

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



PROCESO

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN CASO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
CON EL REFERENTE FILISÓFICO DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

CARLOS ALBERTO GARCÍA LÓPEZ.

ACESOR: MCE. ROBERTO MARTINEZ ARENAS.

MORELIA MICHOACÁN JUNIO DEL 2011.

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela.
Directora de la facultad de enfermería.

M.E. Ruth Pérez Guerrero.
Secretaria académica.

M.C.E. Roberto Martínez Arenas.
Secretario administrativo.

MESA SINODAL

PRESIDENTE: M.C.E. Roberto Martínez Arenas.

Vocal 1: M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo.

Vocal 2: Dr. Roberto Mendoza Contreras.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de un proceso enfermero es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

A dios que me ha heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo "sus padres". A mis padres quienes sin escatimar esfuerzo alguno sacrificaron gran parte de su vida para educarme. A mis hermanos quienes la ilusión de su vida ha sido verme convertido en un hombre de provecho. Y a todas aquellas personas que comparten conmigo su apoyo y compañía

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a L. E Brenda Martínez Ávila por su importante aporte y participación en el curso proceso enfermero ya que nos proporciono las herramientas necesarias a través de los conocimientos teóricos científicos que facilitaron el seguimiento y cumplimiento de la elaboración de un trabajo satisfactorio.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Profesor Roberto Martínez Arenas por ser mi asesor y aceptarme para realizar proceso bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que forjo un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este proceso, sino también en mi formación profesional. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo del trabajo. Muchas gracias Profesor.

Por lo anterior con amor, admiración, y respeto gracias.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza, cuando más lo necesitamos, por amarnos tanto y regalarnos vida en años de estudio en una profesión humanista de calidad y calidez en acciones encaminadas a la salud como lo es la enfermería y que hoy reflejan el primer fruto compartido (proceso enfermero), de muchos que vendrán, y que son producto de nuestra constancia y perseverancia, y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que nos rodeó.

A nuestros padres, hermanos, abuelitos y familia en general que nos han regalado el derecho de crecer con sus consejos, y que en este proceso han estado conmigo, y deben saber, que son el motor de nuestra motivación.

A mis amigos, especialmente a un gran amigo-hermano Alberto Valente Cuvás que me enseñó la importancia de la amistad en la vida, por su compañía y apoyo incondicional que me ha brindado como un ángel que cuida y guía mis pasos en un caminito amigo, en verdad realmente y sinceramente son muchos los amigos y familiares en los cuales yo dedico mi esfuerzo y mis buenas acciones por siempre.

A mi asesor de Proceso enfermero el Profesor Roberto Martínez Arenas que ha sido una gran ayuda y que sobre todo, nos ha sabido entender, aconsejar y guiar, en este proceso. Y a todos nuestros profesores, que fueron parte importante del desarrollo de nuestro conocimiento y práctica y que hoy pueden ver un reflejo de lo que han formado y que sin duda han calado hondo en nuestras vidas, permitiéndonos escoger y amar nuestra profesión, por el amor que hemos visto reflejados en su desarrollo profesional.

Por último dedico mi esfuerzo y mis buenas acciones y mis satisfacciones a la familia García López especialmente a la Sra. E.L.M., por permitirme adentrarme a su hogar y emplear mis conocimientos en el proceso enfermero, cuyo beneficio es mutuo y con ello mejorar mi habilidad en el desarrollo profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN.

I. JUSTIFICACIÓN.

II. OBJETIVOS.

2.1 General.

2.2 Específicos.

III. METODOLOGIA.

IV. MARCO TEORICO

4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.

4.1.1 Etapa de Valoración.

4.1.2 Etapa de Diagnostico.

4.1.3 Etapa de Planeación.

4.1.4 Etapa de Ejecución.

4.1.5 Etapa de Evaluación.

4.2 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

V. CASO CLINICO

VI. ORGANIZACIÓN DE DATOS

6.1 clasificación de datos objetivos y subjetivos

6.2 clasificación por datos significativos y problema identificado

VII. PLANES DE INTERVENCION

VIII. CONCLUSION Y SUGERENCIAS

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

X. ANEXOS.

INTRODUCCIÓN

El presente documento trata del proceso de enfermería siguiendo sus respectivas etapas siendo este dirigido a un caso clínico de Tensión Arterial Elevada; La hipertensión arterial es un padecimiento crónico, multifactorial, y consiste en la elevación persistente en las cifras de presión sistólica y diastólica,

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso enfermero. En el cual nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y organizada, pues se define como un método científico, sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo, dichas características nos permiten reunir requisitos que a través de un Modelo como el de Virginia Henderson y siguiendo las cinco etapas del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación), permiten guiar y establecer medidas que estén adaptadas a las necesidades requeridas por el usuario, para posteriormente poner en acción el plan de acciones convenidas, que conlleven a el control, tratamiento, y restablecimiento de la salud.

El pensamiento crítico y el ejercicio práctico son indispensables para definir la profesión de la enfermería. Por lo cual permiten comprometer al personal de salud, al individuo, a la familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permiten el logro de objetivos planteados tanto los generales como los específicos, para que al inicio, durante, y al final del proceso enfermero por medio de un juicio descriptivo, crítico, analítico y científico demeriten que el proceso enfermero establece técnicas de calidad que permiten al usuario facilitar su existencia y mejorar su calidad de vida.

I.JUSTIFICACIÓN

El control de la hipertensión arterial constituye hoy día uno de los problemas de salud prioritarios en nuestra sociedad, se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales, ambientales y étnicos. En todo el mundo se ha producido un aumento de la prevalencia, su curso es asintomático y presenta graves repercusiones, es en cierto grado impredecible llamándose así el “asesino silencioso”; muy a menudo causa complicaciones mortales sino se trata. Esta enfermedad repercute y acelera la aparición de enfermedades coronarias, arterioscleróticas y cerebrovasculares, en el 10% de los casos la causa es unícausal y en el, 90 %, se desconoce la causa exacta, se cree que se deben a diversos factores de riesgo, y con frecuencia al estilo de vida de la persona es determinante.

Un factor de riesgo es el exceso de peso, se calcula que el 50 % de obesos son hipertensos. Los hábitos alimentarios también juegan un papel importante, así como excesivo consumo de sal, falta de ejercicio físico, sedentarismo, exceso de consumo de alcohol, estrés, las emociones, las tensiones y preocupaciones constantes en el trabajo y del hogar pueden favorecer su aparición. (1)

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) estimó una prevalencia 30.05%; es decir, que en México existen 15.2 millones de personas entre los 20 y 69 años de edad con hipertensión arterial sistémica; sin embargo, a partir de los 50 años la prevalencia supera el 50% o, dicho de otra manera, uno de cada dos mexicanos la padece. De acuerdo con la ENSA 2000, la prevalencia de hipertensión arterial sistémica se relaciona directamente con la edad, y a partir de los 50 años la prevalencia en la mujer es mayor. De todos los pacientes hipertensos, sólo una proporción (39%) tenía diagnóstico médico previo y el resto lo ignoraba (61%). A su vez, de los pacientes con diagnóstico médico previo, sólo 46.9% se encontraba en tratamiento médico al momento de la entrevista, mientras que 53.1%, a pesar de saberse hipertenso, no tomaba tratamiento. De los hipertensos con tratamiento farmacológico 23.9 % se encontraron controlados (< 140/90 mmHg). Por su parte la mayor prevalencia de hipertensión arterial se continua presentando en los estados de la región norte del país, de acuerdo a estimaciones de la ENSA 2000, el estado de Baja California fue el de mayor prevalencia con 36.4% y la menor prevalencia la presentó el estado de Oaxaca 23.2% mechoacán se encuentra en la región del sur Con una prevalencia estimada del 28.9% de hipertensos. Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el

30%. La frecuencia de Hipertensión aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de Hipertensión.

Así de acuerdo a lo anterior, por la magnitud de la enfermedad, se requiere un cuidado especial y prioritario en la atención de personas con este padecimiento mediante la utilización de un método científico como lo es el proceso enfermero que de seguimiento y continuidad a las medidas de cuidados de prevención, control, y tratamiento, es tarea fundamental del profesional de Enfermería contribuir no solo a la disminución en prevalencia y aparición de complicaciones, sino a la atención directa de necesidades de personas que presentan dicho acontecimiento en la salud. Es así que mediante la aplicación del proceso de enfermería, el enfermero se podrá dar solución y respuesta a las necesidades en el cuidado a seres humanos con hipertensión arterial. (2)

II.OBJETIVOS

2.1 General.

Identificar las respuestas humanas a través de una metodología de enfermería, fundamentada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, aplicado a un usuario con un diagnóstico médico de Hipertensión Arterial en Tzacapú Michoacán de Ocampo , así como la elaboración de un plan de intervención para proporcionar cuidados de enfermería que permitan el restablecimiento y mantenimiento de la salud.

2.2 Específicos

- Generar confianza en el usuario para que se sienta apoyado y protegido.
- Establecer una relación terapéutica, que permita establecer comunicación adecuada.
- Conocer el entorno y estado de salud actual del usuario, para identificar factores de riesgo y áreas de mejora.
- Establecer los diagnósticos de salud, real o potencial de acuerdo a la necesidad de salud.
- Establecer planes de cuidados individuales que permitan resolver los problemas reales o potenciales de salud, prevenir o curar la necesidad alterada
- Acompañar al usuario con la aplicación de una metodología de intervención de enfermería en su esfuerzo para encontrar el equilibrio entre salud – enfermedad para que desarrolle sus potencialidades humanas.
- Evaluar los objetivos que se plantearon en el presente trabajo.

III.METODOLOGÍA

La metodología que se llevó a cabo para la elaboración del presente documento, fue mediante el desarrollo de una serie de etapas iniciada en el curso –taller proceso enfermero en donde se realizó investigación y recopilación de teoría bibliográfica, a través de fuentes de información como libros, revistas, Internet, afín de adquirir un marco teórico de referencia que sustente el proceso enfermero, durante el taller se elaboró un caso hipotético para valorar las habilidades propias sobre el proceso enfermero y poder dar continuidad a la investigación, propiamente se asignó el asesor, para guiar la investigación científica, y comenzamos con la selección del usuario, se seleccionó a una usuaria con hipertensión arterial, mismo que se eligió en el municipio de Tzacapú Michoacán de Ocampo, donde habita y es procedente del mismo lugar, previamente se le pidió el consentimiento para participar en la aplicación del proceso enfermero en un tiempo considerable, el cual inició en febrero del 2011 y culminó satisfactoriamente en junio del 2011, se le explicó detalladamente el objetivo del trabajo, se aplicó una guía de valoración de las 14 necesidades para identificar sus respuestas humanas y valorar su estado de independencia o dependencia de acuerdo a la necesidad alterada, posteriormente se diseñaron los diagnósticos con base a la taxonómica II de la NANDA y se determinaron los objetivos; se procedió al establecimiento de intervenciones mismas que fueron aplicadas en su domicilio de acuerdo a la nomenclatura en donde se obtuvieron las intervenciones de enfermería, para posteriormente llevarlas a cabo de acuerdo a cada necesidad alterada, por último se evaluaron las acciones de enfermería para valorar el cumplimiento de los objetivos.

IV.MARCO TEÓRICO

4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

Definiciones

Es un método sistemático, y organizado para administrar cuidados de enfermería Individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupos de personas que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. (3)

Enfoque asertivo y resolutorio para la identificación y tratamiento de los problemas del paciente, proporciona un marco organizativo para el conocimiento, los criterios y las acciones que las enfermeras aportan al cuidado del paciente. (4)

Proceso continuo e integrado por las diferentes etapas o fases ordenadas, lógicamente que tienen como objetivo fundamental adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados, orientados al bienestar del paciente, cabe destacar sin embargo que cada tales etapa aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente en realidad está íntimamente relacionada y son ininterrumpidas puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y en todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no solo de una dimensión física o biológica sino también de las perspectivas psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales. (5)

Objetivo es identificar las necesidades de salud reales y potenciales, así mismo establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica de acuerdo a cada necesidad. (6)

Características del proceso enfermero:

Metodológico: porque tiene una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Sistemático: por estar conformado de 5 etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados

Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado: porque se entra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: porque puede aplicarse en diferentes contextos, teorías y modelos.

Interactivo: porque requiere de la interrelación humano – humano, con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes. (7)

Beneficios del Proceso Enfermero:

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y la práctica de la enfermería mexicana, sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a brindar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento. Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera(o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas de salud al centrarse en la respuesta humana.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, sobre el usuario y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad; para el paciente son: participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, mejora la calidad de la atención; para la enfermera: se convierte en experta, obtiene satisfacción en su trabajo y crecimiento profesional además de favorecer el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso, y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias. Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permiten mantener o recuperar la salud. (8)

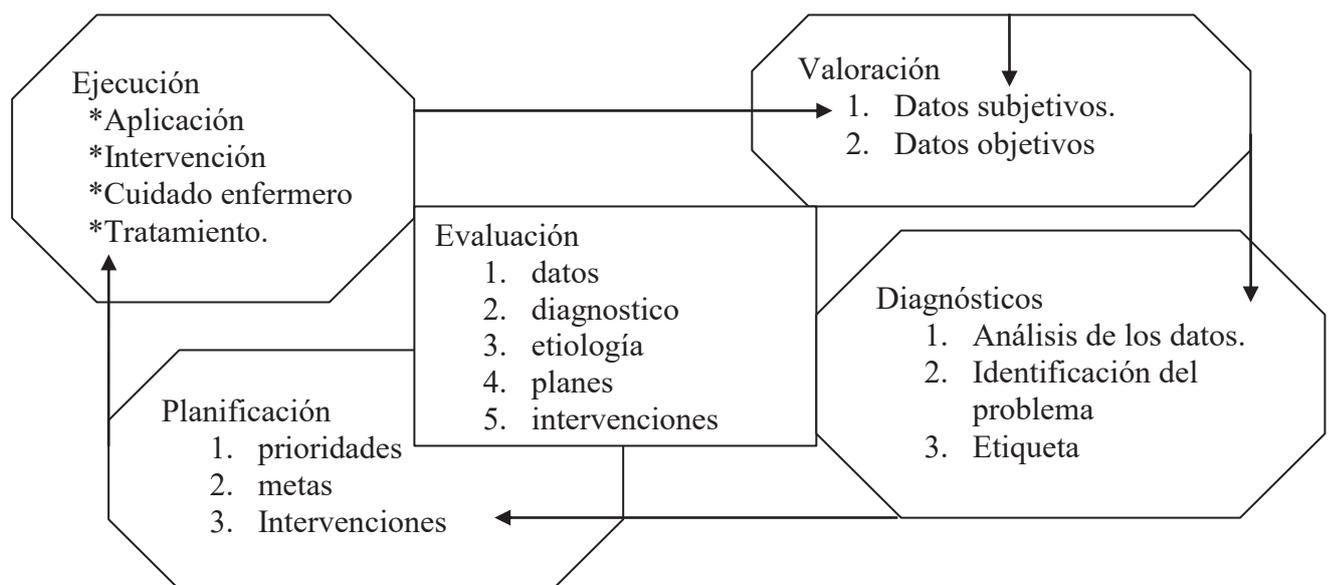
Antecedentes del Proceso Enfermero

El proceso enfermero a evolucionado a través de los tiempos hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Lidia E. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963)

desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967. Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución, y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases". (4), Para la asociación americana de enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. (9)

Etapas del proceso enfermero:

El proceso enfermero consta de 5 etapas, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



(1)

4.1.1 Etapa de Valoración

Primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar las respuestas humanas del paciente, familia o comunidad permite la recolección e información deliberada y sistemática necesaria para llevar a cabo el proceso de cuidar, integra actividades de recolección de datos, de antecedentes actuales e históricos, de datos objetivos y subjetivos, generales y focalizados, de organización, validación, y registro de datos por medio de métodos empleados como son la observación, entrevista, exploración, fuentes primarias y secundarias.

El personal de enfermería debe poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

* Las *convicciones* del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

* Los *conocimientos profesionales*: Deben poseer una base de conocimientos sólidos, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad, cuyos conocimientos permiten la solución de problemas, análisis y toma de decisiones.

* *Habilidades*: En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos. Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

* *Observar sistemáticamente*: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

* *Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones*: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

* Es primordial seguir un *orden en la valoración*, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

a) siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

* Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

b) por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Se debe realizar un una valoración inicial buscando, datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y Factores Contribuyentes en los problemas de salud. Y en valoraciones posteriores, tomamos en cuenta, los problemas de salud detectados, el

progreso o retroceso del paciente, determinar la continuidad de los planes de cuidados establecidos y obtener nuevos datos que nos informen el estado de salud del paciente. (10)

La etapa de valoración se divide en 4 apartados:

1. Recolección o recogida de datos.
2. Validación de la información.
3. Organización de datos.
4. Documentación y registro.

