



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**METODOLOGIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO
DE HIPERTENSION ARTERIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTA:

P. L. E. CAROLINA VIVEROS SERENO

ASESOR:

C.M.C. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

MORELIA, MICHOACAN MAYO 2007

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**Metodología de Intervención en Enfermería Aplicado a un
paciente con Diagnostico Médico de Hipertensión Arterial.**

**Que para obtener el Titulo de
Licenciada en Enfermería**

**PRESENTA:
P. L. E. CAROLINA VIVEROS SERENO**

**DIRIGIDO POR:
C.M.C. Roberto Martínez Arenas**

**SINODALES:
C.M.C. Roberto Martínez Arenas
Presidente**

**L. E. Q. Elizabeth Flores Damian
Vocal 1**

**Lic. Maria Isabel Valenzuela Villegas
Vocal 2**

Morelia, Michoacán

Mayo 2007.

DIRECTIVOS

M.E. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E.D MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco principalmente a Dios y a mis Padres.

A Dios por haberme dado la vida y una familia, por la oportunidad que me dio de tener estudios, a estas personas les dedico este trabajo porque junto conmigo sacrificaron parte de su vida para mi formación académica, en la que espero y deseo continuar para aportar lo mejor que tenga en conocimientos para enfrentarme a los retos y obstáculos que se presenten en mi vida. Por eso agradezco a mi padre Cristóbal Viveros Villaseñor y madre Ma. Cruz Sereno Pacheco.

A mis hermanos (as) que siempre me brindaron su apoyo incondicional cuando más lo necesite.

A Erick Ocampo porque siempre me apoyo cuando necesite de su ayuda.

A Ricardo Santoyo porque siempre esta conmigo en las buenas y en las malas apoyándome moral, espiritual, y económicamente.

A mi asesor C.M.C Roberto Martínez Arenas con respeto y admiración agradezco su apoyo incondicional y la ayuda para la realización de este trabajo.

A la escuela y mis profesores (as) con gratitud por haberme permitido formar parte de la institución en la que obtuve la transmisión de sus conocimientos, tolerancia, y respeto, a todos sin excepción gracias.

INDICE DEL CONTENIDO

TEMA	PAG
INTRODUCCIÓN	1-3
I.-JUSTIFICACIÓN	4-7
II.-OBJETIVOS	8
III.-METODOLOGÍA	9-10
IV.-MARCO TEÓRICO	11
4.1 MODELO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSÓN	11-20
4.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	21-53
4.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	54-62
V.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	63-64
VI.-DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA	65
6.1. VALORACIÓN POR NECESIDADES	65-67
6.2. ORGANIZACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	68-70
6.3. CLASIFICACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS Y DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS	71-72
6.4. PLAN DE INTERVENCIÓN CON FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA (EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN)	73-82
VII.- CONCLUSIONES	83-84
VIII.- SUGERENCIAS	85
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86-87
X.- BIBLIOGRAFIAS	88
XI.- GLOSARIO DE TERMINOS	89-93
XII.- APENDICES Y ANEXOS	94
12.1 GUIA DE VALORACIÓN	95-104
12.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	105



INTRODUCCIÓN

A través de los años la Profesión de Enfermería por medio de las enfermeras que han dejado su legado a través de Modelos y Teorías donde fundamentan bases sólidas para distinguirse y resaltar el área de Enfermería como lo que es: Una ciencia, porque es necesario que quien la practica posea conocimientos sistematizados derivados de la observación, estudio e investigación, con un pensamiento crítico. Esta Profesión se compone por habilidades que requieren experiencia y preparación para su ejecución. Para lo cual Enfermería utiliza el Proceso Atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

La capacidad del Personal de Enfermería se ve favorecida a través del conocimiento teórico-práctico, ya que es más probable que se tenga el éxito si se desarrollan sistemáticamente las Acciones de Enfermería, y sirven de referencia ante la duda del procedimiento realizado.

El Proceso Enfermero o mejor conocido como (PAE) Proceso de Atención de Enfermería, es precisamente una secuencia lógica de pasos que se basa en el Método Científico aplicado en la profesión de enfermería el cual nos sirve para brindar cuidados enfermeros englobando todas las dimensiones del ser humano, cubriendo total o parcialmente las necesidades del mismo. Por lo tanto es de total relevancia la aplicación del mismo en todos los ámbitos de la profesión de enfermería, principalmente la que va dirigida a la prevención de los daños a la salud de la población y al personal que la brinda.

Las enfermedades crónico degenerativas ocasionan daños severos e irreversibles a la persona que padece la enfermedad y no solo a ella misma, sino que en la mayoría de ellos casos también afecta a las personas que se encuentran en su entorno, ya que se presentan consecuencias que alteran la estabilidad en el hogar



más cuando hay carencias económicas para llevar a cabo bien un tratamiento y todo lo que conlleva (Consulta médica, medicamentos, dietas, estudios, rehabilitación) y lo que se vaya presentando. Es por eso que la Hipertensión Arterial se considera un problema de Salud Pública en nuestro país y en el ámbito mundial. Siendo la primera causa de mortalidad en la Ciudad de México.

La Hipertensión Arterial (HA) es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afecta a sujetos en las etapas más productivas de su vida. La importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza de vida de quien tiene este padecimiento porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.

Tradicionalmente se consideraba a la HA como el proceso hemodinámico en el cual las resistencias al flujo sanguíneo se encuentran elevadas, en la actualidad se define como la pérdida del tono de vasodilatación del sistema circulatorio. Las cifras de TA normal están definidas por la Organización Mundial de Salud (OMS), la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité para la Detección Evaluación y Tratamiento de los Institutos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (CDETH). Son: < 90 mmHg como diastólica y sistólica inferior a 140 mmHg, y constituye hipertensión arterial, valores por arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos.

El control de cualquier enfermedad, en este caso la hipertensión arterial sistémica (HAS), comienza con su detección. El conocer su ocurrencia permite determinar indicadores epidemiológicos de frecuencia, que marcan la pauta para la elaboración de programas de salud específicos. Tales indicadores son: la prevalencia y la incidencia. La primera se define como la frecuencia de una enfermedad en un momento dado y la segunda es la frecuencia a lo largo de un periodo determinado, esto es, el número de casos nuevos que aparecen en dicho lapso. Por otro lado la trascendencia de una enfermedad se mide por la magnitud



del impacto que produce por sí misma o sus complicaciones en la morbilidad y mortalidad. (1)

Una enfermedad con altas tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad se constituye en un problema de salud pública.

Así este trabajo desarrolla una metodología de Enfermería, donde se presenta, una justificación, la cual resalta aspectos epidemiológicos y la magnitud del problema. Los objetivos que pretende dirigir el trabajo, y la metodología aplicada. El Proceso se aplica a una mujer de 60 años con Diagnóstico Médico de Hipertensión Arterial.



I.- JUSTIFICACIÓN

Mediante la aplicación del Proceso Enfermero y la aplicación de las catorce necesidades de Virginia H. en su modelo proporciona una visión holística en el área profesional de enfermería.

La Metodología de Intervención es además, una muestra objetiva de que Enfermería tiene una Base sólida en su autonomía profesional, ya sea para el Libre Ejercicio de la Profesión y Atención Asistencial, como para la formación, atención en el primer nivel y en las labores de Investigación.

Por la importancia que tiene la Hipertensión Arterial como Enfermedad de Salud Pública que va en aumento día con día. Podemos observar cómo los países conforme se han industrializado han modificado su estilo de vida y tienen mayor incidencia de Hipertensión Arterial. Hay que resaltar que no solo los países también las ciudades con un alto índice de habitantes como es el caso del Distrito Federal. Hay que tener presente que a través de la morbilidad se cuantifica el impacto de la HA y sus complicaciones, y no existen datos respecto a la cuantía de recursos humanos y financieros empleados, del número de consultas e internamientos, ni de incapacidades temporales o definitivas que de ella se derivan. La tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva ha sufrido una elevación debido al aumento de habitantes en determinado periodo. Con esto, podemos percibir el impacto que tiene en este momento la HA en nuestra población mexicana.

La Hipertensión Arterial Sistémica es una enfermedad crónica de fácil diagnóstico, sintomática, considerada como una de las enfermedades crónicas de mayor importancia en el mundo, debido a su condición de factor de riesgo mayor en la



enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y neuropatía, principalmente.

En México los casos estudiados epidemiológicos sobre HA existentes tienen limitaciones metodológicas. Sin embargo, dejan ver el incremento significativo de la prevalencia, incidencia y mortalidad de la hipertensión arterial debido a sus complicaciones. Por otro lado hay que tener en cuenta que las cifras de HA se incrementan con la edad y son significativamente mayores en los individuos con más de 65 años, y que la esperanza de vida al nacer estimada para el año 2020, es 85 años y que esto incrementa la demanda de atención médica y disminuye la calidad de vida, por lo que en un futuro no muy lejano este problema se agravará aún más. (2)

En la Ciudad de México la Hipertensión Arterial es la primera causa de muerte dentro de las principales enfermedades registradas en las últimas fechas información de la Dirección General de Epidemiología y Centro Nacional de Estadísticas en Salud. (3)

Es por eso que la Hipertensión Arterial es un problema de Salud Pública que se debe tratar y prevenir, en la actualidad, las complicaciones causadas por las enfermedades crónico degenerativas, son una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, de esta manera se observa que todo el trabajo en la aplicación de las intervenciones de enfermería deberían de darse en la prevención. La Licenciada en Enfermería puede llevar a cabo las acciones que benefician la Salud del individuo, familia y comunidad.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad frecuente, sintomática, fácil de detectar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no se controla adecuadamente, su importancia es que cada vez más la incidencia de la enfermedad crece, a causa de los malos hábitos de vida que tiene la población. (4)



El perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología, muestra un predominio de las enfermedades crónico degenerativas, como Cardiopatía Isquémica y la Reumática, siguiéndoles en proporción las cardiopatías congénitas.

El 50% de los enfermos atendidos proviene del Distrito Federal, el 21% del Estado de México, 14% de las entidades del centro: Michoacán, Guanajuato, Hidalgo, Puebla y Morelos, y el restante 15% de otras regiones.

La Hipertensión Arterial es una de las patologías más frecuentes de la población general, sin embargo, demanda poca hospitalización, ya que ésta sólo ocurre en la medida en que la hipertensión se complica o se asocia a otras enfermedades.

La edad de los pacientes que se atienden en el Instituto Nacional de Cardiología es la siguiente:

- | | |
|---|-----|
| ➤ Adultos mayores (60 años en adelante) | 33% |
| ➤ Personas entre los 20 y 59 años. | 49% |
| ➤ Menores de 20 años. | 18% |

Como se puede observar las cifras son alarmantes, y este que es un problema que se puede prevenir, es tarea del los profesionales de la salud prevenirla y /o resolverlo en su caso. Dentro de de este equipo multidisciplinario, existe uno de vital importancia, y es el de la profesión de Enfermería, cuyo objetivo principal es el cuidado del ser humano, no solo del enfermo, sino del sano, y no solo de manera individual, sino colectiva. Esto no es tarea sencilla, se requiere de una preparación completa e integral, y de distintas herramientas para hacerlo, una de estas, fundamental en el cuidado, el Proceso Enfermero, el cual va dirigido a resolver las respuestas humanas que se presentan en el individuo ante un problema de salud. Sin duda la tarea de cuidar a un paciente con un problema de



salud, puede resultar difícil, sin embargo si utilizamos los conocimientos adecuados se podrá lograr el objetivo de recuperar la salud.

Así debido al impacto epidemiológico de la Hipertensión Arterial, las consecuencias que esta tiene por la magnitud del problema a nivel social son muy preocupantes pero principalmente por los daños que puede ocasionar en el ser humano de manera individual, es necesario enfrentar estas situaciones, por todo lo anterior mencionado y entre más oportuna la prevención será mejor la calidad de vida.

El presente trabajo consiste en la aplicación del Proceso Enfermero, tomando en consideración el Modelo de Virginia Henderson para su realización, ya que marca catorce necesidades básicas a cubrir en una persona sana, enferma y/o terminal, familia, comunidad o población, y de esta manera se otorga una atención integral.

(5)



II.-OBJETIVOS

GENERAL

Desarrollar la metodología de enfermería, fundamentada en el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, en un paciente con Hipertensión Arterial a fin de Estructurar un Trabajo Académico que sirva como medio de Titulación.,

ESPECIFICOS

Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en el curso del Proceso Enfermería, enfocados en un paciente con diagnostico medico de Hipertensión Arterial.

Colaborar en el Proceso de Enseñanza de la paciente respecto a su padecimiento para facilitar su autocuidado.

Aumentar la habilidad en el manejo del Proceso Enfermería para brindar una atención holística a los usuarios del Servicio de Salud.

Identificar las principales respuestas del paciente y realizar los diagnósticos, en base de la clasificación de la NANDA.

Diseñar planes de Intervención para proporcionar el cuidado del paciente con Hipertensión.



III.- METODOLOGIA

Para el Diseño del presente trabajo, fue necesario tomar un curso de 40 hrs. presenciales y extracurriculares, en el cual se revisaron y analizaron las diferentes etapas que conforman la Metodología de Intervención de Enfermería, en este mismo tiempo se estructuro el marco teórico.

Para poder llevar acabo la primera etapa de valoración, fue necesario, revisar diversas guías, y reestructurar una adecuada a las necesidades del paciente a la que va dirigida.

Por otra parte la correcta aplicación de esta metodología traerá ventajas en la globalidad que se pretende se logren de la atención. Ya que se quiere que:

Se logre la calidad en la prestación de los cuidados de salud: Ya que permite considerar al sujeto desde su totalidad y al mismo tiempo individualidad. El diseño de acciones especificas para cada sujeto permite rescatar su unicidad y con esto el cuidado individualizado.

Proporcionar autonomía a la profesión, ya que un objeto claro y diferenciado de otros profesionales de la salud, permitirá ordenar nuestras acciones en torno a una meta, estableciendo las pautas para una aportación.

Favorece la investigación, cualquier documento que justifique o pruebe alguna cosa, se convierte en una base de datos. Así el registro de nuestras acciones permitirá realizar una investigación con disciplina, posibilitando con esto el crecimiento y desarrollo de la profesión.

Posibilita la comunicación efectiva entre profesionales. Al organizar y planificar la atención de salud de los individuos, creando un lenguaje propio de la profesión y de los sujetos que participan en ésta.



La metodología aplicada en el Proceso se basa en el Modelo de Virginia Henderson en él, se identificarán las 14 necesidades básicas de la paciente, llevadas en el mismo orden que las planteo, llevando la valoración de los patrones funcionales con bibliografía de carpenito aplicado en la paciente, para su elaboración se aplican las cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.



IV.- MARCO TEORICO

El Marco Teórico esta estructurado por tres apartados fundamentales a considerar, el primero nos habla sobre los antecedentes personales de Virginia Henderson y el segundo del Proceso Atención Enfermería, y el tercer apartado nos habla de la Hipertensión Arterial como Problema de Salud Pública.

4.1 MODELO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSÓN

Referencias y Antecedentes Personales.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó de la Army School Of Nursing de Washington en 1921 y se especializo como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos en su concepto de enfermería.

En 1955 publicó su definición de enfermería, en 1966 publicó un libro titulado “la naturaleza de la enfermería”, y en él describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería, en él ofrecía una definición concisa, en la que destaca la concepción del receptor de cuidados como un agente de la salud.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, elaboró varios trabajos importantes. Su folleto cuidados básicos principales de enfermería fue traducido a más de 20 idiomas. Otorga así a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas definidas en su modelo.



Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden o no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1.-Respirar con normalidad.
- 2.-Comer y beber de forma adecuada.
- 3.-Eliminar los residuos corporales.
- 4.-Moverse y mantener la posición deseada.
- 5.-Dormir y descansar.
- 6.-Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse.
- 7.-Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8.-Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.-Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.-Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.-Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.-Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.-Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles. (6)



Definición de las Necesidades:

Necesidad de Respirar: es la necesidad que tiene el organismo de captar el O₂ para la oxigenación de los tejidos. El O₂ es pues, una exigencia humana básica de importancia vital, que hay que satisfacer en poco tiempo.

Necesidad de comer y beber: la energía se obtiene de los alimentos, debe haber un equilibrio entre los alimentos ingeridos y la energía que se gasta de acuerdo al peso y la talla.

Necesidad de Eliminar: necesidad que tiene el organismo de la eliminación de sustancias nocivas e inútiles del metabolismo, entre las que se encuentra la orina, sudoración, respiración y las heces.

Necesidad de Moverse y mantener una posición deseada: necesidad que describe la capacidad para la movilidad autónoma y la actividad al igual que la realización de ejercicios del individuo.

Necesidad de Dormir y Descansar: el sueño es una suspensión normal y periódica de la conciencia y vida de relación, durante la cual el organismo se separa de la fatiga.

Necesidad de Vestirse y desnudarse: capacidad de poder elegir y ponerse o quitarse un vestuario de acuerdo a la actividad, al momento del día, a la temperatura. La elección personal de acuerdo al pudor, estética, comodidad, sencillez, circunstancias y significado de la ropa para cada persona.

Necesidad de Termorregulación: la temperatura normal es de 36 °C a 37 °C que tiene que mantenerse constante en el seno corporal de acuerdo al lugar. El hombre es homeotermo, posee una temperatura constante independientemente de la temperatura del medio. La temperatura corporal se regula por el calor ganado y perdido, esto viene regulado por el hipotálamo, proporcionando un equilibrio.

Necesidad de Higiene: la piel constituye el 20% del peso de la persona, puede llegar a medir de 1.9 m² y pesar de 2 a 3 Kg. Los objetivos de esta necesidad son; reducir el riesgo de infección, evitar el contagio o transmisión de enfermedades.



La piel tiene un pH ácido, formado por la secreción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (manto ácido). Encontramos colonias de bacterias que no son nocivas, pero si se les da la oportunidad (herida) puede contaminar. La piel tiene capacidad de absorción, no es completamente impermeable. Es sensitiva ya que posee millones de terminaciones nerviosas sensibles al tacto, dolor y temperatura.

Necesidad de Evitar Peligros: atendiendo niveles de conciencia y actitud frente a la vida y el entorno. Orientación en espacio, tiempo, persona. Y alteraciones perceptivas que son; auditivas, visuales, táctiles, olfativas y gustativas.

Necesidad de Comunicarse con los demás: es el lenguaje y pensamiento de una forma adecuada y organizada de acuerdo al medio de comunicación utilizado.

Necesidad de vivir según Creencias y valores: de acuerdo a la religión que pertenezca.

Necesidad de Trabajar y realizarse: el trabajo consiste en aquello que el cuerpo y la persona esta obligado o acostumbrado a hacer, sin que su estado de salud le impida hacer lo que le gusta o deba realizar.

Necesidad de Jugar o Participar en Actividades Recreativas: el juego o recreo es aquello que el cuerpo no está obligado a hacer. Una manifestación de dependencia es que el trabajo y el ocio estén equilibrados.

Necesidad de Aprendizaje: el aprendizaje es un cambio permanente en la conducta del ser humano de acuerdo a la edad, desarrollo, estado de salud, la motivación, la curiosidad, el nivel de inteligencia y ambiente en que se desarrolla.(7)

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

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, estados de conciencia, exposición al frío o calor, estados febriles, lesiones, enfermedades transmisibles, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita, dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Los Elementos más Importantes de su Teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros.
- Se observa una similitud entre las 14 necesidades de Virginia H. y la escala de necesidades de Maslow. (9)

Principales Conceptos y Definiciones.

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



Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a la persona de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

Entorno: Lo define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona (Paciente): Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila.

La mente y el cuerpo son inseparables.

Considera al paciente y su familia como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. (10)

Afirmaciones Teóricas.

Relación entre enfermera-paciente:

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

Relación enfermera-médico:

- La enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos.
- El plan de cuidados elaborados por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.
- Las enfermeras no deben seguir las órdenes del médico, ya que una enfermera cuestiona una filosofía que permite al médico dar órdenes a los pacientes y a otros profesionales de la salud.



La enfermera como miembro del equipo sanitario:

- La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales de la salud.
- La enfermera y los demás miembros de equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo.
- Nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.

Henderson afirmó “es más provechoso enseñar a la gente a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los pacientes”.

Así como Henderson, estructuró su modelo en 14 necesidades, existen otras clasificaciones que son; patrones funcionales (11), y patrones de respuesta humana (9), las cuales nos ayudan a clasificar las necesidades o respuestas del ser humano en el desarrollo de un proceso de atención de enfermería.

Patrones de Respuestas Humanas.

Son todas las reacciones que tiene el individuo ante la salud y/o la enfermedad que manifiesta a través de sentimientos y conductas.

Las intervenciones van dirigidas a la identificación de patrones, identificación de factores relacionados concretos, el desarrollo de enfoques preventivos o correctores para aliviar el factor relacionado y la prestación de educación al paciente.



De una manera más simple esto significa que el ámbito de la práctica de enfermería comprende las tareas de valorar, diagnosticar, planificar, tratar y evaluar las respuestas observadas tanto en las personas sanas como en las enfermas. La enfermera se preocupa por el efecto que tiene la enfermedad o problema de salud sobre la vida del paciente. Estas respuestas son de naturaleza dinámica y cambian conforme progresa el paciente, familia o ambos, entre la salud y la enfermedad.

1.-Intercambio: Patrón de respuesta humana que consiste en dar y recibir mutuamente. La ejecución de intervenciones de enfermería para el patrón de intercambio puede ir dirigida hacia:

- La identificación de patrones poco saludables durante la valoración.
- La determinación de los factores que precipitan su incidencia potencial o real.
- La identificación de los recursos disponibles
- La prestación de la educación concreta.
- La ejecución de los enfoques correctivos o preventivos.

2.-Comunicación: Este consiste en el envío de mensajes. El enfoque de las intervenciones de enfermería es identificar factores relacionados para el déficit de comunicación y diseñar estrategias que faciliten la comunicación.

3.-Relación: Consiste en el establecimiento de vínculos. La ejecución de las intervenciones de enfermería puede ir dirigida a:

- Ayudar al paciente a aclarar percepciones acerca del desempeño de roles.
- Identificar barreras para el desempeño del propio rol.
- Identificar recursos para aliviar los factores relacionados o de riesgo.
- Prestar una educación específica.



4.-Valores: Consiste en la asignación de un valor relativo. Las intervenciones de enfermería están enfocadas en:

- La identificación del valor específico o del tipo de creencia que interviene.
- La determinación de las fuentes de conflicto en particular, cuando éste indicado.
- La obtención de los recursos disponibles para facilitar la práctica de las creencias religiosas o la resolución de conflictos.
- El ofrecimiento de información en relación con el manejo de la salud para ayudar al paciente a tomar decisiones informadas en relación con prácticas saludables.

5.-Elección: Consiste en la selección de alternativas. La ejecución de las alternativas pueden ir dirigidas a:

- Ayudar al paciente a identificar patrones de respuesta profesionales ante tensiones individuales o familiares.
- La identificación de fuentes de tensión para el paciente como individuo.
- El desarrollo de estrategias de afrontamiento positivo para evitar el sufrimiento.
- La prestación de educación en relación con variables identificadas y el uso de relajación.
- La obtención de nuevos recursos cuando sea necesario.

6.-Movimiento: Patrón que implica actividad. Las intervenciones se dirigen a:

- Identificar patrones habituales y factores relacionados.
- Ejecutar enfoques preventivos, de apoyo o terapéuticos aumentar la cantidad de reposo que recibe el paciente.
- Proporcionar educación específica.
- Proporcionar dispositivos de adaptación para ayudar en el autocuidado.



7.-Percepción: Consiste en la recepción de información. “Manejo de la Salud”. Este patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo, respecto a su mantenimiento o recuperación. El enfoque de las intervenciones incluye:

- Ayudar al paciente a definir la percepción de él mismo.
- Identificación de los factores relacionados.
- Remitir a los recursos disponibles.
- Ayudar al paciente a desarrollar habilidades en la resolución de problemas para enfrentarse a los efectos de cambios, pérdidas o amenazas.

8.-Conocimiento: Se refiere al significado asociado a la información. La ejecución de las intervenciones de enfermería puede ir dirigida a:

- Identificar las barreras para la educación.
- Proporcionar recursos educativos específicos.
- Determinar la fuente del déficit de percepción del paciente.
- Obtener recursos añadidos cuando sean necesarios.

9.-Sentimientos: Consiste en el conocimiento subjetivo de información. Las actividades de enfermería pueden ir enfocadas a:

- La identificación de pautas poco saludables.
- La remisión a los recursos disponibles.
- Ayudar al paciente a aclarar respuestas a acontecimientos traumáticos.
- Identificar estrategias positivas para afrontar la pérdida. (11)



4.2.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Antecedentes Históricos.

El término proceso de atención de enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. Entre 1959 y 1963 Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y evaluación). En 1966 Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso utiliza los mismos pasos que el método científico (Yura y Walsh 1967).

Dolores Little y Doris Carnevali (1969), utilizaron un proceso de cuatro etapas que combinaba la valoración de la salud y el diagnóstico en el primer paso (valoración, planificación, realización y evolución). Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales etapas del proceso de enfermería: ("valoración diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación"). Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque cada estudio de ellos se hace por separado.

La **Asociación Nursing Nacional** (ANA) utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de enfermería.

En 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el "proceso de enfermería que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias, comunidades o ambos, implica pormenorizar el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente, familia o comunidad.



Definición: Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería. (12)

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas-fases, ordenado lógicamente, que tiene como objetivo principal la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

El proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del paciente y si éste estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarlo de nuevo al estado de bienestar o en su caso contribuir elevando al máximo los recursos del paciente para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible (Yura, Walsh, 1988).

Objetivo: El principal es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan identificar las necesidades reales o potenciales del paciente, actuar para cubrir o resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad del paciente, familia o comunidad.

Ventajas: Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante éste proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Características

- Es sistemático
- Dinámico



- Interactivo
- Flexible
- Tiene una base teórica

El profesional de enfermería requiere de ciertas características para formar la base de las interacciones con el paciente: conocimientos y habilidades que pueden ser técnicas o interpersonales.

_Habilidades **técnicas**: Uso de material y equipo (estetoscopio, esfigmomanómetro, etc.).

_Habilidades **interpersonales**: Comunicación, saber escuchar, observar.

Directrices: Para la práctica de la enfermería clínica consisten en:

- Directrices **de atención** que incluyen: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación.
- Directrices **de rendimiento profesional**: identifican expectativas adicionales del profesional de enfermería en sus roles como profesionales. Incluyen: calidad en la atención, valoración del rendimiento, formación, carácter colegial, ética, colaboración, investigación y utilización de los recursos.

Estas directrices están basadas en el proceso de enfermería, incluyen actuaciones importantes iniciadas por el profesional de enfermería para prestar asistencia a los pacientes, y forman la base de la toma de decisiones clínicas con parte del profesional de enfermería.

Etapas:

El proceso de enfermería consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evolución. Aunque cada una de estas etapas pueda



definirse y analizarse independientemente, están relacionadas y son ininterrumpidas puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, no solo desde una dimensión física o biológica sino también desde las perspectivas psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales.

Razonamiento crítico:

En la práctica profesional, el profesional de enfermería, toma decisiones intencionadas y dirigidas a un objetivo. El razonamiento crítico consiste en la puesta en práctica de las suposiciones, determinación de conclusiones, y la identificación de las justificaciones que las apoyen. Se necesita tener una capacidad de razonamiento crítico como individuo y como profesional; debe ser capaz de tomar decisiones personales informadas, y también todas las que sean necesarias para prestar una atención de enfermería segura, competente y calificada.

Este enfoque se basa en el método científico y reduce las limitaciones impuestas cuando sus opiniones, sentimientos o valores influyen en un proceso de razonamiento. Con ello se llega a decisiones justificándolas bajo los parámetros de la ciencia de enfermería, por lo que inicia actividades de enfermería que apoyen ésta orientación.

VALORACIÓN

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



atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente: Los conocimientos profesionales, habilidades con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos, diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones, comunicarse de forma eficaz, observar sistemáticamente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos y básicos (capacidad para tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.



- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos – antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones o pautas de comportamiento. Nos ayudan a tomar referencia de los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

1.- Métodos para obtener datos:

A) Entrevista clínica:

Cumple cuatro propósitos en el diagnóstico. Uno permite a la enfermera adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y planificación. Dos facilita la relación enfermera paciente. Tres permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos y. Cuatro ayuda a la enfermera a determinar áreas de investigación. Se trata de un proceso determinado para permitir a la enfermera y el paciente dar y recibir información.

Partes de la entrevista:

Introducción. Empieza una relación terapéutica, deberá transmitir respeto, llamarlo por su nombre, explicar el propósito, calcular tiempo, crear un ambiente de seguridad y confianza, en donde el paciente pueda sentirse cómodo compartiendo información de naturaleza personal.

Núcleo. La enfermera centra el diálogo en áreas específicas diseñadas para obtener los datos necesarios. La forma de recoger la anamnesis depende del tipo



de lugar y del propósito de la entrevista. Las áreas del contenido se definen, y la enfermera utiliza un formulario.

Finalización. Resumir los puntos más importantes comentados en la entrevista esto permite que el paciente verifique o niegue la percepción que la enfermera tiene de los principales problemas.

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Puede ser formal o informal.

_Entrevista formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

_Entrevista informal, es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio
- 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.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales:

Los componentes no verbales muchas veces transmiten un mensaje más eficaz que las palabras, el mensaje no verbal tiende a aceptarse con más facilidad. Los componentes no verbales son:



- Expresiones faciales.
- La forma de estar y la posición corporal.
- Los gestos.
- El contacto físico.
- La forma de hablar.
- La voz y la forma activa de escuchar.

La expresión facial a menudo revela la información importante, la enfermera deberá observar expresiones, el ceño fruncido y la falta de contacto visual. Deberá preocuparse si la expresión facial no es apropiada con el contexto del mensaje.

Fruncir el ceño puede indicar desacuerdo, falta de entendimiento, dolor, cólera o desdicha.

Falta de contacto visual podría significar que el paciente está incomodo, es tímido, débil, aburrido, intimidado o retraído.

La postura corporal y la actitud, una actitud relajada puede indicar la disponibilidad para compartir una información, del mismo modo que una actitud tensa o rígida sugiere la desgana de compartir, dolor o ansiedad.

La enfermera deberá observar en especial las discrepancias entre las palabras dichas por el paciente y los mensajes no verbales comunicados por la postura o actitud.

La utilización del tacto puede influir mucho en el proceso de la entrevista. Los pacientes pueden sentirse más o menos a gusto tocando o al ser tocados. La utilización del tacto por parte de la enfermera deberá ser determinada por disponibilidad del paciente. La enfermera puede transmitir su afecto, preocupación



y apoyo simplemente tocando el brazo al paciente, apretándole la mano o el brazo.

B) La observación:

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 la habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Requiere de conocimiento, práctica y tiempo.

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza las cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección. Se refiere a la exploración visual del paciente para determinar respuestas o estados normales, o inusuales. Es sistemática y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.



