caggiula AW, Grandits GA. Chapter 12. Relation of body mass and alcohol, nutrient, fiber, and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *AM J Clin Nutr* 1997; 65(suppl): 338S-365S.
28. Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic, and cardiovascular risks. US population Data. *Arch Intern Med* 1993, 153: 598-615.
29. SHEP Cooperative Research Group. Prevention Of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Elderly Program (SHEP). *JAMA*. 1991;265:3255-3264.
30. Tapia-Conyer R. et. al. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. INNSZ-Secretaría de Salud, México 1993.
31. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high normal blood pressure: the Trials of Hypertension Prevention, phase II *Arch Intern Med* 1997; 157:657-667.

32. Tsuji I, Amai Y, Nagai K et. al. Proposal of reference values for home blood pressure measurement : prognostic criteria based on aprospective observation of the general population in Ohasama, Japan. Am J Hypertens 1997, 10:409-418.
33. Whelton PW, Applegate WB; Ettingr WH, et. al. Efficacy of weight loss and reduced sodium intake in the Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). (Abstract) Circulation 1996; 94 (suppl): 1-178.
34. WHO Expert Committee on Hypertension Control. Hypertension Control: Report Of a WHO Expert Committee. Technical Report Series no. 862, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
35. Winberg N, et. al. 24-H ambulatory blood pressure in 352 normal Danish subjects related to age and gender. Am J Hypertens 1995; 8:978-986.

15. Observancia de la norma

- 15.1 La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaria de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

16. Vigilancia de la norma

- 16.1 Las disposiciones de esta Norma son de observación obligatoria para los servicios de salud de los sectores publico, social y privado del país; su vigilancia corresponde a la Secretaria de Salud y, en sus ámbitos de competencia, a las entidades federativas.

Esta norma entrara en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON, BASADO EN LAS 14 NECESIDADES HUMANAS

I.- DATOS BIOGRÁFICOS:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ SEXO: _____
OCUPACIÓN: _____
DOMICILIO ACTUAL: _____
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR MENSUAL: _____
DIAGNOSTICO MEDICO: _____
TRATAMIENTO MEDICO ACTUAL: _____

ANTECEDENTES:

Enfermedades anteriores: _____
Historia familiar de enfermedad: _____
Historia de la enfermedad actual: _____

II.- VALORACIÓN POR NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

1. - NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

SISTEMA RESPIRATORIO

Frecuencia _____/min.
Calidad: NORMAL _____ SUPERFICIAL _____ RÁPIDA _____ OTROS _____
Ruidos a la auscultación: SÍ _____ NO _____ descripción y localización _____
Disnea de esfuerzo: SÍ _____ NO _____ Tos seca: SÍ _____ NO _____
Disnea de reposo _____ Tos productiva: SÍ _____ NO _____
Secreciones: SÍ _____ NO _____ Dolor al respirar: SÍ _____ NO _____
Tabaco: SÍ _____ NO _____ En caso afirmativo cuantificar: _____
Tiene alguna alergia respiratoria. SÍ _____ NO _____
de que tipo _____

SISTEMA CIRCULATORIO:

Sin alteraciones obstructivas: _____
T/A: _____ FC: _____
PULSO: fuerte: _____ débil: _____ regular: _____ irregular: _____
Extremidades frías: _____ Dolor precordial: _____ Marcapaso _____ Edema: _____

2. - NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
INGESTA HABITUAL:

Desayuno	Comida	Merienda	Cena

Cuántas veces come frutas a la semana especificar. _____ verduras _____
Carnes _____ cereales _____ leguminosas _____
Dieta especial: SÍ _____ NO _____ En caso afirmativo tipo de dieta: _____
Intolerancia a alimentos SÍ _____ NO _____ ¿CUALES? _____
Su apetito es normal _____ a disminuido _____ aumentado _____
nauseas _____ vomito _____
Suplemento: SÍ _____ NO _____
Esta satisfecha con su peso actual SÍ _____ NO _____ PORQUE _____
Cuántos kilos a aumentado _____ perdido _____

INGESTA DE LÍQUIDO:

< De un litro/día _____ 1-2 litros/día _____ > de 2 litros / día _____
¿Ingesta típica diaria de líquidos? Describir: _____

PROBLEMAS DE:

Masticación: SÍ _____ NO _____ Usa prótesis dental: _____ Superior: _____ Inferior: _____
Deglución: SÍ _____ NO _____ Dolidos: _____ Líquidos: _____ Ambos: _____
Digestión: SÍ _____ NO _____ Tipo: gases: _____ Ardor: _____ Pesadez: _____ Dolor: _____
Piel y mucosa: _____
¿Come entre comida? rara vez: _____ Con frecuencia: _____ Con mucha frecuencia: _____
¿Necesita ayuda? Preparar la comida: _____ Comer: _____
Ingesta de alimentos chatarra: SI _____ NO _____ En caso afirmativo especificar: _____

3. - NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

INTESTINAL:

Frecuencia: _____ Característica: _____ Molestias: _____
Estreñimiento: _____ Diarrea: _____ Incontinencia: _____ Hemorroides: _____
Distinción abdominal: SI _____ NO _____ Esfuerzo al defecar: _____
Sangrado: _____ Heces negras: _____ Otros: _____
Problemas con el control: SÍ _____ NO _____
Uso de laxantes: SÍ _____ NO _____ Ayudas empleadas: _____

URINARIA:

Frecuencia: _____ característica: _____ Molestias: _____ disuria _____ oliguria _____
Poliuria _____ Hematuria _____ Nicturia _____ Incontinencia _____ Pañal _____
COLOR: Amarillo Claro _____ Amarillo oscuro _____ Naranja _____ Rojo _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? SI___ NO___ ¿Cuál?_____

CUTÁNEA:

Sudoración Cutánea: SÍ___ NO___ Sudoración Profusa: SÍ___ NO___

4. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Actividades que pueden realizar para el autocuidado (alimentación, higiene, función de eliminación y vestido) especificar: _____

Dispositivo auxiliares para la de ambulación: SI___ NO___ En caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?_____

Actividad recreativa, especificar ¿Cuáles?_____

Expresión facial: Adecuado___ Alerta___ Inexpresivo___ hostil___ Inadecuado___

Comportamiento motor inhibido: Inhibición___ Agitación___ Temblores___

Rigidez___ Incoordinación___ Inquietud___ Tics___

POSTURA: Erecto___ Decaído___

MODO DE ANDAR: normal___ Acelerado___ Tambaleante___ Lento

LIMITACIONES FÍSICAS: Temporales___ Permanentes___ ¿Cuáles?_____

Vértigo: SI___ NO___ ¿siente dolor o rigidez articular? SÍ___ NO___

Acufenos: SÍ___ NO___ Fosfeno: SÍ___ NO___ Venas varicosas: SÍ___ NO___

Inflamación de articulaciones: SI___ NO___ En caso afirmativo, especificar: _____

¿Hace ejercicio? SÍ___ NO___ Tipo_____ ¿cuanto tiempo?_____

¿Practica algún deporte? SI___ NO___ ¿Cuál?_____

Capacidad de mantener su entorno en orden y confortable: SI___ NO___ En caso negativo, especificar ¿de quien recibe ayuda?_____

5. - NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

PRESENCIA ACTUAL DE:

Cansancio___ Postura de cansancio: ___ Temblor de manos: ___ Ojeras:

___ Párpados inflamados: ___ Enrojecimiento de conjuntivas: ___ Bostezos:

___ Expresión vacía: _____

Habla pausado: ___ Habla dificultosa: ___ Irritabilidad: ___ Otros: _____

Horas de sueño nocturno: _____ Otros descansos: _____

Problemas de conciliar el sueño:

Al inicio___ interrumpido: ___ (No. De veces ___) Despertar Temprano___

Sueño Excesivo: ___ Pesadillas: ___ (tipo_____)

Sensación después de dormir: Descansado___ Cansado___ Confuso: ___ Otros___

Factores que afectan el sueño: _____

Ayudas para favorecer el sueño: Lectura___ Baño: ___ fármacos: ___ Otros: _____

6. - NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente se viste por sí misma: SÍ___ NO___ Con limitaciones: _____

Alergias de determinados tejidos: SÍ___ NO___ ¿Cuáles?_____

¿Qué importancia da su aspecto? Poca: ___ Bastante: ___ Mucha: _____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia?: SÍ___ NO___

Otros datos de interés: _____

7. - NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Temperatura corporal: Normal____ Hipotermia____ Hipertermia____
Temperatura Axilar____ temperatura bucal____
Sudoración cutánea: SI____ NO____ ¿están fríos sus pies y/o manos? SÍ____ NO____
Escalofríos____ otros: _____