1. Recolección o recogida de datos:

Para la construcción de la totalidad del proceso enfermero es necesariamente una sólida base de datos. La recogida de datos es un prerrequisito para el diagnóstico, la planificación y la intervención. El ser humano como ser biopsicosocial, tiene necesidades y problemas en todas las dimensiones: biofísica, psicológica, sociocultural, espiritual, y ambiental, por lo que es fundamental contar con una base de datos que permita reunir información validada para la toma de decisiones clínicas. Los *tipos de datos* los encontramos:

* Datos Objetivos: Es lo que se observa a simple vista, se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

* Datos Subjetivos: Es lo que el paciente refiere (dice que siente), No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

* Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

* Datos actuales: son todos aquellos datos que permiten conocer las necesidades de salud alteradas actuales de la persona, familia o comunidad. (11)

Es importante que los datos sean suficientes en cantidad y calidad, y que nos informen sobre las respuestas reales del paciente. Para poder obtener estos datos existen 3 **métodos** que son:

a) Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser *formal*, que consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente o *informal*, es la conversación entre enfermera y

paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista tiene como 4 finalidades que son a).- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados. b).- Facilitar la relación enfermera/paciente. c).- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos. d) Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes:

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Para realizar la entrevista se deben utilizar las siguientes técnicas:

Técnicas verbales, que permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos, así como la reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Técnicas no verbales, Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son las expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar. Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador:

* **Empatía:** La capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

* Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

* Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

* Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). (4)

b) Observación: Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) Exploración física: La exploración física se realiza siguiendo un orden: De cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y/o por patrones funcionales de salud. Se debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Las técnicas específicas para realizar una exploración física son:

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. (7)

2. Validación de los datos:

Confirmar datos anormales de importancia holística, es decir certifica que los datos obtenidos sean correctos y completos. Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

3. Organización de datos:

Reunir toda la información obtenida y validada y ordenar los datos obtenidos. Dependerá del marco de referencia por ejemplo; Los patrones funcionales (M. Gordón), requisitos de autocuidado (D. Orem), modos adaptativos (C. Roy), 14 necesidades básicas del ser humano (Virginia Henderson). La información obtenida como fuentes de información como la historia clínica del paciente, por otro profesional sanitario, la familia del paciente y las observaciones de la enfermera, debe ser validada por el usuario, de igual modo las afirmaciones, cuestionables del paciente deben ser por una persona informada. (6)

4. Documentación y registro de la valoración:

Esta fase, constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad, prueba de carácter legal, permite la investigación en enfermería, permite la formación pregrado y postgrado. Las normas que se establecen para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular".
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común. (10)

4.1.2 Etapa de Diagnóstico

Es el acto de identificar y etiquetar las respuestas humanas a través de un criterio clínico sobre un individuo, familia o respuesta comunitaria a problemas de salud, en procesos vitales reales o potenciales. Mediante el agrupamiento de datos, la elaboración de un juicio crítico, y el análisis evaluativo del estado de salud del usuario. Comienza con el agrupamiento de información y termina con un criterio evaluativo sobre el estado de salud del paciente. Este criterio evaluativo se establece tras analizar de los datos de la valoración. El análisis supone elegir y organizar o agrupar la información y determinar las necesidades no satisfechas, además de la fortaleza del paciente. Después de un análisis minucioso de toda la información disponible, las de aclaraciones de las conclusiones finales sobre los problemas son los diagnósticos enfermeros.

El diagnóstico enfermero proporciona la base del proceso enfermero ya que es esencial para definir la actividad de enfermería, posibilitar el pensamiento crítico y el intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona, permite la selección de intervenciones enfermeras para conseguir resultados, establece un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinario.

Los pasos de esta fase son:

- 1.- Identificación de problemas: Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- 2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. (12)

Diagnósticos enfermeros de la NANDA.

La North American Nursing Association (NANDA) es una organización de enfermería que ha estado desarrollando un lenguaje enfermero estandarizado para identificar, definir y clasificar las respuestas potenciales o reales a los problemas de salud de los pacientes desde 1973. Los dos propósitos principales de la NANDA son crear un sistema de clasificación diagnóstica (taxonomía) e identificar y aceptar diagnósticos enfermeros, la enfermera etiqueta las respuestas del paciente en un lenguaje que identifica y define específicamente los problemas del mismo para otras enfermeras y profesionales de atención sanitaria. Además, el uso de un lenguaje estandarizado de los diagnósticos enfermeros documenta el análisis, la síntesis y la exactitud requerida al realizar este diagnóstico. Verifica la contribución de la enfermera al cuidado sanitario rentable, eficiente y de calidad.

Taxonomía II los diagnósticos nuevos y revisados reflejan la progresiva toma de conciencia de la importancia de la espiritualidad y religión de la salud y la enfermedad. Así como una creciente preocupación general por los estilos de vida sedentarios. Consta de 13 Dominios, 47 Clases y 167 Diagnósticos.

Estructuración para la elaboración de un diagnóstico:

- Título o etiqueta diagnóstica. ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Factores etiológicos relacionados.
- Características definitorias o manifestaciones clínicas. (13)

Clasificación de los diagnósticos de enfermería:

- Real. Describe las respuestas alteradas actuales de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias identificables (datos subjetivos y objetivos), además de tener factores relacionados. Ejemplo: problema +factores relacionados (RELACIONADO CON)+ datos objetivos y Subjetivos. (MANIFESTADO POR).
- Riesgo: Describe repuestas humanas, que pueden desarrollar en un futuro próximo; no existen características definitorias. Ejemplo: riesgo de + relacionado con.
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- **Bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud, Ejemplo: La familia que cuida al usuario desea tener mayor información, recibe apoyo de los demás integrantes de la familia y muestran conductas de ayuda y soporte adecuado.
- **Síndrome:** comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. (14)

Directrices del diagnóstico:

- ❖ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ❖ La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- ❖ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- ❖ Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ❖ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ❖ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- ❖ No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- ❖ No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- ❖ No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- ❖ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos. (4)

4.1.3 Etapa de Planeación

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en donde se toman dediciones y se resuelven problemas. Existen tres tipos de planificación: La inicial es cuando se tiene el primer contacto inicial con la persona. La continua es durante la etapa de planificación donde se le está atendiendo las necesidades de la usuaria. Y la de Alta es cuando el usuario regresa a su casa con cierto régimen terapéutico a seguir. (7)

Las actividades de la planificación son las siguientes:

- Establecimiento de prioridades: Tras identificar los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración, la enfermera debe de determinar la urgencia de los problemas identificados. Los diagnósticos de intervención más elevada requieren intervención inmediata, los de menos se pueden tratar posteriormente se debe dar prioridad primero a los problemas potencialmente mortales relacionados con la vía aérea, la respiración o circulación. La jerarquía de necesidades de Maslow actúa como guía útil en la determinación de prioridades. Estas necesidades incluyen aspectos físicos, seguridad, amor y pertenencia, valores y autorrealización se deben satisfacer las necesidades de grado inferior antes de obtener las del grado superior.
- Identificación de resultados: Tras establecer las prioridades, se identifica la evolución u objetivos esperados del paciente. La evolución es simplemente el resultado del cuidado. La evolución esperada del paciente consiste en objetivos que identifican lo que se desea o espera como resultado del cuidado. Los términos objetivos y evolución esperada se suelen intercambiar en el uso común, pero cualquiera de ellos hace referencia a la descripción del grado en que la respuesta del paciente identificada en el diagnostico enfermero se debe prevenir o cambiar en consecuencia de cuidado enfermero. Aunque el fin último para el paciente es mantener o conseguir un grado de equilibrio dinámico en el estado de bienestar más elevado posible, es necesario el establecimiento de resultados esperados más específicos, tanto a largo como corto plazo, para la evaluación sistemática del progreso del paciente. Ejemplo: Juan (sujeto) adelgazara (verbo) 5Kg. (medida) en un plazo de 5 meses (tiempo) siguiendo una dietas de 1800 calorías (modo). Los resultados esperados del paciente identificados en la etapa de planificación especifican los criterios que se deben emplear en la fase de evaluación del proceso enfermero.
- Determinación de intervenciones: Tras identificar la evolución esperada del paciente, se deben planificar las intervenciones enfermeras destinadas a conseguir el estado

deseado del paciente. Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado en un criterio y conocimiento clínico, que una enfermera lleva a cabo para mejorar la evolución del paciente. Las investigaciones enfermeras incluyen tanto cuidado directo como indirecto. Para elegir las intervenciones se necesitan conocimientos sólidos, buen criterio y habilidad para tomar decisiones, las intervenciones de enfermería se deben elegir siempre para que influyan en el resultado del cuidado, además deben ir dirigidas a cambiar las etiologías de los diagnósticos. La enfermera debe favorecer el empleo del enfoque basado en la investigación para sus intervenciones, la enfermera debe usar ingenio, intuición, creatividad, conocimiento, destreza y experiencia pasada cuando establezca un plan para satisfacer las necesidades del paciente. (4)

El tercer lenguaje estandarizado basado en la investigación que se centra en el proceso enfermero es la Nursing Interventions Classification (NIC). Esta clasificación incluye las intervenciones que las enfermeras llevan a cabo en beneficio de sus pacientes, tanto independientes como de colaboración, tanto de ciudadano directo como indirecto. Incluye tratamientos que el enfermero realiza en todos los ambientes y en todas las especialidades. La NIC. Identifica tanto las intervenciones fisiológicas como las psicosociales, además de las intervenciones para el tratamiento de la enfermedad. Proporciona un lenguaje común para la comunicación entre enfermeras. Dado que cada intervención tiene un número de código, el empleo de las intervenciones NIC facilita la recogida informatizada de datos enfermeros estandarizados para evaluar la efectividad de las intervenciones. La NIC incluye 486 intervenciones con un nombre de etiqueta, una definición y un conjunto de actividades para que la enfermera elija a fin de llevar a cabo la intervención. Las intervenciones están agrupadas en 7 dominios y 30 clases. Aunque las 486 intervenciones puedan aparecer abrumadoras, el personal de enfermería pronto descubre las que se suman más a menudo en su especialidad en particular o con su población de pacientes. Al crear un plan de cuidados para un paciente, el enfermero elige las intervenciones específicas de un dominio o clase que sea apropiado para este basándose en el diagnóstico enfermero y en la evolución del paciente. Se enumera un grupo de actividades para cada intervención, y el enfermero puede seleccionar las actividades apropiadas de su lista para ejecutar la intervención. (16)

➤ Planes de cuidados de enfermería: Cuando la enfermera ha determinado los diagnósticos enfermeros, los resultados y las intervenciones para el paciente, es importante registrar el plan para asegurar la continuidad del cuidado por parte de otras enfermeras y

profesionales sanitarios. El plan debe contener instrucciones específicas para llevar a cabo las intervenciones planificadas, incluyendo como, cuando, cuanto tiempo, con qué frecuencia, donde, por quien, y con qué recursos se devén realizar las actividades. (17)

4.1.4 Etapa de Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero y consiste en la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería. El proceso de ejecución establece una nueva valoración del paciente, determina la necesidad de cuidados de enfermería, ejecutar las estrategias de enfermería, comunicar las acciones de enfermería., la enfermera realiza las actividades de las intervenciones y supervisa a otras personas que estén calificadas para intervenir. A través de la fase de ejecución se debe evaluar la efectividad del método elegido para ejecutar el plan.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. (18)

4.1.5 Etapa de Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero durante la fase se debe evaluar todos los pasos del proceso enfermero, la evaluación no solo tiene lugar después de la ejecución del plan sino que continua durante el proceso. La enfermera evalúa si se ha obtenido suficientes datos de valoración para permitir la emisión de un diagnóstico enfermero, el diagnóstico a su vez, es evaluado para determinar su exactitud, a continuación la enfermera evalúa si la evolución esperada del paciente y las intervenciones son realistas y alcanzables, si no lo fueran es necesario formular un nuevo plan esto puede implicar la revisión de la evolución esperada del paciente y las intervenciones, se debe considerar si hay que mantener, modificar, revisar totalmente o interrumpir el plan a la vista del paciente. También se evalúa la efectividad de cada intervención y su contribución al progreso del paciente hacia la evolución esperada. Además la enfermera determina si un método distinto de ejecución del

mismo plan daría mejores resultados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. (4)

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ° Observación directa, examen físico.
- ° Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- ° Observación directa
- ° Entrevista con el paciente.
- ° Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- ° Entrevista con el paciente
- ° Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- ° Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- ° Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- ° Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- ° Entrevista con el paciente.
- ° Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. La evaluación debe centrarse en las respuestas de la persona las a través de:

1. La identificación de los resultados esperados.
2. Obtención de los datos.
3. Logro de los objetivos.
4. Relación entre las acciones de enfermería y la evolución de la persona.
5. Redacción de conclusiones sobre el estado de la persona.
6. Revisión y modificación del plan de cuidados de enfermería. (5)

4.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

Datos biográficos de Virginia Avenel Henderson (1897-1996), nació en Kansas City, (Missouri) el 19 de Marzo de 1897. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

- En el año de 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington D.C. En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- En 1926 ingresa al Teachers College de la universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de

anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

- 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- Recibe nueve títulos doctorales honoríficos.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996. El modelo de Virginia Henderson, es bien conocido por la mayoría de las enfermeras, por lo que a nuestro juicio es verdaderamente de interés conocer sobre el estudio de cómo trasladar las ideas de Henderson a la práctica de enfermería utilizándolas como marco de referencia en todas las etapas del proceso de cuidados. (9)

Antecedentes y conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson:

Henderson inicialmente no pretendía elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella la obligo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de la enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionaba una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial – para ella – no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. 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 está 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 denominada 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.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera en términos funcionales de la siguiente forma: “La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”. (19)

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson: en el cual precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados de salud independencia / dependencia y causas de la dificultad, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener el estado óptimo la propia salud. (Concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que aparece según Henderson a tres causas y que identifica como. “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”.

* **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Y se genera a través del grado de independencia o dependencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

* **Entorno:** En el modelo de Henderson vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y planificación de los cuidados, así pues aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de la 14 Necesidades Básicas y de los factores que la influyen, es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo. Como factores ambientales o socioculturales, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica.

El concepto de **independencia** puede estar definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La **dependencia** puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 Necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. (7)

La persona y las 14 necesidades básicas

Persona Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

Las causas de la dificultad son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”. Las 14 necesidades de Virginia Henderson son:

❖ Necesidad de oxigenación: captar oxígeno y eliminar gas carbónico, la enfermera, debe realizar toma de signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, patrones respiratorios) así como averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

- ❖ Necesidad de nutrición e hidratación: ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento, la enfermera, debe averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.
- ❖ Necesidad de eliminación: La eliminación por todas las vías permite deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo, el enfermero debe averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.
- ❖ Necesidad de moverse y mantener una buena postura: estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea, la enfermera debe averiguar las necesidades de ejercicio y la planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.
- ❖ Necesidad de descanso y sueño: La enfermera debe averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.
- ❖ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: fomenta el uso de ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos, la enfermera debe averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, o situaciones de la vida.
- ❖ Necesidad de termorregulación: La oscilación normal se sitúa entre 36.1°C y 37.6°C. La enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, ropa gruesa.
- ❖ Necesidad de higiene y protección de la piel: El enfermero debe averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene.

❖ Necesidad de evitar los peligros: protegerse de toda agresión interna o externa, permite mantener así su integridad física y psicológica, la enfermera debe mantener un medio sano; enseñanza frente a la prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

❖ Necesidad de comunicarse: comunicarse con los demás es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, la enfermera debe averiguar con el cliente sus medios de comunicación, enseñanza de medidas para mantener la integridad de los sentidos, y la utilización de medios que permitan que el usuario exprese sus emociones y sentimientos.

❖ Necesidad de vivir según sus creencias y valores: La enfermera debe fomentar la expresión del cliente de sus creencias y valores, siempre con respeto y aceptación de las mismas, planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

❖ Necesidad de trabajar y realizarse: Llevar a cabo actividades de autorrealización, las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo, la enfermera debe averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

❖ Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas: Divertirse con una ocupación agradable se manifiesta el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico, la enfermera debe averiguar los gustos y los intereses del cliente para posteriormente llevar a cabo una planificación de actividades recreativas, y enseñanza de actividad recreativas, a través de medios de precaución seguros.

❖ Necesidad de aprendizaje: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos, la enfermera debe averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente mediante la elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de recursos de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje y verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

* Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

* Variables: estados patológicos: Falta aguda de oxígeno, conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias), estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios), exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales estados febriles

agudos debidos a toda causa, una lesión local, herida o infección, o bien ambas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento. (20)

Supuestos principales: La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia. La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teóricas: Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son: La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia. La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico: La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería: Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Virginia Henderson este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la

situación". Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario considerando qué colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales. (12)

Aplicación del modelo de Virginia Henderson

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en toda y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención:

1.- En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en cada satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que empleen al individuo- siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o más adecuada a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán las etapas de ejecución.

3.- Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo al conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos. (19)

4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Sistema cardiovascular:

Anatomía y fisiología del sistema cardiovascular.

El corazón y el aparato circulatorio componen el aparato cardiovascular, el corazón actúa como una bomba que impulsa la sangre hacia los órganos, tejidos y células del organismo. La sangre suministra oxígeno y nutrientes a cada célula y recoge el dióxido de carbono y las sustancias de desecho producidas por esas células. La sangre es transportada desde el corazón al resto del cuerpo por medio de una red compleja de arterias, arteriolas y capilares y regresa al corazón por las vénulas y venas.

* **Corazón:** Actúa en el organismo como una doble bomba: impulsa la sangre hacia los pulmones para su oxigenación (circulación pulmonar), y bombea la sangre oxigenada hacia todas las zonas del organismo (circulación sistémica). Se encuentra situado en medio del tórax, es un órgano muscular se compone de dos partes: corazón derecho (sangre venosa) y corazón izquierdo (sangre arterial), que se subdividen a su vez por dos cavidades superiores, llamadas aurículas, y dos cavidades inferiores, llamadas ventrículo. Cada aurícula comunica con el ventrículo correspondiente por el orificio aurículo ventricular. Los dos corazones, derecho e izquierdo, están separados uno de otro por un tabique vertical (tabique interauricular por arriba y tabique interventricular por abajo) La aurícula recibe la sangre y la envía al ventrículo, el cual se encarga de expulsarla. La pared del corazón está formada por tres capas: endocardio, miocardio y pericardio. El miocardio es la capa muscular y es la que se contrae para expulsar la sangre del corazón. Para que la contracción sea normal es necesario que el miocardio reciba suficiente provisión de oxígeno y de nutrientes a través de las arterias coronarias.

La función principal del corazón consiste en proporcionar oxígeno a todo el organismo y, al mismo tiempo, liberarlo de los productos de desecho (anhídrido carbónico). Para hacer esto, el corazón recoge la sangre del cuerpo, pobre en oxígeno, y la bombea hacia los pulmones, donde se oxigena y se libera del anhídrido carbónico; después, el corazón empuja esta sangre rica en oxígeno hacia todos los tejidos del organismo Para que la corriente sanguínea siga la dirección adecuada (desde las aurículas a los ventrículos y desde estos a las arterias), existen una serie de válvulas que se abren cuando han de permitir el paso de sangre y se cierran después, para evitar que refluya de nuevo en su interior. Las válvulas auriculoventriculares ponen en comunicación las aurículas y los ventrículos y las válvulas semilunares, ponen en comunicación lo ventrículos con las

arterias. Las válvulas cardíacas: Las válvulas que controlan el flujo de la sangre por el corazón son cuatro:

- La válvula tricúspide controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho.
- La válvula pulmonar controla el flujo sanguíneo del ventrículo derecho a las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para oxigenarla.
- La válvula mitral permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.
- La válvula aórtica permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta, la arteria más grande del cuerpo, la cual transporta la sangre al resto del organismo.

* **Aparato circulatorio:** Es unidireccional transporta sangre a todas las partes del cuerpo. Este movimiento de la sangre dentro del cuerpo se denomina «circulación». Las arterias transportan sangre rica en oxígeno del corazón y las venas transportan sangre pobre en oxígeno al corazón. En la circulación pulmonar, sin embargo, los papeles se invierten. La arteria pulmonar es la que transporta sangre pobre en oxígeno a los pulmones y la vena pulmonar la que transporta sangre rica en oxígeno al corazón, Veinte arterias importantes atraviesan los tejidos del organismo donde se ramifican en vasos más pequeños denominados «arteriolas». Las arteriolas, a su vez, se ramifican en capilares que son los vasos encargados de suministrar oxígeno y nutrientes a las células. La mayoría de los capilares son más delgados que un pelo. Muchos de ellos son tan delgados que sólo permiten el paso de una célula sanguínea a la vez. Después de suministrar oxígeno y nutrientes y de recoger dióxido de carbono y otras sustancias de desecho, los capilares conducen la sangre a vasos más anchos denominados «vénulas». Las vénulas se unen para formar venas, las cuales transportan la sangre nuevamente al corazón para oxigenarla.

* **Ritmo cardíaco:** Cada latido desencadena secuencia – Ciclos Cardíacos consta de las siguientes etapas diástole auricular, sístole auricular, sístole ventricular y diástole ventricular entre contracción y relajación son 75x' así que el ciclo cardíaco dura 0.8 seg. Tiene dos etapas: sístole y diástoles sístole: es el movimiento de contracción del corazón. Diástole: es el movimiento de relajación del corazón.

Vasos sanguíneos: son los conductores por los que circula la sangre , existen tres clases Arterias, Venas y Capilares, la sangre sale del corazón por las arterias y llega a el por las

venas, los capilares unen ambos vasos la circulación es completa: del corazón a los tejidos de estos al corazón, de este a los pulmones y nuevamente al corazón para volver, oxigenar los tejidos, la principal diferencia es que las arterias llevan sangre del corazón a todos los tejidos, del cuerpo y sus paredes son gruesas y elásticas, en cambio, las venas transportan sangre de los tejidos nuevamente al corazón, sus paredes son delgadas menos elásticas que las arterias, tienen algunas diferencias las arterias pulmonares llevan sangre carboxigenada y la vena pulmonar trae sangre al corazón. Los capilares llevan la sangre al interior de los capilares, y unen las arterias con las venas. (22)

Hipertensión arterial:

Definiciones:

Es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, y debe ser adecuada para mantener la percusión tisular normal, requiere la integración de los factores sistémicos y los efectos vasculares periféricos. (1)

La hipertensión arterial consiste en la elevación persistente de la presión arterial sistólica por encima de los 140 milímetros de mercurio (mmhg) acompañada de una presión diastólica igual o superior de 90 mmhg, se trata de un factor de riesgo de primer grado de enfermedad coronaria, afección renal, cerebral y vasculopatía periférica. (2)

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de etiología variada, no curable controlable y se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, presión arterial diastólica o de ambas. (22)

Fisiopatología:

La hipertensión arterial depende primariamente del gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. La relación se resume en la ecuación siguiente:

Presión arterial = gasto cardiaco X resistencia vascular periférica.

➤ El Gasto Cardiaco (GC) es el flujo total de sangre por minuto a través de la circulación sistémica o pulmonar.

El Gasto Cardiaco se puede definir como el volumen sistólico (cantidad bombeada por la sangre en cada latido por el ventrículo izquierdo aproximadamente 70 ml.). Multiplicado por la frecuencia cardiaca por minuto.

➤ La Resistencia Vascular Sistémica: es la fuerza que se opone al movimiento de la sangre dentro de los vasos sanguíneos. El radio de las arterias pequeñas y las arteriolas constituye el factor principal que determina la resistencia vascular. Un cambio en el radio de las arteriolas crea una modificación mayor de la resistencia vascular sistémica. Si la

resistencia vascular sistémica aumenta y el gasto cardiaco permanece constante, aumentara la presión Arterial. Los mecanismos reguladores de la presión arterial pueden afectar el Gasto Cardiaco, a la resistencia vascular sistémica o a ambos.

Los reguladores de la PA es un proceso complejo en el que participan funciones nerviosas, cardiovasculares, renales y endocrinas. La PA es regulada por mecanismos que actúan a corto plazo (desde segundos hasta horas), y a largo plazo (desde días hasta semanas). Los mecanismos a corto plazo, entre ellos el sistema nervioso simpático y el endotelio vascular, actúan en cuestión de segundos. Los mecanismos a largo plazo comprenden los procesos renales y hormonales, que regulan la resistencia arteriolar y el volumen sanguíneo. (Para que ocurra hipertensión debe haber un cambio en uno de los factores en la ecuación de la presión arterial: resistencia periférica o gasto cardiaco. Para que ocurra hipertensión debe haber un problema con los sistemas de control que vigilan o regulan la presión, además de una o más alteraciones en los factores de la ecuación de la presión arterial. Incluso se han identificado mutaciones genéticas aisladas para algunos tipos grados de hipertensión. (21)

Clasificación:

- Hipertensión primaria (esencial, idiopática): Es la forma más común que constituye el 90 % al 95% de todos los casos en los adultos, no se reconoce en ellos una causa evidente de la elevación de la presión arterial (PA). En su génesis se sugieren factores diversos que de una forma aislada o en su conjunto producirían esta enfermedad aunque se desconoce la causa exacta, se han identificado varios factores contribuyentes, entre ellos, aumento de la actividad de la actividad periférica, producción excesiva de hormonas retenedoras de sodio y sustancias vasoconstrictoras, aumento de la ingesta de sodio, peso corporal por encima del ideal, diabetes mellitus e ingesta excesiva de alcohol.
- Hipertensión secundaria: Aquí el aumento de la presión arterial se debe a una causa específica, muchas de las veces se pueden identificar y corregir. Este tipo de hipertensión representa entre el 5 y el 10% de los casos de hipertensión en adultos, y más del 80% en los pediátricos. Si una persona con menos de 20 años o más de 50 años de edad desarrolla bruscamente hipertensión, sobre todo si es intensa, se debe sospechar que es secundaria. Los datos clínicos que sugieren hipertensión secundaria comprenden presencia de ruidos en el abdomen, presiones variables con historia de taquicardia, sudoración y temblor, y antecedentes familiares de afecciones renales, entre las causas se incluyen insuficiencia renal, disfunción de la médula o corteza suprarrenal, coartación aórtica, tumores productores de hormonas (Síndrome de Cushing, aldosteronismo primario, feocromocitoma,

fármacos como estimulantes simpáticos (entre ellos la cocaína), inhibidores de la monoaminoxidasa tomados junto con alimentos que contienen tiramina, tratamiento sustitutivo con estrógenos, anticonceptivos orales y fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

- Hipertensión Arterial Sistólica Aislada: Se define como una TA sistólica de 140 o más y TA diastólica menor de 90 (Este tipo de HTA es muy frecuente en los Ancianos).
- Hipertensión Límitrofe o Límite: Es un sub. grupo caracterizado por la Guía de la OMS – SIH (Sociedad Internacional de Hipertensión) como cifras de TA diastólicas mayores de 140 y menores de 149 y cifras de TA sistólicas menores de 94 y mayores de 90.
- Hipertensión Arterial Maligna.- es la elevación importante y brusca de la tensión arterial sistólica superior a 200 mmhg, diastólica superior a 140 mmhg con presión arterial media superior a 150 mmhg. se trata de una urgencia médica que precisa tratamiento agresivo para impedir la aparición de complicaciones graves que conlleven a la muerte.
- Hipertensión Acelerada: Síndrome de tensión arterial muy alta acompañada de hemorragias y exudados en el fondo de ojo (Retinopatía grado 3 K –W – B).
- Hipertensión Complicada: Hipertensión en que existen pruebas de daño cardiovascular relacionado con la elevación de la tensión arterial. (23)

Categoría de la hipertensión arterial:

Optima	sistólica menor de 120 y una diastólica menor de 80.
Normal	sistólica menor 130 y diastólica menor de 85.
Normal alta	sistólica de 130 -139 y diastólica 85 -89.
Hipertensión ****	
1 (Discreta)	sistólica de 140 -159 o diastólica de 90 -99.
Estadio 2 (Moderada)	sistólica de 160 -179 o diastólica de 100 – 109.
Estadio 3 (Severa)	sistólica de 180 – 2009 y diastólica de 110 -119.
Estadio 4 (muy severa)	sistólica de 210 y mas y diastólica de 120 y más. (17)

Factores de riesgo

a).-factores condicionantes no modificables

- Edad (aparece a lo largo de la vida a medida que los vasos arteriales pierden luz, debido a la formación de una placa aterosclerótica, la hipertensión arterial aumenta con la edad en varones y mujeres, y aproximadamente el 50% de las persona con más de 60 años padecen hipertensión).

- **Sexo:** En general, la hipertensión es más frecuente en los hombres hasta la edad media de la vida y tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.
- **Historia familiar,** las cifras de tensión arterial es un parámetro con fuerte influencia familiar. El riesgo de hipertensión es mayor en los individuos que tiene un familiar próximo hipertenso.
- **Etnia,** la incidencia de hipertensión es dos veces más alta en los norteamericanos negros que en los blancos, los individuos negros producen menos renina y responden menos a los inhibidores de la angiotensina. (29)

b).- Factores condicionantes modificables:

- **Vida sedentaria,** la actividad física regular puede ayudar controlar el peso y reducir el riesgo cardiovascular, la actividad física moderada puede reducir la hipertensión arterial debido al gasto cardíaco que se genera.
- **Obesidad,** el aumento de peso se asocia con mayor frecuencia con hipertensión arterial. La relación con la hipertensión es mayor en la obesidad abdominal central.
- **Factores nutricionales,** la ingesta habitual y excesiva de grasas saturadas y del exceso de sodio en las dieta son considerados responsables iniciales de la hipertensión arterial, además cuando las personas adoptan estilos de vida industrializados, aumenta la prevalencia de la hipertensión, la ingesta alta de sodio puede activar un número de mecanismos presores y causar retención de agua, y puede disminuir la eficiencia de ciertos medicamentos hipotensores.
- **Factores biopatológicos** como diabetes mellitus, la hipertensión es más común en los diabéticos, cuando coexiste hipertensión y diabetes, las complicaciones son más graves.
- **Lípidos séricos elevados,** los valores elevados de colesterol y triglicéridos son los primeros factores de riesgo en la aterosclerosis. La hiperlipidemia es más común en las personas con hipertensión.
- **Nivel socioeconómico,** la hipertensión es más frecuente en los grupos socioeconómicos menos favorecidos y en los que han alcanzado un nivel más bajo de instrucción alimentaría.

- Factores psicosociales, como el stress, concebido como la sensación de amenaza física o psíquica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida, puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. (28)

El estrés se involucra en el rol familiar, de acuerdo al papel familiar que desempeñan cada miembro por ejemplo la madre de familia influye el estrés debido a la agitación neurovascular por la carga de labores como atender a sus hijos, a su esposo cuando llega del trabajo, realizar las labores domesticas, realizar la comida, lavar la ropa, ir de compras etc., así como las múltiples preocupaciones que conlleva una familia en el rol salud enfermedad. Se cree que el estrés es un factor contribuyente al riesgo cardiovascular pero aún no se sabe mucho sobre sus efectos. Específicamente no se ha demostrado por que el estrés emocional, los hábitos conductuales y el estado socioeconómico entre otros factores propician el riesgo de padecer una enfermedad del corazón o un ataque cardíaco, porque todos nos enfrentamos al estrés de maneras diferentes. Cuánto y cómo nos afecta el estrés depende de cada uno de nosotros.

Algunas características fisiopatológicas que se han podido comprender son las siguientes: Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardiaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón. Esta necesidad de oxígeno puede ocasionar una angina de pecho, o dolor en el pecho, en enfermos del corazón. En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina). Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias. Al cicatrizarse las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, y con ello aumentar la resistencia vascular periférica por tanto el aumento en las cifras de hipertensión arterial. El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa y ocasionar un ataque al corazón. El estrés también puede contribuir a otros factores de riesgo. Por ejemplo, una persona que sufre de estrés puede comer más de lo que debe para reconfortarse, puede comenzar a fumar, o puede fumar más de lo normal.

- Ansiedad evidencia epidemiológica indica que la ansiedad crónica puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria. Esta relación podría basarse en: a) influencia en conductas de riesgo, como hábito de fumar, b) inducción de elevación de la presión arterial, c) desencadenamiento de eventos coronarios a través de arritmias, ruptura de placa, vasoespasmo coronario y trombosis. Por otra parte, la ansiedad se asocia con un

control autonómico cardíaco anormal, lo cual puede implicar un riesgo aumentado de arritmias fatales.

- Alcohol. Los estudios demuestran que el riesgo cardiovascular es menor en las personas que beben cantidades moderadas de alcohol que en las personas que no beben. Según los expertos, el consumo moderado es un promedio de una o dos bebidas por día para los hombres y de una bebida por día para las mujeres. Una bebida se define como 1,5 onzas líquidas (44 ml) de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 40° (tal como whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc.), 1 onza líquida (30 ml) de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 50°, 4 onzas líquidas (118 ml) de vino o 12 onzas líquidas (355 ml) de cerveza. Pero el excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía (enfermedad del músculo cardíaco). Además, una bebida típica tiene entre 100 y 200 calorías. Las calorías del alcohol a menudo aumentan la grasa corporal, lo cual puede a su vez aumentar el riesgo cardiovascular. No se recomienda que las personas que no beben comiencen a hacerlo ni que los que ya beben aumenten su consumo de alcohol.
- Tabaco, el tabaco aumenta mucho el riesgo de enfermedad cardiovascular. Los fumadores con hipertensión experimentan un riesgo todavía mayor de enfermedad cardiovascular. (25)

Hormonas sexuales, Las primeras píldoras anticonceptivas contenían niveles elevados de estrógeno y progestágeno, y tomarlas aumentaba las probabilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular o un ataque cerebral, especialmente en mujeres mayores de 35 años que fumaban. Pero los anticonceptivos orales de hoy contienen dosis muchos menores de hormonas y se consideran seguros en mujeres menores de 35 años de edad que no fuman ni sufren de hipertensión. Entre las mujeres menores de 40 años de edad, no es común ver casos de enfermedades del corazón. Pero entre los 40 y 65 años de edad, cuando la mayoría de las mujeres pasan por la menopausia, aumentan apreciablemente las probabilidades de que una mujer sufra un ataque al corazón. Y, a partir de los 65 años de edad, las mujeres representan aproximadamente la mitad de todas las víctimas de ataques cardíacos. (28)

Manifestaciones clínicas.