Palpación. Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite a la enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión. Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.

Auscultación. Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden cefalocaudal.
- Criterios de valoración por sistemas y aparatos.

2.- Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice.

3.-Organización de los datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas. La forma más común para organizar los datos es:

- Por necesidades humanas.
- Por patrones funcionales de salud.



DIAGNÓSTICO

Es la segunda fase del proceso enfermero, durante el cual se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos y obtenidos durante la valoración del estado de salud del paciente, basándose en el conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de situación y percepción del paciente. Esto le permite identificar y priorizar las necesidades, los problemas, preocupaciones y las respuestas del paciente a su situación de salud.

Un diagnóstico es esencialmente una declaración que identifica la existencia de un estado no deseado. Así la NANDA 1990 (Asociación Norteamericana del Diagnóstico de Enfermería) lo define como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o de la comunidad ante problemas reales o potenciales, o procesos vitales.

En esta etapa se elaboran los diagnósticos enfermeros principalmente para poder establecer la situación del paciente, así como plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

Los diagnósticos deben determinar la forma concisa el estado de salud del paciente, el problema que presente o que pueda presentar sobre todos los subjetivos y objetivos obtenidos anteriormente que puedan confirmarse indicando el juicio que resulta de la identificación e interpretación de los mismos.

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería:

- 1) Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del paciente, en lugar de las necesidades de enfermería.



- 2) Usar “relacionado con” en lugar de “debido” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnostico.
- 3) Redactar el diagnostico en términos legalmente aconsejables.
- 4) Redactar los diagnósticos sin juicio de valor.
- 5) Evitar la inversión de los enunciados del diagnostico.
- 6) Evitar el uso de indicios asociados en el primer enunciado del diagnostico.
- 7) Los dos enunciados del diagnostico no deben significar lo mismo.
- 8) No incluir diagnósticos médicos en el diagnostico de enfermería.
- 9) Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
- 10) Exponer el diagnostico en forma clara y concisa.

Tipos de diagnostico:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables, las características que lo definen hacen referencias a los datos clínicos y los factores relacionados son etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio del estado de salud.

El termino “real” no forma parte del enunciado en un diagnostico de enfermería real.

De alto riesgo: es un juicio en que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el termino “alto riesgo”.

Posibles: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. En una toma de decisiones científicas, un enfoque de presunción no es un signo de debilidad o indecisión sino mas bien una parte



esencial del proceso. Hay que reservarse los juicios hasta haber recopilado y analizado toda la información necesaria para alcanzar una conclusión científica sólida.

De bienestar: es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Lo inherente a este tipo de diagnóstico es que el individuo(s) comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos del paciente por la Educación para la Salud.

De síndrome: comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone que aparecen a consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. La ventaja clínica de estos diagnósticos es que pone a la enfermera en alerta sobre el hecho de que existe una condición clínica más compleja que requiere valoraciones e intervenciones de enfermería más expertas.

Hay problemas interdependientes o complicaciones resultado de la situación fisiopatológica o relacionadas con el tratamiento, personales, ambientales y de madurez; todas situaciones importantes a tener en cuenta por parte de la enfermera en el proceso de atención.

Problemas interdependientes.

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en



el usuario. Para nombrar estos problemas es necesaria e insustituible la utilización de la terminología médica.

En la práctica diaria existen numerosas ocasiones en que las enfermeras identifican problemas que no están dentro del ámbito de la enfermería y no por ello se convierten en diagnósticos de enfermería, dado que requieren que otro profesional valide su existencia e instaure el tratamiento.

En la formulación de los problemas interdependientes es necesario e imprescindible el uso de terminología enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas que ya tienen su nombre.

Al planificar objetivos y actividades para los problemas interdependientes debe tenerse en cuenta que el papel de enfermería es doble porque se deben llevar a cabo actividades delegadas prescritas por otro profesional, generalmente el médico; también se deben aportar elementos cognoscitivos y aplicar su juicio clínico a la hora de ejecutar esas órdenes y controlar la evolución del paciente.

La Importancia de NO Equivocarse.

La utilidad de un diagnóstico de Enfermería bien realizado estriba en que, una vez identificados los problemas y necesidades del paciente, se pueden planificar las intervenciones oportunas de forma sistematizada y por orden de prioridades; se facilita la coordinación del trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios encargados del seguimiento del caso; se evita el solapamiento con las funciones propias del médico, y se consigue una atención de Enfermería coherente y eficaz desde el punto de vista profesional y beneficiosa para la evolución del enfermo.



En consecuencia, un mal Diagnóstico puede acarrear muchas complicaciones y, sobre todo, una atención de Enfermería inadecuada; de ahí la importancia de no precipitarse a la hora de formularlos, ya que los errores van ineludiblemente en contra de la calidad de los servicios asistenciales y pueden poner en peligro la salud de los pacientes.

Los errores diagnósticos suelen producirse por tres motivos fundamentales:

- Suponer problemas inexistentes al dar por supuesta una determinada respuesta del paciente, sin haber obtenido suficiente información al respecto o sin haberla verificado (por ejemplo, diagnosticar déficit de conocimientos sobre la dieta adecuada a una persona con problemas de obesidad, sin haber indagado suficientemente si su exceso de peso se debe más a una dificultad para cambiar de hábitos alimentarios que a la falta de información).
- Pasar por alto información relevante o no agruparla convenientemente y, en consecuencia, no detectar un problema real (por ejemplo, no dar importancia al hábito de fumar del paciente y no indagar sobre posibles problemas respiratorios).
- Enfocar el diagnóstico desde la perspectiva médica en lugar de identificar la respuesta del paciente ante una determinada situación o enfermedad (por ejemplo, diagnosticar neumonía en lugar de patrón respiratorio ineficaz).

Otra causa frecuente de errores (o interpretaciones erróneas) de los diagnósticos es formularlos o redactarlos de forma inadecuada (ambigua, confusa, demasiado prolija, etc.). En términos generales, el Diagnóstico de Enfermería debe registrarse por escrito con la mayor concisión y precisión posibles. Es más útil limitarse a decir “retención urinaria” que entrar en descripciones del estilo de “paciente que no orina desde hace 24 horas, lo que indica la existencia de acumulación de orina en la vejiga”. En concreto, para llegar a una correcta **formulación y registro** de



los Diagnósticos de Enfermería se deben tener en cuenta las siguientes pautas básicas:

- No dar nada por supuesto y verificar siempre la información antes de formular un Diagnóstico.
- Con los datos convenientemente comprobados y agrupados, tratar de identificar las respuesta y/o necesidades del paciente (relacionadas con una enfermedad, un tratamiento, una prueba, etc.) susceptibles de ser atendidas por el personal de Enfermería.
- Para facilitar la intercomunicación entre los distintos profesionales de la salud y evitar equívocos, conviene redactar el Diagnóstico conforme a los modelos estandarizados (por ejemplo, la NANDA), aunque lo puede realizar el profesional en base a signos y síntomas que presenta el paciente en particular.
- A la hora de formular el Diagnóstico hay que identificar el problema o necesidad del paciente, no los cuidados que precisa, los objetivos de los mismos o las dificultades que su atención plantea al profesional de enfermería (por ejemplo, no es lo mismo: “posibles complicaciones para el sondaje porque se pone nervioso” que “ansiedad relacionada con el sondaje”).
- No se considera Diagnóstico la mera descripción de síntomas (por ejemplo, “el paciente tiene dificultad para respirar”). Hay que vincular el problema o la necesidad con su causa -valorable por enfermería-, utilizando preferiblemente la expresión “relacionado con”, en lugar de “debido a”, y agregando las características definitorias que justifican el diagnóstico (por ejemplo, patrón respiratorio ineficaz relacionado con el dolor de la incisión quirúrgica manifestado por bradipnea).
- Se deben evitar las ambigüedades y las generalizaciones del tipo: “alteración del bienestar” cuando se puede especificar el tipo de alteración



en concreto (por ejemplo, “dolor relacionado con alteraciones neuromusculares”).

- Los Diagnósticos deben ser extremadamente objetivos y excluir cualquier juicio de valor (por ejemplo, no es igual decir: “alteración de la nutrición por desidia a la hora de seguir el régimen” que “alteración de la nutrición, por exceso, relacionada con hábitos alimentarios inadecuados”).
- Los Diagnósticos de Enfermería no deben contener terminología médica, y sólo pueden ser resueltos por el profesional de Enfermería.
- Antes de formular un Diagnóstico, revise concienzudamente todo el proceso previo. Los errores no radican solo en la redacción; pueden darse durante la fase de valoración, de organización de la información y análisis de ésta.
- Los Diagnósticos de Enfermería deben someterse a continua revisión. A medida que la situación del paciente (familia o grupo) varía, los Diagnósticos previos pierden vigencia y hay que formular otros, adaptando así la asistencia a las necesidades o problemas que vayan surgiendo. (13)

Cada Diagnóstico consta de dos partes en una expresa el problema o la situación que se ha identificado, mientras que en la otra se intenta determinar su probable origen.

- PRIMERA PARTE: Comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración, dificultad o situación que determina el personal de Enfermería en la fase de valoración. Usualmente, se trata de un problema de salud que se intentará prevenir o corregir mediante los pertinentes objetivos de la intervención terapéutica; cabe destacar, sin embargo, que existen excepciones, puesto que algunos diagnósticos contemplan situaciones o patrones de anormalidad.
- SEGUNDA PARTE: Corresponde a los “factores relacionados”, o sea, la etiología presumible. Se trata de los elementos internos o externos



(fisiológicos, medioambientales, socioculturales, psicológicos o espirituales) que pueden provocar, contribuir o participar en la génesis de la situación determinada. Dado que generalmente el diagnóstico se refiere a un problema de salud, tales factores deben tomarse en consideración para poder prevenir, minimizar o aliviar dicha situación anómala, teniendo en cuenta que cabe la posibilidad de que se requieran actuaciones diferentes para tratar un mismo problema. En algunas ocasiones, en vez de factores relacionados se mencionan “factores de riesgo”, cuando el diagnóstico hace referencia a la posibilidad de desarrollo de una determinada alteración.

Atendiendo a lo expuesto, la formulación del diagnóstico de enfermería consta de dos partes unidas por la expresión “relacionado con”, indicando así el problema que presenta el paciente y los factores que contribuyen al mismo; cuando no pueda precisarse la existencia de factores relacionados, en la segunda parte de la formulación resulta útil emplear la frase “etiología desconocida”.

PLANIFICACION

La planificación es la tercera fase del proceso de enfermería, inicia después de haber formulado los diagnósticos y los problemas interdependientes, es sistemática y deliberativa en la que se toman decisiones y se resuelven problemas, consultando datos de la evaluación del paciente y enunciados diagnósticos para formular objetivos y determinar estrategias para prevenir, reducir o eliminar problemas de salud del paciente.

Esta fase empieza después de la formulación del diagnóstico, y finaliza con la documentación del plan de cuidados. Durante esta fase se desarrollan los RESULTADOS E INTERVENCIONES de enfermería. Los resultados indican lo que el paciente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen de qué modo la enfermera puede ayudar



al paciente a alcanzar los resultados. Se basa en la priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish.

Planificación significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios requeridos, las intervenciones que hay que realizar y las preocupaciones que se deben de tomar. Dicha planificación determinará la forma precisa del objetivo que se persigue y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo. Es una etapa orientada hacia la acción.

La planificación de los cuidados de enfermería es el punto donde desembocan las etapas anteriores del proceso enfermero. El plan de intervención permite juzgar la urgencia de las necesidades de una persona y la importancia de sus problemas de dependencia, trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La planificación guía las intervenciones y facilita la consecución y/o revisión de los objetivos marcados para la evaluación. Este plan incluye prescripciones enfermeras dirigidas a la prevención, tratamiento, rehabilitación y/o a la paliación y el bienestar del paciente favoreciendo su participación y que pueden reducir los efectos del problema de dependencia.

Es la etapa en la que se puede comprobar que los objetivos son pertinentes, para tener seguridad de que las prioridades establecidas son adecuadas y para suscitar la colaboración del paciente para realizarlas.

Comunicación:

Es muy importante que sea posible establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales, puede convertirse en un instrumento de



comunicación y de unificación de las intervenciones utilizado por todos los profesionales de la salud que actúan dentro de una unidad de cuidados para potenciar la actividad coordinada de los miembros y garantizar la eficacia y continuidad de los cuidados.

La cooperación del propio paciente en la confección del plan de atención, tanto en la estipulación de prioridades como en lo que respecta a la determinación de los cuidados oportunos, resulta de máxima utilidad a la hora de solicitar su participación activa durante el curso del proceso, de tal modo que incremente su independencia y se encargue de cubrir parte de los cuidados incluidos en la planificación global.

Después de preparar su plan de intervención, la enfermera puede consultarlo con el paciente y explicarle la importancia primordial de los objetivos. Se debe informar al paciente sobre las acciones y solicitar su consentimiento. Lo mismo cabe decir respecto a los familiares y a ciertas personas próximas al paciente que puede ser conveniente que se integren y puedan colaborar de una manera activa y eficaz si se hacen partícipes del plan de actividades cuando sea preciso y conveniente.

Etapas del plan de cuidados.

1. Establecer prioridades en los problemas detectados:

Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados, las necesidades identificadas en el paciente diferenciando los problemas reales de los potenciales. A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos personalizados y mensurables, para satisfacer las necesidades del paciente.



2. Planteamiento de los objetivos del paciente con los resultados esperados:

Es una atención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado del paciente, o de resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

Descubrir los resultados esperados, tanto por parte del paciente y/o de la familia del paciente como por parte de los profesionales de la salud.

Los objetivos tienen como punto de mira el comportamiento, la actitud o la acción del propio paciente.

Objetivos: parte indispensable en la etapa de planeación.

- I. Resultan del diagnóstico de enfermería o problemas interdependientes, deben concentrarse en:
 - Dar soluciones al problema (objetivo final).
 - Y en la modificación o desaparición de los factores causales o de sus efectos (objetivo específico).
- II. Esta dirigido al usuario, familia y comunidad.
 - En ellos se esperan los resultados.
 - Puede definirse a una parte del organismo o función.
 - Como en el caso de algunos diagnósticos de enfermería.
 - Cuando se traten de problemas interdependientes.
- III. Incluir verbos que puedan observarse y evaluar.
- IV. Ser claros y precisos.
 - Sujeto (persona)



- Verbo (conducta)
- Condición (circunstancia en que debe realizarse la conducta)
- Criterios de realización

V. Haber involucrado al paciente y su familia para perseguir el fin y tener mayores posibilidades de éxito.

VI. Utilizar un solo verbo.

VII. Ser realistas que se consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del paciente para que se puedan alcanzar.

VIII. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivos, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

Características de los objetivos:

- Deben permitir a la enfermera a identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al paciente (describir cual es el resultado que persigue con su acción).
- Tiene que evitar cualquier tipo de formulaciones imprecisas o vagas.
- Deben ser específicos en función del comportamiento del paciente.
- Deben ser realistas y observables.
- El sistema SPIRO es un medio útil para acordarse de dichas características: S = específicos, P = meta o acción esperada, I = implicación o movimiento del compromiso personal del paciente, R = realista, y O = observable.
- Deben expresar de que forma se realizara la acción al paciente, con qué medios y si es o no con asistencia.



- Deben determinar en qué momento se realizó y en qué medida debe realizarse la acción.
- Deben señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Tipos de objetivos:

- A corto plazo
- A mediano plazo
- A largo plazo

La utilidad de los objetivos a corto y a mediano plazo es muy importante ya que permite ir fijando intervenciones a corto plazo que, en secuencia progresiva, conducirán más adelante a cambios importantes en el comportamiento del paciente.