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Hábitos de higiene corporal: Baño: _____ Ducha: _____ ¿cada cuanto? _____
Cepillado de diente: SÍ____ NO____ ¿cada cuanto? _____
Autónomo: SI____ NO____ Necesita ayuda: SI____ NO____ especificar _____
PIEL:
Turgencia: Flexible____ Firme____ frágil: _____ Deshidratada: _____ Histérica: _____
Temperatura: Caliente: _____ Seca: _____ Fría: _____ Húmeda: _____
Color: Rosada: _____ Pálida: _____ Oscura: _____ Cianótica: _____
Problemas cutáneos (descripción y localización) _____
Descuidado en: Cabello____ Dientes: _____ Uñas _____
Ha notado alguna lesión (ulcera, edema) descríballo: _____
Sus cabellos son: secos____ grasos: _____ se desprenden con facilidad: _____
¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? SÍ____ NO____

9. - NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:
Somnoliento: _____ Confuso: _____ Apático. _____ Hipervigilante: _____ Distráido _____
Fluctante: _____ No responde a estímulos: _____ Solo sigue instrucciones: _____
ORIENTACIÓN ESPACIO-TIEMPO-PERSONA.
TIEMPO: (estación, día, mes, año) especificar: _____
ESPACIO: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar: _____
PERSONA: (reconoce personas significativas) Especificar. _____
Alteraciones perceptivas: auditivas____ visuales____ táctiles____ Olfativas____
AUTO DESCRIPCIÓN DE SÍ MISMO:
Alegre: _____ Triste: _____ Confiada: _____ Tímida: _____ Inquieta: _____
Sobre valoración de logros____ Exageración de errores____ Infravaloración____
Sentimiento respecto a ello: Inferioridad____ Superioridad: _____ Tristeza: _____
Culpabilidad____ Inutilidad____ Impotencia____ Ansiedad____ Miedo____ Rubia____
Depresión: _____ otros _____
Alergias a alguna sustancia o medicamento: SÍ____ NO____ ¿Cuáles? _____
El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____
Para otros. _____ especificar _____

10. - NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:
Contenido: Coherente y Organizado _____ Distorsionado _____
Descripción de la alteración: _____
NIVEL DE CONCIENCIA: _____ Alerta _____
Letárgico _____

Obnubilado____ Estuporoso____
Semicomatoso____
CURSO DE PENSAMIENTO: FORMAS DE EXPRESIÓN:
Inhibid Claro____ Incoherente____
Acelerado:____ Organizado____ Tartamudeos____
Perseverancia:____ Coherente____ Autista____
Incoherencia____ Confuso____
Desorganizado____ Desorganizado____
HUMOR:
Deprimido____ eufórico____ ansioso____ triste____
fluctuante____ apático____ otros____
HABLA.
Clara____ confusa____ afásica____ no verbal____
VELOCIDAD.
Rápido____ lento____ paroxístico____
CANTIDAD.
Abundante____ escaso____ lacónico____ verborreico____
TONO Y MODULACIÓN.
Alterado____ tranquilo____ hostil____
VIVE.
Solo____ acompañada____ lugar que ocupa en la familia____
PERSONAS QUE CONFORMAN SU FAMILIA, ESPECIFICAR____
PERSONAS MÁS SIGNIFICATIVAS____
PRINCIPAL CONFIDENTE.____
PERSONAS CON LAS QUE SE RELACIONA DIARIO.____
SU RELACIÓN ES: satisfactoria____ insatisfactoria____ indiferente____
TIEMPO QUE PASA SOLO____ Y POR QUE____
TIEMPO QUE PASA CON AMIGOS Y COMPAÑEROS____

SEXUALIDAD:

¿Tiene problemas de próstata? Sí____ No____
¿Posee secreción / hemorragia / lesiones peneales? Si____ No____
¿Recibe atención medica?____

11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

¿Consigue en la vida las cosas que quiere? Sí____ NO____
¿Que es lo más importante para usted en la vida?____
¿Tiene planes de futuro importantes? Sí____ NO____
La religión es importante en la vida. Si____ NO____
Religión:
Católica____ protestante____ judía____ otras____
Desea realizar prácticas religiosas. Si____ NO____
¿Visita la iglesia? Si____ NO____
En caso de no poder tomar decisiones, ¿qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?____

12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría SÍ _____ NO _____
Si procede especifique. _____
Tiene problemas laborales SÍ _____ NO _____ CUALES _____
Tiempo dedicado al trabajo _____
Tiempo dedicado al óseo _____
Capacidad de decisión SI _____ NO _____
Resolución de problemas SI _____ NO _____
Grado de incapacitación personal atribuida _____

13. - NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____
¿Cuál es su diversión preferida? _____
Pérdida de interés por las actividades recreativas SÍ _____ NO _____
Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales. _____

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Alteración de la memoria: reciente _____ remota _____
Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____
Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:
Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas _____
¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? SI _____ NO _____ ¿cual es?

ELABORO:
