



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE
HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A
UN CASO CLÍNICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ETAPA 1
CON EL REFERENTE FILOSÓFICO DE VIRGINIA HENDERSON.**

**PROCESO DE ENFERMERÍA PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA PRESENTA:
P.L.E LIBRADA LÓPEZ GUERRERO.**

**ASESORA:
M. EN C. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR**

MORELIA MICH. ABRIL 2010.

PROCESO DE ENFERMERÍA

DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

M.E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA.

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

M.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO.

SECRETARIA ACADÉMICA.

M.E. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN.

SECRETARIA ADMINISTRATIVA.

PROCESO DE ENFERMERÍA

MESA SINODAL

M. EN C. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR.
PRESIDENTE.

M. E. M. ELVA ROSA VALTIERRA OBA.
1er. VOCAL.

DRA. LILIA HERNÁNDEZ NAVA.
2° VOCAL.

M. A. MARÍA LUISA SÁENZ GALLEGOS
SUPLENTE.

PROCESO DE ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de tener padres y familia como ustedes, por darme vida y salud, por la capacidad y el valor de seguir adelante, lograr algo tan grande en mi vida y permitirme terminar mi carrera como licenciada en enfermería.

A mi padre, aunque no esté físicamente lo tendré siempre en mi corazón, al igual que todas sus enseñanzas y consejos.

A mi madre que siempre me apoyó a lo largo de mi vida, por el tiempo que le robé de estar pensando en mí sin pedir nada a cambio y por su confianza que me permitió superarme como persona.

A mis hermanos y hermanas por haberme brindado su confianza en los momentos que más lo necesité y motivarme de alguna manera a seguir adelante.

A la señora A. L. F. por haber aceptado que se realizara este trabajo en base a su padecimiento. Gracias por su confianza.

A la familia Orozco que siempre me ayudó a lo largo de mi carrera.

A mi asesora Mayra Itzel Huerta Baltazar por toda la dedicación y tiempo que tuvo ya que sin su ayuda no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A mi escuela y maestros por trasmitirme sus conocimientos a lo largo de cuatro años que estuve en la facultad e hicieron de mí una enfermera.

A la casa de Estudiantes América libre por el gran apoyo que me brindó durante los cinco años de la carrera.

PROCESO DE ENFERMERÍA

A mis amigos que siempre me dieron su apoyo en los momentos que más los necesité. En especial a Lolis y Soco.

A todos los que estuvieron a lo largo de mi carrera.

Traté de dar lo mejor, poco fue lo material y, yo a cambio, recibí de cariño y apoyo un gran caudal. No fui nadie especial. No hice nada excepcional; sólo soy un ser humano como todos los demás. Y por todo lo que me han dado, sólo puedo regalarles las palabras que expresé. Traté de plasmar en ellas lo que no supe decir.

Que Dios los bendiga hoy y siempre. Les prometo ejercer mi profesión con orgullo y dignidad.

Sinceramente:

LIBRADA LÓPEZ GUERRERO.

¡MIL GRACIAS!

PROCESO DE ENFERMERÍA

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por mantenerme con vida y ha hecho posible terminar mis estudios.

A mis padres, Tranquilino López Flores y Avelina Guerrero González, por darme la oportunidad de cumplir mi sueño ya que siempre estuvieron en los momentos más difíciles; por su ejemplo de lucha y esfuerzo constante. Los quiero con toda mi alma.

A mis hermanos y hermanas que siempre confiaron en mí y estuvieron apoyándome. Gracias a Dios por darme la familia que ahora tengo.

A la casa de estudiante Femenil América Libre por los años que en ella me permitió vivir, la experiencia y formación adquirida.

Dios los bendiga por siempre.

PROCESO DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	OBJETIVOS.....	4
	3.1. Objetivo general.....	4
	3.2. Objetivo específico.....	4
IV.	METODOLOGÍA.....	5
V.	MARCO TEÓRICO.....	6
	5.1. Proceso de enfermería.....	7
	5.2. Modelo de Virginia Henderson.....	23
	5.3. Hipertensión Arterial.....	30
	5.4. Historia Natural de la Hipertensión Arterial.....	40
VI.	CASO CLÍNICO.....	43
VII.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	46
	7.1. Valoración por necesidades de V. Henderson.....	46
	7.2. Diagnósticos de enfermería.....	49
	7.3. Plan de intervenciones.....	49
VIII.	CONCLUSIONES.....	66
IX.	SUGERENCIAS.....	68
X.	BIBLIOGRAFÍA.....	69
XI.	GLOSARIO.....	72
XII.	ANEXOS.....	79
	1. Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	79
	2. Cuestionario de factores de riesgo.....	88
	3. Menú.....	89

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda una problemática de salud pública que reviste una vital importancia en la Hipertensión Arterial (HTA). Está catalogada como una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento y puede traer como consecuencia otras enfermedades como diabetes mellitus, obesidad, patologías cardiovasculares e incluso la muerte.

Es importante que, ante los problemas de salud física, social y cultural implicados en esta patología, se lleven a cabo acciones preventivas tendientes a evitar, detectar y controlar este problema mortal. Por lo anterior, el proceso de atención de enfermería que se expone a continuación abordará un caso de estudio clínico de HTA etapa 1 en referencia a esta problemática.

El trabajo está integrado por justificación, objetivos, metodología, y marco teórico conceptual en donde se revisa la metodología de Enfermería, el modelo de Virginia Henderson, la Historia Natural de la Hipertensión Arterial y el caso clínico. Con la finalidad de identificar las necesidades alteradas del usuario utilizando la valoración de Virginia Henderson, se implementan acciones de enfermería en base a los diagnósticos identificados. Se aplica el proceso de enfermería, llevando a cabo las cinco etapas: Valoración por necesidades de Virginia Henderson, Diagnóstico de enfermería, Plan de intervenciones, Ejecución y Evaluación. Por último se agrega un apartado de conclusiones, sugerencias, bibliografías consultadas, glosario de términos, y los anexos que contienen los formatos utilizados para la recolección de datos.

II. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afectando aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo. (1)

Cerca de ocho millones de personas en el mundo mueren cada año por hipertensión y el 80% de estas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo. (2)

La hipertensión arterial afecta a uno de cada tres adultos en el mundo, con una prevalencia estimada de 28-32% con 140/90 mmHg (milímetros de mercurio), sin ello agregamos que esta enfermedad constituye un factor de riesgo de otras enfermedades graves como accidentes coronarios, cerebrales, renales, entre otros. Se comprenderá la importancia de prevenir, detectar, clasificar, tratar, controlar y seguir a este grupo de enfermos durante toda su vida. (3)

La prevalencia de la hipertensión arterial va en aumento en Estados Unidos. Se estima que más de 65 millones de adultos estadounidenses, una tercera parte en 1988 y 2000, presentan cifras tensionales de 140/90 mmHg o superiores. (4)

La HTA va en aumento en México y hoy en día el 30.5% (de 20 a 69 años) de la población mexicana la padece. Más del 50% no lo sabe y en la próxima década morirán por ella más de 20 millones de personas en el mundo.

En el estado de Michoacán la HTA es la octava causa de enfermedad de las 20 principales registradas hasta el 2007. Ocupa el octavo lugar de morbilidad en mujeres y en hombres el séptimo lugar. (5)

En Morelia, Michoacán, los casos de hipertensión y diabetes en Enero de 2010 incrementaron en un 8%. Sin embargo disminuyó la edad de las personas con este padecimiento, ya que anteriormente eran las personas mayores de 50 años quienes

PROCESO DE ENFERMERÍA

presentaban hipertensión arterial, hoy el rango de edad es bajo y la enfermedad la padecen los más jóvenes.

El Seguro Social en Michoacán atiende al año más de 52 mil personas hipertensas. (6)

En los países industrializados ésta situación resulta particularmente acusada pero, en los países en vías de desarrollo, su prevalencia aumenta progresivamente en los últimos años. Se estima que para el año 2025 la proporción de la población afectada con la enfermedad (en estos momentos es del 25%) podría aumentar hasta un 29%. La Hipertensión Arterial constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y renal, identificándose como uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y la tercera causa de incapacidad de la población en general. (7)

La hipertensión constituye un problema de salud muy frecuente en la población geriátrica: 65% de las personas de 65 a 74 años de edad son hipertensas. La raza negra tiene una mayor prevalencia de hipertensión que la raza blanca (38% contra 29%), al igual que los varones en comparación de las mujeres, 33% contra 27%; es más frecuente en el varón hasta la edad media de la vida. Después de los 50 años, la hipertensión es más común en las mujeres. (8)

La HTA es una enfermedad frecuente, que tiene complicaciones mortales si no se controla adecuadamente. Su importancia radica, además de las cifras de incidencia cada vez mayor, en los malos hábitos de vida que tiene la población. Esta enfermedad se relaciona con múltiples factores: padecer de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. La prevalencia se ha mantenido en aumento asociado a patrones dietéticos, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en su relación con sus hábitos tóxicos. Es por eso que la HTA, es un problema de salud pública que se debe tratar en cualquier nivel de atención de salud ya sea pública o privada. Pero es aún más importante que el personal de enfermería proporcione el

PROCESO DE ENFERMERÍA

cuidado integral del ser humano, utilizando el pensamiento crítico como una herramienta en el desarrollo del Proceso de Enfermería.

El presente trabajo se hace con la finalidad de aplicar un proceso enfermero a una paciente con diagnóstico médico de hipertensión arterial etapa 1, con el objetivo de identificar las necesidades que tiene que contribuir en su recuperación, ayudando con esto a reducir los riesgos que conlleva esta enfermedad.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- Identificar las principales necesidades humanas en una paciente con hipertensión arterial etapa 1, a través de la metodología de enfermería fundamentada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, y cubrirlas ejecutando un plan de atención que favorezca su cuidado.

3.2. Objetivo Específico:

- Identificar las necesidades en base a respuestas humanas.
- Conocer el entorno y estado de salud actual de la paciente.
- Conocer la información que tiene la paciente acerca de su padecimiento actual y adoptar los cuidados de enfermería, en base a sus cuidados.
- Ayudar a mejorar su calidad de vida y reducir sus dudas en base a los cuidados de enfermería.
- Evaluar los resultados adquiridos.

IV. METODOLOGÍA

La metodología para la elaboración de este trabajo fue asistir al Curso-Taller “Proceso de Enfermería” con valor curricular de 40 horas, donde se revisaron las etapas del proceso de enfermería lo que es necesario para realizar el trabajo de forma sistemática, apoyado en diversas definiciones y conceptos bibliográficos de autores diferentes así como medios de información de primera mano, lo que convierte a este trabajo en una investigación dogmática ya que la logística realizada se robustece con libros, páginas web oficiales, manuales e incluso estadísticas de diferentes dependencias de gobierno.

Se realizaron visitas domiciliarias a la paciente para sustentar este trabajo elaborado. Se eligió a la paciente con la patología de HTA etapa1 del Centro de Salud de la comunidad del Fresno, Municipio de Villa Morelos, Michoacán, y previamente se solicitó su consentimiento para aplicar el proceso de enfermería. Se llevó a cabo la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson con la finalidad de conocer las principales necesidades alteradas del paciente, de noviembre 2009 a enero de 2010.

Para buscar su estado de dependencia o independencia, se diseñaron los diagnósticos de la taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), las intervenciones se obtuvieron en la clasificación de intervención de enfermería (NIC). Las intervenciones de enfermería se llevaron cabo en el domicilio de la paciente. Las fundamentaciones se obtuvieron en bibliografía de enfermería.

V. MARCO TEÓRICO

El contenido de este apartado está estructurado en tres partes esenciales; la primera habla sobre Metodología de Enfermería, antecedentes del proceso enfermero, definición del Proceso de Enfermería, características, objetivos, ventajas, finalidades del proceso de enfermería y sus etapas. El segundo apartado describe el modelo de Virginia Henderson así como sus principales conceptos. Y el último apartado sobre Historia Natural de la Enfermedad de Hipertensión Arterial.