Los objetivos deben de irse formulando constantemente, ya que las intervenciones que originan tienen que proseguir sin descanso durante largo tiempo.

Los objetivos también pueden ser de tipo:

- Psicomotriz
- Cognitiva
- Afectiva

Existen dos tipos de objetivos:

- a. Objetivos de enfermería: Estos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres áreas para ayudar al paciente.

- Encontrar sus puntos fuertes,
- Buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación, y
- Conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarla.



Los objetivos de enfermería deben responder a preguntas sobre capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar o dirigir.

- b. Objetivos del paciente: Se anotan en términos de lo que se espera que haga el paciente.

3. Elaboración de las actividades/intervenciones de enfermería: determinar los objetivos de enfermería, actividades, y las acciones especificadas para hacer realidad los objetivos. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar qué hay, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde y quién ha de hacerlo. (14)

La elección de las intervenciones permite a las enfermeras (os) a determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el paciente y para corregir su problema de dependencia.

Las intervenciones, pues, constituyen las acciones, que realiza ella misma para conseguir el bienestar del paciente o su mejoría engloban también las acciones que ella hace ejecutar al paciente, su propio cuidado. A éstas distintas acciones deben añadirse así mismo intervenciones de comunicación, de redacción de ayuda y enseñanza al paciente.

Intervenciones y rol de suplencia de la enfermera.

Las intervenciones de enfermería se orientarán, a aumentar y completar lo que el paciente puede realizar por sí mismo, en determinados casos, a suplir aquello que él no pueda hacer por sí mismo. Por tanto sus acciones tienen como objeto esencial conservar un grado óptimo en la independencia de la persona.



Desde el punto de vista funcional, la enfermería planifica actuaciones en las distintas áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano, estas acciones son:

- Promoción de la salud
- Prevención de las enfermedades
- Restablecimiento de la salud
- Rehabilitación
- Acompañamiento en los estados agónicos del paciente

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos puntos de prescripciones.

- a. Prescripciones enfermeras: son aquellas que puede hacer la enfermera independientemente y ejecuta la prescripción.
- b. Prescripciones médicas: son las actuaciones dadas por el médico, representan tratamiento de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

Características:

- Creativas.
- Individualizadas.
- Mensurables.
- Deben ser coherentes con el plan de cuidados.
- Deben indicar a que hora, en qué momento, con qué continuidad y duración.
- Estarán basadas en principios científicos.



- Deberán describir la forma en que se llevará a cabo la acción, precauciones que se deben tomar y las consecuencias a prevenir.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Se utilizarán los recursos necesarios y apropiados.

El tipo de actividades de enfermería, según Iyer (1989) son:

- Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en la que se llevará a cabo una atención médica.
- Interdependientes: son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a los otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de los asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- Independientes: son aquellas actividades de la enfermería que van dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizadas a atender, gracias a su formación y práctica.

4. Documentación y registro: Con la información y documentación de enfermería se obtienen varios beneficios como la eliminación del papeleo, los planes de cuidados actualizados manteniendo su flexibilidad y son personalizados, los datos son más relevantes y exactos.



EJECUCION

Es la cuarta etapa del proceso enfermero en ella se lleva a cabo el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación.

Constituye el momento de la realización y puesta en practica del plan de intervenciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente hacia la optima satisfacción de sus necesidades manteniendo su salud o conducirlo a una muerte serena. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y de control o de promoción del bienestar del paciente.

Las situaciones y/o relaciones que presente el paciente durante toda la ejecución de los cuidados de enfermería van a determinar el éxito o el fracaso del plan de cuidados.

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Tras valorar de nuevo al paciente y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del paciente guiar y tratar.

Dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades del paciente, el equipo de enfermería y la familia del paciente.



En esta etapa implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y evaluación de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen formas de hacer anotaciones como son las dirigidas hacia los problemas. Esta documentación verificará en el plan de cuidados que se ha llevado a cabo y que puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Se deben profundizar en la valoración de datos que quedaron sin completar. En primer lugar se encuentra el paciente, al que van dirigidas todas las acciones planificadas.

Aun cuando en un primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzca la evolución positiva se intentara que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, que de este modo él irá adquiriendo independencia. También se pueden encontrar miembros de la familia del paciente y algunas otras personas que en algunas circunstancias colaboraran en los cuidados.

La enfermera supervisa estas acciones, anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados al paciente. Pero según la condición del paciente, el estado de dependencia puede ser variable.

En algunas ocasiones, puede resultar imposible que el paciente avance hacia una independencia mas completa. En este caso, los roles deberán permanecer compartidos. Igualmente puede ocurrir que se den situaciones en las que el agravamiento del problema de salud obligue a la enfermera a hacerse cargo de una forma casi total de la satisfacción y necesidades del paciente.



Relación enfermera (o) - paciente.

La fase de ejecución de los cuidados, es el momento más importante para el contacto con el paciente. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él. No solo se debe atender la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también se deben conceder la debida atención a su dimensión, como persona, incluyendo sus preocupaciones. Incluso en los momentos mas cruciales desde el punto de vista de los cuidados, la enfermera debe de preocuparse de cómo el paciente esta viviendo la situación, y tener la ocupación constante de establecer con él una relación de ayuda. Cuando se presente el dolor, la enfermera no tiene opción, debe ocuparse también de la ansiedad, frustración y el miedo que son casi siempre las consecuencias de este dolor.

La etapa de ejecución de los cuidados es, pues, el momento privilegiado para que la enfermera (o), ponga en práctica sus distintas capacidades de relación. La actitud de la escucha, el arte de hacer preguntas y de responderlas, centrando la atención en el paciente, son algunas de las características de esta forma de comunicación, que ha de prescindir los intercambios diarios entre la enfermera y el paciente.

Relación pedagógica enfermera-paciente

La ejecución de los cuidados constituye para la enfermera(o) un momento privilegiado para informar al paciente sobre su problema de salud, su tratamiento o incluso sobre ciertos hábitos de su vida que son poco aptos para satisfacer sus necesidades fundamentales. Debe explicarle en detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución las rutinas del centro de salud (en caso de que se encuentre hospitalizado, en un asilo, etc.), las exploraciones y los tratamientos a los que debe someterse.



La enseñanza puede hacerse de manera informal durante los cuidados o en el momento de realizar postratamientos, también puede llevarse a cabo de forma mas estructurada, en forma de un verdadero curso. Se le debe preparar un plan de enseñanza.

A lo largo de esta fase, se continúan obteniendo informaciones sobre el estado del paciente y su respuesta a las atenciones, con lo cual se puede imponer algunas modificaciones o complementaciones de las estrategias (acciones).

Capacidades que debe tener el personal de enfermería para la ejecución de los cuidados de enfermería.

- Las acciones de enfermería deben basarse en conocimientos científicos en la investigación de enfermería.
- Deben conocer las ordenes que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no sea entendida.
- Las acciones de enfermería deben adaptarse a cada paciente.
- Las actuaciones de enfermería deben ser holísticas.
- Las acciones de enfermería deben respetar la integridad y dignidad de la persona.
- Se debe animar a los pacientes a que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de la enfermera.
- Las acciones de enfermería deben proporcionarse en un ambiente favorecedor.



EVALUACION

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

La evaluación es un proceso continuo y formal. Aunque se identifique como la ultima fase de la metodología de enfermería, es una parte integral de cada fase. Hay evaluación siempre que la enfermera se relaciona con el paciente.

Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

La evaluación, última fase del proceso de enfermería es un proceso que requiere de la evaluación de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Los dos criterios mas importantes que se valoran en esta etapa son; la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Para que tal labor sea eficaz, es preciso tener previstos y respetar ciertos plazos de evaluación, diversos según sean los objetivos dado que solo así pueden determinarse las tendencias de la evolución del paciente y de los resultados de las actuaciones.

De forma resumida por M. Caballero la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente
- En relación a los objetivos establecidos
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con la finalidad de establecer correcciones



En el primer elemento de evaluación lo constituyen los resultados obtenidos por los cuidados de enfermería. La evaluación de dichos resultados en sí, es una recogida de datos, por medio del cual se detectan nuevas necesidades o problemas que no se atendieron por prioridad a otras y que se pueden realizar los ajustes necesarios en su caso introducir modificaciones para que la atención sea mas completa. De este modo, cada vez se va añadiendo nuevos datos a los que se ha de ir dando tratamiento sucesivamente.

La ética en la evaluación de las intervenciones de enfermería se convierte en garantía en la calidad de los cuidados de enfermería brindados para conseguir o mejorar la salud del individuo, familia o comunidad.

La satisfacción del paciente es el segundo elemento que hay que considerar en la evaluación de los cuidados. El paciente no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces por ignorancia, puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres.

También pueden darse el caso contrario, puede sentirse satisfecho de determinadas intervenciones, a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su aprobación y discutirla con el.

En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente; sin embargo, las fases del proceso están interrelacionadas y son independientes.

Los posibles resultados a los que se puede llegar son:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.



- El paciente esta en proceso de lograr el resultado esperado.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado, no parece que lo vaya a conseguir. En este caso se puede realizar una nueva versión del problema, de los resultados esperados y de las actividades llevadas a cabo.

La persona que procede a la evaluación de un determinado objetivo, debe además, de adaptar sus observaciones de forma concisa, indicar la fecha de la evaluación y firmar con su nombre. Esta forma indica la seriedad de la etapa de evaluación.

Con la etapa de evaluación se completa un proceso cíclico y continuo poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería. (15)



4.3.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es la Presión arterial elevada que se define como presión sistólica igual o mayor 140 mm/hg y presión diastólica igual o mayor de 90 mm/hg.

La hipertensión es un trastorno con frecuencia sintomático caracterizado por una tensión arterial persistente elevada. La hipertensión esta asociada con el engrosamiento y la pérdida de elasticidad de las paredes arteriales. Dentro de los vasos gruesos y poco elásticos la resistencia vascular periférica aumenta. El corazón debe bombear continuamente contra una resistencia mayor. Como resultado, el flujo de la sangre hacia órganos vitales como el corazón, el cerebro y el riñón disminuye. (16)

Las personas con una historia familiar de hipertensión presentan un riesgo significativo. La obesidad, el hábito al tabaco, el consumo elevado de alcohol, la ingesta alta de sodio, la vida sedentaria, y la exposición continua al estrés también están relacionados con la hipertensión.

Fisiopatología:

La hipertensión arterial se ve afectada por el gasto cardiaco y el flujo sanguíneo que cuando disminuye aumenta la resistencia y presión arterial.

Epidemiología:

La Hipertensión sigue siendo un problema de asistencia sanitaria que afecta a la población hoy en día. Es una enfermedad multifactorial, es el factor de riesgo más



importante de la cardiopatía coronaria, el ictus, la insuficiencia cardiaca congestiva, la insuficiencia renal y la enfermedad vascular periférica.

Etiología:

Aunque se desconoce la etiología específica, se han identificado factores de riesgo que actúan como factores iniciales o aceleradores de la hipertensión. Los factores genéticos o no modificables, se relacionan con los antecedentes familiares, el sexo, la edad y el grupo étnico. Los factores ambientales o no modificables se relacionan con la nutrición, el estilo de vida, el perfil de estrés del sujeto y las enfermedades que puedan controlarse hasta cierto punto. El riesgo relativo de hipertensión depende del número y la gravedad de los factores de riesgo modificables.

Factores Predisponentes:

La tensión arterial no es constante dado que esta influida continuamente por muchos factores durante el día. La comprensión de estos factores asegura una interpretación más exacta de las lecturas de la tensión arterial.

Edad: Los valores normales de la tensión arterial varían a lo largo de la vida. Aumentan durante la infancia, durante la adolescencia, la tensión arterial continua variando de acuerdo con el tamaño del cuerpo, la tensión arterial de un adulto tiende a aumentar con la edad, la tensión arterial optima de un adulto sano de mediana edad es de 120/80 con valores aceptados de <130/<85 según la norma aceptada (Joint Nacional Comité, 1997). Los ancianos tienen un aumento de la tensión arterial sistólica relacionado con una disminución de la elasticidad de los vasos.



Estrés: La ansiedad, el miedo, el dolor y el estrés emocional provocan una estimulación simpática que aumenta el ritmo cardiaco, el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. Los efectos de la estimulación simpática aumentan la tensión arterial.

Raza: La tasa de hipertensión es más alta entre los afro americanos que entre los americanos de origen europeo. Los afro americanos tienden a desarrollar hipertensión más grave a edades más precoces y tienen el doble de riesgos de complicaciones como un accidente cerebro vascular o un ataque cardiaco (Brashers, 1998).

Medicaciones: Algunas medicaciones pueden afectar directa o indirectamente a la tensión arterial, como por ejemplo los antihipertensivos, analgésicos, que pueden disminuir la tensión arterial.

Sexo: No hay diferencia clínicamente significativa en los valores de la tensión arterial entre hombres y mujeres. Después de la pubertad, los hombres tienden a tener lecturas de tensión arterial superiores. Después de la menopausia, las mujeres tienden a tener valores superiores que los hombres de edades similares.

Factores no Modificables:

Antecedentes familiares

Sexo

Edad

Grupos étnicos

Factores Modificables:

Perfil de estrés

Características de la personalidad



Situaciones laborales

Nivel socioeconómico

Factores dietéticos

Estilo de vida

Actividad física

Manifestaciones Clínicas:

A la hipertensión se conoce como el asesino silencioso, porque no tiene manifestaciones claras que puedan detectarse con facilidad. Este trastorno asintomático continúa hasta que se ha establecido la lesión orgánica. Aunque habitualmente se considera la cefalea como un signo o síntoma de hipertensión. La cefalea es más frecuente entre los pacientes hipertensos, obesos y ansiosos. Otros problemas asociados, como la epistaxis, el vértigo y el mareo, no son siempre sintomáticos de hipertensión. Los signos y síntomas dependerán de los vasos afectados algunas personas refieren pérdida o ganancia de peso, náuseas o vómito, fatiga, fosfenos y acúfenos.

Estudios Para Confirmar la Hipertensión:

Para determinar otros factores de riesgo o presencia de enfermedad orgánica y cualquier causa posible de hipertensión, antes de iniciar el tratamiento pueden realizarse diferentes pruebas diagnósticas y de laboratorio. Estas son análisis de orina y las pruebas sanguíneas, como un recuento sanguíneo completo (RSC), la glucemia (en ayunas), el potasio, el calcio, la creatinina, el ácido úrico, las lipoproteínas de alta densidad y los triglicéridos en suero. También puede hacerse un ECG.



Diagnostico:

El Diagnostico se basa en la medición de la presión sanguínea, en la que la T/A se encuentre la sistólica por arriba o igual a 140, y la diastólica igual o mayor que 90 mmHg. En por lo menos dos mediciones en días distintos.

Tratamiento:

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar la presión sanguínea alta:

Se debe de peder peso, en caso de tener sobrepeso, ya que este exceso le agrega tensión al corazón. En algunos casos, la pérdida de peso puede ser el único tratamiento necesario.

Se debe realizar ejercicio para ayudar a mejorar la condición cardiaca.

Se deben hacer ajustes en la dieta en la medida de lo necesario se recomienda disminuir la ingesta de grasa y sodio (contenido en sal, el glutamato monosódico y el bicarbonato sódico). Igualmente se recomienda el consumo de frutas, hortalizas y fibra.