La hipertensión es llamada con renuncia como el asesino silencioso debido a que muchas de la veces tiene un carácter asintomático, hasta que se convierte en grave puede

experimentar una gran variedad de síntomas secundarios a los efectos sobre los vasos sanguíneos de varios órganos y tejidos, o a la carga de trabajo aumentada del corazón, estos síntomas secundarios comprenden cansancio, disminución de la tolerancia a la actividad, desvanecimientos, palpitaciones, angina, disnea dolor de cabeza, falta de aire, mareos, visión borrosa que puede estar acompañada de zumbidos, debilidad, sangrado de la nariz, palpitaciones. En el pasado se pensó que los síntomas de hipertensión incluían cefalea, epistaxis y desvanecimientos, sin embargo a menos que la presión arterial sea muy alta o muy baja, esos síntomas no son más frecuentes en la población general. La importancia de la presión alta no está dada por sus síntomas en sí mismos, si no por sus graves complicaciones que pueden llevar a provocar un infarto agudo de miocardio o un derrame cerebral y hasta producir la muerte en forma instantánea, las personas con hipertensión alta tienen riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares. (29)

Complicaciones.

Las complicaciones más comunes de la hipertensión son las enfermedades de los órganos diana, que ocurren en el corazón (cardiopatía hipertensiva), el cerebro (enfermedad cerebrovascular), la vascularización periférica (enfermedad vascular periférica), el riñón (nefrosclerosis) y ojos (lesión retiniana). (6)

Tratamiento:

Medidas para inicio de tratamiento.

El tratamiento de la hipertensión arterial está asociado con una reducción de la incidencia de derrame cerebral de un 35-40%, de infarto agudo de miocardio entre 20-25% y de insuficiencia cardíaca en más de un 50%.⁴ Se indica tratamiento para la hipertensión a:

- Pacientes con cifras tensionales diastólicas mayores de 90 mmHg o sistólica mayores de 140 mmHg en mediciones repetidas;
- Pacientes con una tensión diastólica <89 mmHg con una tensión sistólica mayor de 160 mmHg.
- Pacientes con una tensión diastólica de 85 a 90 mmHg que tengan diabetes mellitus o con arterosclerosis vascular demostrada.

Tratamiento farmacológico.

Existen muchos medicamentos diferentes que se pueden utilizar para tratar la presión arterial alta, como los siguientes:

- Bloqueadores alfa

- IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina)
- Bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA)
- Betabloqueadores
- Bloqueadores de los canales del calcio
- Alfa-agonistas centrales
- Diuréticos
- Inhibidores de renina.
- Vasodilatadores. (28)

Se sugiere como línea inicial medicamentosa para la hipertensión las siguientes estipulaciones:

1. Pacientes pre-hipertensos, es decir, con una presión arterial de 120-139/80-89: no se indican medicamentos.
2. En pacientes con hipertensión arterial grado I o II, se recomienda iniciar el tratamiento con un solo fármaco. Si el paciente hipertenso tiene un síndrome hiperkinético, la mejor opción es un beta bloqueador, y es inconveniente el uso de vasodilatadores como los calcio antagonistas o bloqueadores alfa ya que exacerban la hipercinesia circulatoria. En pacientes en quienes se sospecha expansión del espacio extracelular (especialmente mujeres) la mejor opción es el tratamiento diurético como monoterapia, son menos efectivos los beta bloqueadores y están contraindicados los vasodilatadores que empeoran la retención de líquido y la expansión del espacio intravascular. Pueden ser igualmente efectivos los inhibidores de la ECA. En ancianos con hipertensión arterial sistólica es preferible el uso de calcioantagonistas como fármacos de primera elección.
3. El paciente con hipertensión esencial de grado III, requiere necesariamente el uso de varios fármacos para lograr un control eficiente de la hipertensión arterial. En esta forma se prefiere iniciar el tratamiento con beta bloqueador y diurético (tiazidas y ahorradores de potasio). Si no se logra un control efectivo de las cifras tensionales puede agregarse un inhibidor de la ECA. Cuando no se logra normalización de las cifras tensionales se pueden usar vasodilatadores (hidralazina, minoxidil, prazosina) que reducen las resistencias vasculares. Los calcio antagonistas pueden ser utilizados en este tipo de pacientes cuando no se logra controlar la hipertensión con los fármacos ya enuncia dos o porque haya que suspender su administración por efectos colaterales indeseables como son: ataque de gota (tiazidas), asma o insuficiencia cardiaca (Betabloqueadores) o tos persistente (inhibidores de la ECA). Los calcio antagonistas también pueden producir efectos colaterales indeseables (edema, rubor facial) que pueden obligar a su suspensión o cambio por otro

fármaco de distinta familia. Como conclusión general se puede decir que el tratamiento del paciente hipertenso deberá ser individualizado tomando en cuenta edad, cuadro clínico, condiciones hemodinámicas y efectos colaterales de los fármacos.

4. El paciente con hipertensión arterial de grado IV, constituye una emergencia o urgencia hipertensiva, por lo que su tratamiento requiere hospitalización y terapia inmediata.

5. El paciente con crisis hipertensiva, con presión arterial mayor de 180/140 y edema agudo pulmonar, deberá ser tratado con posición de Fowler, sentado en el borde de la cama, torniquetes rotatorios, furosemida por vía IV a razón entre 20 y 60 mg por vía IV y nitroprusiato de sodio diluido en solución glucosada a razón de 0.3 a 8 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$; en ocasiones con estas medidas se logra yugular el cuadro, pero en otras es conveniente además digitalizar al paciente en forma rápida (lanatósido C o ouabaína). Cuando el paciente ya se encuentra en condiciones clínicas aceptables se deberá iniciar el tratamiento antihipertensivo por vía oral.

6. El paciente con crisis hipertensiva que se acompaña de encefalopatía hipertensiva, se presentará con el médico con un cuadro muy aparatoso manifestando cefalea intensa, náusea, vómitos en proyectil, visión borrosa y un estado progresivo de obnubilación mental; todo ello coincide con elevaciones exageradas de las cifras de presión arterial ($> 180/140$). El tratamiento idóneo también será con nitroprusiato de sodio administrado tal y como se menciona en el inciso previo, aunque en estos casos también se puede utilizar el diazóxido con una dosis inicial de 300 mg por vía IV la cual puede repetirse c/4 o 6 horas, dependiendo de la respuesta. Se debe recordar que la administración prolongada de este fármaco produce retención de agua y sodio, por lo que cuando su utilización se prolonga por más de 24 horas deberá asociarse la administración de diuréticos. En cuanto sea posible iniciar terapéutica oral.

7. La crisis hipertensiva que es complicada con una disección aórtica se presentará como un cuadro agudo en donde el paciente puede presentar intenso dolor precordial o en la espalda acompañado de sensación de muerte, palidez, diaforesis y cifras exageradamente elevadas ($> 180/140$ mmHg). Este cuadro debe tratarse con nitroprusiato de sodio; otro fármaco alternativo es alfametildopa a razón de 250 a 500 mg por vía IV c/4 a 6 horas y en cuanto se haya controlado iniciar terapéutica antihipertensiva por vía oral.

8. Si la crisis hipertensiva se debe a un feocromocitoma el paciente referirá cefalea, palpitations, y se le encontrará con palidez y diaforesis, taquicardia sinusal y cifras exageradamente elevadas ($>180/140$ mmHg); en este caso el tratamiento ideal se deberá hacer con fentolamina; se inyecta un bolo inicial de 5 a 15 mg por vía IV y después se gotea en forma continua hasta mantener las cifras de presión arterial en niveles aceptables.

9. Si la frecuencia cardiaca se encuentra exageradamente elevada (> 150 por minuto) o aparece en forma paroxística taquiarritmia por fibrilación auricular deberá administrarse propranolol por vía IV a razón de 1 mg/min hasta alcanzar 3 a 5 mg como dosis total.

EJEMPLO

- Primer nivel: se administra captopril vía sublingual y se vuelve a tomar la Presión Arterial a 30 minutos. Si no se han normalizado las cifras se puede volver a administrar otro comprimido vía sublingual. En lugar de captopril se puede administrar nifedipino (sublingual) en dosis única. En cualquiera de los dos casos, sino disminuyen las cifras de presión se pasaría el siguiente nivel terapéutico.
- Segundo nivel: administrar furosemida (diurético) vía intravenosa. Si no disminuyen las cifras tensionales se puede volver a administrar a la media hora.
- Tercer nivel: administrar urapidil por vía intravenosa que se puede repetir por prescripción facultativa si no hay buena respuesta. (22)

Tratamiento no farmacológico:

En pacientes prehipertensos o que no califiquen para recibir tratamiento específico deben ajustar sus hábitos modificables, entre ellos:

- Pérdida de peso en pacientes obesos;
- Limitación del consumo de licor y bebidas alcohólicas;
- Reducción de la ingesta de sal a no más de 2,4 gramos de sodio o 6 gramos de cloruro de sodio.
- Mantener una ingesta adecuada de potasio en la dieta;
- Mantener una ingesta adecuada de calcio y magnesio.
- Cesar el consumo de cigarrillos u otras formas de nicotina y cafeína. (29)

Medidas de prevención:

Además del tratamiento medicamentoso, en todos los pacientes (independientemente del estadio), se procurará ajustar los hábitos modificables anteriormente señalados.

- El incremento de la actividad física aeróbica.
- Mantener un peso normal.
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol.
- Consumir no más de 30 ml de etanol que equivale a 720 ml de cerveza (2 latas); 300 ml de vino (dos copas); 60 ml de whisky (un quinto del vaso), por día en los hombres y en las mujeres la mitad.

- Reducir el consumo de sodio, hacer la suplementación de potasio.
- Consumir una dieta rica en frutas y vegetales; lácteos bajos en grasa con reducido contenido de grasa saturada y total.
- Privarse de todo tipo de tabaco (cigarro, pipa, habano, etc.).
- Citas periódicas con el médico.
- Toma de medicamento indicado.
- Control periódico de presión arterial.
- Controlar la glicemia (si la persona padece diabetes). (27)

Valoración clínica del paciente hipertenso

La valoración inicial debe incluir un perfil de los factores de riesgo, los síntomas asociados, los antecedentes familiares y la historia de presión arterial del sujeto, investigar el estilo de vida que afecta la presión arterial (nivel de actividad física, hábitos dietéticos, consumo de alcohol, nicotina) el personal de enfermería puede tomar la historia y la exploración física iniciales del paciente en la asistencia primaria, programas de promoción de la salud en el trabajo, en clínicas de enfermería. La medida de la presión arterial es el único determinante de la hipertensión y debe medirse en dos o tres veces consecutivas antes de hacer el diagnóstico de hipertensión. La historia clínica del paciente hipertenso debe ser recolectada al detalle y enriquecerse con información provista por parientes cercanos, o por otros médicos o personal paramédico que lo hayan atendido en el pasado, si aplica. La hipertensión es una enfermedad asintomática por excelencia, tanto así que se le ha llamado "el asesino silencioso", por lo que no resultaría extraño que no se recolecten muchos síntomas en la historia, o que estos síntomas sean poco específicos (dolor de cabeza, mareo y trastornos visuales, por ejemplo). Una vez bien definido el motivo de consulta y habiéndose documentado los datos relevantes de la presente enfermedad, debe hacerse énfasis desde la primera consulta sobre los siguientes datos:

- Factores de riesgo cardiovascular, tradicionales y no tradicionales;
- Antecedentes familiares de enfermedad, en especialidad si ha habido muerte de causa cardíaca en consanguíneos menores de 50 años (de primer grado: padres, hermanos, hijos);
- Condición socioeconómica, cultural y laboral, estatus familiar, acceso a sistemas de salud, nivel de educación, factores ambientales y/o situacionales causantes de estrés;
- Listado exhaustivo de comorbilidades (generalmente interrogando antecedentes por sistemas);

- Hábitos higiénico-dietéticos: café, té, bebida carbonatadas, alcohol, tabaco, sodio, alimentación, actividad física;
- Alto Nivel de glicemia y alto consumo de glucosa (Si la persona tiene Diabetes).
- Exposición a fármacos que puedan causar hipertensión (efedrina, metilfenidato, ergotaminas, entre otras);
- Alergias e intolerancias;
- Síntomas, cardiovasculares (disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, precordialgia, palpitaciones, síncope, edema, claudicación intermitente) o inespecíficos (cefalea, mareo, acúfenos, trastornos visuales, deterioro cognitivo, fatiga, cambios del estado de ánimo, disfunción eréctil, por ejemplo);
- Eventos previos cardiovasculares: isquemia cerebral transitoria, accidentes cerebrovasculares, angina de pecho, infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal crónica entre otros;
- Procedimientos quirúrgicos previos o planeados.

Esta información es vital para la valoración global de riesgo cardiovascular de cada paciente hipertenso. Cada elemento de riesgo o diagnóstico clínico, resuelto o no (tratado o no tratado), cada síntoma, cada antecedente debería ser incluido en una lista de problemas. Esto ayudará a planear el tratamiento global sin olvidar puntos importantes. (22)

Exploración física: Examen físico completo, que deberá incluir la siguiente información:

- Inspección del aspecto general, en especial de la facies, color de tegumentos, hábito corporal, estado anímico, nivel de conciencia y orientación;
- Antropometría: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC, medir a la altura de las crestas ilíacas) y relación cintura/cadera (RCC);
- Medición del pulso y de la presión arterial, en posición sentada y después de 5 minutos de reposo, por lo menos en tres ocasiones en la primera consulta. Se considera a la media aritmética o a la mediana de dichas cifras como el valor representativo para la visita. Es necesario medir la presión en ambos brazos, registrar el valor más elevado y anotar en el expediente a qué brazo corresponde, para medirla en ese miembro a futuro. Los procedimientos para la medición correcta se discutieron previamente. Se recomienda la toma de presión en posición de pie si se trata de pacientes adultos mayores para descartar ortostatismo, o en caso que se sospeche disautonomía (diabéticos crónicos, por ejemplo).
- Fondo de ojo: tener en cuenta la clasificación de Keith-Wagener de retinopatía hipertensiva, si aplica, aunque los oftalmólogos no la aplican; se buscarán aumento del brillo arterial, cruces arteriovenosos patológicos (signo de Gunn), pérdida de la relación

venoarterial, exudados, hemorragias y anomalías de disco óptico y retina periférica. Debe recordarse que los signos de la retinopatía hipertensiva incipiente (cambios en la relación arteriovenosa, por ejemplo) son inespecíficos, a excepción de las hemorragias y exudados. Cada vez es menos frecuente ver papiledema en clínica.

- Cuello: Inspección de venas yugulares, palpación y auscultación de arterias carótidas, valoración de la glándula tiroides;
- Exploración cardiopulmonar exhaustiva, describiendo aspecto y expansión del tórax, ventilación pulmonar, punto de máximo impulso (PMI) del corazón, frémitos y ruidos cardíacos, tanto los normales como los accesorios o patológicos;
- Abdomen: panículo adiposo, presencia de pulsaciones visibles, circulación venosa complementaria, visceromegalias, tumores;
- Exploración de los pulsos periféricos (amplitud, onda de pulso, simetría), del llenado capilar, temperatura de zonas acrales, redes venosas periféricas;
- Exploración neurológica básica, que debería ser exhaustiva en caso de lesión previa o actual del sistema nervioso central o periférico): pupilas, movimientos oculares, simetría facial, audición, equilibrio, coordinación, lengua y paladar blando, fuerza de los miembros, sensibilidad, reflejos osteotendinosos y músculocutáneos, normales o patológicos. (29)

Exámenes de laboratorio: Se recomiendan los siguientes estudios de laboratorio básicos para todo paciente hipertenso:

- Hematocrito y/o hemoglobina: no es necesario realizar un hemograma completo si solo se estudia la hipertensión arterial.
- Creatinina sérica (nitrógeno ureico en sangre es opcional, pero es necesario en caso de insuficiencia cardíaca aguda).
- Potasio sérico (algunos expertos piden también sodio sérico, para la detección de hiponatremia, si la clínica la sugiere).
- Glicemia en ayunas y 2 horas postprandial. Un test. de tolerancia oral a la glucosa (TTG) podría ser necesario
- Perfil lipídico: Colesterol total/HDL y triglicéridos (ayuno de 12-14 h), el colesterol LDL puede calcularse por la fórmula de Friedewald si los triglicéridos son inferiores a 400 mg%: $[(CT - C-HDL) - TG/5]$.
- Ácido úrico en especial si se trata de paciente varón o mujeres embarazadas.
- Examen general de orina (la "biopsia renal del pobre", según un viejo aforismo).

- Microalbúmina en orina si el examen general de orina no muestra proteinuria y se sospecha lesión renal por la cantidad y el tipo de factores de riesgo presentes (diabetes mellitus, por ejemplo). (17)

Estudio de gabinete

Algunos procedimientos de diagnóstico de gabinete son útiles para el estudio de todo hipertenso. Se busca confirmar el diagnóstico, descartar causas secundarias y determinar la presencia (o hacer seguimiento) de lesiones de órgano blanco y de su grado de severidad.