Antecedentes de la metodología de Enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Enfermería, este método permite a las enfermeras presentar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall en 1955 y lo describió como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases: valoración, planeación y ejecución. En 1967, Yura y Walsh fueron los actores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación. A mediados de la década de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A), el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Así, en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras(os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras(os) aun en nuestros días.

5. I. Proceso de Enfermería

El proceso Enfermero es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Las Características del proceso enfermero son las siguientes:

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

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Valoración).

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

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

PROCESO DE ENFERMERÍA

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de la enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes. (9)

Los objetivos del proceso Enfermero son: Constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Al igual que establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las Ventajas del proceso: La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera. Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; así mismo, el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Finalidad del proceso de enfermería.

Mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente o en su defecto proporcionarle la cantidad de cuidados necesarios para restituirlo y, en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible. (10)

Etapas del Proceso de Enfermería

Consta de cinco etapas las cuales se encuentra estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

1. Valoración

La valoración es la primera etapa del proceso enfermero y es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuos de los datos, el cual nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan. Sus fases son:

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Recolección : De datos (Subjetivos, Objetivos, Históricos y Actuales)
- Organización
- Validación
- Registro de datos

Principales métodos empleados para la elaboración del cliente:

- Observación: Examen físico; éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.
- Entrevista: Diálogo entre enfermera paciente. Toda entrevista debe tener una introducción, núcleo y cierre.
- Exploración: Se requieren cuatro técnicas principales que son la Inspección (se utilizan los sentidos de la vista, olfato y oído), Palpación (utilizando el sentido del tacto), Percusión (el cuerpo es golpeado para producir sonidos o vibraciones) y Auscultación (escuchar los sonidos producidos por el cuerpo).
- Fuentes: primarias/ secundarias.

Recolección de datos: Reunir información suficiente sobre el estado de salud de la persona.

Organización de datos: Dependerá del marco de referencia seleccionado:

- Patrones funcionales (M. Gordon).
- Requisitos de autocuidado (D. Orem).
- Modos adaptativos (C. Roy).

PROCESO DE ENFERMERÍA

- 14 Necesidades básicas del ser humano (Virginia Henderson):
 1. Oxigenación
 2. Nutrición e hidratación
 3. Eliminación
 4. Moverse y mantener una buena postura
 5. Descanso y sueño
 6. Uso de prendas de vestir adecuadas
 7. Termorregularización
 8. Higiene/ protección de la piel
 9. Evitar peligros
 10. Comunicación
 11. Creencias y valores
 12. Trabajar y realizarse
 13. Actividades recreativas
 14. Aprender

Taxonomía I de la N.A.N.D.A: Patrones de respuesta humana.

- Intercambio
- Comunicación
- Relaciones
- Valores
- Elección
- Movimiento
- Percepción
- Conocimiento
- Sentimientos

Taxonomía II N.A.N.D.A: Dominios.

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Eliminación

PROCESO DE ENFERMERÍA

4. Actividad y reposo
5. Percepción/cognición
6. Auto percepción
7. Rol / relación
8. Sexualidad
9. Afrontamiento / tolerancia al estrés
10. Principios vitales
11. Seguridad / protección
12. Confort
13. Crecimiento y desarrollo

Validación de datos: inspección de datos para confirmar si son completos, exactos y objetivos. Debe asegurarse de que la información es completa, los datos objetivos relacionados son coherentes, obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida, distinguir entre indicios y deducciones y evitar conclusiones precipitadas así como la dirección equivocada al identificar el problema.

Registro de datos: La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud de la persona. El registro debe ser completo, actualizado, sistematizado y comprensible.

Elementos que influyen en la elaboración.

- Estructura teórica
- Comunicación eficaz
- Habilidades técnicas
- Observación sistemática
- Interpretación correcta de datos
- Habilidades del personal de enfermería durante la valoración
- Comunicarse en forma oral y escrita
- Hacer observaciones lógicas
- Distinguir entre datos relevantes e irrelevantes

- Comparar los datos
- Priorizar los datos

2. Diagnóstico

El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad considerado como una hipótesis que permite describir la situación en la que se encuentra el sujeto de los cuidados, permitiendo así, la elaboración de un plan de cuidados.

Para llegar a éste, se realizan cuatro pasos fundamentales: Razonamiento Diagnóstico, que implica pensamiento crítico a la solución del problema; La formulación de Diagnósticos Enfermeros y los Problemas Interdependientes en donde se realiza un juicio clínico sobre las respuestas humanas y/o fisiopatológicas; la Validación, que consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros; y por último, el Registro de los diagnósticos Enfermeros, que consiste en la documentación.

Clasificación de los diagnósticos enfermeros:

- El diagnóstico enfermero real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.
- El diagnóstico enfermero de alto riesgo (potencial): Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables; no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), sólo se apoya en los factores de riesgo (etiología).
- Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes problema, etiología/factores contribuyentes.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- El diagnóstico enfermero de salud o bienestar: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

a) Registro de los diagnósticos enfermeros.

Para redactar un diagnóstico enfermero el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/ sintomatología) son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos: de salud y de síndromes diagnósticos. Existen cinco tipos: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar, de síndromes y posibles.

Partes: PROBLEMA+FACTORES DE RIESGO, ya que no existen datos objetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son: aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Del listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. sólo algunos vienen ya redactados como diagnósticos de riesgo, sin embargo todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales pueden formularse también como de riesgo aunque no

PROCESO DE ENFERMERÍA

estén explícitamente identificados como tales, basta para ello con considerar los factores relacionados como factores de riesgo y anteponer al nombre de la categoría diagnóstica las palabras: RIESGO DE.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud estos únicamente llevan un sólo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras potencial de aumento de o potencial de mejora de.

b) Variaciones que pueden presentar los diagnósticos enfermeros.

Entre las variaciones más comunes de los diagnósticos enfermeros esta la existencia de múltiples factores relacionados o de riesgo, debido a la frecuencia con que el usuario, familia y comunidad presentan respuestas humanas derivadas de diferentes causas (multicausalidad).

También puede darse la situación de que no estén claros los factores relacionados o de riesgo, en consecuencia se recomienda utilizar las palabras Factores Desconocidos.

Durante la estructuración de un diagnóstico enfermero se debe evitar lo siguiente:

1. Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.
2. Identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. Usar debido a: en lugar relacionado con: ya que la segunda frase identifica sólo una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados y no necesariamente una causa - efecto.
5. Redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de los valores personales y normas de profesional de enfermería, y no de datos objetivos y subjetivos.

PROCESO DE ENFERMERÍA

6. Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
7. Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tenga más significado.
8. Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados que la enfermera(o) pueda solucionar o modificar en forma independiente.
9. Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.

c) Validación.

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes para lo cual se recomienda planearse las siguientes preguntas:

¿La información recolectada del usuario/familia fue suficiente?

¿El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta?

¿Las deducciones realizadas fueran aceptadas?

¿La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?

¿Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A?

¿Para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y otros profesionales del área de la salud?

¿Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó?

¿La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas inter-dependientes se apegó a lo establecido?

Durante la validación, la enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto; también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

d) Registro de los diagnósticos enfermeros

Una vez validados los diagnósticos enfermeros, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería en los planes de cuidados para iniciar con etapa de planeación.

3. Planeación

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente estableciendo las prioridades, elaborando objetivos, determinando acciones de enfermería y por último, documentando el plan de cuidados. Un aspecto importante de la planeación es la descripción de las tareas necesarias para dar una respuesta individualizada a la situación de cada persona.

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería donde:

- Se toman decisiones
- Se resuelven problemas

Pasos en la planeación:

- Establecer prioridades: Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.
- Elaborar objetivos: Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son

PROCESO DE ENFERMERÍA

factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras (os).

- **Determinar acciones de enfermería:** Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo de problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección e acciones de enfermería específicas.
- **Documentar el plan de cuidados:** Los planes de cuidado de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes 1) para diagnósticos enfermeros y 2) problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatológica (problemas interdependiente); las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidados:

- La individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específicos.
- La participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración.
- La actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica.
- La fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería.

PROCESO DE ENFERMERÍA

La documentación del plan de cuidados: Es el registro que la enfermera(o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

Individualizados: Cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.

Estandarizados: En caso que estén impresos y respondan a problemas específicos permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice notaciones particulares del usuario.

Computarizados: Que surgen de planes creados por ordenador que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

4. Ejecución

La ejecución: Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se establece el plan de cuidados, y consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

Los pasos de la ejecución son:

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación.

En la preparación se lleva a cabo un plan de cuidados como:

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la reevaluación.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- Delegar cuidado enfermero que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.

La investigación: Se realiza posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas que incluyen: la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico por consiguiente el termino RUTINA es inadecuado cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería, la enfermera están responsable de los resultados emocionales, como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre

PROCESO DE ENFERMERÍA

con pleno reconocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.

La documentación: Es el registro que realiza la enfermera(o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser base para la evaluación, investigaciones y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones del enfermera (o) y servir para estimar el pago de los servicios prestados. Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud, sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre/firma de la enfermera (o). Así mismo las notas deben de ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

5. Evaluación

La evaluación es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería. La evaluación, como parte del proceso, es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución lo que permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera(o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa de las siguientes respuestas de la persona:

PROCESO DE ENFERMERÍA

1. Identificación de los resultados esperados.
2. Obtención de los datos.
3. Logros de los objetivos.
4. Relación entre las acciones de Enfermería y la evolución de la persona.
5. Redacción de conclusiones sobre el estado de la persona.
6. Revisión y modificación del plan de cuidados de Enfermería.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado; por consiguiente, es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos. Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad, la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta identificado obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja, sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. (9)

5.2. Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson estudio en Virginia ya que su padre ejercía la abogacía en Washington DC.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington y se graduó en 1921. Después, aceptó un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 Henderson empezó a dar clases de enfermería. Cinco años después, entró en el Teachers College de la Universidad de Colombia, donde se licenció como profesora de enfermería y donde posteriormente realizó un máster. En 1929 trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 regreso al Teachers Collage como profesora y trabajó allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. En 1939 reescribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer Texbook of the Principles and Practice of Nursing. La quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermaría de Henderson.

Desde principios de los años cincuenta, Henderson empezó a colaborar con la Universidad de Yale y aprovechó esta colaboración para potenciar la investigación enfermera.

Desde 1959-1971, dirigió el proyecto para elaborar el Nursing Studies Index, financiado por la Universidad de Yale.

PROCESO DE ENFERMERÍA

En Henderson escribió sola o en colaboración otras obras importantes. Su opúsculo *Basic Principles of Nursing Care* se publicó para el *international Council of Nurses* de 1960 y se tradujo a más de 20 idiomas. Colaboró durante cinco años con Leo Simmons para elaborar un estudio en Estados Unidos sobre investigación enfermera que se publicó en 1964. Henderson, en su libro *The Nature of Nursing* publicado en 1966, describe el concepto que Henderson tenía de la función única y primaria de la enfermería. Henderson y Gladys Nite escribieron conjuntamente la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* publicada en 1978, y Henderson se encargó de editarla. Muchas escuelas de enfermería han utilizado este libro de texto para elaborar planes de estudios. Los libros de texto clásicos de esta autora se han traducido a más de 25 idiomas.

Durante los años 80, Henderson continuó su labor como investigadora honoraria asociada en la Universidad de Yale. Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión enfermera, fue nombrada doctora *Honoris causa* en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio *Christiane Reimann* que se concedió.

En 1983 recibió el premio *Mary Tolle Wright Founders* de la *Sigma Theta Tau International* por su liderazgo, uno de los honores más altos que concede esta asociación; en 1988 recibió una mención honorífica especial por sus contribuciones a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo. A lo largo de su vida, Henderson se convirtió en una leyenda viviente y por ello la biblioteca de la *Sigma Theta Tau International* lleva su nombre. La noticia de su muerte fue difundándose hasta llegar a toda la comunidad enfermera internacional. Halloran escribió en Internet “Miss Virginia Avenel Henderson fue el siglo XX, lo que Florence Nightingale fue al siglo XIX. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido el mundo entero”.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : La única función principal de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. (11)

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 desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow; las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología; de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad; la 10ª relacionada con la propia estima; la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.(12)

Las 14 Necesidades humanas básicas de Virginia Henderson son:

1. Necesidad de Oxigenación: Se valora amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias y tos.

PROCESO DE ENFERMERÍA

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación: Se valoran Alimentos, cantidad de líquidos consumidos en 24 horas, intolerancia alimentaria, problemas de masticación y deglución, turgencia de la piel, membranas mucosas, características de uñas y cabello, aspecto de los dientes y encías, y heridas.