Se pueden utilizar medicamentos tales como los diuréticos, bloqueadores beta, bloqueadores alfa, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA): Si la presión sanguínea es muy alta, se puede requerir medicamentos como la hidralazina, minoxidil, diazoxida o nitroprusida. (17)

Complicaciones:

- Enfermedad cardiaca hipertensiva
- Accidente cerebro vascular



- Ataques cardíacos
- insuficiencia cardíaca congestiva
- Arteriosclerosis
- Disección aórtica
- Insuficiencia renal
- Apoplejía
- Daño cerebral
- Pérdida de la visión

Impacto Social de la Hipertensión Arterial.

Las complicaciones y secuelas de la Hipertensión Arterial se conocen desde tiempos de Hipócrates, siendo atribuidas a un exceso del humor sanguíneo, etiología por la cual durante casi 20 siglos fundamentó la terapéutica de las sangrías o flebotomías, que a su vez dieron pauta para el desarrollo de profesionales de medicina, como los cirujanos barberos en Europa y el Tezocetzcoani o sagrador náhuatl.

La HA también tuvo que ver con el desarrollo de la moderna farmacología al formarse la sabiduría popular para el tratamiento de la “hidropesía”, que las curanderas inglesas realizaban con tes de hojas de dedalera o digital, a partir de su incorporación sistemática al saber médico, hecha por el Dr. Wittering para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en el siglo XVIII.

La historia social de la HA, tiene mucho que ver con la historia de la iatrosofía médica, donde se constata como la racionalidad instrumental de los profesionales de la salud, eleva, con el estatus de enfermedad clínica, un signo, definiendo “técnicamente” la normalidad o la anormalidad de la salud humana, mediante una variable fisiológica de dicha salud humana: me refiero a la presión arterial (PA), medida y definida en términos de hipotensión, normotensión e hipertensión a, donde los extremos de esa concepción positiva, se considera como una desviación, es decir, como una enfermedad, a partir de la cual el prestador de



servicios de salud, fundamenta, desarrolla y aplica mediante una noción elástica de necesidades y de demanda de salud, una lógica referente a la atención de la HA en personas a quienes se les diagnostica y trata con la etiqueta de hipertensos. (18)

Complicaciones como Enfermedad Crónica Degenerativa a Nivel Social.

La clase social determina mayores niveles de prevalencia de hipertensión arterial en los proletariados que en los burgueses. El desarrollo productivo también determina un mayor nivel de hipertensión, en las sociedades industrializadas. Las instituciones desde la familia hasta las de salud, determinan niveles y acceso de atención a la problemática de la hipertensión. Las normas (Leyes) que determinan a la salud como un “gracioso derecho a la atención” o como “garantías” para satisfacer una necesidad vital, puede obstaculizar oportunidades de prevención y control de la hipertensión arterial. El trabajo sobre todo, donde no se tiene control sobre el proceso, condiciona niveles de hipertensión, asimismo aspectos sociales como las condiciones de contratación (por jornada, o a destajo: eventual, o de base).

Los tipos de consumo simple, como una dieta monótona rica en grasas o la falta de una vivienda digna, pueden favorecer la hipertensión arterial, o el consumo de tabaco, alcohol o cocaína también. El crecimiento corporal, como la obesidad esta asociado a la hipertensión arterial y modalidades de desarrollo individual, como el sedentarismo o la personalidad “A”, también están asociados a un mayor índice de hipertensión.

Por último la herencia familiar, la co-morbilidad (como la diabetes) y la virulencia de la hipertensión son factores que afectan las tasas de morbilidad, letalidad y morbilidad por hipertensión arterial. (19)



Problemas Psicológicos y Sociales de la Hipertensión Arterial.

Es uno de los problemas más graves a los que se enfrentan los servicios de salud. Incluso en personas con cifras de tensiones normales, una amplia gama de estímulos ambientales, ligados a una reacción emocional moderada o intensa, desencadenan aumentos transitorios de la hipertensión arterial. Esta actividad cardiovascular es mayor en pacientes hipertensos, o en personas con antecedentes familiares de hipertensión arterial. Hechos que involucran a los factores psicosociales en la patogenia de la hipertensión.

Estudios epidemiológicos han señalado una mayor prevalencia de hipertensión arterial en sociedades que están sometidas a un proceso de cambio en sus pautas culturales (industrialización, urbanización, migración, pérdidas de tradiciones, etc.), mientras que la frecuencia es notablemente menor en pueblos socialmente estables. En zonas urbanas se ha observado que la incidencia de hipertensión es mayor en barrios con bajo nivel socioeconómico y un alto índice de criminalidad. Por lo tanto, podría afirmarse que la hipertensión arterial, al igual que sucedía con la enfermedad coronaria, acompaña a los procesos de cambio sociocultural que imponen al sujeto continuas demandas adaptativas.

Los factores psicológicos también han sido implicados. Los pacientes hipertensos serían incapaces de expresar sentimientos hostiles, lo que les generaría un sentimiento mantenido. Esto provoca que habitualmente se encuentren tensos, en alerta constante y tiendan a percibir su entorno como amenazador. Asimismo, se han descrito abundantes rasgos obsesivo-compulsivos. La constatación de esta hipótesis se enfrenta lógicamente a importantes dificultades metodológicas.

Algunos estudios recientes confirmaron una relación entre la presencia de sentimientos de irritación e ira contenida y la hipertensión arterial. Además, se ha establecido que los pacientes hipertensos con elevación de la actividad de la renina plasmática presentan mayores niveles de ira contenida susceptible,



paranoidismo, depresión y ansiedad. Distintos tratamientos de orientación psicológica, como la relajación, el biofeedback o las técnicas para afrontar el estrés han resultado útiles en el tratamiento de hipertensión. Estudios han señalado que la combinación de técnicas de relajación permite mantener controladas las cifras tensionales rebajando significativamente la dosis de distintas sustancias con propiedades antihipertensivas. Asimismo debe tenerse en cuenta que con frecuencia los antihipertensivos inducen alteraciones psicopatológicas, fundamentalmente trastornos depresivos. (20)



V. CASO CLINICO

La señora Silveria Félix Zamora de 60 años de edad, viuda, originaria de Oaxaca con residencia actual en la Ciudad de México delegación Cuajimalpa colonia navidad desde hace 33 años radicando en el DF, tubo 6 embarazos, 1 legrado y ningún aborto

Silveria, vive actualmente en una casa de material, con todos los servicios intradomiciliarios, en la casa viven, seis personas: ella, sus cuatro hijas que trabajan y su hijo que estudia, el mayor de sus hijos ya esta casado y vive cerca de su casa. La casa cuenta con tres habitaciones, sala comedor y cocina, un baño completo, agua entubada y corriente, luz y teléfono, todos en casa conocen el tratamiento que se le da a la basura. Tienen dos mascotas (perros) y unos canarios.

Silveria se dedica a su hogar, hace aproximadamente un poco más de dos años y medio que se diagnostico como hipertensa menciona que siguió todas las indicaciones medicas y que tuvieron que cambiarle un medicamento que no le callo bien, asta ahora ha seguido su tratamiento sin suspenderlo y se ha sentido mejor.

Tiene un peso de 72 Kg. y su talla es 1.50cm IMC de 32

Presenta T/A 140/90, Pulso 80x´ F.R 20x´ Temp. 36.5 °C

El aspecto de su piel es de buena coloración, hidratada sin lesiones, no tiene antecedentes familiares de hipertensión, diabetes, cáncer o alguna otra de interés, Su único ingreso hospitalario ha sido cuando nacieron sus hijos. En la semana de una a dos veces hace caminata como media hora pero no es constante, se distrae con sus animalitos y sus plantas, hace tres comidas al día con poca grasa y condimentos y se come 9 tortillas por día, en la hora de la comida si queda con hambre se vuelve a servir un poco de comida, no come entre comidas, come mas fruta que verdura, toma aproximadamente 4 vasos de agua entre de sabor y natural en el día, ocasionalmente consume el refresco. Duerme ocho horas diarias y en el día descansa una hora en el momento que se siente cansada, en la noche



a veces se levanta una vez a orinar y en el día orina como cuatro veces de color amarillo claro sin molestias. Cada tercer día hace de una a dos deposiciones regularmente de consistencia dura y seca. Es autosuficiente en cuanto a todos sus movimientos corporales, no realiza ninguna actividad física, y a veces se aburre, no sale de su casa solo cuando va a la iglesia, es educada y cordial con sus vecinos pero no platica con ellos, convive con sus hijos cuando los tiene en casa porque cuando salen a trabajar o a estudiar se queda preocupada por lo que les pueda pasar en la calle. Su higiene personal es limpia se baña cada tercer día, su aseo dental es diario cuenta con toda su dentadura, tiene uñas cortas.

Es católica y pertenece a un grupo en la iglesia, acostumbra a ir a misa dominical. Se preocupa por la inseguridad y delincuencia cuando ella o sus hijos salen por necesidad a la calle. Con respecto a su hipertensión no ha tenido complicaciones solo dice que haber sino se presenta otra enfermedad inesperada. Económicamente se siente desahogada por que lo que sus hijas ganan lo administran y les alcanza para vivir no con lujos pero dignamente.



VI.- DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

6.1.- VALORACIÓN POR NECESIDADES

SILVERIA FÉLIX ZAMORA

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Su frecuencia respiratoria es de 20 X´ pulso de 80 X´, no disnea, piel y mucosas con coloración normales.

2.- NECESIDAD DE HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN

Realiza tres comidas al día se vuelve a servir cuando queda con hambre, menciona comer mas frutas que verduras, toma aproximadamente un litro de agua al día porque no le da mucha sed, se apeg a lo más posible a su dieta. Posee todas sus piezas dentarias.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Hábito intestinal de una a dos deposiciones cada tercer día (por lo regular de consistencia dura). Hábito urinario cuatro veces al día (color amarillo claro sin molestias) solo se levanta en la noche a orinar si a tomado líquidos antes de acostarse.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Posee total autonomía para realizar sus movimientos, refiere que solo camina en ocasiones de una a dos veces por semana media hora cuando va a su comunidad de evangelización, su expresión facial es de tranquilidad, en su postura se le observa fuerza muscular y su andar es lento, a veces se aburre. Cuando sale de su casa le gusta visitar lugares de recreación o iglesias.



5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Duerme ocho horas diarias, solo despierta cuando hace mucho frío y le dan ganas de orinar, refiere que en el día cuando se siente cansada descansa una hora (se acuesta pero no se duerme). Por la noche no le cuesta trabajo dormir, solo cuando hay mucho ruido y fuerte en la calle como (música).

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Con total autonomía para vestirse, menciona le gusta estar y sentirse bien.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Su temperatura corporal es de 36.5 °C, sus manos y pies se encuentran por lo regular calidos.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Silveria se baña cada tercer día y en ocasiones diario, su aseo dental es diario. Su persona, ropa y zapatos se encuentran limpios.

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Su actitud frente al entorno es la adecuada, se encuentra orientada en espacio, tiempo, persona. Refiere que la mayoría de las veces cuando sus hijos salen al trabajo o escuela le preocupa que les pase algo en la calle, y cuando llega se tranquiliza.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Ninguna alteración auditiva, ni visual, ni en el lenguaje. Buena relación con sus hijos, su lenguaje es lento y habla en voz baja, y tiene escasa relación con los vecinos, sale poco de casa solo cuando se reúne con los compañeros del grupo de la iglesia, y cuando va a algún evento de la iglesia o a misa.



11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES

A través de sus creencias y valores actúa, ya que le da la importancia a la religión que practica (católica). Refiere que espiritualmente se siente satisfecha.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Se siente en paz por lo que trabajo y por lo que hizo, y considera que su padecimiento no le impide hacer lo que quiere. Refiere la importancia que tiene que sus hijos la ayudan en todos los aspectos y que ella depende totalmente de ellos.

13.- NECESIDAD DE RECREARSE

Considera no tener actividades recreativas porque ya no sale como antes que sus hijos eran más chicos y salían a cualquier lugar a pasear pues ellos dedican su tiempo a sus estudios o trabajo. Solo asiste a un grupo de evangelización que pertenece a la iglesia.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Se encuentra en la mayor disposición de dar lo mejor de sus conocimientos, al igual que aprender de sus acontecimientos de la vida. Muestra interés por saber lo referente a su padecimiento.



6.2. ORGANIZACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

Cuadro #1

NECESIDAD	DATOS	
	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
1. Respirar con normalidad.	Respiración 20X' Pulso 80X' T/A 140/90	Refiere no tener dificultad respiratoria.
2. Alimentarse e hidratarse.	Peso 72Kg Talla 1.50 cm.	Refiere realizar tres comidas al día se "come 9 tortillas, se vuelve a servir cuando queda con hambre, come mas frutas que verduras, cuando se le antoja el pan lo come".
3. Eliminar residuos corporales.	Deposiciones duras cada tercer día y orina cuatro veces al día color amarillo sin molestias.	Refiere "tomo 4 vasos de agua de sabor y natural al día, en ocasiones consumo refresco".
4. Moverse y mantener una posición deseada.	Total autonomía para realizar todos sus movimientos. Al caminar se agacha un poco y su andar es lento.	Refiere que "camino poco regularmente me la pasa sentada o de pie cuando realizo alguna actividad en el hogar y no realizo ningún tipo de ejercicio y a veces me aburro".
5. Dormir o descansar.	Su semblante se ve relajado, alerta, duerme sus ocho horas diarias.	Refiere que en sus horas de sueño descansa y despierta alegre, solo despierta por la noche cuando hay ruido en la



		calle.
NECESIDAD	DATOS	
	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
6. Elegir la ropa adecuada vestirse y desvestirse.	Es capaz de vestirse y desvestirse por si sola adecuadamente.	Refiere saber en que momentos vestir mejor.
7. Mantener temperatura corporal mediante selección de ropa y modificación en su entorno.	Su temperatura corporal es de 36.5 °C y sus manos y sus pies se encuentran por lo regular calidos.	Refiere que siempre se adapta al clima, que se abriga cuando es necesario.
8. Mantener el cuerpo limpio, aseado, cuidado y los tegumentos protegidos.	Se le observa en su persona limpia en boca, uñas, pelo, ropa y zapatos.	Refiere “bañarse cada tercer día, su aseo dental es diario y le gusta estar aseada.
9. Evitar peligros y mantener una integridad física y mental.	Se le observa preocupada cuando sus hijos salen de casa, es precavida ante los peligros con su persona y los demás.	Refiere que le da mucho “miedo cuando sus hijos salen a la escuela o al trabajo se preocupa por lo que les pueda pasar en la calle”.
10. Comunicarse y expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.	Habla en tono bajo y un poco lento, se ubica en tiempo, espacio, lugar, expresa lo que siente.	Refiere que siempre a hablado en tono bajo y lento pero que siempre se a expresado así no es por temor.
11. Actuar de acuerdo a creencias y valores.	Se observa le agrada apegarse a sus valores y creencias.	Refiere que le gusta mucho su religión (católica) y que le sirven las actividades que realiza en el grupo de la iglesia, ya que le ayuda en su vida.
12. Trabajar de forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.	Se observa que se siente convencida de lo que puede realizar de	Refiere sentirse tranquila con lo que hizo, que no se le dificultan las tareas del



	acuerdo a su edad.	hogar y las actividades que quiera realizar.
NECESIDAD	DATOS	
	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
13. Participar y disfrutar de alguna actividad recreativa.	Se observa que es muy apegada a su familia.	Refiere le gusta convivir con sus hijos, nietos, y le gustaba salir a visitar lugares recreativos e iglesias cuando sus hijos tenían mas tiempo.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.	Se le observa interesada en conocer todo lo necesario de su enfermedad y en mejorar su estado de salud.	Refiere que le gusta aprender y saber cosas que le ayuden a estar bien de salud, ya que es por bien propio y de su familia, le gusta seguir las indicaciones médicas ya que le ayudan a estar y sentirse bien.