- Electrocardiograma Fundamental para el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda, evaluación de arritmias, presencia de zonas de necrosis, corrientes de ischemia y/o lesión, diagnóstico de trastornos electrolíticos.
- Radiografía posteroanterior del tórax; podrán indicarse radiografías laterales en caso necesario. Se valoran silueta cardíaca, aorta, hilios pulmonares, mediastino, tórax óseo y el parénquima pulmonar.
- Ergometría o test de electrocardiograma de esfuerzo. Ayuda a valorar la condición física, la respuesta presora al ejercicio en pacientes ya tratados y la presencia o ausencia de ischemia o arritmias inducibles. No es un estudio de primer nivel de atención pero tiene aplicación en ciertos pacientes y debe ser tenido en cuenta si hay un elevado riesgo coronario o en presencia de angina de pecho con ejercicio.
- Monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas. Es un recurso a menudo subutilizado.
- Ecocardiograma Doppler-color. Estudio no invasivo de altísimo rendimiento diagnóstico. No es un estudio de primer nivel porque requiere de equipo sofisticado y personal altamente entrenado, por lo que su costo es relativamente alto. No se recomienda la ecocardiografía de rutina en pacientes con hipertensión sin síntomas o evidencia clínica de daño orgánico cardíaco.

Otros procedimientos (Doppler de arterias renales, monitoreo de Holter, estudios de función autonómica, pruebas de mecánica vascular y/o función endotelial, estudios de medicina nuclear, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear) podrían ser necesarios en ciertos pacientes, pero no se consideran mandatorios para los niveles básicos de atención. Se deberá valorar, al indicarlos, la relación costo/beneficio para cada individuo en particular, independientemente de los recursos disponibles. (22)

Medición correcta de la presión arterial:

La toma de la presión arterial en pacientes de alto riesgo debe efectuarse de manera correcta con la finalidad de evadir los falsos negativos e incluso falsos positivos.

1. El individuo debe estar, de preferencia sentado, con la espalda recostada contra el respaldo y el miembro superior deberá reposar sobre la superficie del escritorio, el antebrazo en pronación, a la altura del corazón; las plantas de los pies deben estar apoyadas sobre el piso sin cruzar las piernas.
2. Después de algunos minutos de reposo (de preferencia 5 minutos, quizás durante o al final del interrogatorio) se coloca un manguito de tamaño apropiado (que cubra 2/3 de la longitud del brazo) y en buenas condiciones en la parte media del brazo del paciente; no debe haber ropa entre la piel y el manguito, que deberá estar bien ajustado, pero no tanto que impida la introducción del dedo meñique entre el mismo y la piel. Si al arremangar la camisa o la blusa la tela comprime el miembro, deberá mejor retirarse la ropa y pedir al paciente que se vista con una bata para examen físico. Precaución: en algunos pacientes no puede emplearse alguno de los brazos para la toma de presión: amputación, historia de cirugía radical en axila, o presencia de una fístula arteriovenosa, por ejemplo).
3. De preferencia emplear un tensiómetro de columna de mercurio, que deberá ser revisado y calibrado periódicamente. La base del tensiómetro y el centro del manguito deberán estar a la altura del corazón del paciente para evitar errores de la medición. Si se dispone solo de esfigmomanómetro debe de verificarse que esté bien calibrado. Debe disponerse de por lo menos tres tallas de manguitos, incluyendo uno para pacientes obesos y otro pediátrico, que podría ser útil en personas muy ancianas con gran atrofia muscular y/o escaso panículo adiposo.
4. El procedimiento de la toma de cifras tensionales no debe ser incómodo ni doloroso. Se infla el manguito por lo menos 20-30 mmHg más arriba de la presión necesaria para que desaparezca el pulso de la muñeca o del codo, o hasta que se haya superado una presión de 220 mmHg. Luego, aplicando el estetoscopio sobre la arteria braquial, se desinfla con lentitud hasta que sean audibles por primera vez los ruidos de Korotkoff (presión sistólica). La desaparición precoz de los ruidos y su ulterior reaparición, el llamado *gap*, o brecha auscultatorio (a) es frecuente en personas de edad avanzada, por lo que se deberá seguir desinflando el manguito con lentitud hasta que no haya duda del cese definitivo de los ruidos (fase V de Korotkoff, presión diastólica). En algunos pacientes los ruidos nunca desaparecen, por lo que se medirá la presión diastólica cuando cambien de intensidad (Fase IV). En todo momento los ojos del observador deberán estar al nivel de la columna de mercurio, para evitar errores de apreciación.

5. Al desinflar el manguito es de crítica importancia que el miembro del paciente se encuentre inmóvil.
6. En la primera consulta sería ideal tomar la presión en ambos brazos y dejar definido en cuál de ellos se encuentra más elevada, haciéndolo constar en el expediente, pues las mediciones deberían seguirse realizando en ese mismo brazo. La medición de la PA con el paciente de pie es muy aconsejable en el adulto mayor, deberá dejarse al paciente de pie por lo menos durante 1 minuto antes de hacer la medición.
7. Si se hacen tomas sucesivas, como es aconsejable (incluso se puede hacer una medición final, antes que el paciente abandone el consultorio), deberá dejarse un intervalo de por lo menos un minuto entre medida y medida.
8. Las cifras de presión no deberán redondearse. Con buena técnica puede registrarse la presión con un nivel de exactitud de 2 mmHg.

Todos los conceptos arriba explicados aplican también para los tensiómetros electrónicos disponibles en el mercado. Se estima que las cifras de presión en el hogar son en promedio 5 mmHg menores que en el consultorio, tanto para la presión sistólica como la presión diastólica. (17)

V. CASO CLINICO

E.L.M. Mujer de 52 años, originaria de la comunidad municipio de Tzacapú Michoacán de Ocampo residente del mismo lugar, escolaridad primaria, secundaria y técnica en mercadotecnia, dedicada actualmente al hogar, religión católica y casada desde hace 25 años. Madre finada Diabetes Mellitus descontrolada, padre finado por derrame cerebral debido a traumatismo craneo-encefálico, tuvo 7 hermanos uno finado por cirrosis hepática, resto de hermanos vivos, uno de ellos cursa con Diabetes Mellitus tipo II. Madre de cuatro hijos, los cuatro aparentemente sanos, habita casa propia, la cual cuenta con todos los servicios básicos, sin promiscuidad ni hacinamiento, vive con dos de sus hijas, sus otros dos hijos y su esposo radican fuera de la comunidad, depende económicamente de su esposo quien se dedica a la Silvicultura y medio ambiente quien cubre los gastos de toda la familia, ya que es el único que aporta ingresos económicos a la familia puesto que sus hijos aún continúan estudiando.

Pesa 74Kg. Talla 1.56 Mts. IMC. 28. Lo cual la conduce a un grado de obesidad o sobre peso grado I, realiza tres comidas al día, consume carne roja tres veces por semana, verduras una ración por semana (calabacitas, zanahoria, coliflor), fruta cuatro porciones por semana (manzana, papaya, plátano, naranja), consume pan cada tercer día, generalmente desayuna, una taza de café por las mañanas, huevo frito con frijoles y un pan con leche y café, en la comida consume, carne frita en chile, sopa de arroz acompañada de frijoles, con seis tortillas, y un vaso con refresco, a la hora de la merienda ocasionalmente consume una taza de café con pan y dos tacos de guisado.

E.L.M. no consume una dieta especial para su padecimiento porque refiere que “tanto ella como su familia están acostumbrados a esa alimentación, además no están acostumbrados a llevar una dieta especial, y son de buen comer, ingiere ½ litro de agua al día, y menciona que consume una lata de refresco cada tercer día, no es alérgica a ningún alimento, evacua una vez al día, heces duras de coloración café y en ocasiones de eliminación difícil, orina dos o tres veces al día, de coloración obscura, sin malestar al orinar. Realiza baño diario habitualmente por la mañana, y cambio de ropa interior y exterior diariamente; cepillado dental dos veces al día, después del desayuno y posterior a la merienda no realiza ningún ejercicio físico, camina solo cuando va de compras al mercado o cuando camina con su esposo en la plaza, , duerme 8 horas al día ininterrumpidas y se levanta descansada, todos los días dedica 7 horas a las actividades domésticas, dedica su tiempo libre para realiza manualidades como tejer , o realizar adornos para su casa, y ver la televisión; su principal diversión es ir de visita a la casa de sus hermanos y convivir con sus

sobrinos , así como también atender a su familia cuando a ella la visitan, refiere que le gusta mucho una vez por semana principalmente los domingos, acudir junto con su esposo e hijos a misa, y después de la misa caminar por la plaza y disfrutar y degustar de los alimentos que ahí se venden. Se encuentra alerta, consiente, orientada, en tiempo, lugar y espacio, con un lenguaje fluido, coherente, congruente. Menarca a los 12 años, inicio de la vida sexual activa a los 22 años, no utilizo ningún método de planificación familiar; menopausia a los 56 años, no fuma, si consume alcohol regularmente los fines de semana cuando la visita su familia, cursa con hipertensión arterial desde hace cuatro años, cuando sufrió una crisis Hipertensiva, lo cual menciona que cuando se le elaboró el diagnostico la tensión arterial era de 240/110, no se acuerda del medicamento con el que se le trato en su momento por médico particular, pero después de que se le controló su presión tomaba captopril de 25mg, una tableta diariamente.

E.L.M se siente aceptada por los demás, lo más importante para ella es su esposo y sus hijos, con los cuales lleva una buena relación familiar: solo que desde hace un año no toma sus medicamentos como el médico lo indico pues ella solo los toma cuando le empieza a doler la cabeza, tiene nauseas, taquicardia, es cuándo comienza a tomarlos, pero desaparecen los síntomas y deja de tomarlos, menciona que nunca ha recibido orientación de cómo tomar sus medicamentos y el beneficio de tomarlos.

La señora E.L.M. se siente confundida con su apariencia física pues a ella dice no molestarle subir un poco de peso pero a la vez si le preocupa por su patología.

Menciona que no acude frecuentemente a chequeos médicos, la última vez que acudió al centro de salud fue hace cuatro meses ya que comenzó a sentirse mal, con un dolor intenso de cabeza, cefalea, taquicardia, nauseas, vomito, a la toma de sus signos vitales dio por resultado T/A 190/100, FC 110x', FR 26x, Temperatura 36 grados centígrados, por orden médica, se le administra captopril 25mg. Después de que se le controló la crisis Hipertensiva regreso a su casa con una Tensión Arterial de 150/90, FC86, FR19. La usuaria se siente ansiosa, preocupada por su padecimiento, menciona que no ha recibido orientación sobre su enfermedad, por lo que la dieta que lleva no es adecuada y no lleva un régimen terapéutico adecuado.

La señora E.L.M. actualmente se encuentra en su casa acude cada quince días a la toma de T/A, tratamiento farmacológico: verapamilo 80mg oral c/12 hrs.

VI ORGANIZACIÓN DE DATOS

6.1 Clasificación por datos objetivos y subjetivos

NECESIDAD	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> ○ FR. 22x´. ○ FC 86x´. ○ T/A 140/90 Mm/hg. ○ Al ejercicio físico (caminar) agitación y aumento de frecuencia respiratoria. 	
Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Peso: 64 Kg. ○ Talla: 1.56 Mts. ○ I.M.C: 28. ○ Grado de obesidad I. 	<p>Refiere realizar tres comidas al día, regularmente su dieta habitual consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desayuno: café con leche y un pan dulce, huevo frito acompañado de frijoles fritos, y un bolillo. ➤ Comida: Caldo habitualmente de pollo, con sopa de arroz, seis tortillas, y un vaso de agua de sabor. ➤ Cena: leche con un pan dulce, y tres tacos de guisado. También una ración de fruta con yogurt. ➤ Cantidad de líquidos consumidos en 24 hrs.; ½ litro de agua natural más una botella de 600ml de refresco durante el día.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abdomen blando y extendido 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evacuación una vez al día y /o cada tercer día de difícil eliminación y ocasionalmente eses duras. Orina de dos a cuatro veces al día, de color amarillo sin molestias a la micción. ➤ Menopausia a los 45 años de edad.
Moverse y mantener una buena postura.	<p>Total autonomía para realizar todos sus movimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es de complexión gruesa, estira y encoje miembros superiores e inferiores se agacha y levanta sin ayuda, ni molestias. ○ Camina por sí sola, su andar es lento y sus movimientos son coordinados. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No realiza ninguna actividad física solo camina cuando va de compras al supermercado, dedica siete horas a las actividades domésticas.
Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> ○ Su semblante se observa relajada, alerta, orientada en tiempo y espacio, con un lenguaje coherente y congruente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Duerme siete horas al día ininterrumpidas y descansa dos horas durante el día refiere que se despierta y levanta descansada.
Usar prendas de vestir adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es capaz de vestirse y desvestirse por sí sola, usa ropa limpia, vestido completo y adecuado a su edad, circunstancia y época estacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refiere saber en qué momentos vestirse mejor, además menciona que tiene buen gusto para vestirse y sabe elegir su ropa de acuerdo a la ocasión.

<p>Termorregulación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Su temperatura corporal es de 36°C. ○ Sus manos y sus pies se encuentran por lo regular cálidos. ○ Su casa está fabricada de concreto, el entorno físico es agradable, armonioso, con buena ventilación, sin hacinamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refiere que siempre se adapta a los cambios climáticos, que se abriga cuando es necesario. ➤ El clima que más le es agradable es el templado.
<p>Higiene y protección de la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se le observa en su persona, limpia en boca, uñas, pelo, ropa y zapatos. Con buen alineo personal ○ Cabello abundante hidratado y resistente ○ Piel, tegumentos y mucosas con buena pigmentación e hidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regularmente se baña diariamente o cada tercer día, generalmente le gusta bañarse por las mañanas o por las noches cuando ya no piensa salir de casa, el cambio de ropa es diario tanto ropa interior como exterior. ➤ Realiza aseo bucal dos veces al día después del desayuno, y antes de dormir. ➤ Refiere que regularmente se lava las manos antes y después de ir al baño, y también antes de preparar algún alimento o consumir los mismos, y menciona que siempre le gusta estar aseada.
<p>Evitar peligros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actualmente cursa con hipertensión arterial, se encuentra ansiosa, preocupada y angustiada por su padecimiento. ○ Consume alcohol generalmente los fines de semana cuando la visitan su familia y amistades. ○ Su casa está hecha de concreto, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, sin promiscuidad ni hacinamiento, y con buena ventilación. ○ El tratamiento farmacológico prescrito que actualmente toma es: verapamilo 80mg oral c/12 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No lleva una dieta especial para su padecimiento. ➤ Toma su medicamento, solo cuando comienza a sentirse mal. ➤ Refiere que no realiza chequeos médicos de salud recomendados, además no lleva un control en la toma de la presión arterial, pues solo acude al médico cuando se siente mal.
<p>Comunicarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Habla en tono medio. ○ Expresa lo que siente. ○ Su lenguaje es entendible, coherente y congruente. ○ Ubicada en persona, tiempo, lugar y espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inicio de vida sexual activa a los 22 años, menarca a los 12 años, menopausia a los 45 años. ➤ Madre de cuatro hijos vive con dos de sus hijas ya que sus otros dos hijos y su esposo radican fuera de la ciudad, se siente aceptada por su familia, lleva buena relación con su familia y le gusta convivir con toda su familia cuando la visitan los fines de semana. ➤ Menciona que se siente triste e inconforme con su apariencia física, pues cada día que pasa dice estar más gorga y con más arrugas.
<p>Vivir según sus creencias y valores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se observa que se apega a sus creencias y valores. ○ Siempre que es con respeto permite el contacto físico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es de religión católica. ➤ Refiere que le gusta mucho pertenecer a ese grupo religioso, pues le ayuda emocionalmente como motivación personal, ya que obtiene seguridad, confianza y armonía en su vida, además, de tener la convicción de que todas las actividades que

		se realizan en la iglesia, como la oración, mantienen unida a la familia en fe y valores.
Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none"> ○ Grado de escolaridad 3ro de secundaria. ○ Actualmente se dedica a las labores del hogar, depende económicamente de su esposo e hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menciona que está satisfecha por que formo una familia de amor y felicidad. ➤ Además siente tranquila con lo que hasta el momento ha logrado en la vida, y que no se le dificultan las tareas del hogar.
Jugar y participar en actividades recreativas.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se observa que es muy apegada a su familia. ○ Se observa con interés de integrarse a nuevas actividades recreativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refiere que dedica su tiempo libre para tejer o realizar manualidades para su casa o en ocasiones ver la televisión, le gusta ir a la iglesia junto con su familia
Aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Grado de escolaridad 3ro. De secundaria. ○ Se le observa interesada en conocer todo lo necesario de su enfermedad y en mejorar su estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refiere que no ha recibido orientación sobre su enfermedad, ni la importancia de tomar su medicamento, por lo que la dieta que lleva no es adecuada y no lleva un régimen terapéutico óptimo. ➤ Menciona que le gusta aprender cosas nuevas y que desea conocer más acerca de su enfermedad.