3. Necesidad de Eliminación: Se valora hábitos intestinales, características de las heces, orina y menstruación.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Valorar ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, mecánica corporal, postura, actividades en el tiempo libre, hábitos de descanso, trabajo, estado del sistema musculo-esquelético.

5. Necesidad de Descanso y Sueño: Valorar descanso y sueño.

6. Necesidad de Uso de Prendas de Vestir Adecuadas: Se valoran vestimenta y ropa.

7. Necesidad de Termorregulación: Valorar la adaptabilidad de los cambios de temperatura, producción de calor y eliminación de calor.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: Valorar los hábitos higiénicos del cliente.

9. Necesidad de Evitar los Peligros: Se valora entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física y seguridad psicológica.

PROCESO DE ENFERMERÍA

10. Necesidad de Comunicarse: Valorar el rol en la estructura familiar, estado civil, comunicación familiar o con otras personas.

11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores: Se valora creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad y valores.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse: Valorar trabajo actual, tipo de trabajo, rol social y estatus social.

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas: Se valoran actividades recreativas realizadas en tiempo libre.

14. Necesidad de Aprendizaje: Se valora aprendizaje, enseñanza que conduce a un desarrollo normal de la salud. (13)

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacerse; dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
- Variables: Estados patológicos.
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia 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.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Describe la relación enfermera - paciente destacando tres niveles de intervención tales como sustituta, ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permita el trabajo enfermero por necesidades de cuidado facilitando así la definición del campo de actuación enfermero y, a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas. (12)

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

1. Persona (paciente): Henderson consideraba que el paciente era un individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona y la familia son vistas como una unidad.

2. Entorno: Definía el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

3. Salud: Henderson utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

4. Enfermería: La describe en términos funcionales. La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos y enfermos; la enfermera forma parte del equipo de salud, el trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando éste atiende al paciente. La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales y puede evaluar las necesidades humanas básicas. Los 14 elementos del cuidado incluyen todas las funciones posibles de la enfermera. (11)

5.3. Hipertensión Arterial

Se acepta como HTA a la elevación crónica de una o de las dos presiones arteriales sistólicas o diastólicas (OMS).

“Elevación crónica de la presión arterial (PA) que se objetiva con cifras de presión arterial sistólica de 140 mmHg o más y de presión arterial diastólica de 90 mmHg o más en individuos sin tratamiento hipertensivo”. OMS

La HTA se define como la elevación de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica por encima de los valores considerados como normales (140/90 mmHg). (9)

La PA es la fuerza que ejerce la sangre en contra de las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultados de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, las resistencias de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial. Se mide con un aparato denominado esfigmomanómetro y se expresa en mmHg mediante dos cifras.

La cifra mayor corresponde a la presión sistólica que se produce cuando el corazón se contrae y la sangre ejerce mayor presión sobre las paredes de las arterias.

La cifra menor representa la presión diastólica que se produce cuando el corazón se relaja después de cada contracción, por lo que la presión que ejerce el flujo de la sangre sobre las paredes de las arterias es menor.

Se dice que una persona tiene HTA cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mmHg. (14)

PROCESO DE ENFERMERÍA

Clasificación de la presión sanguínea en adultos de 18 años en adelante.

Clasificación	Sistólica	Diastólica (mmHg)
Óptima	Inferior 120	Inferior 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal alta	130 – 139	85 – 89
Hipertensión		
Etapa 1	140 -159	90 -99
Etapa 2	160 -179	100 – 109
Etapa 3	Mayor o igual 180	Mayor o igual 110

El nivel de presión arterial es un importante parámetro para el diagnóstico y el abordaje terapéutico, siempre y cuando se tome en cuenta el contexto del enfermo.

Hipertensión arterial óptimo, desde el punto de vista de los riesgos cardiovasculares, es inferior a 120/80 mmHg. A los individuos clasificados dentro de esta categoría, si su peso es normal, se les invitará a mantener estilos de vida saludable y aplicarse la detección cada 3 años si tiene de 20 a 39 años, cada 2 años si tiene entre 40 a 59 años y cada año si tiene 60 o más años.

Personas con presión arterial normal 120-129/80-84 mmHg recibirán una explicación del significado de los riesgos relacionados con el aumento de la presión arterial. Se recomendará promoción de estilos de vida saludables y la detección se efectuará cada 1, 2 o 3 años si su peso es normal.

Individuos con presión arterial normal alta 130-139/85-89 se encuentran en riesgo de padecer hipertensión arterial y serán referidos a consultar a su médico y a los grupos de ayuda mutua para recibir asesoría en el control de los factores de riesgo. (15)

Etapa 1.- Cuando la presión sistólica está entre 140 y 159 mmHg y la presión diastólica está entre 90 y 99 mmHg. Si el paciente tiene diabetes o daño renal con proteinuria

PROCESO DE ENFERMERÍA

debe ser catalogado como hipertenso estadio 2 y es indicación formal de tratamiento farmacológico obligado con Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA) o Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA 2), sólo o en combinación con otros fármacos (incluyendo diuréticos o calcio antagonistas) para el logro de presión arterial optimas (inferior 130/80 mmHg).

Etapa 2.- Los pacientes cuya presión sistólica es mayor de 160 mmHg y la diastólica mayor de 100 mmHg. Este grupo difícilmente responde a un sólo medicamento por lo que la terapia inicial puede ser con tratamiento combinado y es recomendable un diurético tiazídico. Es conveniente señalar que si el paciente es además diabético con proteinuria, o bien hay evidencia de daño renal o a otro órgano blanco, se le debe de considerar de riesgo mayor.

Etapa 3.- Elevación Extrema de la Presión Arterial. El paciente merece especial atención ya que es poco frecuente que un individuo hipertenso debute con cifras sistólica mayor 180 y diastólica mayor de 110 mmHg, sobre todo si tiene menos de 54 años. La persona amerita estudios especiales y debe ser valorado por un especialista; por lo general, difícilmente responden a un sólo fármaco y no es raro que se requiera la combinación de más de 2 fármacos. (16)

Fisiopatología

La presión arterial es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardiaco. Cuando por mecanismos anormales aumentan en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de las cifras de presión arterial.

En condiciones normales, los factores hemodinámicos que mantienen la presión arterial son regulados por hormonas provenientes del sistema nervioso autónomo (aminas simpaticomiméticas) que tienen efectos directos sobre los receptores alfadrenergicos y betadrenergicos tanto de los vasos sanguíneos como del corazón. Asimismo, hay factores humorales como las hormonas con efectos mineralocorticoides, las

PROCESO DE ENFERMERÍA

prostaglandinas y el sistema renina-angiotensina-aldosterona que influyen en forma por demás importante y compleja en el mantenimiento de la presión arterial. (17)

Etiología

Del 60 al 80%, la etiología de la HTA se desconoce; ésta es la llamada hipertensión arterial esencial primaria. En el resto la hipertensión es secundaria a alguna patología vascular, endocrina, renal o supra renal.

Hay factores genéticos que tienen una participación muy importante en la génesis de la hipertensión arterial esencial (HTAE). Al igual que factores ambientales implicados específicamente con el desarrollo de la HTA, incluyéndose la ingesta de sal, obesidad, ocupación, el número de miembros de la familia y el hacinamiento.

Existen además múltiples factores que inciden directamente sobre el pronóstico del paciente hipertenso como son edad, sexo, raza, hiperlipoproteinemia, tabaquismo, estrés y cifras de tensión arterial sistólica. Mientras más joven sea el paciente al efectuarse el diagnóstico de HTA, peor será el pronóstico si no se le da tratamiento.

En cuanto a la HTA secundaria las principales causas están relacionadas con patología renal: glomerulonefritis, glomerulosclerosis diabética, riñón poliquístico, pielonefritis nodosa e isquemia renal; con patología endócrina: aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma e hipercalcemia secundaria, hiperparatiroidismo; y causas vasculares como la coartación de la aorta, como una de las más frecuentes. (18)

Manifestaciones Clínicas.

A la hipertensión se le conoce como “él asesino silencioso” porque no tiene manifestaciones claras que puedan detectarse con facilidad. Este trastorno asintomático continúa hasta que se ha establecido la lesión orgánica.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Entre los principales síntomas están:

Cefalea, hipoxia nocturna, epistaxis, vértigo, mareo, zumbidos en los oídos, derrames en los ojos y visión borrosa, falta de aire, mareos y desequilibrio, sudoración fría, cansancio excesivo, en ocasiones desmayos, palpitaciones o taquicardia, y si no es controlada oportunamente puede ocasionar un infarto o ataque al corazón. Un evento cerebrovascular o insuficiencia renal, además de afectar los ojos y otros órganos del cuerpo, en algunos casos puede hasta ocasionar una muerte instantánea. (19)

Complicaciones.

Arteriosclerosis: Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido; responden engrosándose lo que los hace menos flexibles. En estas arterias tiesas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. A nivel de las arterias de los riñones, la arteriosclerosis hace que llegue menos flujo a los riñones y éstos responden liberando renina, una hormona que a su vez causa un aumento de la TA; esto exagera la HTA y causa aún más daño sobre los vasos sanguíneos.

Cardiopatía hipertensiva: Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco o miocardio (los llamados vasos coronarios), el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva, que es cuando el corazón se queda atrás en el bombeo que la sangre circulante necesita, y los líquidos se estancan en todo el organismo.

Enfermedad renal: La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de desechos y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales y agua.

Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la HTA y de sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más del enzima renina, que hace que

PROCESO DE ENFERMERÍA

se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la TA en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, en última instancia, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más HTA y peor función renal hasta llegar al fallo renal.

Accidente vascular-cerebral: Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos y el riesgo disminuye al tratar la HTA. (20)

De acuerdo con su etiología, la hipertensión se puede clasificar como:

a). Hipertensión primaria también llamada idiopática o esencial: Consiste en un aumento de la presión arterial sin causa identificada.

Aunque se desconoce la causa exacta de la hipertensión esencial, se han identificado varios factores contribuyentes, entre ellos aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, producción excesiva de hormonas retenedoras de sodio y sustancias vasoconstrictoras, al igual que otros factores como:

- La edad: La presión arterial aumenta progresivamente en la edad; se encuentra elevada en aproximadamente el 50% de las personas con más de 60 años de edad.
- El alcohol: La ingesta excesiva de alcohol guarda relación fuerte con la hipertensión. Los pacientes hipertensos deben limitar la ingesta de alcohol a 28 g diarios.
- El tabaco: aumenta mucho el riesgo de enfermedad cardiovascular. Los fumadores con hipertensión experimentan un riesgo todavía mayor de enfermedad cardiovascular.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Diabetes mellitus: La hipertensión es más común en los diabéticos. Cuando coexiste hipertensión y diabetes las complicaciones son más graves.
- Lípidos séricos elevados: Los valores elevados de colesterol y triglicéridos son los primeros factores de riesgo en la aterosclerosis. La hiperlipidemia es más común en las personas con hipertensión.
- Exceso de sodio en la dieta: La ingesta alta de sodio puede contribuir a la hipertensión en algunos pacientes, y puede disminuir la eficacia de ciertos medicamentos hipotensores.
- El sexo: La hipertensión es más frecuente en los hombres hasta la edad media de la vida. Después de los 55 años la hipertensión es más común en las mujeres.
- Historia familiar: La cifra de presión arterial es un parámetro con fuerte influencia familiar. El riesgo de hipertensión es mayor en los individuos que tienen un familiar próximo hipertenso.
- Obesidad: El aumento de peso se asocia con mayor frecuencia a la hipertensión. La relación con la hipertensión es mayor en la obesidad abdominal central.
- Etnia: La incidencia de hipertensión es dos veces más alta en los norteamericanos negros que en los blancos.
- Vida sedentaria: La actividad física regular puede ayudar a controlar el peso y reducir el riesgo cardiovascular. La actividad física puede disminuir la PA.
- Nivel socioeconómico: La hipertensión es más frecuente en los grupos socioeconómicos menos favorecidos y en los que han alcanzado un nivel más bajo de instrucción.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Estrés: Las personas expuestas a estrés repetido desarrollan hipertensión con más frecuencia que la población general. Es posible que los futuros hipertensos respondan al estrés de un modo distinto que las personas que no desarrollaran nunca hipertensión.
- La disminución de la ingesta de potasio se acompaña con presión arterial: se recomienda una ingesta de 90 mmol/día.

b) Hipertensión secundaria: El aumento de la presión arterial se debe a una causa específica, que muchas veces se puede identificar y corregir.