6.3 CLASIFICACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS Y DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS

Cuadro # 2

NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNOSTICO
Alimentarse e Hidratarse de forma adecuada.	Peso 72 Kg. Talla 150 cm. Durante el día “come 9 tortillas, si queda con hambre vuelve a servirse, come más frutas que verduras, y si se le antoja un pan lo come”.	Alteración de la nutrición por exceso relacionado con la ingesta excesiva de alimentos manifestado por un peso corporal superior al 20% al indicado para su talla.
Eliminación de residuos corporales.	“Tomo 4 vasos de agua de sabor y natural al día, en ocasiones consumo refresco y como mas fruta que verdura”.	Riesgo de estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra además de poca actividad física.
Participar y disfrutar de alguna actividad recreativa.	Camino poco regularmente me la paso sentada, en ocasiones me aburro, no realizo ningún tipo de ejercicio. “ya no salgo como antes, ni me acompañan mis hijos a visitar los lugares recreativos que frecuentábamos en	Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de apoyo familiar manifestado verbalmente por aburrimiento y no salir como antes.



	familia”.	
NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNOSTICO
Comunicarse y expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.	Refiere “que siempre ha hablado en tono bajo y lento pero que siempre se ha expresado así no es por temor”. convive con sus hijos en su casa, le gustan las actividades que realiza en la iglesia,	Participación efectiva del rol familiar relacionado con el desempeño y manifestado por convivir con sus hijos cuando los tiene en casa.
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.	Refiere “que se informa de su padecimiento, le gusta aprender y saber cosas que le ayuden a estar bien de salud”, ya que es por bien propio y de su familia, le gusta seguir las indicaciones médicas ya que le ayudan a estar y sentirse bien.	Manejo efectivo del régimen terapéutico, relacionado con su salud manifestado verbalmente para conocer más acerca de su enfermedad.



6.4 PLAN DE INTERVENCIÓN CON FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Plan de cuidados de Enfermería (Alimentarse e Hidratarse de forma adecuada)	
Diagnostico de Enfermería: Alteración de la nutrición por exceso relacionado con la ingesta excesiva de alimentos manifestado por un peso corporal superior al 20% al indicado para su talla. Objetivo general: Que la información que le de sobre como llevar un plan de alimentación sea clara y comprendida para Silveria para que pueda ponerla en practica.	Datos Generales y significativos. Peso 72 Kg. Talla 150 cm. Durante el día “come 9 tortillas, si queda con hambre vuelve a servirse, come más frutas que verduras, y si se le antoja un pan lo come”. Resultado esperado: En las primeras semana será capaz de identificar, con la información que se le de, los patrones de alimentación que contribuyen a ganar peso y a aumentar sus cifras de TA y las ventajas que tiene reducirlos o eliminarlos y consumirlos de acuerdo a su necesidad para obtener un mejor nivel de salud.
Intervenciones y acciones específico Se estableció un plan en el cual la paciente disminuya la cantidad de alimentos ricos en grasa (empanizados, capeados, fritos, rostizados), reducir la cantidad de pan y tortilla de manera progresiva, ejemplo si come 9 tortillas al día, que consuma 7. Se hizo por medio de tres platicas donde se utilizo, trípticos, cartulinas, que mostraran la clasificación de alimentos, llamado también el plato del bien comer, que se forma por; frutas y verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, para realizar el plan por cuatro semanas. Se recomendó consumir carnes con bajo contenido en grasa ejemplo; pollo sin piel, pescado, atún en agua, pulpa de res,	Fundamentación científica de las acciones. Cualquier aumento en la actividad física aumenta el gasto energético y el déficit calórico en una persona que siga un régimen dietético de reducción de calorías. El objetivo principal de una clasificación de alimentos es el proporcionar una guía, de fácil aplicación, en la enseñanza de la buena nutrición, en la clasificación debe haber suficientes alimentos para permitir la variación en la dieta e incluir uno o varios alimentos de cada grupo en cada comida. Los productos animales constituyen fuentes de proteínas, y son nutrientes energéticos para incrementar la actividad del individuo.



prepararlas asadas, cocidas, al vapor, a la plancha o en alguna salsa. - Se le invito a que consumiera frutas y verduras de temporada y que estén al alcance de sus recursos económicos, ejemplo la espinaca, acelgas, verdolagas, lechuga, repollo, zanahorias, naranja, pera, manzana. Reforzar el hábito de alimentación, a través de una plática para llevarlo a la práctica. - Se habló con silveria de que es muy importante el no omitir comidas y tratar de comer a la misma hora todos los días, y evitar comidas abundantes tres veces al día; y se programaron ingestas pequeñas y frecuentes, tres comidas y dos refrigerios por día, esto con el apoyo de su familia. Se Ayudo a la paciente por medio de un ejercicio de preguntas a identificar cuales son los alimentos permitidos y cuales los prohibidos para que los incluya o excluya de su alimentación. - Se invito para que los escribiera en una hoja y los pegue en el refrigerador para que los recuerde constantemente. - Se le hablo de la importancia de los buenos hábitos de la alimentación, Se exhorto para que se expresara y mencionara los resultados. - Al finalizar el proceso se platico con ella para que diera a conocer los beneficios que obtuvo durante el mismo.	Las frutas y verduras contienen fibra que se encuentra en el gabazo de estos alimentos y sirve para limpiar nuestro sistema digestivo. Lo que favorece el transito intestinal, dando menos tiempo a tu intestino de absorber las grasas a la vez que incrementa la sensación de saciedad. Cuando nuestra alimentación es regular, ayudamos a regularizar nuestras funciones intestinales disminuyendo los síntomas de estreñimiento. El comer en un mismo horario, ayuda a que nuestro colon se contraiga adecuadamente para lograr desplazar las heces y eliminarlas. El consumo frecuente y en poca cantidad de alimentos favorece una mejor metabolización del organismo. La identificación y reducción de respuestas inapropiadas o destructivas ante las tensiones puede ser el factor crítico para una buena pérdida y conservación de peso
--	--



Evaluación del Plan de cuidados: El plan se llevo a cabo, al término de las pláticas con la participación de Silveria ya que pudo reducir algunos de sus alimentos que le ayudaban a ganar peso, como la tortilla, el pan, y el comer hasta saciarse, además entendió y llevo a cabo su plan de alimentación por medio de la clasificación de los alimentos. A través de la participación de la familia también hubo avances ya que la hija mayor, que es la que cocina la mayoría de las veces estuvo involucrada en las platicas y corrigió algunos procesos en la preparación de la comida, ejemplo; disminuyo la cantidad de alimentos ricos en grasa, incremento verduras y frutas en ensaladas, consumió sopas de verduras en lugar de pastas, cocino los alimentos con las cantidades mínimas de aceite utilizando el de oliva. Además Silveria aprendió a comer en platos pequeños para sentirse saciada y no volverse a servir, ya que en los platos grandes comía más. Y comento que este plan de alimentación le ayudo porque pudo bajar 1.500 Kg. durante el proceso y manifiesto seguir este tipo de alimentación para evitar complicaciones por el exceso de peso.



Plan de cuidados de Enfermería (Eliminación de residuos corporales)	
Diagnostico de Enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra, además de poca actividad física Objetivo general: Que Identifique y desarrolle habilidad para controlar las causas del problema para recuperar su habito intestinal regular.	Datos Generales y significativos. Tomo 4 vasos de agua de sabor y natural al día, en ocasiones consumo refresco y como mas fruta que verdura. Resultado esperado: Que Silveria recupere su habito intestinal y desarrolle las habilidades necesarias para eliminar, reducir o controlar las causas del problema.
Intervenciones y acciones específica Se estableció un plan en el cual la paciente participo en actividades que conlleven un gasto energético y. - Se invito a caminar cada tercer día acompañada por una de sus hijas, en las tardes media hora por dos semanas y después una hora cada tercer día por dos semanas. Se fomentaron cambios en los hábitos de la alimentación como el aumento de consumo de alimentos ricos en residuos y fibra como las (frutas, verduras, hortalizas, cereales) tomando en cuenta las preferencias y recursos económicos de la persona. - Se hizo por medio de tres platicas durante las cuales se hizo hincapié de la importancia de incluir en la comida por ejemplo, frutas: naranja, mandarina, lima, piña, ciruelas, manzana, pera, papaya, uvas, mango, y verduras: chayote, zanahoria, ejotes, espinaca, lechuga, betabel, calabaza, apio, nopal, grano de elote, de	Fundamentación científica de las acciones. ¡A mover la sangre! El ejercicio ayuda a disminuir el estrés, eleva el sistema inmunológico, estimula las contracciones rítmicas del intestino, elimina toxinas, y sirve como relajamiento para las terapias, ya que se despeja la mente, el cuerpo se relaja y nos ayuda a evitar problemas de circulación más comunes en las extremidades inferiores. Los alimentos ricos en fibra ablandan y aceleran el paso de las heces a través del movimiento intestinal reduciendo el estreñimiento. Hay muchas razones por lo cual vale la pena consumir las frutas, se recomienda comer al menos tres al día, ya que en la mayoría de las frutas mas del 80% de su peso es agua, lo que facilita la eliminación de toxinas en nuestro organismo y nos ayuda a mantenernos bien hidratados. Por su riqueza en antioxidantes (vit. C, vit. E y betacaroteno), y para correcto funcionamiento del sistema



preferencia consumirlos al vapor. Se fomento la ingesta y aumento de líquidos mencionando que hay que tomar agua de 6-8 vasos a lo largo del día, sin esperar a tener sed, tomarla como un hábito indispensable para la vida diaria. • Se recomendó que tenga vasos con agua en los lugares donde se encuentre realizando alguna actividad y que tomara agua aunque no tuviera sed, ejemplo; sala, recamara, en el lavadero. • Se platico sobre la importancia de darle a nuestro organismo agua para sus necesidades.	inmunológico. Por su aporte de fibra, que ayuda a regular la función intestinal, y a corregir el estreñimiento. Por su poder diurético y por los minerales que contienen, la abundancia de agua y potasio y en cantidad baja el sodio, potasio, magnesio, y por su bajo contenido en grasa. El agua es un liquido extraordinario y esencial para la vida, nos ayuda para que los intestinos produzcan importantes procesos de eliminación y desintoxicación, manteniendo nuestro sistema inmunológico fuerte, los alimentos y los gases se transportan en medio acuoso, los productos de desecho se expulsan del cuerpo mediante la orina, las heces y el sudor, el agua regula nuestra temperatura, lubrica nuestras articulaciones y contribuye de forma decisiva a dar estructura y forma al cuerpo mediante la rigidez que proporciona a los tejidos, y una correcta hidratación contribuye a mantener la piel tersa y joven, a la vez que evitamos envejecer prematuramente, ya que la deshidratación aguda o crónica provoca que la piel se arrugue y resquebraje con facilidad.
Se fomento la rutina diaria e incluir la hora de defecación como parte de ella. • Se aconsejo programarse a la misma hora, aprovechando el reflejo gastrocólico (aproximadamente 30 minutos después del desayuno) dedicando un tiempo de 15 a 20 minutos, aunque no se produzca la defecación. • Se aconsejo el uso de la taza de	El reflejo gastrocólico va ayudar a que se produzca la defecación en un tiempo determinado. Es importante el aguantar la defecación ya que puede producir dolor abdominal y provocar gases intestinales. La posición en semicucilllas permite que haya un mejor vaciamiento del



WC con las caderas y rodillas flexionadas, a fin de adoptar una posición en semicuclillas.	intestino.
Evaluación del Plan de cuidados: Se realizaron las actividades programadas en las cuales se logro un avance, ya que si acepto Silveria salir a caminar tres días a la semana acompañada por su hija, al principio menciono que se canso un poco, ya que no tenia el habito de caminar y lo mas que caminaba eran 15 minutos y ni siquiera cada tercer día sino que muy esporádicamente, pero que en los días que camino constantes se fue cansando menos. Durante el proceso, se observo disposición por parte de Silveria porque se incorporo en las actividades poco a poco con dedicación para mejorar su salud, logro adquirir el habito de tomar agua aunque no tuviera sed, ya fuera natural o de alguna fruta pero sin azúcar, incorporo en los alimentos las verduras en ensaladas crudas, o al vapor, y se dio cuenta a través de la revisión de su rutina intestinal que llevo a cabo, que consumiendo los alimentos ricos en fibra y tomando el agua necesaria, que por medio de este estilo de vida se puede evitar el estreñimiento. Ya que pudo regresar a su habito intestinal diario.	



Plan de cuidados de Enfermería (Participar y disfrutar de alguna actividad recreativa.)	
Diagnostico de Enfermería Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de apoyo familiar manifestado verbalmente por aburrimiento y no salir como antes. Objetivo general: Lograr que reconozca la importancia de realizar alguna actividad recreativa para combatir el sedentarismo y aburrimiento.	Datos Generales y significativos. Camino poco regularmente me la paso sentada, en ocasiones me aburro, no realizo ningún tipo de ejercicio. “ya no salgo como antes, ni me acompañan mis hijos a visitar los lugares recreativos que frecuentábamos en familia”. Resultado esperado: Que Silveria sea capaz de reconocer la importancia y se integre a realizar alguna actividad física y recreativa que le llame la atención para que la realice con frecuencia por salud propia.
Intervenciones y acciones específica Fomentando actividades Silveria dio a conocer cuales le llamaron mas la atención, encontrando que le gustaría pintar en manta, por lo que. - Se invito a su hija para que asistiera con ella, ya que decidió integrarse a un grupo de la tercera edad, que dan clases de manualidades dos veces por semana en la colonia donde vive. Se Fomentaron las actividades de enriquecimiento personal que a ella le gusten, y que tenga acceso a ellas. - Se hizo la invitación a leer o a realizar alguna otra actividad de relajación por ejemplo musicoterapia y aromaterapia. - Se Invito a sus hijos a que salieran con Silveria a los lugares que ella tenga ganas de visitar, en la medida de sus posibilidades, también se menciono que la incorporaran en	Fundamentación científica de las acciones. El relajar nuestra mente en una actividad, marca una pauta para la relajación, lo que nos brinda salud, para vivir con mas energía y porque no juventud. Las actividades son útiles para que la paciente busque formas alternativas que le ayuden a distraerse y dejar a un lado los pensamientos negativos. La unión familiar es el motor para que una familia se encuentre en armonía y paz. El ejercicio físico incrementa el metabolismo y ayuda a quemar calorías ingeridas en forma de alimento.



los mandados del hogar acompañada para que se sienta mas segura, ejemplo; salir a las tortillas, a la verdulería, carnicería, etc. Se Implico y considero a la familia como grupo de apoyo, fomentando su participación en el plan terapéutico en la medida de sus posibilidades y las de la paciente. Este plan se realizo al iniciar la semana, siguiéndose así todas las semanas.	También proporciona una sensación de bienestar. El apoyo familiar es de gran importancia ya que brinda seguridad, y confianza de poder lograr su objetivo, y es un estimulo de lucha para su enfermedad.
Evaluación del Plan de cuidados: Durante el proceso Silveria se observo con buena disposición y realizo las acciones en las que se dio cuenta como desviar la ansiedad enfocándose en la lectura de la biblia, y utilizo inciensos y velas aromáticas que le sirvieron para lograr una relajación, además sus hijos lograron dedicar mas tiempo a su madre e integrarla en los mandados del hogar, acompañada de alguna de sus hijas para que ella se sienta mas segura. Se mantuvo ocupada en las clases de manualidades e identifico que era una terapia en la que canalizaba su temor por medio de actividades que la mantenían distraída y así no pensaba en cosas que la alteraran, como el saber que sus hijos andan fuera de casa y que les pudiera pasar alguna cosa mala en la calle. La familia formo parte importante para lograr el plan terapéutico, ya que hubo disposición de integrarse en las actividades acompañándola a caminar y a su clase de manualidades, también comenzaron a dedicarle un fin de semana de cada mes para salir al lugar que ella quiera.	