6.2 Clasificación por datos significativos y problema identificado

Necesidad de oxigenación	
<ul style="list-style-type: none"> ○ FR. 22x´ ○ FC 86x´ ○ T/A 140/90 Mm/hg ○ Al ejercicio físico (caminar) agitación y aumento de frecuencia respiratoria. 	Disminución del gasto cardiaco.
Necesidad de nutrición e hidratación	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Peso: 64 Kg. ○ Talla: 1.56 Mts. ○ I.M.C: 28. ○ Lo que la lleva a un grado de obesidad I. ○ Su dieta habitual consiste en tres comidas al día. ○ Desayuno: café con leche y un pan dulce, huevo frito acompañado de frijoles fritos, y un bolillo. ○ Comida: Caldo habitualmente de pollo, con sopa de arroz, seis tortillas, y un vaso de agua de sabor. ○ Cena: leche con un pan dulce, y tres tacos de guisado. También una ración de fruta con yogurt. ○ Consume 600ml. De refresco cada tercer día, toma ½ litro de agua al día. ○ No consume una dieta especial para su padecimiento. 	Desequilibrio nutricional por exceso.
Necesidad de eliminación	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evacuación una vez al día y /o cada tercer día de difícil eliminación y ocasionalmente eses duras. Orina de dos a cuatro veces al día, de color amarillo sin molestias a la micción. ○ Menopausia a los 45 años de edad. ○ Consume 600ml. De refresco cada tercer día, toma ½ litro de agua al día. 	Estreñimiento
Necesidad de evitar peligros	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Actualmente cursa con hipertensión arterial. ○ No ha recibido orientación sobre su enfermedad ○ Se encuentra, ansiosa, preocupada y angustiada por su padecimiento. ○ Consume alcohol los fines de semana. ○ No consume una dieta especial para su padecimiento. ○ Toma su medicamento, solo cuando comienza a sentirse mal. ○ No realiza chequeos médicos continuos de salud recomendables. ○ No realiza un control constante en la toma de presión arterial, pues solo acude al médico cuando se siente mal. 	Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Necesidad de comunicación	
<ul style="list-style-type: none"> ○ se siente triste e inconforme con su apariencia física, pues cada día que pasa dice estar más gorga y con más arrugas. 	Baja autoestima situacional.
Necesidad de aprendizaje	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Refiere que se siente ansiosa, triste, angustiada porque no ha recibido orientación sobre su enfermedad, ni la importancia de tomar su medicamento, por lo que la dieta que lleva no es adecuada. ○ Menciona que le gusta aprender cosas nuevas y que desea conocer más acerca de su enfermedad. 	Ansiedad.

VII PLANES DE INTERVENCIÓN

7.1 PLAN 1

<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidad alterada: Oxigenación. ○ Dominio 4: Actividad/reposo. ○ Clase 4: Respuestas cardiovasculares /respiratorias 	<p>Datos significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ T/A 140/90 Mm/hg, FC 86x', FR. 28x' ○ Al ejercicio físico (caminar) agitación y aumento de frecuencia respiratoria.
<p>Diagnóstico</p> <p>○ 00029 Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración en la precarga y poscarga manifestado por irregularidad en las cifras tensionales, T/A 140/90 Mm. /hg. FR. 28x'. Al ejercicio físico (caminar) agitación y aumento de frecuencia respiratoria.</p>	
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p> <p>Mantener cifras de tensión arterial en parámetros normales dentro de los siguientes 20 minutos, a través del cumplimiento adecuado y continuo en el tratamiento farmacológico.</p>	<p>Resultado Esperado.</p> <p>En tres semanas la usuaria lograra mantener cifras tensionales normales mediante el seguimiento del tratamiento.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones/acciones de enfermería:</p> <p>Monitorización de signos vitales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se llevara un registro y control de los signos vitales, utilizando una libreta para anotar las cifras obtenidas de tensión arterial, frecuencia cardiaca, y frecuencia respiratoria, los signos vitales se tomara todos los días durante dos semanas de ser posible siempre a la misma hora. 2. Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos en las primeras cinco tomas y comprobar y continuar la toma en el brazo donde las cifras de tensión arterial se encuentre más elevada. 3. Observar en la libreta de anotaciones de constantes vitales si existen variaciones (disminución o aumento) de la tensión arterial o cifras anormales en otro signo vital. 4. Identificar causas posibles a los cambios en los signos vitales, adentrándonos a las necesidades básicas de alimentación, y actividad física, para determinar causas posibles. <p>Manejo de la medicación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Revisión de la prescripción médica, pedirle a la usuaria que nos muestre el medicamento que actualmente está consumiendo y con ello verificar si existen medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas y rechazar. 6. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica. 7. En base a la prescripción médica la ministración del medicamento será verapamilo 80mg vía oral c/12 horas., furosemida 10mg vía oral c/12. 8. Se tomara los signos vitales antes y cinco minutos posteriores a la toma del medicamento. 9. Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. Se le explicara por medio de un rotafolío a la usuaria y la familia el método de administración de 	<p>Fundamento científico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La toma diaria, durante dos semanas y a la misma hora permite valorar la respuesta de la usuaria ante el tratamiento. 2. El tomar la tensión arterial en ambos brazos en la primeras tomas, permite estigmatizar y relacionar cifras y con ello dejar definido en cuál de ellos se encuentra más elevada, y registrarlo, pues las mediciones deberían seguirse realizando en ese mismo brazo. 3. El observar si existe aumento o disminución de los signos vitales permite establecer el tratamiento adecuado. 4. La identificación causas o factores que predisponen a una enfermedad permiten establecer medidas y/o acciones que ayuden a cambiar hábitos de salud. 5. La comprensión y la aclaración del contenido de la prescripción médica disminuyen o evita errores en la aplicación y función del medicamento. 6. 7. La dosificación de medicamentos es función del personal médico. 8.

los fármacos, la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación, y se observara si se produce algún efecto secundario derivado de los fármacos, así como la importancia de tomar su medicamento de acuerdo a la dosis, horario, y medicamento indicado para el control y la obtención de buenos resultados.

10. A través de una serie de preguntas dirigidas a la usuaria y familia se cuestionará y revisara el tipo, dosis, y horario de los medicamentos indicados, ello para confirmar conocimientos sobre el medicamento.

11. Revisar periódicamente cada 10 días con la usuaria y familia el tipo, dosis y horarios de los medicamentos tomados.

12. Facilitar el cumplimiento del medicamento, se colocara el medicamento en una bolsa de plástico para dejarlo en el buró que esta junto a su cama para que ella en las mañanas al levantarse pueda verlo fácilmente y no se le olvide.

13. Controlar el cumplimiento del régimen de la medicación con la ayuda de su familia (hija) se comprobara la toma del medicamento en el horario indicado.

14. Se le comentara a la usuaria que es decisión de ella seguir o no el tratamiento.

La toma de constantes vitales antes y después del medicamento permite establecer la cantidad adecuada y conocer los efectos del fármaco sobre el organismo.

9. 10. 11.

Identificación del medicamento evita o disminuye errores en la administración de estos.

12.

Colocar el medicamento ordenado y en lugares visibles y apropiados evita errores en la elección del fármaco, y ayuda como recordatorio y con ello se facilita el cumplimiento del mismo.

13.

Todo medicamento debe tomarse bajo prescripción y vigilancia, todo ello para cerciorarse de que no existan errores por parte de la usuaria como en la dosificación, en el tipo de medicamento, o incumplimiento del mismo.

14.

Ayudar a la usuaria a comprender que ella es la responsable del cumplimiento del tratamiento la estimula para seguir adelante con el mismo.

Evaluación:

A través de la toma del medicamento indicado la usuaria regulo y mantuvo cifras de tensión arterial en parámetros normales, en el tiempo establecido (de tres semanas), además manifestó el deseo de dar seguimiento al plan de cuidados establecidos ya que entendió la importancia de llevar un buen control en la medicación y en los signos vitales, comento que se siente mejor ya que observo por sí misma el cambio en las cifras de tensión arterial porque antes regularmente presentaba una T/A de 150/100 y ahora maneja una presión regular que oscila en cifras diastólicas de 120 – 140 y sistólicas de 80 – 90, aun que el objetivo y resultado esperado se consiguió, es importante señalar que se hará seguimiento, debido a que su enfermedad amerita continuidad en sus cuidados.

7.2 PLAN 2

<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidad alterada: Aprendizaje. ○ Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés. ○ Clase 2: Respuestas de afrontamiento. 	<p>Datos significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se encuentra, ansiosa, preocupada y angustiada por su padecimiento. ○ No ha recibido orientación sobre su enfermedad, ni la importancia de tomar su medicamento. ○ Refiere que le gusta aprender cosas nuevas y que desea conocer más acerca de su enfermedad.
<p style="text-align: center;">Diagnostico</p> <p>○ 00146 Ansiedad relacionado con el cambio del estado de salud manifestado por expresión de preocupación, angustia, temor, nerviosismo, incertidumbre, inquietud, aumento de la tensión arterial.</p>	
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p> <p>La usuaria lograra disminuir la ansiedad en un parámetro de cuatro semanas mediante patrones de regulación e interacción en la vida diaria que permitan guiar y continuar con el tratamiento.</p>	<p>Resultado esperado</p> <p>En un mes la usuaria mantendrá la una secuencia en las actividades de integración y adaptación en el seguimiento o cambios en el tratamiento.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones/acciones de enfermería:</p> <p>Asesoramiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, empleando un lenguaje accesible, claro y conciso. 2. Ayudar a la usuaria a identificar el problema o la situación causante del trastorno. Se le explicara por medio de diapositivas los posibles factores causantes de la enfermedad y señalara aquellos factores que ella cree que la propiciaron. 3. Establecer metas, mencionarle que devén de ser realistas y alcanzables, en una hoja en blanco la usuaria escribirá todo aquello que le gustaría cambiar en su persona y/o actividades que le gustaría realizar en vida diaria y orientarla en lo que si puede lograr y como lo puede lograr. 4. Se fomentara la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados, a través de actividades físicas, sociales o comunitarias. 5. La usuaria realizara una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema, y orientarla para ampliar, ordenar y concretar las medidas de solución. Proporcionándole fuentes de información como folletos, revistas, periódicos, de todas las actividades y lugares que fomenten hábitos de salud. <p>Aumentar el afrontamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ayudarla a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos, en una hoja en blanco la usuaria anotara sus debilidades y fortalezas que ella cree que posee y/o son importantes para su persona, mencionarle que omite sus debilidades y motivarla a que desarrolle sus fortalezas como herramientas que le van ayudar para su enfermedad y otras posibles situaciones que se presenten en la vida diaria. 7. Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad, mediante un cuestionario se le preguntara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La confianza y el respeto fortalecen la seguridad y con ello la confiabilidad de la usuaria para expresar sentimientos y emociones, la mayor parte de los usuarios no está familiarizada con el lenguaje hospitalario y asistencial, por lo que no habrá comunicación si se describen las cosas de una manera inaccesible. 2. El conocimiento de los factores predisponentes o causantes de una enfermedad permite la modificación de hábitos. 3. Establecer metas permite la obtención de objetivos, a través de la motivación en los resultados esperados. 4. El fomento de actividades de salud reduce el riesgo de obtención de enfermedades o el desequilibrio de las mismas. 5. El cumplimiento de hábitos de salud se basa en la medida, tiempo, recursos y capacidad de cada persona. 6. La identificación de fortalezas psicológicas, fisiológicas, espirituales aumenta el grado de fortaleza para el afrontamiento de situaciones emocionales de la vida diaria.

todo acerca de su enfermedad para valorar los conocimientos de su situación.

8. Desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento acerca del diagnóstico, signos y síntomas y tratamiento, por medio de diapositivas se le orientara acerca de su enfermedad, haciendo mención que la hipertensión arterial consiste en la elevación persistente de la presión arterial sistólica por encima de los 140 milímetros de mercurio (mmhg) acompañada de una presión diastólica igual o superior de 90 mmhg, y en muchas de las veces es asintomática, y cuando se presentan signos los más comunes son dolor de cabeza, falta de aire, mareos, visión borrosa que puede estar acompañada de zumbidos, debilidad, sangrado de la nariz, palpitaciones, y desmayos, no es curable pero si controlable si se sigue el tratamiento, durante la ponencia permitir que la usuaria identifique la información que más le interese obtener y abundar más información en los apartados de interés.

9. Ayudar a la usuaria a identificar objetivos a corto y largo plazo.

Disminución de la ansiedad:

10. Permanecer con el usuario para promover la seguridad y reducir el miedo.

11. En todo momento animar a la usuaria a que manifieste sentimientos, percepciones y miedos conceder tiempo necesario para manifestar sentimientos.

12. Proporcionar información objetiva respecto al pronóstico de la enfermedad, en una cartulina se le proporcionara información sobre el pronóstico mencionarle que la hipertensión arterial no es curable, pero si controlable mediante el tratamiento y seguimiento del mismo.

13. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación como los masajes y los ejercicios de respiración, actividades como el yoga que ayuden a sustituir todas aquellas situaciones de temor, angustia, preocupaciones, ansiedad, también con la usuaria y familia se realizaran ejercicios de flexión, extensión, aducción, abducción, rotación, mencionarle que todo ejercicio se debe combinar con las respiraciones y lo conveniente es inhalar por nariz y exhalar por boca.

14. Se le administraran masajes en la espalda, cuello o brazos para promover la relajación, los masajes serán cada tercer día durante media hora.

15. Fomentar actividades no competitivas junto con la usuaria se comenzara a realizar yoga, se le pedirá a la usuaria que se siente cómodamente en su habitación tranquila, que cierre los ojos, relaje los músculos, que se concentre en la respiración inhalando por nariz y exhalando por boca, y que elija un sonido y repita varias veces el sonido como por ejemplo "um-m" y continúe durante cinco minutos, por último que abra los ojos, y que se tome el tiempo para adaptarse a lo que la rodea antes de moverse.

16. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones, se le proporcionaran varios folletos de los diversos programas y lugares de recreación en su comunidad, así mismo se invitó a su hija a que acudiera con ella a la casa de la cultura de su comunidad para integrarse a los cursos de

7.

La valoración de los conocimientos del usuario sobre la enfermedad permite esquematizar el grado de asimilación de conocimientos del paciente la capacidad de recordar con precisión es una prueba de la eficiencia de la instrucción.

8. 9.

El obtener información objetiva respecto a una enfermedad crea ideas seguras, fiables, que establecen pautas para la creación de hábitos de salud, y ayudan a la usuaria a la comprensión y afrontamiento de la misma.

10.

Estar con el paciente el mayor tiempo posible implica concederle importancia como persona.

11.

Por lo general resulta más difícil expresar sentimientos que hechos concretos. Apurar al paciente puede ser interpretado como desinterés.

12.

Cada persona concede importancia a determinadas situaciones, de acuerdo al pronóstico de la enfermedad disminuye conocimientos erróneos, clarifica la gravedad de la situación.

13.

Las técnicas de relajación son útiles a corto plazo, ya que disminuyen la presión sanguínea, y mejoran el flujo sanguíneo.

14.

El masaje permite una terapia de contacto suave y afectuoso para proporcionar placer relajación a un individuo que atraviesa un momento difícil en su vida.

15.

Cuando se realiza yoga en conjunto con las respiraciones profundas, son especialmente útiles para aliviar la tensión, y con ello contribuye a que la usuaria desarrolle una actitud más positiva sobre su situación.

16.

Las actividades son útiles para que la usuaria busque formas alternativas que le permitan distraerse y dejar a un lado todo pensamiento negativo.

manualidades que ahí se imparten, también se acudirá todos los jueves, a la iglesia y por medio del grupo de apoyo espiritual se le orientara e integrara a las actividades que se realizan en el templo de la comunidad. También se fomentaron las actividades de enriquecimiento personal que a ella le gusten y tenga acceso a ellos, se le hizo la invitación a leer o escuchar música relajante como la instrumental.

17. Se invitó a su esposo e hijos a que salieran una vez a la semana a conocer lugares que ella desea conocer, en la medida de sus posibilidades, también por ejemplo visitar a sus familiares que viven en su comunidad o cercas de su comunidad.

17.

La unión familiar es el motor para que una familia y cada miembro que la compone se encuentren en armonía y paz.

Evaluación:

E. L. M. Logro alcanzar los resultados esperados, al disminuir la ansiedad, mediante la obtención de información certera sobre su padecimiento, y a través de la aplicación y seguimiento de actividades que se realizaron en compañía de su hija al acudir al grupo de apoyo espiritual, y también al integrarse al curso de manualidades que se realizan en la casa de la cultura de su comunidad, además manifestó el deseo de continuar con el plan establecido, ya que menciona que le ha servido mucho, puesto que le ayuda a distraerse, se siente acompañada, y además aprende cosas nuevas. La usuaria poco a poco ha ido adaptando al seguimiento de sus cuidados, a través de cumplimiento y continuidad en actividades de interacción social.