Los datos clínicos que sugieren hipertensión secundaria comprenden hipopotasemia no provocada, presencia de un ruido en el abdomen, presiones variables con historia de taquicardia, sudoración y temblor, y antecedentes familiares de enfermedad renal.

Entre las causas de hipertensión secundaria se incluyen: coartación o estenosis congénita de la aorta, trastornos renales como estenosis arterial y nefropatía parenquimatosa, procesos endocrinos como feocromocitoma, síndrome de Cushing e hiperaldosteronismo, anomalías neurológicas como tumores cerebrales, cuadriplejía y lesión cefálica, apnea del sueño, fármacos como estimulantes simpáticos (cocaína), inhibidores de la monoaminoxidasa tomados juntos con alimentos que contienen tiramina, tratamiento sustitutivo con estrógenos, anticonceptivos orales, fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e hipertensión inducida por el embarazo.

Tratamiento no Farmacológico.

La modificación del estilo de vida puede tener un impacto sustancial sobre la morbilidad y mortalidad. Se ha observado que una dieta rica en frutas, vegetales y lácteos con poca grasa y escasa en grasas saturadas y totales disminuye la presión arterial, al igual incluye la reducción de peso, la disminución del consumo de alcohol, la reducción de la ingesta de sal. En los pacientes previamente sedentarios debe estimularse el incremento gradual de la actividad.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.
- Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.
- Reducir la ingesta de sal.
- Lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y que proporcionen micronutrientes favorables para la salud.
- Eliminación del hábito de fumar.

Tratamiento Farmacológico.

Comenzar siempre por una droga y con la dosis mínima. Si no se controla en dos o tres semanas, elevar la dosis del medicamento sustituirlo o agregar otro medicamento. Si el paciente no se controla con la asociación de 3 medicamentos, uno de ellos diurético, interconsulta especializada de referencia. (21)

Tratamiento con medicamentos antihipertensivos.

Diuréticos: (Furosemida, Espironolactina, Metolazona, Politiazida, Bencetiazida)
Disminuye la tensión arterial reduciendo la reabsorción de sodio y de agua por parte de los riñones, disminuyendo así el volumen de líquidos circulante.

Bloqueadores Betaadrenérgicos: (Atenolol, Nadolol, Maleato de Timolol, Propranolol)
Combina con los receptores betaadrenérgicos del corazón, arterias y arteriolas para bloquear la respuesta a los impulsos de los nervios simpáticos. Reduce el ritmo cardiaco y con ello el gasto cardiaco.

Vasodilatadores:(Clorhidrato de Hidralacina, Minoxidil) Actúa sobre el musculo liso arteriolar para relajar y reducir la resistencia vascular periférica.

Bloqueadores de los Canales del Calcio:(Clorhidrato de Verapamilo, Nifedipina)
Reduce la resistencia vascular periférica mediante la vasodilatación sistémica.

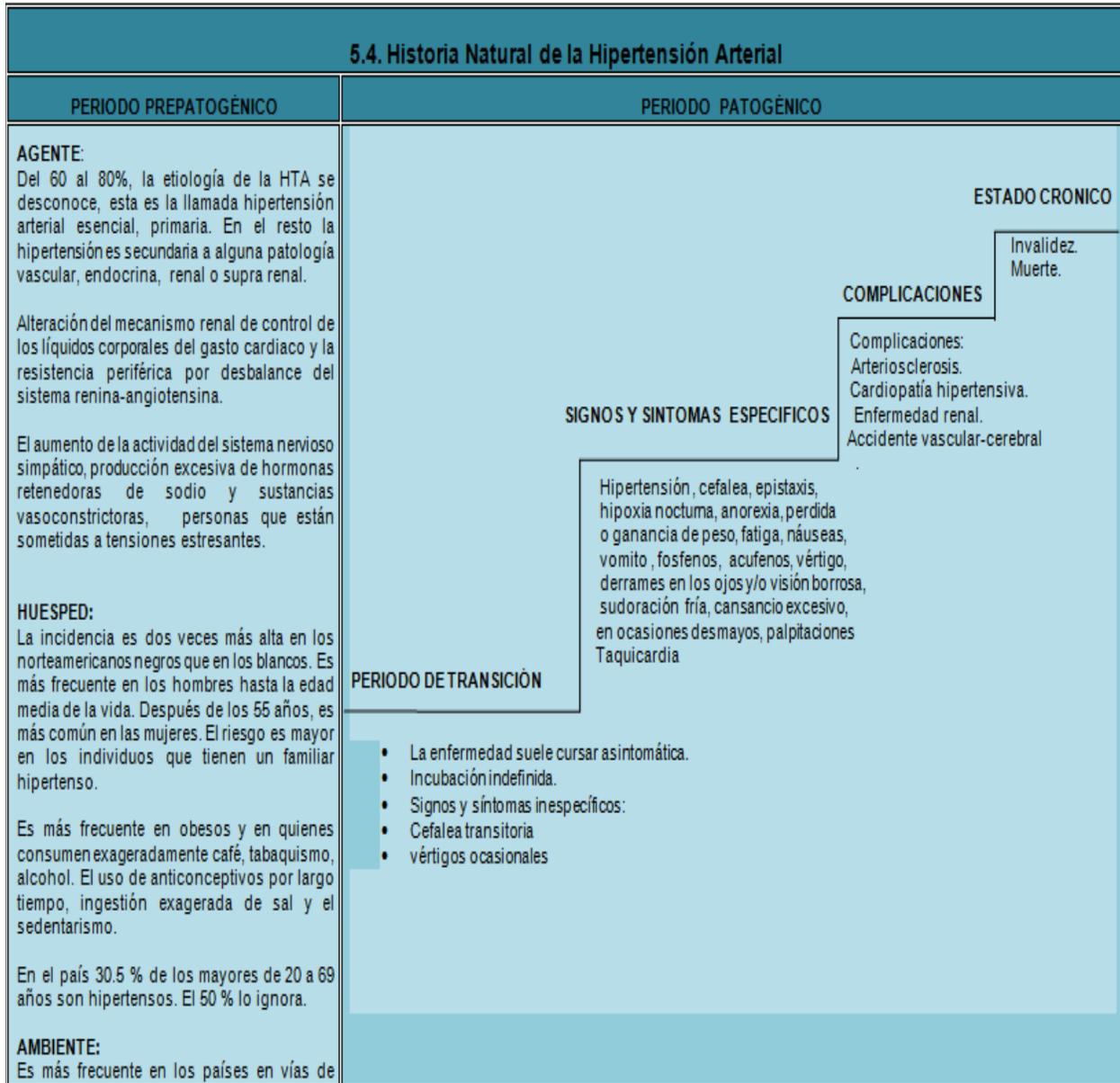
PROCESO DE ENFERMERÍA

Inhibidores de la enzima Conversora de Angiotensina (IECA): (Captopril, Enalapril, Lisinopril) Disminuye la tensión arterial bloqueando la conversión de angiotensina I a angiotensina II, evitando la vasoconstricción. Reduce la producción de aldosterona y la retención de líquidos disminuyendo el volumen de líquidos circulantes. (22)

Estudios de laboratorio.

Hematocrito: Análisis de orina para excluir proteinuria y hematuria que sugieren enfermedad renal; valores de creatinina o nitrógeno ureico para establecer la función renal; concentraciones séricas de potasio; radiografía de tórax para valorar el tamaño del corazón y descartar coartación aórtica, y un electrocardiograma. Otra pruebas que se incluyen en casi todas las baterías automatizadas de química sanguínea, como serían glucemia, colesterol sérico, triglicéridos y valores de ácido úrico, resultan útiles para valorar otros factores de riesgo cardiovascular y pueden utilizarse como base para vigilar los efectos del tratamiento antihipertensivo. La electrocardiografía y ecocardiografía pueden ser útiles para establecer los efectos de la hipertensión y el tratamiento antihipertensivo sobre el corazón. (8)

5.4. Historia Natural de la Hipertensión Arterial



PROCESO DE ENFERMERÍA

desarrollo. Son lugares donde predomina la contaminación por ruido, estrés.					
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN Terciaria
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DX TEMPRANO	TX OPORTUNO	LIMITACIONES DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>*Orientar, promover y capacitar a la población en general para que adquieran, desde temprana edad, hábitos saludables que eviten o contraigan HTA, de esta forma mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia.</p> <p>Modificación del estilo de vida: es conveniente insistir al paciente sobre la importancia de la modificación de sus hábitos de vida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reducir el peso -Disminuir o suspender el consumo de alcohol. -Suspender el consumo de tabaco 	<p>Procedimientos y precauciones concretas para interrumpir las causas de la enfermedad antes de que se presente mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> *La toma o medición de la PA periódicamente. *Control de peso adecuado. *Ejercicio físico moderado y con regularidad. *Reducción de consumo de sal y alcohol. *Ingesta adecuada de potasio. *Una dieta balanceada en grasas, azúcares y sal. *Evitar tensiones emocionales. 	<p>*Realizar cuestionario de factores de riesgo de HTA a toda persona mayor de 20 años a que acuda a consulta a las unidades de salud del sector público o privado.</p> <p>*La toma adecuada de la presión arterial, a los pacientes que acudan a consulta, se debe contar con un mínimo de tres registros de PA en diferentes días.</p> <p>*Estudios de laboratorio y gabinete:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biometría hemática, - Química sanguínea: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio y ácido úrico. - Perfil lipídico: colesterol, triglicéridos. - Electrocardiograma (ECG) - Telerradiografía de tórax. - Ecocardiograma. <p>*Tratar inmediatamente los casos detectados en los primeros estadios de la enfermedad.</p> <p>tratamiento no farmacológico:</p> <p>Reducción de peso, restricción de sal y colesterol y programas de ejercicio, así como los esfuerzos para reducir el tabaquismo y la tensión emocional.</p> <p>Técnicas para reducir el estrés y control del</p>	<p>Cuando el diagnóstico se ha obtenido tardíamente se debe evitar que la enfermedad continúe y además, prevenir o retardar secuelas de padecimientos clínicamente avanzados. Para ello es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Tratamiento antihipertensivos adecuados. *Referencia oportuna a otro nivel de atención sin perder la interacción con el individuo y su núcleo familiar. *Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos de salud. *Proveer facilidades para limitar el daño, y prevenir la muerte. *Orientar sobre medidas higiénico dietéticas. *Orientar sobre signos y síntomas de alarma de HTA. 	<p>Reintegrar al individuo como elemento útil a su familia y a la sociedad; obtener el máximo provecho de sus facultades y evitar que se convierta en una carga para su grupo familiar. Es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Terapia ocupacional. *Educación y sensibilización de la comunidad y fuentes de trabajo para el empleo del rehabilitado. *Adaptación del hogar de acuerdo con las posibilidades y la capacidad residual del paciente para que pueda llegar a valerse por sí mismo. *Capacitar y orientar a la familia en el manejo del paciente crónicamente enfermo o incapacitado. *Psicoterapia para aceptar la enfermedad y mantener la medicación. *Reintegrarlo a su vida social y 	