Plan de cuidados de Enfermería (Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.)	
Diagnostico de Enfermería: Manejo efectivo del régimen terapéutico, relacionado con su salud manifestado verbalmente para conocer más acerca de su enfermedad.	Datos Generales y significativos. Refiere “que se informa de su padecimiento, le gusta aprender y saber cosas que le ayuden a estar bien de salud”, ya que es por bien propio y de su familia, le gusta seguir las indicaciones médicas ya que le ayudan a estar y sentirse bien.
Objetivo general: Que la información que le de sea la mas indicada para que aprenda mas acerca de su enfermedad.	Resultado esperado: Que Silveria lleve la información como parte de su vida diaria, para que evite complicaciones de la enfermedad.
Intervenciones y acciones específica Se establecieron diálogos entre Silveria donde ella preguntaba las dudas que tenia sobre su enfermedad. Se trato de Informarle lo que mas se pudiera hacer acerca de su problema de salud, para que tome las decisiones de lo que este a su alcance. Se contesto en la medida de lo posible sus dudas.	Fundamentación científica de las acciones. Una platica que se de al oyente debe ser dirigida con palabras entendibles y claras para su entendimiento. Al aclarar cualquier duda sobre su enfermedad, se ayuda a la paciente a tener un panorama mas amplio de la enfermedad, y así pueda tomar decisiones que favorezcan a mantener y cuidar lo mas posible su salud.
Evaluación del Plan de cuidados: Durante el proceso se observo una gran disposición por parte de Silveria, ya que es una paciente que se interesa por su enfermedad, le gusta escuchar programas en el radio de temas de la salud, se interesaba en las conversaciones, preguntando sobre los alimentos que le hicieran daño, medicamentos, sobre estados psicológicos, cualquier cosa que se le ocurriera preguntaba, aunque no fuera específicamente de su enfermedad. Menciono que psicológicamente ella no se siente mal por su enfermedad, que la	



acepta, porque ella a aprendido a tomar la vejez, la enfermedad, como parte de la vida del ser humano, y acepta esto sin renegar solo viviendo con lo que venga en la vida. Pero que esta dispuesta si esta en sus manos, evitando posibles complicaciones por la enfermedad lo hará, y también su familia ya que la apoyan en la medida de lo posible.



VII.-CONCLUSIONES

El Proceso Atención Enfermería es un instrumento indispensable para brindar atención integral a los pacientes, ya sean hospitalizados o no, en cualquier nivel de atención. En el presente caso clínico se proporciono atención en los tres niveles, previniendo complicaciones, tratando y controlando el padecimiento y rehabilitando a la paciente promoviendo su propio cuidado.

Se trabajo conjuntamente con Silveria y su familia, desde que se le comento que si quería participar en el Proceso Atención Enfermería.

Los resultados obtenidos del caso fueron satisfactorios, ya que se han controlado hasta la fecha sus cifras de presión arterial, sus hábitos alimenticios mejoraron y se ha visto esto también reflejado en su control de peso y su costumbre a caminar, cabe mencionar que Silveria conoció más acerca de su padecimiento y la manera de controlarlo y prevenir complicaciones.

Al final de todo este trabajo, ella ha expresado su agradecimiento por todos los cuidados brindados y los beneficios recibidos durante este proceso, ya que siente que los resultados obtenidos contribuirán a mejorar su salud y calidad de vida. Cabe mencionar que la comunicación fue un factor importante para la interacción enfermera-paciente ya que facilitó el Proceso Atención Enfermería.

De manera personal, se concluye que el Proceso Atención Enfermería es una herramienta fundamental para que sea aplicada por todo el personal profesional de enfermería, para brindar atención integral a los pacientes que requieran los servicios en cualquier nivel de atención de esta profesión.

En México las enfermedades crónico-degenerativas son los padecimientos que predominan entre la población de edad adulta y constituyen las primeras causas de mortalidad general. De tal manera que en la actualidad, la hipertensión arterial es uno de los factores desencadenantes de enfermedad cardiovascular de mayor prevalencia en nuestro país.



Comprendiendo que la educación es el recurso más poderoso para alcanzar niveles de salud y promover el desarrollo humano, deben considerarse a las escuelas como privilegiadas para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de la salud, la de su familia y la de su comunidad. Basándose en los programas escolares, incluyendo los libros de texto desarrollando las actividades e información que promueven a la adopción de estilos de vida sanos, y eviten conductas de riesgo.

El asesoramiento profesional, el desarrollo de una cultura nutricional a la hora de comer por los padres y la toma constante de peso y talla, son intervenciones sencillas y de utilidad en las que se fomenta la prevención. Y que están al alcance de quien quiera fomentar cambios en un estilo de vida.

En todo lo anterior mencionado se debe considerar la Hipertensión Arterial como lo que es una enfermedad y no como la consecuencia de factores genéticos no modificables, o los factores ambientales modificables. Considerada así los pacientes que la padecen deben admitir que su tratamiento exige de constancia, tiempo, dedicación y que el objetivo que se pretende no es la curación, sino el control, y el evitar complicaciones, por lo que como en cualquier enfermedad crónica, la suspensión del tratamiento necesariamente traerá como consecuencia la recurrencia de la enfermedad.

Espero que al final, la familia continúe con las actividades que ayudan a Silveria y porque no a sus hijos. Porque hay que recordar que los cambios en los hábitos de alimentación y la práctica del ejercicio son para toda la vida. Solo de esta manera se evitara o retrasara la aparición de la Hipertensión Arterial y sus complicaciones. Al haber realizado este trabajo, me doy cuenta que no es sencillo llevar a cabo el PAE, pero que merece hacerse un esfuerzo ya que nos permite ver ciertas situaciones que no se toman en cuenta la mayoría de las ocasiones.



VIII.-SUGERENCIAS

Que todo profesional de la salud (licenciada (o) en Enfermería) realicemos estrategias o acciones indicadas a informar, educarnos nosotras mismas y después a la población de cómo mejorar el nivel de vida para prevenir la hipertensión arterial.

Que todo profesional de la salud realice estudios de comunidad, para saber la problemática de salud que existe; conociendo así los factores de riesgo desencadenantes que intervienen para que se presente la enfermedad y así realizar pláticas comunitarias y registros, seguimientos y llevar un control adecuado de las enfermedades y de cada individuo.

Que el profesional de enfermería establezca una estrecha relación de empatía enfermera-paciente, para poder lograr dar una atención integral al paciente y obtener una comunicación, socialización y confianza para una pronta recuperación y/o estabilización respecto a la enfermedad.

Que la actualización sea importante para seguir combatiendo enfermedades y prevenirlas, evitando el avance de futuras complicaciones que puedan llevar a la muerte del paciente.

Que todo el profesional que se dedique a ejercer esta carrera adquiera la práctica para la aplicación del Proceso Atención Enfermería para que los pacientes reciban la atención de calidad que merecen como seres humanos.



IX.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Subdirección de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". (INCICH. Juan Badiano No. 1, 14080 México, DF.).
2. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-ac2001/e-ac01-1/er-ac011an.htm>
3. www.ssa.gob.mx Investigaciones Clínicas en el Sistema institucional de la Secretaría de Salud
4. www.cardiologia.org.mx
5. <http://www.consumaseguridad.com/web/es/investigacion/2006/11/08/25630.php>
6. Ann Marriner Tomey Martha Raile Alligood Modelos y Teorías en Enfermería Quinta Edición 2003 Pág. 98-108
7. Kozier "Fundamentos de Enfermería, conceptos procesos y practica" Vol. 1 Quinta Edición Editorial McGraw Hill Interamericana, México DF 1999 Pág. 86-113, 140-159
8. Gordón Marjory "Diagnostico Enfermero, proceso y aplicación" Tercera Edición Mosby-Doyma Madrid España 2001 Pág. 75-125
9. <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>
10. http://www.seapremur.com/Documentos/a_vuela_pluma_por_nuestra_histor.htm
11. http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurlNIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf
12. <http://www.cathlab.com.ar/enfermeria/procesodeaten.htm>
13. Lexus Editores Manual de Enfermería España 2003.
14. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
15. <http://teleline.terra.es/personal/duenas/home.htm>
16. POTTER PERRY Quinta Edición Mosby Harcourt Fundamentos de Enfermería Vol. 1 Pág. 722-724
17. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000468.htm>



18. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud. División de Disciplinas Clínicas. Departamento de Clínicas Médicas Hipertensión Arterial en la Clínica Capítulo 12.2
19. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud. División de Disciplinas Clínicas. Departamento de Clínicas Médicas Hipertensión Arterial en la Clínica Capítulo 3
20. Filiberto Fuentesnebro Carmelo Vázquez Psicología Médica y Psicopatología Primera Edición 1990 Interamericana-McGraw-Hill
21. Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la Práctica Clínica Lynda Juan II Carpenito, 9ª Edición, 2003. Mc-Graw-Hill INTERAMERICANA.
22. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. L. J. Cardenito McGraw-Hill INTERAMERICANA 1994.
23. Fundamentos de Enfermería Practica Segunda Edición Sheila A. Sorrentino Bernie Gorek Mosby Pág. 289
24. Manual Moderno Proceso de Atención de Enfermería Leslie de Atikison, Mary Ellen Morray. Pág. 12-107
25. Diccionario de Medicina Océano Mosby cuarta Edición 08017 Barcelona España.
26. WELLER Y WELLSS. "Diccionario de Enfermería". 21 Edición. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1995. ISBN84-486-0127-0.
27. WELLER, B. "Diccionario de Ciencias de la Salud". Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 1997. ISBN0-7020-1196-7.
28. INSALUD: "Personal Estatutario" Tercera Edición julio de 1995. Editorial Insalud. ISBN84-351-0178-9.



X.-BIBLIOGRAFIAS

29. www.imss.gob.mx
30. <http://www.issste.gob.mx>
31. Revista de Medicina Preventiva
32. Revista CONSUMER EROSKI
33. Libro de Consejos prácticos del estreñimiento
34. Enfermeras Teóricas Virginia Henderson.<http://www.teleline.terra.es/Abril>
35. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería.<http://www.aibarra.org/Abril-pag.14,16,17>
36. http://pdf.rincondelvago.com/diagnostico_1.html
37. www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/sección_03_025.html
38. http://www.csc.com.ar/articulos_problemas_medicos.pdf
39. Problemas Sociales http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/sección_23_252.html
40. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/092D7487-811C-4BGE-ACFB-189CO5I5ECO6/0/B460.pdf>
41. Grupo Océano, Manual de la Enfermería, Editorial Océano/Centrum, Barcelona España 2003.



XI.-GLOSARIO DE TERMINOS

Adrenalina. Hormona secretada por la medula suprarrenal que actúa excitando las terminaciones del sistema nervioso simpático.

Aldosterona. Hormona asteroidea producida por la corteza adrenal que interviene en la regulación de los niveles sanguíneos de sodio y potasio.

ANA American Nurses Asociación (Asociación Americana de Enfermeras).

Analgésico. Medicamento que mitiga el dolor.

Anamnesis. Mejor conocida como historia clínica del paciente en donde tiene toda una recopilación de su vida desde sus hábitos hasta antecedentes heredofamiliares.

Angiotencina. Polipéptido de la sangre que produce vasoconstricción, aumento de la presión arterial y liberación de aldosterona por la corteza suprarrenal. Se forma por acción de la retina sobre el angiotensinogeno, una globulina alfa-2, producidas por el hígado, que circula constantemente en la sangre.

Antihipertensivo. Sustancia o procedimiento que disminuye la presión arterial elevada.

Ansiedad. Temor de un individuo ante un peligro real o imaginario.

Auscultación. Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de corazón, pulmón, intestino u otros órganos o para detectar el latido cardiaco fetal.

Aterosclerosis. Trastorno arterial frecuente caracterizado por el depósito de placas amarillentas de colesterol, lípidos y detritus celulares en las capas internas de las paredes de las arterias de grande y mediano calibre.

Anticoagulantes. Grupo de sustancias que promueven o se oponen a la coagulación gr. Heparina, dicumarol etc.

Arteria. Vaso sanguíneo que conduce sangre del corazón a los tejidos.

Arterias coronarias. Arterias que irrigan.



Bulbo raquídeo. Porción de la médula, es una de las tres regiones del tronco del encéfalo y esta constituido fundamentalmente por sustancia blanca y una pequeña cantidad de sustancia gris.

Cardiomegalia. Hipertrofia del corazón debido a múltiples causas entre las que destacan hipertensión, fístulas arteriovenosas, estenosis aórtica congénita, comunicación interventricular, ductus arterioso persistente y enfermedad de Pagenstecher.

Cafeína. Estimulante del sistema nervioso central.

Cardiopatía hipertensiva. Es un examen a fondo el cual consiste en la palpación del ápex en posición de Papanicolaou en el cual se encuentra un levantamiento sistólico sostenido de hipertrofia ventricular, mediante la palpación.

Cefalocaudal. De la cabeza a los pies.

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

Colesterol. Alcohol monohidrico constituyente de las grasas animales, que tiene gran importancia en el metabolismo, y cuyo deposito en las arterias provoca esclerosis.

Corazón. Órgano central del aporte circulatorio.

Diagnóstico de Enfermería. Consiste en un juicio clínico sobre las respuestas del un individuo, familia o de la comunidad ante problemas reales o potenciales, o procesos vitales.

Distensión. Lesión, habitualmente muscular; debida a un esfuerzo físico exagerado.

Diurético. Fármaco u otra sustancia que tiende a promover la formación de excreción de orina.

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

Enfermería. Es el conjunto de actividades profesionales con el cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado



de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

Estenosis. Estrechamiento o constricción de cualquiera de las válvulas cardíacas. Este trastorno puede deberse a un defecto congénito o alguna enfermedad adquirida.

Electrocardiograma. Registro de las ondas eléctricas producidas por el corazón.

Hipertensión arterial. Aumento de la presión de la sangre en las arterias.

Hipertrofia. Aumento del tamaño de una célula o grupo de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano del que forma parte.

Hiposodica. Baja cantidad de sodio.

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

Infarto. Área delimitada de necrosis en un tejido, vaso, órgano o región como resultado de la anoxia mística que sigue a la interrupción del aporte sanguíneo a la zona o, con menor frecuencia, por estasis debido a la obstrucción del drenaje venoso.

Infarto cerebral. La obstrucción de las arterias encefálicas de mediano o pequeño calibre da lugar a accidentes vascular agudo isquémico.

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):

Isquemia. Disminución de la circulación en determinada región del cuerpo: cerebro, riñón, etc.

Laxantes. Relativo a una sustancia que favorece la evacuación del intestino. Fármaco que facilita la evacuación intestinal, aumentando la masa fecal, suavizando las heces o lubricando la pared intestinal.

Modelo. Es una representación simplificada de una teoría o de ciertos eventos complejos, estructuras o sistemas. Son representaciones selectivas del mundo empírico con las cuales tiene que ver el científico.



Nistagmo. Movimiento involuntario y rítmico de los ojos. Las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, rotatorias o mixtas.

Palpación. Consiste en la determinación del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.

Percusión. Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos y son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates, aparecen sobre el hígado y el bazo.

Pulso. Respiración o movimiento vibratorio rítmico.

Proceso. Serie de acontecimientos relacionados entre sí que se suceden consecutivamente desde un estado o situación determinados hasta la conclusión o resolución.