7.3 PLAN 3

Valoración <ul style="list-style-type: none">○ Necesidad alterada: Comunicación.○ Dominio 6: Auto percepción.○ Clase 2: Autoestima.	Datos significativos: <ul style="list-style-type: none">○ Se siente triste e inconforme con su apariencia física.○ Cada día que pasa dice estar más gorga y con más arrugas.
Diagnóstico <ul style="list-style-type: none">○ 00120 Baja autoestima situacional relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por verbalizaciones autonegativas, evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos por ella misma, se siente triste e inconforme con su apariencia física, cada día que pasa dice estar más gorga y con más arrugas.	
Objetivo: <p>La usuaria mejorara su autoestima al identificar los cinco tipos de autoestima.</p>	Resultado esperado <p>Mostrará una ideología acertada de sí misma con expresiones positivas de respeto y de valor asía su persona.</p>
Intervenciones/acciones de enfermería: Potenciación de la imagen corporal. <ol style="list-style-type: none">1. Utilizar una comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.2. Determinar las expectativas de la usuaria, en función del estadio de desarrollo.3. Ayudar a la usuaria a discutir los cambios causados por la enfermedad.4. Ayudar al paciente a determinar el enlace de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. Se le orientará a la usuaria por medio de diapositivas sobre los diferentes procesos y cambios fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales por lo que el cuerpo tiene que pasar a través del tiempo.5. Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.	Fundamento científico: <ol style="list-style-type: none">1. La mayor parte de los adultos cree que manifestar miedo o temor es signo de debilidad. La protección de la imagen pública del paciente fortalece los vínculos establecidos por la relación terapéutica.2. El conocer las expectativas de la usuaria permite forjar actividades de desarrollo en la vida diría.3. Poner en juicio los cambios psicofisiológicos permite señalar los cambios verdaderos y eliminar ideas erróneas.4. El conocimiento de los cambios psicológicos y físicos permite adaptarnos a los cambios evitando conocimientos erróneos y con ello el miedo.5. La valía personal implica el valor a la vida misma y es lo más importante ya que se forjan las emociones de cada persona.
Evaluación: <p>La usuaria mejoro parcialmente su valía personal ya que disminuyeron las ideas erróneas sobre su propio cuerpo, comprendió que el ser humano pasa por varias etapas en la vida en donde tanto el aspecto físico como emocional naturalmente cambian constantemente, además reconoció que lo más importante en toda persona son los sentimientos, los resultados esperados fueron favorables pero aún no se concretan puesto que requiere continuidad en los cuidados.</p>	

7.4 PLAN 4

<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidad alterada: Nutrición e hidratación. ○ Dominio 2: Nutrición. ○ Clase 1: ingestión. 	<p>Datos significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Peso: 68 Kg. ○ Talla: 1.56 Mts. ○ I.M.C: 28. ○ Lo que la lleva a un grado de obesidad I. ○ Su dieta habitual consiste en tres comidas al día. ○ Desayuno: café con leche y un pan dulce, huevo frito acompañado de frijoles fritos, y un bolillo. ○ Comida: Caldo habitualmente de pollo, con sopa de arroz, seis tortillas, y un vaso de agua de sabor. ○ Cena: leche con un pan dulce, y tres tacos de guisado. También una ración de fruta con yogurt. ○ Consume 600ml. De refresco cada tercer día, toma ½ litro de agua al día. ○ No consume una dieta especial para su padecimiento.
<p style="text-align: center;">Diagnóstico</p> <p>○ 00001 Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con un aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas manifestado por peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal, Peso: 68 Kg. Talla: 1.56 Mts. I.M.C: 412. Grado de obesidad II, no consume una dieta especial para su padecimiento.</p>	
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p> <p>La usuaria comprenderá el plan de alimentación de acuerdo a su padecimiento, con ello mejorar la calidad de su alimentación ayudando a disminuir y mantener su peso de acuerdo a su edad, sexo, talla y constitución corporal.</p>	<p style="text-align: center;">Resultado esperado</p> <p>E.L.M. En tres semanas adecuará la ingesta calórica y nutritiva en base a sus necesidades metabólicas y expresara el deseo de seguir el plan nutrimental establecido.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones/acciones de enfermería:</p> <p>Asesoramiento nutricional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir el significado de la comida a través de una pregunta para la usuaria, se le proporcionara una hoja para que escriba el significado, se le dará un tiempo razonable de 5 minutos para responder la pregunta. 2. Conocer la ingesta y los hábitos alimentarios de la usuaria, la usuaria realizara una lista de los alimentos que más le gustan, y que consume frecuentemente. 3. Ayudar al paciente a registrar en una libreta lo que come normalmente en un periodo de 24 horas. 4. Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, se proporcionara material escrito sobre los riesgos asociados a estar por encima del peso ideal, y los cambios en el estilo de vida que conlleva el sobre peso para la salud. 5. Se proporcionara una charla a la usuaria con el apoyo de cartulinas didácticas, explicando la importancia de comer bien, así como darle a conocer una amplia gama de alimentos ricos en nutrientes y necesarios para el organismo (el plato del buen comer). En donde debe incluir cereales y tubérculos, leguminosas, carnes, lácteos, verduras, frutas, grasas simples. Mencionarle que los grupos alimenticios se devén combinar y equilibrar en cantidades moderadas. 6. Mediante un ejercicio de preguntas la usuaria y familia identificaran y anotaran los alimentos no permitidos así como los permitidos para que los permitidos los incluya en su alimentación 	<p style="text-align: center;">Fundamento científico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El conocer el significado de la comida en la usuaria proporciona respuestas encaminadas al régimen alimenticio. 2. El conocer los alimentos preferidos por la usuaria ayuda a darnos una idea de los conocimientos dietéticos. 3. El registro de dietas permite realizar una valoración objetiva sobre las cantidades calóricas consumidas en 24 horas, y las necesidades requeridas por la usuaria. 4. El conocer los riesgos de no llevar una dieta adecuada ayuda a estimular a la usuaria a mejorar la calidad y cantidad del consumo diario de los alimentos. 5. La ingestión de alimentos básicos (leche y derivados, carnes, verduras, frutas, cereales), en cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades metabólicas de cada persona, contribuyen a la conservación o recuperación de

7. Se colocara material informativo atractivo (la pirámide de guía de alimentos) en la habitación y en el refrigerador de la usuaria para que los recuerde constantemente

8. Discutir los hábitos de preparación de los alimentos, la compra de los mismos, y los límites de presupuesto; mediante un video de alimentación se le invito a la usuaria a que consumiera alimentos de temporada y a su alcance de su presupuesto económico como frutas y verduras. Y disminuir los alimentos ricos en grasas como los fritos, empanizados, rostizados, capeados o muy condimentados, regular las cantidades de pan y tortillas de manera progresiva por ejemplo si consume 8 tortillas al día, disminuirá 2 tortillas por semana hasta terminar con dos tortillas; se recomendó consumir carnes en bajo contenido graso como el pescado, atún en agua o pollo sin piel, y se explico que el modo de preparación afecta el contenido calórico por ello de preferencia los alimentos deben de ser cocidos al vapor, a la plancha, o asados. También se fomento los hábitos higiénicos, se menciono que todas las frutas y verduras deben lavarse y desinfectarse, y antes de consumir cualquier alimento se deben lavar las manos y siempre tratar de mantener las uñas cortas o bien limpias.

9. Fomentar y reforzar las medidas de alimentación involucrando a la usuaria y familia mediante una conversación llevada a la práctica, se abundo en que es importante el no omitir comidas y tratar de comer a la misma hora todos los días y evitar comidas abundantes y copiosas tres veces al día; y se programaran tres comidas con ingesta pequeña y frecuentes y dos refrigerios por día, siempre con el apoyo de su familia.

Ayuda para disminuir de peso

10. Determinar el peso corporal ideal para la usuaria de acuerdo a su edad y talla. Determinar el índice de masa corporal para obtener medidas más correctas se tomara por medio del peso de la usuaria sobre su talla dividiéndolo entre dos. (peso/talla²).

11. Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseado. Se le proporcionara una tabla con los valores del peso de los parámetros normales e identificara de acuerdo a su talla y edad cual sería su peso ideal.

12. Establecer una meta de pérdida de peso quincenalmente, orientando a la usuaria que deben de ser metas realistas y alcanzables, en coordinación con la usuaria se establecieron metas de 1Kr. Por semana, en la puerta de su cuarto se colocara una grafica donde se anotara y llevara el control de peso.

13. Informar sobre los riesgos asociados a estar por encima del peso ideal, se proporcionara material escrito que contenga información acerca del sobrepeso y los riesgos para la salud.

14. Pesar a la usuaria semanalmente para determinar si está ganando o perdiendo peso, pedirle que se quite los zapatos y la mayor cantidad de ropa que se pueda, colocar un papel sobre la bascula con estadimetro, pedirle a la usuaria que se suba a la bascula, viendo hacia el frente y registrar la información, semanalmente se pesara a la usuaria tomando mediciones de circunferencias principalmente de cintura e índice de masa corporal.

la salud o bien al control del padecimiento.

6.

Al identificar los alimentos no permitidos como los permitidos permite la elaboración de un menú que contenga alimentos permitidos que sean de su agrado.

7.

El colocar material informativo en puntos estratégicas sobre alimentos permitidos en el hogar fomenta la aplicación de estos alimentos, en dietas específicas que permitan el cumplimiento del régimen alimenticio adecuado.

8.

La forma de preparación mejora y mantiene la calidad de los alimentos, y evita el consumo de sustancias que dañan al organismo, también en forma general el aseo de las manos, uñas y el peinado son medidas higiénicas que evitan o disminuyen la transmisión de gérmenes patógenos.

9.

El llevar un control en el consumo de los alimentos ayuda a regular y mantener un mejor tracto digestivo y una mejor absorción de nutrimentos que requiere el organismo.

10. 11. 12.

La determinación de peso adecuado a la edad, talla, ayuda a establecer cantidades normales y con ello fijar metas que ayuden a la reducción de peso.

13.

El conocer los riesgos de no tener una alimentación adecuada ayuda a estimular a la usuaria a mejorar la calidad y cantidad de los alimentos que consume.

14.

El control de peso, se utiliza como un indicador que permite conocer si la paciente está ganando o perdiendo peso, lo que la estimulara para llevar una alimentación adecuada.

<p>15. Cada 15 días se registrarán las cifras obtenidas del peso. Asiéndole mención que debe disminuir 2Kgs. Cada 15 días.</p> <p>16. En coordinación con la familia se recompensará a la usuaria cuando consiga los objetivos, motivándole con expresiones y verbalizaciones positivas a su imagen y persona como por ejemplo: vas muy bien, síguete echando ganas, te ves muy bien entre otras.</p> <p>17. Fomentar la sustitución de hábitos favorables, mediante una lista se señalarán los beneficios de realizar ejercicio y la importancia de los mismos, como el que ayuda a reducir la masa muscular y quemar calorías, además es un comportamiento alternativo a la ingestión de alimentos y evita el aburrimiento.</p> <p>18. Mencionarle que siempre debe de ir acompañada por otra persona y el tipo de ejercicio a realizar va ser el que ella le agrade tomando en cuenta que este a su alcance y a su capacidad física.</p> <p>19. Establecer un plan de ejercicios coordinados y con mínimo gasto cardiaco, comenzar un programa de paseo de 15 minutos diariamente e ir aumentando de forma gradual, al inicio en la primera semana se caminará 10 minutos diarios, a la siguiente semana se aumentará 5 minutos, y así progresivamente hasta comenzar a trotar, se le orienta a la usuaria que el paso debe de ser lento pero continuo, y progresivo.</p> <p>20. Enseñar a mantener una dieta baja en colesterol y grasas saturadas, animar a una ingesta más libre de frutas y verduras, cereales integrales, pescado y aves; enseñar a limitar la ingesta de sodio, aconsejar que no se añada sal a los alimentos, que se eviten las carnes curadas, alimentos procesados y alimentos rápidos esto para reducir la ingesta de sodio, grasa saturadas y colesterol; fomentar el uso de sustitutos de azúcar.</p> <p>21. Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, pedirle a la usuaria que siempre se fije en la tabla nutrimental de los productos y que verifique que sean de bajo contenido porcentual en sodio, potasio, colesterol, grasas, calorías todo ello para controlar la cantidad de grasa y calorías de los alimentos obtenidos.</p> <p>22. Tratar con la paciente y con la familia la influencia del consumo de alcohol sobre la ingestión de los alimentos.</p>	<p>15. El planteamiento de metas contribuye a la continuidad y logro de objetivos.</p> <p>16 Cuando los cuidadores de salud motivan a la usuaria favorecen el seguimiento de las acciones encaminadas al cumplimiento de resultados de salud favorables.</p> <p>17. El ejercicio tiene un efecto holístico, se logra cierto bienestar tanto físico como emocional.</p> <p>18. Acompañarse de otra persona puede representar tanto motivación como apoyo en las actividades o cuando la primera pierde el interés o se deja llevar por el desaliento, y ningún programa dura si la persona no disfruta lo que realiza.</p> <p>19. Al llevar una coordinación progresiva con un gasto cardiaco considerable el corazón podrá bombear mayor cantidad de sangre con menor esfuerzo.</p> <p>20. Una clasificación de alimentos adecuados, funciona como guía de fácil aplicación en la enseñanza de la nutrición.</p> <p>21. El poseer conocimientos sobre las compras de productos fabricados, permite la obtención de productos de mayor calidad nutrimental.</p> <p>22. El consumo de alcohol interfiere en el metabolismo pues altera la asimilación de los alimentos y con ello el aumento de peso.</p>
--	---

Evaluación:

La usuaria por medio de las pláticas de orientación disminuyó algunos alimentos que le ayudaban a ganar peso, mejoró en la preparación y con ello en el consumo de los alimentos, al utilizar la tabla de clasificación de alimentos permitidos sustituyó alimentos ricos en grasas, por verduras, frutas, cereales de temporada, consumió sopas de verduras en lugar de pastas, disminuyó las cantidades de sodio, al igual que las cantidades de aceite utilizando aceites vegetales como el de oliva, además menciono el deseo de continuar con el plan de alimentación para evitar subir de peso. E. L. M. Logro parcialmente el resultado esperado pues durante el proceso ha logrado bajar en un periodo de cuatro semanas 4 kilos, pero debido a su padecimiento amerita dar continuidad a los cuidados establecidos.

7.5 PLAN 5

<p style="text-align: center;">Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidad alterada: Eliminación. ○ Dominio 3: Eliminación e intercambio. ○ Clase 2: Función gastrointestinal. 	<p>Datos significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evacuación una vez al día y /o cada tercer día de difícil eliminación y ocasionalmente eses duras. Orina de dos a cuatro veces al día, de color amarillo sin molestias a la micción. ○ Menopausia a los 45 años de edad. ○ Consume 600ml. De refresco cada tercer día, toma ½ litro de agua al día.
<p style="text-align: center;">Diagnóstico</p> <p>○ 00011 Estreñimiento relacionado con malos hábitos alimenticios, aporte insuficiente de fibra, aporte insuficiente de líquidos, hábitos de defecación irregulares, evacuación una vez al día y /o cada tercer día de difícil eliminación y ocasionalmente eses duras.</p>	
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p> <p>La usuaria mejorará la función de eliminación intestinal, mediante el consumo de alimentos ricos en fibra, mayor cantidad de líquidos, y un plan de actividad física.</p>	<p>Resultado esperado</p> <p>E.L.M. Evacuara heces blandas y de buena consistencia y mantendrá el plan establecido.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones/acciones de enfermería:</p> <p>Manejo intestinal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer la estructura y el funcionamiento del aparato digestivo y su relación con el sistema nervioso, dar a conocer e instruir a través de dibujos las partes que componen el aparato digestivo y el funcionamiento del mismo y hacerle mención que el movimiento intestinal conocido como peristaltismo y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto, son factores que motivan el reflejo de la defecación, por ende que una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal 2. Tomar nota de la rutina intestinal y características de evacuaciones de la usuaria, involucrando los miembros de la familia, en una libreta la usuaria y familia llevara un control y registro de las veces que acude al baño a orinar, defecar o ambas y anotara el color, volumen, frecuencia, y consistencia de las evacuaciones. 3. Verificar la presencia de otras manifestaciones que se asocian al estreñimiento mediante una serie de preguntas se cuestionara si presenta ruidos intestinales recurrentes y dolorosos, si las evacuaciones son dolorosas, si anteriormente a utilizado laxantes y presenta diarrea, si frecuentemente se aguanta de ir al baño o de las flatulencias. 4. Informar a la usuaria y familia a través de láminas ilustrativas sobre la importancia y los beneficios de la ingesta de líquidos, alimentos ricos en fibra, y realización de ejercicios. 5. Iniciar en la usuaria un plan de ingesta gradual de alimentos ricos en fibra, aumentara la ingesta principalmente de frutas, verduras, y cereales, consumirá dos raciones al día de fruta como papaya, involucrando frutas con cáscara como la manzana, agregara en su ingesta diaria de dos raciones de verduras al gusto cocidas al vapor para conservar la constitución nutrimental, en la merienda por día 	<p>Fundamento científico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La comprensión del funcionamiento digestivo influye positivamente en la atención a las necesidades de eliminación del paciente. 2. 3. La valoración de las características de las evacuaciones, del patrón de eliminación intestinal y la presencia de otras manifestaciones del estreñimiento nos permiten conocer el problema, estimar su veracidad y evaluar la respuesta a los cuidados. 4 La información para las medidas de prevención del estreñimiento puede originar conductas de autocuidado. 5. 6. La ingesta de alimentos ricos en fibra y el consumo mayor a 1.5lts de agua contribuyen a la eliminación intestinal y desintoxicación al hidratar y dar consistencia a las heces.

consumirá una ración de cereal integral.

6. Fomentar el consumo de agua, se proporciono un vaso de agua y se recomendó consumir dos litros de agua al día alternando las cantidades de consumo de agua, por ejemplo en la mañana al despertarse tomara un vaso de agua tibia, y posterior a las dos horas siguientes tomara otro vaso de agua cada dos horas, y así sucesivamente para que al termino del día la totalidad de cantidad de líquidos sea de 1.5ltrs – 2ltrs.y cerciorarse con la familia que si se consuma el agua establecida.