PROCESO DE ENFERMERÍA

<p>- Reducir el consumo de sal a menos de 6 gr/día y de alimentos industrializados.</p> <p>- Recomendar dietas ricas en frutas, vegetales y bajas en grasas.</p> <p>- Incrementar el consumo de alimentos ricos en potasio y calcio</p> <p>- Disminuir el consumo de refrescos y carbohidratos refinados.</p> <p>- Establecer un programa de ejercicios al menos 30-45 min, de 4-5 veces por semana.</p> <p>- Manejo adecuado del estrés mental (grupos de apoyo, terapias ocupacionales, atención psicológica).</p> <p>*Prevenir, detectar en individuos de 20 a 69 con o sin riesgo de la enfermedad.</p>	<p>*Orientar al individuo sobre las complicaciones de la HTA.</p>	<p>mismo: Aromaterapia, Musicoterapia, Abrazoterapia, Ejercicio de respiración, ejercicio aeróbico, yoga.</p> <p>*Tratamiento con medicamentos antihipertensivos.</p> <p>*DIURETICOS: Furosemida, Espironolactina, Metolazona, Politiazida, Bencetiazida.</p> <p>BLOQUEADORES BETAADRENERGICOS: Atenolol, Nadolol, Maleato de Timolol, Propranolol.</p> <p>VASODILADORES: Clorhidrato de Hidralacina, Minoxidil.</p> <p>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO: Clorhidrato de Verapamilo, Nifedipina.</p> <p>INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (IECA): Captopril, Enalapril, Lisinopril.</p>		<p>laboral.</p> <p>*Actividad física, nutrición y manualidades.</p> <p>*Reducir los efectos producidos por la aparición de las complicaciones secundarias de la HTA.</p> <p>*Educación y sensibilización de las personas.</p>
---	---	---	--	---

VI. CASO CLÍNICO

L.F.A. es una mujer de 65 años originaria de la comunidad del Fresno, Municipio de Villa Morelos, Michoacán, residente del mismo lugar y estudió hasta segundo de primaria. Dedicada al hogar y al campo, de religión católica y casada desde los 19 años de edad.

En lo que corresponde a sus antecedentes heredofamiliares se encontró que su Madre tiene problemas de bronquitis y su padre murió de cáncer en los huesos. Tuvo siete hermanos y cinco hermanas; uno de sus hermanos murió de cáncer; tres hermanas finadas por causas que ella desconoce; tiene dos hermanos con hipertensión arterial y diabetes; uno de sus hermanos tiene problemas de alcoholismo y el resto de los hermanos aparentemente son sanos.

Habita en casa propia, con todos los servicios y sin promiscuidad ni hacinamiento. Vive con su esposo, dos hijas y un hijo el cual tiene problemas de alcoholismo. Es madre de siete hijos, cuatro de ellos radican en E.U. Depende económicamente de su esposo; también recibe una aportación de sus hijos lo cual le permite cubrir los gastos y servicios de su casa.

Pesa 62 Kg. mide 1.53 metros. Tiene un índice de masa corporal de 27. Consume carne roja ocasionalmente, pollo una vez a la semana, frijoles todos los días, huevo y leche ocasionalmente, lentejas una vez a la semana, habas una vez a la semana, nopales en tiempo de temporada, verdura una ración cada tercer día (zanahoria, papa, coliflor, jitomate, lechuga, brócoli, espinacas, acelgas, calabacita, chayote o elote), fruta una porción diaria dependiendo la temporada (manzana, plátano, papaya, guayaba, naranja, mandarina, míspero, pera, mango o sandia), pan ocasionalmente; generalmente desayuna una tasa de atole de maíz o avena, tres tacos de frijoles con papa; a medio día una fruta; en la comida caldo de pollo una vez a la semana, sopa, con cuatro tortillas y un vasos de agua; en la merienda un vaso de leche con pan o una

PROCESO DE ENFERMERÍA

tasa de atole y dos tacos de guisado. Comenta que toma muy poca agua. No es alérgica a ningún alimento. Evacua cada tercer día o una vez al día con eliminación difícil y heces duras, orina normal 3 o 4 veces al día.

Expresa que se baña cada tercer día y que el cambio de ropa exterior e interior lo realiza diariamente; el cepillado dental lo hace tres veces al día. No hace ejercicio, camina sólo cuando sale al mercado y al campo. Tiene dificultad para dormir y para mantenerse dormida. Ella refiere que el hijo que vive con ella es alcohólico y que ésta situación la mantiene estresada. Anualmente dedica aproximadamente 6 horas al trabajo de campo; terminando la temporada del trabajo en el campo se dedica al trabajo doméstico diariamente. Dedicar su tiempo libre a ver T.V o para bordar; su principal diversión es cuidar sus plantas; sale los domingos con su esposo a misa de medio día.

Se encuentra alerta, consiente, orientada en tiempo, lugar y espacio, con lenguaje fluido y coherente. Menarca a los 17 años; inició su vida sexual activa a los 19 años, no utilizó ningún método de planificación familiar; menopausia a los 42 años. Hace 6 años le realizaron una cirugía de hernia umbilical. Hace dos años se puso la placa dental; no fuma, no consume alcohol. Cursa con Hipertensión Arterial desde hace 9 años; se desconoce las cifras tensionales con las que se hizo el diagnóstico, fue tratada con captopril indicado por médico particular, el cual fue suspendido. Acude al Centro de Salud de su comunidad para dar seguimiento con el tratamiento con metoprolol, sin embargo, el tratamiento para su enfermedad no lo realiza de manera idónea debido a que olvida la toma de su medicamento manifestando que “no pasa nada si por un día no tomo el medicamento”.

Se siente aceptada por los demás; lo más importante para ella es su esposo y sus hijos con los que lleva una buena relación y comunicación. Lleva una orientación sobre su tratamiento y está conforme con su apariencia física. Comenta que su misión en la vida está cumplida ya que formó a sus hijos, los vio crecer y formar una familia. Lo que la

PROCESO DE ENFERMERÍA

hace feliz es que llevan una buena relación de familia unida. Le gusta convivir con los hijos, nietos y amigos los fines de semana.

La señora L.F.A tiene los siguientes signos vitales: T/A: 140/90 mmHg, FC: 82 x', FR: 21x', T°: 36.5°C.

Tratamiento Farmacológico: metoprezol (metoprolol) tableta 100 mg, una tableta cada 24 horas.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1. Valoración por Necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de Oxigenación.

La paciente no presenta dificultad para respirar, tiene una T/A de 140/90 mmHg, FC 82 x' y FR 21 x'.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Pesa 62 kg, mide 1.53 metros, IMC de 27. Consume carne roja ocasionalmente, pollo una vez a la semana; frijoles todos los días; huevo y leche ocasionalmente; lentejas una vez a la semana; habas una vez a la semana; nopales en tiempo de temporada; verdura una ración, cada tercer día tres (zanahoria, papa, coliflor, jitomate, lechuga, brócoli, espinacas, acelgas, calabacita, chayote, elote); fruta una porción diaria dependiendo de la temporada (manzana, plátano, papaya, guayaba, naranja, mandarina, míspero, pera, mango, sandía); pan ocasionalmente; generalmente desayuna una tasa de atole de maíz o avena, tres tacos de frijoles con papa; a medio día una fruta; en la comida caldo de pollo una vez a la semana, sopa, con cuatro tortillas, dos vasos de agua; merienda un vaso de leche con pan o una tasa de atole y dos tacos de guisado. Comenta que toma muy poca agua. No es alérgica a ningún medicamento.

3. Necesidad de Eliminación.

Evacua cada tercer día o una vez al día con eliminación difícil y heces duras, orina normalmente 3 o 4 veces al día. Comenta que su menarca fue a los 17 años de edad; menopausia a los 49 años. Abdomen globoso y blando hay presencia de ruidos peristálticos.

4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.

Presenta una postura adecuada, no necesita ayuda para deambular. No hace ejercicio, camina sólo cuando sale al mercado y al campo.

5. Necesidad de Descanso y Sueño.

Tiene dificultad para dormir y para mantenerse dormida. Ella refiere que el hijo que vive con ella es alcohólico y eso la mantiene estresada.

6. Necesidad de Uso de Prendas de Vestir Adecuada.

Viste de acuerdo a su edad; comenta que no tiene problemas para vestirse; usa vestuario dependiendo el clima. El cambio de su ropa exterior e interior es diario.

7. Necesidad de Termorregulación. Su temperatura es de 36.5 °C.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Comenta que se baña cada tercer día y que el cepillado dental lo realiza tres veces al día. Al examen físico, se identificó una piel hidratada e íntegra a excepción de las regiones en donde sobresale la cicatriz de la intervención quirúrgica que le realizaron para su hernia umbilical.

9. Necesidad de Evitar Peligro.

Le realizaron una cirugía de hernia umbilical hace 6 años. Hace dos años se puso la placa dental. No fuma, no consume alcohol. Cursa con hipertensión arterial desde hace 9 años y se desconoce las cifras tensionales con las que se hizo el diagnóstico; fue tratada con captopril indicado por médico particular el cual fue suspendido. Acude al Centro de Salud de su comunidad, sin embargo el tratamiento para su enfermedad no lo realiza de manera idónea, debido a que olvida la toma de su medicamento lo que genera el descontrol de su presión arterial. La paciente no cree que el olvidar una toma de su medicamento repercuta en su salud.

10. Necesidad de Comunicación.

Es Madre de siete hijos. Vive con su esposo, dos hijas y un hijo el cual tiene problemas de alcoholismo. Se siente aceptada por los demás. Lo más importante para ella es su esposo y sus hijos con los que lleva una buena relación y comunicación. Le gusta convivir con los hijos, nietos y amigos los fines de semana. Se encuentra alerta, consiente, orientada en tiempo, lugar y espacio; con lenguaje fluido y coherente.

11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.

Es de religión católica, y comenta que cuando está preocupada reza para que Dios le dé fortaleza y eso la hace sentirse tranquila.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Se dedica al hogar y al campo. Dedicar aproximadamente 6 horas al trabajo de campo anualmente; terminando la temporada del trabajo en el campo se dedica al trabajo doméstico diariamente. Depende económicamente de su esposo y también recibe aportación de sus hijos lo cual le permite cubrir los gastos del servicio de su casa. Está satisfecha con el rol familiar que juega. Comenta que su misión en la vida está cumplida ya que formó a sus hijos, los vio crecer y formar una familia lo que la hace feliz ya que llevan una buena relación de familia unida.

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

Dedica su tiempo libre a ver T.V o para bordar; su diversión es cuidar sus plantas. Sale los domingos con su esposo a misa de 12 del mediodía. Comenta que las actividades que le gustan son bailar y escuchar música.

14. Necesidad de Aprendizaje.

La paciente estudió hasta segundo de primaria. Está conforme con su apariencia física. En cuanto a la orientación sobre su tratamiento, comenta que si la recibió al diagnosticarla con Hipertensión Arterial.

7.2. Diagnósticos de Enfermería

1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con percepción subjetiva de gravedad manifestado por verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.
2. Estrés por sobrecarga relacionado con agentes estresantes intensos y repetidos (hijo alcohólico), manifestado por el impacto negativo del estrés (insomnio).
3. Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en las necesidades metabólicas, manifestado por peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.
4. Sedentarismo relacionado con elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física, manifestado por desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico.
5. Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos, manifestado por incapacidad para eliminar las heces y eliminación de heces duras.

7.3 Plan de Intervenciones

1. Necesidad de Evitar peligro.

Dominio 1. Promoción de la salud.

Clase 2. Manejo de la salud, identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con percepción subjetiva de gravedad manifestado por verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Objetivo: La paciente conocerá la importancia de tomar su medicamento de acuerdo a su prescripción para lograr una modificación en la conducta que favorezca a su salud.

Plan de Intervención de Enfermería:

1. Identificar los factores que impidan a la paciente el incumplimiento del tratamiento.
2. Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación.
3. Incluir a los allegados de la paciente en las intervenciones siempre que sea posible.
4. Recalcar a la paciente que ella decide el seguir o no el tratamiento.
5. Decir a la paciente que compruebe o pida que le tomen su T/A por lo menos una vez a la semana y conservar un registro exacto de los valores.