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

Presión sistólica. Es la más alta y representa la cantidad de fuerza necesaria para bombear la sangre desde el corazón a la circulación arterial.

Presión diastólica. Es la más baja y representa la presión existente en las arterias cuando el corazón está en reposo.

Proceso Atención Enfermería. Proceso continuo e integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tenga como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Renina. Sustancia proteica secretada por el riñón que se combina con un activador el hipertensinogeno o precursor de la hipertensión.

Resistencia. Oposición a la acción de una fuerza; la periférica es aquella de las arterias de pequeño calibre al paso de la sangre.

Retinopatía Hipertensiva. Es cuando se hace un estudio a fondo del ojo cuando hay daño en los vasos sanguíneos del mismo.



Retorno venoso. Cantidad de sangre que regresa al corazón a través de las venas en un lapso determinado.

Sístole. Periodo de contracción cardíaca que expulsa la sangre recibida, ya sea de las aurículas o los ventrículos o de estos a las arterias aorta y pulmonar.

Sodio. Elemento metálico que tiene gran afinidad por el oxígeno y otros elementos no metabólicos, en forma de cloruro, forma (la sal común).

Teoría. Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar o predecir.

Vasoconstrictor. Perteneciente o relativo a un proceso, trastorno o sustancia que produce la constricción de los vasos sanguíneos.

Vasodilatador. Nervio o agente que produce dilatación de los vasos sanguíneos.

Venas. Vasos sanguíneos que conducen sangre de los tejidos al corazón.



XII.- APENDICES Y ANEXOS



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

12.1 GUIA DE VALORACIÓN

Apéndice 1

GUIA DE VALORACIÓN A PACIENTE ADULTO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre _____

Edad _____ años

Sexo. Masculino _____ Femenino _____

Originario (a) _____

Residencia actual _____

Escolaridad _____

Estado civil _____

Religión _____

Ocupación _____

Día en que la valoración fue aplicada _____

Valoración aplicada por _____

Familiar o persona para contactar _____

Tel. _____

T/A _____ F.C _____ Temp _____ F.R _____

IMC _____

VALORACIÓN FÍSICA

Aspecto general

I.- Temperatura _____

II.- Piel

Color _____

Temperatura _____

Turgencia _____

Lesiones _____

Edema _____

Excoriaciones _____

III.- Cabeza.

Tamaño _____



Forma _____
Cicatrices _____

IV.- Cuello _____

V.- Ojos aspecto _____

a) Pupilas (tamaño, iguales, reactivas a la luz) _____

b) Visión _____

Responde a estímulos visuales. _____

Lleva gafas. _____

VI.- Boca y faringe.

Mucosas (color, humedad, lesión). _____

Dientes (completos, incompletos, con placa dental, estado en que se encuentran) _____

Faringe (enrojecimiento, exudado, amígdalas) _____

VII.- Oídos (aspecto, drenaje).

Audiometría. _____

Responde a estímulos auditivos. _____

Utiliza aparatos auditivos. _____

VIII.- Pulsos (radial, apical, periférico).

Frecuencia. _____

Ritmo. _____

Calidad. _____

IX.- Presión arterial

Normal _____

Hipertensa _____

X.- Respiraciones.

Frecuencia _____

Calidad (incluyendo signos de compromiso respiratorio) _____

Sonidos respiratorios. _____

XI.- Abdomen.

Ruidos abdominales. _____

Cicatrices _____

Prótesis _____

XII.- Genitales. (Escribir aspectos importantes) _____



XIII.- Capacidad funcional (movilidad y seguridad).

Presencia/ausencia de reflejos primarios. _____
 Capacidad motora gruesa y fina. _____
 Mano dominante. _____
 Movilidad y uso de las cuatro extremidades. _____
 Fuerza, agarre. _____
 Uso de aparatos (por ej. Silla de ruedas, prótesis, muletas) _____
 Reparto del peso corporal. _____

XIV.- Estado mental.

Orientación (tiempo, persona, lugar, sucesos)

 Nivel de conciencia _____
 Dolor (presencia/ausencia, localización, descripción) _____

 Aspecto. _____
 Contacto ocular. _____
 Uso del idioma (capacidad y cantidad) _____

Capacidades personales-sociales (por ej. Autocuidado, comunicación no verbal)

ANTECEDENTES

I. Familiares con Hipertensión Arterial

II. Personales NO Patológicos

-Población: rural _____ suburbana _____ urbana _____
 -Tipo de habitación: _____
 -Higiene: buena _____ regular _____ mala _____
 -Alimentación: buena _____ regular _____ mala _____
 -Toxicomanías: alcohol _____ tabaco _____ droga _____ otras _____
 -Convivencia con animales: si _____ no _____ especifique _____

III. Personales Patológicos

-Alérgicos _____
 -Traumáticos _____
 -Quirúrgicos _____
 -Infecciosos _____
 -Transfusiones _____



HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Fecha del Diagnostico de la Hipertensión Arterial _____
 Tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial _____
 Enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial _____
 Tratamiento inicial _____
 Inicio de tratamiento medicamentoso _____
 Tratamiento actual _____
 Apego al tratamiento medico: si _____ no _____
 Abandono del tratamiento (especifique causa) _____
 Presencia de crisis hipertensiva _____ fecha _____

VALORACION POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración
 F.R. _____/min.
 Ruidos a la auscultación: si _____ no _____
 descripción/localización _____
 Tos: si _____ no _____ secreciones: si _____ no _____ dolor al respirar
 si _____ no _____ fuma (tabaco): si _____ no _____ ¿cuantos cigarros por día?
 De 1-3 _____ De 3-6 _____ más de 6 _____ otras drogas: si _____
 no _____ tipo _____ uso _____
 ¿Tiene alguna alergia respiratoria? si _____ no _____ ¿De que
 tipo? _____
 T.A. _____ F.C. _____ Pulso:
 Fuerte _____ débil _____ regular _____ irregular _____

2.-NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Peso _____ Talla _____
 Temperatura corporal _____
 Ingesta habitual: Desayuno _____
 comida _____ merienda _____
 cena _____
 Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad _____
 Dieta especial: si _____ no _____
 Tipo de dieta _____



Ingesta de líquidos: <de 1 litro/día ____ 1-2 litros/día ____ >de 2ltros/día ____
 Intolerancia a alimentos: si ____ no ____
 ¿Cuáles? ____
 Alergias alimentarias ____
 Apetito: normal ____ disminuido ____ aumentado ____ náuseas ____ vomito ____
 Fluctuación de peso (últimos meses): si ____ no ____
 Kg. Ganados/perdidos ____ ¿Cuántos? ____
 Problemas de: Masticación si ____ no ____ usa prótesis dental ____
 Deglución: si ____ no ____ sólidos ____ líquidos ____ ambos ____
 Digestión: si ____ no ____ Tipo: gases ____ ardor ____ pesadez ____ dolores ____
 otros ____
 Prótesis dental: si ____ no ____ superior ____ inferior ____
 ¿La piel esta hidratada? ¿Cuándo se pellizca la marca dura un rato?
 si ____ no ____
 ¿Come entre comidas? rara vez ____ con frecuencia ____ con mucha
 frecuencia ____
 ¿Necesita ayuda para? preparar comida ____ comer ____ trocear
 comida ____ otra ____ ninguna ____
 Agrega mas (sal) a su porción de comida: si ____ no ____
 ¿Come verduras? si ____ no ____ ¿cuantas veces a la
 semana? ____
 ¿Come carne? si ____ no ____ ¿Cuantas veces a la semana? ____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Intestinal:
 Frecuencia ____ Hra. ____
 Habitual ____ color ____ consistencia ____ estreñimiento ____ diarrea ____
 incontinencia ____
 Ostomia: si ____ no ____ tipo ____ autocuidado: si ____ no ____
 Problemas de: hemorroides ____ sangrado ____ heces
 negras ____ otros ____
 Uso de laxantes o rutinas: si ____ no ____ ayudas empleadas ____
 Vesical:
 Frecuencia ____ Hra. Habitual ____ problema de
 frecuencia ____ urgencia ____ disuria ____ nicturia ____ retención ____
 incontinencia ____
 pañal ____ olor ____
 Color: amarillo claro ____ amarillo oscuro ____ naranja ____ rojo ____
 Medios de ayuda ____
 ¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? si ____ no ____ ¿cual? ____
 Piel:



Estado _____ color _____ temperatura _____ turgencia _____
 lesiones _____ edema _____ prurito _____ sudoración cutánea: si _____ no _____
 sudoración profusa si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión Facial:

adecuada _____ alerta _____ inexpresivo _____ hostil _____ inadecuado _____

Comportamiento motor inhibido:

inhibición _____ agitación _____ temblores _____ rigidez _____ incordinación _____
 inquietud _____ ties _____

Postura: erecto _____ decaído _____

Modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____
 lento _____

Limitaciones físicas: temporales _____ permanentes _____

¿Cuáles? _____

Aparatos de ayuda:

ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andadera _____ otros _____

Vértigo: si _____ no _____ ¿Siente dolor o rigidez articular? si _____ no _____

¿Tiene fuerza, energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria? _____

¿Hace ejercicio? si _____ no _____ tipo _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿Practica algún deporte? si _____ no _____

¿Cuál? _____

¿Qué grado de independencia tiene para el auto cuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general? _____

¿Realiza actividades de ocio? _____

¿Cómo es su presión arterial y su respiración? _____

¿Es portador de escayolas? _____

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Concilia bien el sueño _____

Problemas de sueño: al inicio _____ interrumpido _____ No. De veces _____

despierta temprano _____ sueño excesivo _____ pesadillas _____

¿Cuáles? _____

Sensación después de dormir: descansado _____ cansado _____
 confuso _____ otros _____

Factores que afectan el sueño: _____

¿Toma alguna sustancia para dormir? _____ ¿Cuál? _____



¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? _____
 ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo? _____
 Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ teje _____ otros _____
 El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño. _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? si _____ no _____
 Con limitaciones _____
 Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____
 ¿Cómo se ve a sí mismo? _____
 ¿Esta conforme consigo mismo? _____
 ¿Qué importancia da a su aspecto? poca _____ bastante _____ mucha _____
 ¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si _____ no _____
 ¿Se han producido cambios en su cuerpo como los ha asumido? _____
 ¿Se enfada frecuentemente, o esta aburrido o con miedo? _____
 ¿Suele estar con ansiedad o depresivo? _____
 ¿Tiene periodos de desesperanza? _____
 Otros datos de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ Ta _____
 Sudoración cutánea: si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y/o manos? si _____ no _____
 ¿Si fuese necesario seria capaz de mirarse usted misma la Ta? si _____ no _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____
 Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____
 Autónomo: si _____ no _____ Necesita ayuda si _____ no _____
 Especificar _____
 Descuido en: cabello _____ dientes _____ uñas _____ Su piel es:
 seca _____ grasa _____ hidratada _____
 ¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, escama) _____
 Descríbalo _____
 Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompen con facilidad _____
 ¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? si _____ no _____



9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento____ confuso____ apático____ hipervigilante____ distraído____
fluctuante____ no responde a estímulos____ solo sigue instrucciones____

Orientación Espacio-Tiempo-Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) especificar. _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) especificar _____

Persona: (reconoce personas significativas) especificar _____

Alteraciones perceptivas:

Auditivas____ tipo _____

Visuales____ tipo _____

Táctiles____ tipo _____

Olfativas____ tipo _____

Utiliza audífonos o gafas _____

Localización de la percepción: interna____ externa____

Auto descripción de sí mismo:

Alegre____ triste____ confiada____ tímida____ inquieta____ sobre
valoración de logros____

exageración de errores____ infravaloración____

Auto evaluación general y competencia personal: positiva____ negativa____

Sentimientos respecto a ello: Inferioridad____ superioridad____ tristeza____

culpabilidad____ inutilidad____ impotencia____ ansiedad____ miedo____ rabia____

depresión____ otros____

Le es difícil concentrarse. _____

Le es fácil tomar decisiones _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si____ no____ ¿Cuáles? _____

El estado emocional de la persona puede constituir un peligro para ella____ o
para otros____ especificar _____

Precauciones: más vigilancia____ poner barandillas____ contención
mecánica _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente y organizado____ distorsionado____

Descripción de la alteración. _____

Curso del pensamiento:

Inhibido____ acelerado____ perseverancia____ incoherencia____ desorganizado____

Formas de expresión:

Claro____ organizado____ coherente____ confuso____ desorganizado____

incoherente____ tartamudeo____ autista____

Humor:

Deprimido____ eufórico____ ansioso____ triste____ fluctuante____ apático____

otros _____



Lenguaje:

Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: abundante _____ escasa _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive: sola _____ acompañada _____ lugar que ocupa en la familia, rol. _____

Personas más significativas _____

Principal confidente _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____

Tiempo que pasa sola y porque _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____

¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual? _____

Sexualidad:

¿A que edad fue su primera menstruación? _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Edad de vida sexual activa _____

Secreciones vaginales: si _____ no _____ aspecto _____ ¿son abundantes? si _____ no _____

¿Tiene molestias fuera de la menstruación? si _____ no _____ ¿cuales? _____

¿Cuántos embarazos tubo? _____

¿Cuántos abortos tubo? _____

¿A que edad fue su última menstruación? _____

¿Se a realizado el papanicolauo? _____ ¿En que periodos? _____

¿Se a realizado examen de mamas? _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión a la que pertenece _____

¿La religión es importante en su vida? _____

¿Le ayuda cuando surgen dificultades? _____

¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna practica religiosa que desearía realizar? _____

¿Pertenece a algún grupo en su religión o iglesia? _____

¿Qué es lo mas importante para usted en la vida? _____

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general? _____

¿Qué opina de la enfermedad? _____

¿Qué opina de la muerte? _____

En caso de no poder tomar decisiones. ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____

Si la respuesta es si, explique _____



Problemas laborales: si ____ no ____ cuales _____
 Tiempo dedicado al trabajo _____ Tiempo dedicado al ocio _____
 Grado de incapacitación personal atribuida _____
 ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico? _____
 ¿Pertenece algún grupo social? _____
 ¿Falto frecuentemente a sus responsabilidades laborales por alteraciones en su salud en los últimos tiempos? _____
 ¿Depende de su familia o usted de ellos? _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Tiene amigos ¿Cómo se relaciona con ellos? _____
 ¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____
 ¿Cuál es su diversión preferida? _____
 Pérdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____
 Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales. _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

¿Cómo percibe su estado de salud? ¿Se considera “sano” o “enfermo”? _____
 ¿Cómo trata a los problemas cuando se presentan? _____
 ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis? _____
 ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos? _____
 ¿Existen problemas con el aprendizaje? _____
 ¿Existen problemas con el lenguaje? _____
 ¿Le es difícil concentrarse? _____
 ¿Cómo considera su capacidad de memoria? buena _____ mala _____ regular _____
 Se acuerda con facilidad de las cosas. _____
 Muestra interés en el aprendizaje: pregunta _____ escucha _____ tiene interés _____
 desinterés _____ propone alternativas _____
 Usted ¿Conoce el problema de salud que tiene? _____
 Se lo han explicado. _____
 A preguntado. _____



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

12.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apéndice 2

Consentimiento informado para la participante en el desarrollo de la Metodología de Enfermería aplicado a:

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en la Metodología de intervención en Enfermería que tiene como finalidad identificar las principales respuestas humanas.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de esta metodología, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Sé, pues así se me ha informado no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterada que el responsable de dicha Metodología, es Carolina Viveros Sereno y no teniendo ningún inconveniente.

Acepto participar en la presente investigación

P.L.E. Carolina Viveros Sereno

Testigo

Morelia Michoacán a _____ de _____ 2007.