7. Establecer un programa de ejercicios como el caminar moderadamente y colaborar con la usuaria en su realización.

8. Realizar cada tercer día con la ayuda de un miembro de la familia masaje abdominal enseñarle que el masaje debe de ser suave y en sentido de las manecillas del reloj.

7. 8.
En movimiento a través de la actividad física y el masaje abdominal estimulan la peristalsis, facilitando así el movimiento del quimo a través del colon.

Evaluación:

E.L.M. Durante el proceso en el tiempo establecido de tres semanas ingirió mayor cantidad de líquidos ya que durante el día tomaba 8 vasos de agua natural asiendo un total de 2lts. Y consumió alimentos ricos en fibra, además realizo el programa de ejercicios, manifestó el deseo de seguir con el plan de actividades establecidas. La usuaria mejoro su función de eliminación intestina por lo que se logro el resultado esperado al evacuar de una a dos veces por día heces duras y de buena consistencia.

7.6 PLAN 6

<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesidad alterada: Evitar peligros. ○ Dominio 1: Promoción de la salud. ○ Clase 2: Manejo de la salud. 	<p>Datos significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actualmente cursa con hipertensión arterial. ○ No ha recibido información sobre su enfermedad. ○ Consume alcohol los fines de semana. ○ No consume una dieta especial para su padecimiento. ○ Toma su medicamento, solo cuando comienza a sentirse mal. ○ No realiza chequeos médicos continuos de salud recomendables. ○ No realiza un control constante en la toma de presión arterial, pues solo acude al médico cuando se siente mal.
<p style="text-align: center;">Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con déficit de conocimientos manifestado por elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención, consume alcohol los fines de semana, no consume una dieta especial para su padecimiento, toma su medicamento, solo cuando comienza a sentirse mal, no realiza chequeos médicos continuos de salud recomendables, no realiza un control constante en la toma de presión arterial, pues solo acude al médico cuando se siente mal. 	
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p> <p>La usuaria lograra comprender el plan de intervención para la prevención, control de la enfermedad.</p>	<p style="text-align: center;">Resultado esperado</p> <p>Mantendrá un patrón de actividades que cubran los requerimientos del tratamiento.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones/acciones de enfermería: Enseñanza proceso de la enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La orientación que se le proporciona es dirigida a la usuaria y miembros de la familia. 2. Comenzar por tomar la presión arterial e informar la cifra numérica de la misma. 3. Informar de que la hipertensión suele ser asintomático, y de que los síntomas no indican de modo fiable el valor de la presión arterial. 4. Explicar que la hipertensión significa aumento en la presión arterial, y que no guarda relación con una personalidad demasiado fuerte. 5. Reforzar la necesidad de seguimiento y terapia a largo plazo para controlar la hipertensión. 6. Explicar que el tratamiento no cura la hipertensión, pero que si puede mantenerla controlada. 7. Informar que la hipertensión controlada puede tener un pronóstico exenté y ser compatible con una vida normal. 8. Explicar los riesgos potenciales de la hipertensión descontrolada y que están asociados o determinados por factores de riesgo como el tabaco, la obesidad, la ingesta elevada de sodio, grasas, colesterol, el estrés y el estilo de vida sedentario. 9. Especificar los nombres, las acciones, la dosis, vía de administración, y los efectos secundarios de los medicamentos recetados, así como la interacción con los alimentos, fármacos, o alcohol, explicar que si se salta una toma de medicación o le aumenta la cifra de la tensión arterial no se debe aumentar la toma siguiente, tampoco debe suspender de forma brusca sin consentimiento del médico, puesto que podría sufrir una reacción hipertensiva grave, e informar al paciente de que debe consultar con el médico responsable de atención sanitaria antes de cambiar los fármacos o las dosis, si presenta impotencia u otro problema sexual. 	<p style="text-align: center;">Fundamento científico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La orientación global refuerza y motiva el seguimiento de los cuidados. 2.4. Mantener orientada a la usuaria sobre su patología e informada de los resultados de las intervenciones que se le realicen involucra a la usuaria en su cuidado, así mismo favorece el cumplimiento y la continuidad de los mismos. 5.6.7. La hipertensión arterial no es curable pero si controlable por ello la continuidad del tratamiento evita recaer en la patología y el surgimiento de nuevas enfermedades. 8. Evitar acciones que alteren el pronóstico de salud es parte del tratamiento, y el incumplimiento del mismo favorece la aparición de daños irreversibles que ponen en riesgo la vida de la usuaria. 9. El buen manejo de la ingesta del medicamento evita caer en reacciones alérgicas al mismo, resistencia de la patología por falta de toma del medicamento, shock anafiláctico por equivocación

10. Por medio de pláticas aconsejar la importancia de los cambios en el estilo de vida, los métodos de tratamiento del estrés como los ejercicios de respiración profunda, o actividades alternativas de relajación como el yoga y los cambios dietéticos, y de actividad física regulada, así como someterse a los cambios de valoraciones selectivas regulares de las alteraciones de la presión arterial, circulatoria y visual.

11. Informar al paciente a que debe suplementar su dieta con alimentos ricos en potasio como frutas cítricas y verduras de hoja verde.

12. Aconsejar acerca de la reducción de peso, enseñar a mantener un diario de alimentos durante una semana, ofreciendo una lista de alimentos a evitar (los que son ricos en sodio, colesterol y grasas saturadas); animar a una ingesta más libre de frutas y verduras, cereales integrales, pescado y aves.

13. Informar a la usuaria que debe evitar los baños calientes, las cantidades excesivas de alcohol y el ejercicio agotador.

14. Animar a participar en un amplio abanico de actividades previas mientras la presión arterial está controlada; incluir un programa de ejercicio moderado y progresivo de 30 minutos diariamente.

15. Explicar algunas medidas que puedan alterar o descompensar la tensión arterial durante movimientos bruscos o acelerados, por ejemplo se debe levantar lentamente de la cama, sentarse en el lado de la cama durante unos minutos, ponerse de pie lentamente, no permanecer de pie inmóvil durante periodos prolongados de tiempo, realizar ejercicios con los miembros superiores e inferiores de flexión, extensión y rotación para aumentar el retorno venoso, dormir con la cabeza de la cama elevada, o incorporando un cojín, y tenderse o sentarse si nota un mareo.

16. Enseñar a tomar la presión arterial tres veces a la semana, subrayar que para la toma la usuaria debe estar sentada con el brazo desnudo, apoyado y colocado a nivel de corazón. No tabaco ni cafeína en los 30 minutos previos a la toma.

17. Inicialmente medir la presión arterial en los dos brazos.

18. La usuaria debe descansar tranquila durante 5 minutos antes de comenzar a la medición.

19. Se debe usar un manguito de tamaño apropiado para obtener una medición exacta, aplicar el manguito con suavidad y con comodidad y cerrarlo de forma segura.

20. La medición de debe realizar con un esfigmomanómetro de mercurio, un manómetro aneroide calibrado recientemente o dispositivo electrónico calibrado.

21. Se debe registrar las cifras obtenidas tanto la presión sistólica como la diastólica.

22. Se informara a la usuaria de la lectura y sobre la necesidad de mediciones periódicas.

del medicamento y consumo de tomas superiores a las recomendadas.

10.11.12.13

La orientación para las acciones de prevención en la hipertensión arterial originan conductas de autocuidado correctas, y con ello un pronóstico de vida saludable

14.

La actividad física moderada favorece la circulación sanguínea de nuestro organismo y ello al buen ritmo cardiaco.

15.

Las actividades bruscas son negativas para el organismo ya que altera y acelera de forma repentina el ritmo cardiaco, trabajando el mismo de forma irregular, lo cual conlleva a infartos, y paros cardiacos.

16.17.18.19.20.21.22.

Es importante que la usuaria conozca y sepa realizar las actividades de prevención por ella misma, ya que se introduce e involucra en los cuidados de su tratamiento y en tiempos posteriores podrá dar seguimiento a sus cuidados de forma correcta y segura.

Evaluación:

La usuaria conoció todo acerca de su enfermedad, así como la importancia de llevar a cabo las medidas de intervención para el mantenimiento y control de su padecimiento, logro asimilar el tipo, dosis, y horario del medicamento, así como la técnica para tomar la presión arterial y la interpretación de cifras tensionales. E.L.M. manifestó el deseo de dar continuación al régimen terapéutico, por lo que el resultado esperado se logro parcialmente pues debido al padecimiento se requiere dar continuidad al plan de acciones.

VIII CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

A la realización de este trabajo realmente y sinceramente llego a la conclusión de que si se lleva un orden de ideas a plantear, por lo regular siempre existirá una certeza en los resultados esperados, en este caso en la realización del proceso enfermero se llevo un plan de atención para cumplir los objetivos establecidos de acuerdo a los requerimientos del usuario, y cabe mencionar que con entusiasmo e iniciativa ELM. siempre estuvo de acuerdo con los procedimientos que se le planteaban y el mismo sugería planes los cual nos lleno de satisfacción debido a que fue de gran ayuda el trabajo planteado, obteniendo como resultado la buena mejoría de la usuaria, que sino fue del 100% se logro un avance significativo, y para obtener mayores resultados se sabe que con trabajo y persistencia por parte del equipo disciplinario de salud se logra, además lo importante no es solo establecer medidas de cuidado al momento en que se realiza el proceso, sino que la persona quede mentalmente consiente que las intervenciones y acciones que se le brindaron les puede y debe de dar continuidad durante toda la vida.

Se sugiere que para mayor comprensión sobre la información que se plasman en este plan de atención en usuarios con hipertensión arterial, se haga la consulta de libros que hablen del tema anteriormente ya mencionados para una mayor absorción y comprensión de conocimientos teóricos-prácticos sobre este tema en el cual algunas de las bibliografías de sugerencia se plasmas en la bibliografía de este trabajo.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Smeltzer, c., & Bare G. (2002). Enfermería Medicoquirúrgica. (9 ed.) México: Mc Graw – Hill interamericana.
2. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000.
3. Alfaro Lefevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5 ed.). Barcelona: Elsevier doyma.
4. Rodríguez Sánchez, B. A. (2001). Proceso enfermero. México: Cuellas.
5. Rosales Barrera, S., & Reyez Gómez, E. (2004). fundamentos de enfermeria (3 ed.). mexico: manual moderno.
6. Barbara, K. (1999). Fundamentos de enfermeria conceptos, proceso y practica (5 ed.). España: Mc Graw Hill.
7. Harmer, B., - Henderson V. (1963). Tratado de enfermería teoría y práctica (5 ed.). Mexico D.F: Fournier.
8. Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2003). Modelos y teorías en enfermería (5 ed.). España: Harcourt.
9. García Martin, C. C., & Martínez Martin, M. L. (2001). Historia de la enfermeria. Madrid España: Harcourt.
10. Iyer, P. (1997). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Mexico DF: Interamericana McGraw.
11. Alfaro, Lefevre R. (1996). Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. (4 ed.). Madrid: Mosby.
12. Carpenito Linda Juall. (2003) Manual de diagnósticos de enfermería aplicaciones a la práctica clínica (9 ed.).España: McGraw-Hill Interamericana
13. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Harcourt. Madrid. 2001.
14. Ruiz Rodrigo, M. T. (2000) Los diagnósticos enfermeros. México. Masson.
15. Potter, p., & Griffin Perry, A. (2002). Fundamentos de enfermería (5 ed.). Madrid España: Harcourt Mosby.
16. NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification.
17. Holloway, N.M. (1990) Planes de Cuidados en Enfermería Médico-Quirúrgica. Doyma. Barcelona.

18. Johnson, M.; Bulechek, G., Moorhead, S. (2007) *Intervenciones Nanda, Noc y Nic.* (2ed.). Madrid España; Elsevier Mosby.
19. Virginia Henderson. [Internet]. [acceso 25 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.ulpgc.es/>.
20. Henderson, V. *La naturaleza de la Enfermería.* Mc-Graw-Hill Interamericana Madrid. 1994.
21. Frank H., N. (1993). *Corazón* (Vol. 5). España: Elsevier España.
22. Lewis Heitkemper, D. (2001). *Enfermería medicoquirúrgica valoración y cuidados de problemas clínicos.*
23. Romesha Sunthsreswaran, T. F. (2003). *Lo esencial en sistema cardiovascular* (2 ed.). Madrid España: Elsevier.
24. J. Topol, E., M. Califf, R., & N. Prystowsky, E. (2008). *Tratado de Medicina Cardiovascular* (3 ed.). España: Lippincott Williams y Wilkins.
25. Fontaine Keven, L. (1995). *Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental.* (2 ed.). México: Mc-Graw-Hill Interamericana.
26. Luis Lepori, R. (2005). *Hipertension Arterial.* Madrid España: ECSA.
27. Gauntlett Beare, P., & L Myers, J. (2001). *Enfermería Medico Quirúrgicas* (tercera edición ed.). Madrid España: Harcourt Mosby.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Décima Revisión. Volumen 1. Publicación Científica No. 554. Organización Panamericana de la Salud.* Washington. 1995.
29. Norma oficial mexicana NOM- 030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión.
30. Mantik Lewis, S., Mclean Heitkemper, M., & Ruff Dirksen, S. (2004). *Valoración y cuidados de problemas clínicos* (Sexta edición ed.). Madrid España: Elsevier Mosby.
31. Rodríguez, J. (1997). *Fundamentos de Enfermería Especializada.* México Df: Mc-Graw-Hill Interamericana.

X ANEXOS

GUIA DE VALORACION DE ENFERMERÍA CON BASE EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
IMC.: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Miembro de la familia: _____ Procedencia: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Fuente de información: _____ Fiabilidad (1-4): _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

I. **Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.**

a) Oxigenación:

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____
Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos inguinales/peribucal: _____

Circulación de entorno venoso: _____ Otros; _____

b) Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Numero de comidas diarias: _____ Dieta habitual (tipo): _____

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Cantidad de líquidos consumidos en 24 hrs; _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergia: _____

Problemas de masticación o deglución: _____

Patrón de ejercicio; _____

Objetivo:

Turgencia de la piel; _____

Membranas mucosa hidratadas/secas; _____

Características de uñas/cabello; _____

Funcionamiento neuromuscular y esqueletito: _____

Aspecto de los dientes y encías; _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____ Otros; _____

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales; _____

Características de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides; _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar; _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación; _____

Otros: _____

Objetivo:

Abdomen/características; _____

Ruidos intestinales; _____ Otros; _____

d) Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura; _____

Ejercicio/tipo y frecuencia; _____

Temperatura ambiental que le es agradable; _____

Objetivo;

Características de la piel; _____

Transpiración; _____

Condiciones del entorno físico; _____

Otros; _____

II. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre; _____

Hábitos de descanso; _____

Hábitos de trabajo; _____

Objetivo;

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza; _____

Capacidad muscular tono/resistencia y flexibilidad; _____

Posturas: _____

Ayuda para la diambulación; _____

Dolor con el movimiento; _____

Presencia de temblores; _____ Estado de conciencia; _____

Estado emocional; _____

b) Descanso y sueño:

Subjetivo: horario de descanso; _____

Horas de descanso: _____

Horario de sueño; _____ Horas de sueño: _____

Siesta; _____

¿Padece insomnio?; _____

¿Se siente descansada al levantarse; _____

Objetivo;

Estado mental/ansiedad/estrés/lenguaje; _____

Ojeras; _____ Atención; _____ Bostezos; _____

Concentración; _____ Respuestas a estímulos; _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus vestidos? _____

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestido? _____

Objetivo;

Viste de acuerdo a su edad; _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse; _____

Vestido incompleto; _____ Sucio; _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día; _____

Aseo de manos antes y después de comer; _____ Después de eliminar; _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que le limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal; _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas (tipo); _____

e) Necesidad de evitar peligros:

Subjetivos:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? _____

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendables? _____

Como canaliza las situaciones de tensión de su vida; _____

Objetivo:

Deformidades congénitas; _____

Condiciones del ambiente de su hogar; _____

Otros; Patológicos; _____

III. Necesidades básicas de: comunicarse vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizar, jugar y participar en actividades recreativas y aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse:

Subjetivo;

Estado civil: _____ Años de relación; _____ Vive con: _____

Preocupaciones/estrés; _____ Familiares; _____

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado; _____

Cuanto tiempo pasa sola; _____

Historia gineco obstétrica; _____

Objetivo;

Habla claro; _____ Confuso; _____

Dificultad en la visión; _____ Audición; _____

Comunicación verbal; _____

Otros:

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa; _____

¿Su creencia religiosa le crea conflictos personales? _____

Principales valores en su familia; _____

Principales valores personales; _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso); _____

¿Permite el contacto físico? _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? _____

¿Está satisfecha con el rol familiar que lleva? _____

Objetivo;

Estado emocional/ calmado/ ansioso/enfadado/ retraído/ temeroso/irritable/ inquieto/
eufórico; _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre; _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación ¿Cuáles? _____

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo? _____

e) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Escolaridad: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones: _____

Preferencias Leer/escribir; _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Objetivo;

Estado del sistema nervioso; _____

Órganos de los sentidos; _____

Estado emocional/ansiedad/dolor; _____

Memoria reciente; _____

Memoria remota; _____