Fundamentación Científica:

1. Identificar cualquier obstáculo en el incumplimiento del tratamiento que permite a la enfermera planificar intervenciones para eliminar dicho obstáculos y mejorar el cumplimiento.
2. La paciente y los allegados tienen que comprender las posibles consecuencias de suspender la medicación para que les estimule ayudar a la paciente a seguir el tratamiento.
3. Tomar en cuenta a los familiares durante las intervenciones ya que motivará a que la paciente colabore y se sienta apoyada.
4. Ayudar a la paciente a comprender que es la responsable del tratamiento, que puede aumentar la sensación de control y autodeterminación de sí misma, pudiendo ayudar a mejorar su salud.

PROCESO DE ENFERMERÍA

5. La toma semanal de la T/A es necesaria para valorar la respuesta de la paciente al tratamiento y el cambio en el estilo de vida.

Ejecución: (28 enero 2010).

- Se le brindó la confianza a la paciente para que expresara las causas del porque el incumplimiento de su tratamiento.
- Se comentó a la paciente las consecuencias que conllevan agravar la salud si no se cumplen las tomas indicadas del medicamento. Podría haber un rebote de PA.
- Se dijo a los familiares la importancia de llevar a cabo el control del tratamiento farmacológico y las consecuencias de no hacerlo.
- Se le explicó a la paciente la importancia de sus decisiones ya que se le enfatizó que de ella depende el establecimiento de su salud.
- Se les explicó, tanto a los familiares como a la paciente, la importancia de seguir el régimen terapéutico con un horario indicado.
- Se ofreció apoyo educativo a los familiares de la paciente en la enseñanza de la toma de P.A. durante una semana.
- Se les proporcionó un esfigmomanómetro para la toma de PA.
- Se valoró la P.A. dos veces al día (7:30 am y 8:00 pm) en ambos brazos.
- Con el apoyo familiar, se logró tener un registro de las cifras de la PA todos los días.
- Los familiares participaron proporcionándole su medicamento cada 24 horas en base a un horario específico.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Evaluación: Se logró el objetivo a través del apoyo educativo a la paciente y a los familiares sobre el conocimiento del régimen terapéutico. Se les orientó para que proporcionaran el medicamento a la paciente todos los días a las 8 am después de consumir algún alimento. Se les enseñó a tomar la presión arterial por una semana considerando las recomendaciones específicas que marca la NOM 030 de la prevención, tratamiento y control de la hipertensión Arterial. Con el préstamo del esfigmomanómetro, se logró que los familiares y la paciente crearan la necesidad de tener un instrumento propio para el registro de su presión. Con el apoyo de ellos, ahora su T/A se mantiene dentro de los parámetros normales de presión normal alta 130/89 mmHg. Se logró que la paciente fuera responsable de su salud y de la toma de su medicamento cada 24 horas.

2. Necesidad de Descanso y Sueño.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuesta de afrontamiento proceso para mejorar el estrés ambiental.

00177: Estrés por sobrecarga relacionado con agentes estresantes intensos y repetidos (hijo alcohólico), manifestado por el impacto negativo del estrés (insomnio).

Objetivo: La paciente logrará disminuir los agentes generadores de estrés para recuperar el patrón habitual del sueño.

Plan de Intervención de Enfermería:

1. Mostrar interés en la paciente.
2. Hacer preguntas que animen a la paciente a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones para disminuir las situaciones estresantes antes de irse a dormir.
3. Lograr que la paciente tenga un acercamiento y un diálogo con su hijo que le permita expresar sus sentimientos y lograr disminuir los agentes generadores de estrés.

PROCESO DE ENFERMERÍA

4. Recurrir a las técnicas de relajación que favorezcan la disminución de estrés y por lo tanto faciliten el sueño.
5. Ajustar el ambiente de la paciente como la luz, el ruido y el colchón para favorecer el sueño.
6. Ayudar a la paciente a evitar, a la hora de irse a la cama, los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
7. Animar a la paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
8. Proponerle a la paciente establecer medios que favorezcan la disminución de estrés y que lleven a la relajación muscular para lograr la conciliación del sueño como bañarse antes de dormir o tomar un vaso con leche.

Fundamentación Científica:

1. Mostrar interés en la paciente permitirá confianza y seguridad para expresar sus inquietudes o preocupaciones sin temor.
2. Dejar que la paciente haga cuestionamientos o exprese sus preocupaciones e inquietudes le permitirá desahogarse.
3. El acercamiento y el dialogo con su hijo permitirá que la paciente exprese toda su preocupación, el deseo de una situación diferente y la necesidad de un acercamiento que lleve a entablar una comunicación efectiva y afectiva; esto permitirá que cada acercamiento y dialoga con su hijo contrarresté el estrés que le genera su hijo y se dé cuenta de que su situación está perjudicando el estado de salud de su madre.
4. Las técnicas dirigidas de relajación actúan directamente para disminuir los agentes que generan estrés. Tienen efectos en el sistema muscular, circulatorio, nervioso y

PROCESO DE ENFERMERÍA

energético para reequilibrar y regular el organismo; proporciona a la paciente una sensación de armonía y se conecta con su cuerpo permitiéndole relajarse y aliviar tensiones y dolores. Favorece la circulación sanguínea, ayuda a relajar la mente y el cuerpo favoreciendo el descanso profundo; reduce el estrés mejorando la calidad del sueño, sensación de bienestar y energía renovada; favorecen una correcta postura corporal previniendo molestias.

5. Favorecer un ambiente tranquilo y cómodo para la paciente, permitirá contrarrestar el estrés y conciliar el sueño.

6. El consumo en exceso de alimentos interfiere para lograr el sueño.

7. El tener horas para irse a dormir nos ayuda a programar el organismo a descansar a la misma hora.

8. El baño con agua tibia favorece la relajación muscular al igual que la leche ya que representa una fuente de triptófano-L, que es un componente contenido en una sustancia producida por el cuerpo que genera relajación muscular y por lo tanto disminuye el estrés y favorece la conciliación del sueño.

Ejecución: (06 de febrero del 2010).

- Se mostró interés en la paciente tomándole atención, mirándola a los ojos y dejándola expresar sus preocupaciones sin presionarla, de modo que ella se sintiera escuchada y en confianza para poder hablar sin miedo.
- La paciente y su hijo tuvieron comunicación. Se llevó a cabo un diálogo entre la paciente y su hijo, con el fin de que la paciente expresará los sentimientos que le generan el estrés que tiene hacia él.
- A través de este acercamiento la paciente dio a conocer a su hijo la situación estresante y de preocupación que genera su situación.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- El hijo participó en las intervenciones de la toma de P. A. algunas ocasiones.
- Se trabajó con la paciente en la enseñanza de la relajación para contrarrestar el estrés utilizando la musicoterapia; la paciente permanecía sentada con los ojos cerrados durante 15 minutos realizando ejercicios respiratorios y de meditación dirigida. Esto lo llevamos a cabo por la tarde durante tres días. Posteriormente ella lo realizaba antes de irse a dormir.
- Se le propuso a la paciente y a su familia que le proporcionarán un ambiente cómodo o agradable a la hora de dormir como la luz tenue, evitar ruidos extremadamente fuertes y un colchón cómodo para favorecer el sueño y disminuir el estrés.
- Se le propuso que no comiera en exceso a la hora de ir a dormir.
- Se le propuso establecer una rutina diaria para dormir de manera que poco a poco su cuerpo vaya reconociendo la hora de descansar.
- Se le recomendó un baño antes de acostarse para lograr una relajación muscular que la lleve a contrarrestar el estrés, así como la ingesta de leche o té caliente que favorezca el sueño.

Evaluación: Se logró el objetivo planeado a través del acercamiento y la comunicación con su hijo permitieron que la paciente tuviera desahogo y liberación del estrés que manifestaba que era la preocupación por el alcoholismo de su hijo. El estrés disminuyó, sin embargo su hijo le sigue preocupando debido a que no hay un cambio significativo en su conducta, a pesar de que se le orientó sobre los grupos de autoayuda que pueden favorecer a su enfermedad (alcoholismo). Se logró que su hijo conociera los sentimientos de estrés y angustia que genera en la salud de su madre y con esto que voluntariamente aceptará apoyar durante las intervenciones. A pesar de que únicamente apoyo en algunas ocasiones, se logró la integración parcial al régimen

PROCESO DE ENFERMERÍA

terapéutico de su familiar. Las acciones que se realizaron para favorecer el patrón habitual del sueño permitieron que la paciente estableciera una rutina para dormir todos los días a la misma hora, el cual evitó alimentos de sobrecarga a la hora de ir a dormir. Toma té caliente o leche con lo que mejoró significativamente la conciliación del sueño y disminuir el estrés. Manifestó que recuperó un poco más el sueño debido a que estaba más tranquila. Comentó que se sintió muy tranquila con la relajación y con la musicoterapia, sin embargo no se logró que ella la siguiera realizando de manera individual por qué no se sintió capaz de hacerla ella sola.

3. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Dominio 2: Nutrición

Clase1: Ingestión.

00001 Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en las necesidades metabólicas, manifestado por peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.

Objetivo: La paciente logrará tener un régimen de alimentación equilibrado e identificará los alimentos que debe consumir y los que debe omitir para mantener su peso dentro de los parámetros normales y con esto tener un índice de masa corporal de acuerdo a su peso y talla.

Plan de Intervenciones de Enfermería:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
2. Explicar a la paciente y a los familiares la alimentación adecuada y el cambio nutricional necesario de la paciente. Se elaboró un menú en donde se tomaron en cuenta los alimentos permitidos para su salud. (Anexo 3)
3. Determinar el conocimiento por parte de la paciente y familiares de los cuatro grupos alimentarios básicos (Frutas y verduras; cereales, granos, leguminosas y tubérculos; Alimentos de origen animal: carne, leche y sus derivados; Grasas y azúcares) para que

PROCESO DE ENFERMERÍA

elija los alimentos que debe consumir y los que debe omitir. Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar a la paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.

4. Recomendar a la paciente llevar el control de su peso durante cuatro meses y valorar su peso una vez a la semana.

5. Explicar a la paciente la importancia de comer despacio con tranquilidad y evitar comer entre comidas.

6. Valorar los esfuerzos realizados por la paciente para conseguir los objetivos.

Fundamentación Científica:

1. Ayudar a la paciente a sentirse en confianza permitirá expresarse sin ningún temor.

2. Al tener un conocimiento de los alimentos que debe consumir y los que debe omitir, la paciente y los familiares se darán cuenta de que la alimentación que lleva no es la indicada y que el cambio de alimentos será necesario para la salud de la paciente; además podrán identificar y elegir lo que debe y no debe consumir y así llevar una alimentación nutritiva y equilibrada.

3. Al conocer los cuatro grupos alimentarios, la paciente y los familiares conocerán los que le favorecen para su estado de salud. Así como tener conocimiento de la norma oficial mexicana 030 de hipertensión Arterial que marca los alimentos permitidos y no permitidos que debe consumir, para la mejora de su salud; esto permitirá a la paciente y familiares a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.

4. Llevar un registro continuo de su peso permitirá saber si la paciente está logrando tener un peso adecuado o dentro de los parámetros normales.

PROCESO DE ENFERMERÍA

5. Comer despacio, con calma, permite una buena digestión y una mejor absorción de nutrientes que son necesario para el buen funcionamiento del organismo.

6. Al valorar los esfuerzos realizados mediante abrazos, obsequios y palabras que la hagan sentir bien, la paciente se motivará para continuar adelante.

Ejecución: (10 de febrero del 2010).

- Ante todo, se le dio confianza y respeto a la paciente y familia a la hora de establecer una relación terapéutica, respetando sus opiniones.
- Con la utilización de material didáctico, se les dio una plática a la paciente y a los familiares sobre nutrición, basado en la pirámide de alimentación saludable se presentaron los cuatro grupos alimentarios como fue: frutas y verduras; cereales, granos, leguminosas y tubérculos; alimentos de origen animal y sus derivados; grasas, azúcares. Se presentó un listado de los cuatro grupos alimentarios que debe consumir como frutas y vegetales, sobre todo el consumo de vegetales de hojas verdes y frutas y verduras de color amarillo. Frijoles, arroz, tortillas de maíz y pastas; leche descremada; pescado y pollo sin pellejo. Se le comentó que cocinara con menos grasa, que en vez de freír los alimentos los hierva o que use aceite vegetal (oliva, soya, cártamo y maíz) en pequeñas cantidades; evitar los siguientes alimentos: leche entera, helados de leche, quesos elaborados con leche entera, manteca de cerdo, carne con alto contenido en grasa como la carne de puerco, chicharrones, chorizo, salchichas, jamones, y sobre todo disminuir la sal.
- Se le explicó a los familiares y a la paciente una manera sana de bajar de peso: es comer menos grasa y calorías, comer porciones pequeñas y bocadillos saludables, comer despacio con tranquilidad, evitar comer entre comidas y mantenerse activa durante el día.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Se le propuso un menú en donde se disminuye la cantidad de carbohidratos que ella acostumbra a consumir especialmente en la merienda.
- Se llevó un registro de su peso el cual se valoró una vez a la semana durante 4 meses.
- Por cada esfuerzo realizado y logrado, se valoró a la paciente para que siguiera motivándose durante la intervención. Se le daba un abrazo y se le decía “claro que si se puede. Ánimo, pídale a su santo de su devoción que le de fuerzas y paciencia”.

Evaluación: Se logró el objetivo planteado a través de una relación terapéutica basada en el respeto y la confianza ante la paciente y los familiares. La paciente mostró interés y fuerza de voluntad en el control de su alimentación, por lo que se les dio a conocer los cuatro grupos de alimentación de la pirámide de nutrición saludable, lo cual le permitió a la paciente y familiares identificar los alimentos que podía consumir o los que debe omitir como: menos grasa y calorías, comer porciones pequeñas y bocadillos saludables, comer despacio y con tranquilidad a una hora, evita comer entre comidas y mantenerse activa durante el día. Esto se vio reflejado por qué disminuyó el consumo de carbohidratos durante la merienda y logró bajar 2. 800 kilogramos de peso en 4 meses y se espera que al seguir con el control de su alimentación y la motivación, siga disminuyendo de peso hasta lograr el peso ideal.

4. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.

Dominio 4. Actividad y Reposo.

Clase 2. Actividad/Ejercicio.

00168: Sedentarismo relacionado con elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física manifestado por desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Objetivos: La paciente conocerá la importancia que tiene la actividad física en la vida diaria y se le motivará a incluir una rutina diaria de ejercicio en base a sus necesidades.

Plan de Intervenciones de Enfermería.

1. Determinar la motivación de la paciente para empezar con el programa de ejercicios.
2. Ayudar a la paciente a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a sus necesidades.
3. Ayudar a la paciente a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal.
4. Realizar los ejercicios en conjunto con la paciente.
5. Informar a la paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
6. Instruir a la paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuada para evitar lesiones durante el ejercicio físico así como el uso de ropa cómoda.
7. Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos realizados de la paciente.

Fundamentación Científica:

1. La motivación ayudará a la paciente a integrarse a las actividades de ejercicio.
2. Un programa de ejercicio diario adecuado para su edad, estado de salud y el lugar en el que ella vive, pueden prevenir serias complicaciones a las personas que no tienen condición de adaptarse a las exigencias propias del ejercicio; se hace con la finalidad de no agravar la salud de la paciente permitiendo una buena condición física y así evitar o controlar la obesidad, además de favorecer a su salud y contrarrestar el sedentarismo.

PROCESO DE ENFERMERÍA

3. La integración de un programa de ejercicios semanal ayudara a la paciente a tener una rutina diaria de actividades físicas.
4. Al acompañar a la paciente a su actividad de ejercicio, se motiva, se siente segura y en confianza.
5. La información de los beneficios del ejercicio para la salud es tener mayor energía y capacidad para trabajar y divertirse, reduce el riesgo de un ataque cardiaco, disminuye la PA, fortalece y mejora la eficiencia del corazón y pulmones, permite bajar de peso, reduce el nivel de colesterol, dormir mejor, disminuye el estrés y es una mejor forma de ver la vida. El conocimiento motivará a la paciente para llevarlos a cabo.
6. El uso de ropa o técnicas inadecuadas puede causar lesiones.
7. La motivación ayuda a que la paciente se sienta a gusto consigo misma y seguir adelante.

Ejecución: (15 de febrero del 2010).

- Se motivó a la paciente a la realización de actividad física mediante el conocimiento de los beneficios que tiene para la salud.
- Se valoraron las necesidades de la paciente como la edad, el estado de salud, el ambiente en el que vive y las actividades favoritas de la paciente, para en base a ellas elegir una actividad física.
- Se orientó a la paciente sobre el uso de ropa cómoda para realizar ejercicio.
- En base a las necesidades de la paciente se eligió la caminata.
- Se inició de manera gradual la rutina diaria de ejercicio.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Se realizó un cronograma de actividades iniciando de la siguiente manera:
Media hora un día a la semana, posteriormente se realizó la misma rutina por 2 días durante una semana y así sucesivamente hasta tener la caminata de treinta minutos todos los días.
- Por las tardes, acompañaba a la paciente a hacer precalentamiento 15 minutos para evitar lesiones y posteriormente se daba inicio a la caminata de 30 minutos, terminando procedíamos a la relajación de ejercicios.
- Se orientó a la paciente sobre el grupo de ayuda mutua que tiene el Centro de Salud de la comunidad, “El Fresno”, al que pertenece la paciente.
- Se canalizó a la paciente a este grupo de autoayuda y hasta la fecha actual la paciente asiste de manera diaria a las rutinas de ejercicio de este centro.
- La paciente manifestó gusto por el baile y hasta hace poco comenzó asistir los sábados a clases de baile que por parte del Centro de Salud se realizan.
- Se valoraron sus esfuerzos mediante la motivación y frases que la hicieran sentir bien.

Evaluación: Se logró el objetivo planeado. Que la paciente conociera la importancia que tiene la actividad física en la vida diaria por lo cual se motivó para que siga incluyendo una rutina diaria de ejercicio. Se logró integrar una rutina de ejercicio semanal donde la paciente desarrolla una rutina adecuada a sus necesidades. En el transcurso de la tarde acompañaba a la paciente a los ejercicios de precalentamiento, caminata y relajación para evitar lesiones durante el ejercicio. Ahora la paciente participa en los ejercicios de ayuda mutua que se realizan por parte del centro de salud los cuales se llevan a cabo de lunes a viernes. Se logró que la paciente realice la actividad física que le favorece en su salud y que a la vez satisface uno de su gusto del baile. Lograr que la paciente incluyera una rutina de ejercicio en su vida diaria,

PROCESO DE ENFERMERÍA

benefició de manera significativa no solamente el aspecto físico, también se favoreció el aspectos psicológico y social al mostrar disminución de estrés debido a la distracción, al cambio de ambiente y a la interacción social.

5. Necesidad de Eliminación.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 2: Función gastrointestinal

00011: Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por incapacidad para eliminar las heces y eliminación de heces duras.

Objetivo: La paciente logrará la ingesta de líquidos por lo menos de seis a ocho vasos de agua una vez al día. Evacuará heces de consistencia blanda y de fácil eliminación, por lo menos una vez al día.

Plan de Intervención de Enfermería:

1. Dar a conocer a la paciente y familiares la importancia de la ingesta de líquidos y fibra.
2. Indicar una ingesta adecuada de líquidos.
3. Explicar a la paciente y familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.
4. Instruir a la paciente y familiares acerca de los alimentos con alto contenido en fibra y proporcionarles una lista de alimentos ya mencionados para que la paciente identifique los alimentos que contengan fibra.
5. Enseñar a la paciente y familia los principios de la educación intestinal.
6. Explicar que la hora de la defecación debe formar parte de la rutina diaria.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Fundamentación Científica:

1. La ingesta de líquidos y fibra estimula el peristaltismo permitiendo así la formación de heces firmes, blandas, formadas y de fácil eliminación; permite que el aparato digestivo realice un buen funcionamiento. Al tener conocimiento llevarán una ingesta adecuada de líquidos y fibra.
2. El aporte de una cantidad suficiente de fibra en la dieta y de líquidos favorece la formación de unas heces firmes, blandas y formadas. Disminuye las heces duras y secas difíciles de evacuar.
3. La actividad física mejora el peristaltismo, ayuda a la digestión y facilita la defecación; una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo; la frecuencia y la consistencia de las heces están relacionadas con los líquidos y alimentos ingeridos, la fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de agua hacia las heces.
4. Al proporcionar un listado de alimentos que contengan fibra, les ayudaran a elegir los que a ella le agraden y estén a su disposición económica.
5. Un hábito intestinal normal se mantiene mediante el aporte diario de fibra, el consumo de 6 a 8 vasos de agua y ejercicio diario.
6. Además la paciente debe ser capaz de apreciar la necesidad de evacuar y de establecer una rutina para ir al retrete.

Ejecución: (18 de febrero del 2010).

- Se dio a conocer a la paciente y familiares la importancia del consumo de líquidos y fibra.
- Se les dieron a conocer los alimentos de alto contenido en fibra con la utilización de un rotafolio con la finalidad de que identificaran los alimentos que contienen fibra como: cereales (sopa de pastas, arroz integral, pan blanco de caja integral,

PROCESO DE ENFERMERÍA

pan de centeno integral, galletas integrales, hojuelas integrales de maíz, avena, o trigo, avena integral, tortillas y barritas de salvado o integrales); leguminosas (frijoles, lentejas, habas, garbanzos y soya); verduras (nopales, espinacas, zanahoria, lechuga, coliflor, quelites y calabacitas); tubérculos (papa, camote y yuca); frutas (todas crudas y con cascara como la tuna, guayaba, fresa, manzana, pera, naranja y jícama) para que ella eligiera los alimentos que están dentro de sus posibilidades económicas y a su gusto.

- A la paciente desde un primer momento se le propuso un menú; a este menú se le sumaron los alimentos ricos en fibra y el incremento en la ingesta de agua.
- La paciente llevó una ingesta de 6 a 8 vasos de líquidos al día.
- Se le comentó que llevando una dieta equilibrada con la ingesta adecuada de líquidos y ejercicio tendría un mejor funcionamiento intestinal y una mejor defecación.
- Se le comentó que la defecación debe formar parte de la rutina diaria.

Evaluación: El objetivo se logró mediante el conocimiento y la importancia de la ingesta de líquidos y fibra por parte de la paciente y los familiares, el cual pudo identificar los alimentos que contienen fibra y elegir los que están dentro de sus posibilidades económicas y de su agrado. La paciente y familiares comprendieron la importancia de llevar una dieta rica en fibra, al igual que una ingesta adecuada de líquidos y la actividad física. Se logró que la paciente ingiriera diariamente más agua de lo acostumbrado, debido a que la paciente no le daba sed. Logró una ingesta rica en fibra y una rutina diaria de ejercicio. Ahora la paciente evacua heces de consistencia blanda y de fácil eliminación una vez al día.

VIII. CONCLUSIONES

Se alcanzó el objetivo planteado, mediante la identificación de las necesidades humanas en la paciente con hipertensión arterial etapa 1, a través de la metodología de enfermería fundamentada en las 14 necesidades de Virginia Henderson y se cubrieron ejecutando un plan de atención que favoreció su cuidado.

El proceso de enfermería es una herramienta útil para realizar el trabajo en la materia. Mediante él se logra una atención integral, tomando en cuenta todas las dimensiones de ser humano. Se debe tener conocimiento, paciencia y sobretodo dedicación en el proceso enfermero para poder realizar las intervenciones de enfermería. La metodología de intervención de enfermería, permite conocer a fondo las respuestas humanas y fisiopatologías del paciente llevando una secuencia lógica de cuidados.

La paciente ahora es la responsable de su salud y de la toma de su medicamento cada 24 horas, esto le permitió mantener cifras de presión arterial dentro de los parámetros normales altos de 130/89 mmHg. El acercamiento y la comunicación que tuvo con su hijo le permitieron a la paciente tener desahogo y liberación del estrés que manifestaba por la preocupación del alcoholismo de su hijo, con lo que mejoró significativamente la necesidad de conciliar su sueño. La paciente mostró interés y fuerza de voluntad en el control de su alimentación, esto se reflejó en su peso logrando bajar 2.800 Kg en cuatro meses. Se espera que al seguir con el control de su alimentación y la motivación siga disminuyendo de peso hasta lograr el peso ideal. La paciente conoce la importancia que tiene la actividad física en su vida diaria, ahora lleva a cabo una rutina de actividades que le favorece no únicamente en el aspecto físico sino también de manera psicológica y social. La paciente y los familiares tienen conocimiento y saben la importancia de llevar una ingesta adecuada de líquidos y fibra, por lo que ella elige y sabe los alimentos que contienen fibra. La paciente ingiere diariamente más agua de lo acostumbrado y hora evacua heces de consistencia blanda y de fácil eliminación una vez al día.

PROCESO DE ENFERMERÍA

A través del proceso de enfermería, se puede lograr la autonomía del cuidado del usuario. La aplicación del proceso de enfermería, permite la implementación de cuidados sobre una base científica bien planeada y organizada, lo que eleva la calidad de atención a las personas que requieren nuestra ayuda para ser responsables de su propio cuidado.

La ciencia en enfermería se basa en un amplio sistema de las teorías que se aplican en la práctica en el Proceso de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia y la comunidad. Roges en 1967 planteó “Sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional”. (23)

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. (24)

El proceso de cuidar es la metodología a través de la cual se logra establecer el puente entre la forma de pensar y la forma de hacer, con la finalidad de proporcionar cuidados enfermeros de calidad.

El proceso de cuidar requiere un soporte metodológico que permita mantener orden en las acciones, garantizando la consecución de la meta u objetivo. El Proceso de Enfermería es el instrumento metodológico fundamentado en el método científico y utilizado por la enfermera para llevar a cabo el proceso de cuidar. En el entendido de que la palabra proceso significa ir hacia delante, hace referencia a una sucesión de acciones vinculadas entre sí con un objetivo común, acciones de pensar y acciones de ejecutar. (25)

IX. SUGERENCIAS

Que en la formación de los profesionales de la salud se enfatice en la prevención no en la curación, para así reducir en la población general la prevalencia de tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y dieta inadecuada.

Que se ofrezcan cursos o capacitaciones en la facultad de enfermería sobre las técnicas de relajación que favorezca la disminución del estrés ya que es un factor predisponente para el desarrollo de múltiples enfermedades. El estrés es la madre de todas las enfermedades. La futura enfermera (o) podrá brindar a la persona, familia o comunidad apoyo educativo enseñando las técnicas de relajación ya aprendidas.

Gestionar como requisito de educación pública y privada que en las cooperativas de todos los centros educativos se vendan alimentos saludables, que contribuyan a la prevención y al control de la hipertensión arterial y se disminuya la venta de alimentos chatarras ya que el consumo de éstos es un factor predisponente para el desarrollo de enfermedades. El Llevar una alimentación saludable es fundamental para gozar de una buena salud.

Que los profesionales del área de enfermería apliquen la herramienta con la que contamos, para brindar una atención de mejor calidad al usuario.

Sensibilizar al personal de enfermería para que reconozcan la trascendencia de evidenciar en la práctica del cuidado el uso del proceso de enfermería.

Los alumnos de la U.M.S.N.H. egresados de la Facultad de Enfermería, que quieran titularse, se les recomienda tomar como base y apoyarse en el proceso de enfermería para realizarlo durante el servicio social y terminar pronto la titulación.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Hipertensión arterial sistémica-monografias.com
18 Ene 2005. Regulación fisiológica de la presión arterial. A nivel mundial, 20-25% de los adultos presentan cifras tensionales consideradas por.
www.monografias.com/.../hipertension.../hipertension-arterial.shtml
2. Estadísticas sobre hipertensión arterial – taringa! 5 Mayo 2008.
www.taringa.net/.../Estadisticas-sobre-Hipertension-Arterial.html
3. Roberto Tapia Coyer. El manual de Salud Pública. Impreso; México, 2005. Editores Intersistemas.
4. Medicina geriátrica.com.ar-La prevalencia de la hipertensión.
www.medicinageriatrica.com.ar/cgi.../viewnews.cgi?viewnews - En caché
5. Gobierno del estado de Michoacán – Estadística de salud. Viernes 22 de enero de 2010. www.michoacan.gob.mx/.../Estadisticas_de_salud.
6. Humberto Castillo. Cambio de Michoacán. Aumenta 8% casos de diabetes e hipertensión en el IMSS. Viernes 22 de enero de 2010.
www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=116859.
7. Migdalia Rodríguez Rivas. Medicina familiar y atención primaria; cardiología. 14 de agosto de 2007. Pag. 2. www.portalesmedicos.com/.../-Hipertension-.arterial-en-la-atencion-primaria-de-salud-Estrategia-de-intervencion-para-su-optim.- En caché - Similares
8. J. Claudete Bennett. Tratado de Medicina Interna. Volumen 1. Segunda edición, Impreso; México, 1997.

PROCESO DE ENFERMERÍA

9. Berta Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso enfermero. Ediciones Cuellar. Impreso; México 2001.

10. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

11. Ann Marriner Tomey, PHD, RN, FAAN. Modelos y Teorías en Enfermería; Quinta Edición; Edición 2003 Español; Madrid- España.

12. www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

13. www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479

14. Dr. Mora. Conyer. Monroy. Esqueda. Olarte. Marroquín. Salazar. Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial. 25,000 ejemplares; México 2002. Cortesía de MSD Línea cardiovascular.

15. Mora, Barajas, Conyer, Romo, Leon-May, Pier, Cornejo, Monroy, Esqueda, Olarte, Montero, Marroquín, Salazar. Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. Tiraje de 25,000 ejemplares; México, 2002.

16. Dr. Aguilar, Barquera, Barriguete, Esqueda, Lomeli, Méndez, Mendoza, Pastelin. Protocolo Clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica CIE-10 Capítulo IX; UNIMES Enfermedades crónicas Alianza por un México Sano.2008.

17. Dr. José Fernando Guadalajara Boo. Cardiología. Quinta Edición; Editores Méndez. Impreso; en México 2001.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- 18.** González, González, Villalvazo, Carrillo. Manual de medicina general. Editorial Trillas. Impreso; en México 1997.
- 19.** Patricia Gauntlett Beare. Enfermería médico quirúrgico. Volumen 1. Mosby /Doyma Libros; Madrid España 1995.
- 20.** Complicaciones de Hipertensión Arterial.
www.geosalud.com/hipertensión/HTA%20complicaciones.htm-En caché- Similares
- 21.** Sharon Matik Lewi. Enfermería Médico Quirúrgico; Valoración y Cuidados de Problemas clínicos. Sexta Edición. Volumen 1. Editoras; O' Brien. Gidons. Buchel. Madrid-Barcelona. El Servier 2004.
- 22.** Patricia Potter, Anne Griffin Perry. Fundamentos de Enfermería. Volumen 1, Quinta edición; Madrid- Barcelona- Boston- Filadelfia. 2002 Edición en Español.
- 23.** Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson S.A.; 1996.
- 24.** Benavent MA. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21; 2002.
- 25.** L.E.Q. Brenda Martínez Ávila. ANTOLOGÍA Curso-Taller Proceso de Enfermería con el referente filosófico del Modelo de Virginia Henderson. Morelia Michoacán. Octubre de 2009.

XI. GLOSARIO

A

Aldosteronismo primario: Es un síndrome asociado con el aumento en la secreción de la hormona aldosterona por parte de la glándula suprarrenal, causado por una anomalía que se presenta en dicha glándula.

Angiotensina: Polipéptido que circula por la sangre produciendo vasoconstricción, aumento de la presión arterial y liberación de aldosterona de la corteza suprarrenal. La angiotensina se forma por acción de la renina sobre el angiotensinógeno, que es un alfa-2-globulina sintetizada por el hígado y que circula constantemente por el torrente sanguíneo.

Atención Primaria a la Salud: A los servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución.

Arteriosclerosis: Endurecimiento de las arterias.

Aterosclerosis: Variedad de arteriosclerosis en la que existe infiltración de la íntima con macrófagos cargados de grasa, proliferación de células musculares con fibrosis y reducción de la luz del vaso. Algunas placas pueden llegar a calcificarse. Existe daño endotelial y predisposición para la formación de trombos. Es la complicación más frecuente de la diabetes e Hipertensión Arterial Secundaria y causa importante de muerte.

Asintomático: No hay síntomas.

C

Cefalea: Dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza en los diferentes tejidos de la cavidad.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Confort: comodidad.

D

Dependencia: Sujeción, subordinación y estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias.

Diástole: Movimiento de dilatación del corazón.

Diurético: Medicamento que facilita la secreción de orina.

Dogmática: Relativo al dogma. Punto fundamental de una doctrina.

Droga: Cualquier sustancia o medicamentosa estimulante, deprimente o narcótica.

E

Endocrina: Aplicarse a las glándulas de secreción interna.

Enfermedad Crónica: Es aquella patología de larga duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.

Epistaxis: Se define toda hemorragia con origen en las fosas nasales.

Etiología: Es la búsqueda de la causa de las cosas.

F

Factor de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades en una persona de contraer una enfermedad.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Feocromocitoma: Es un tumor de la glándula adrenal que secreta las hormonas epinefrina y norepinefrina. Estas hormonas, entre otras funciones, son las responsables de regular la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea.

Fisiopatología: Es el estudio de los procesos de las enfermedades, físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales.

G

Gasto cardiaco: Es la cantidad de sangre expulsada por cada ventrículo en una cantidad de tiempo. Se obtiene este gasto cardiaco por la multiplicación del volumen sistólico por la frecuencia cardiaca. El volumen sistólico es de 70ml y la frecuencia cardiaca oscila entre 70 y 75 c/min. , recibe el nombre de latidos.

Glomeruloesclerosis: Es el término usado para describir el tejido cicatrizado que se presenta dentro del riñón en las bolas pequeñas de los diminutos vasos sanguíneos llamados glomérulos. Los glomérulos ayudan a los riñones a filtrar la orina de la sangre.

H

Hemodinámicos: Relativo a los movimientos de la sangre en los vasos sanguíneos y las fuerzas que los impulsan.

Hipercalcemia: Se caracteriza por un aumento de los niveles de calcio en el cuerpo y que producen una serie de trastornos en distintas funciones y procesos desarrollados en nuestro organismo.

Hiperlipoproteinemia: Es el exceso de lipoproteína en la sangre.

Hipótesis: Es una proposición que establece relaciones entre los hechos; para otros es una posible solución al problema; otros más sustentan que la hipótesis no es más cosa que una relación entre las variables y, por último, hay quienes afirman que es un enunciado de relación que aún debe comprobarse. .

PROCESO DE ENFERMERÍA

Hipertensión arterial secundaria: A la elevación sostenida de la presión arterial por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica).

Hipertensión arterial Primaria (Esencial) Consiste en un aumento de la PA sin causa identificada y representa entre 90 y el 95% de todos los casos de hipertensión.

I

Incidencias: Lo que sobreviene en el curso de un asunto o negocio y tiene con éste un enlace.

Independencia: Persona que no necesita ayuda y sus necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene conocimiento la fuerza, la voluntad para cubrirlas.

Indicios: Signo aparente que informa la existencia de algo.

Insuficiencia renal: La insuficiencia renal es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en la filtración de la sangre tasa de filtración glomerular (TFG). Clínicamente, esto se manifiesta en una creatinina del suero elevada.

Isquemia renal: Se denomina isquemia al sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno (hipoxia), de nutrientes y la eliminación de productos del metabolismo de un tejido biológico.

L

Logística: Se compone del conjunto de técnicas y medios destinados a gestionar: el flujo de materiales y el flujo de información con el objetivo de satisfacer las necesidades (bienes o servicios) de un cliente (minorista, mayorista, consumidor final, etc.) en calidad, cantidad, lugar y momento en que el cliente determine.

PROCESO DE ENFERMERÍA

M

Método científico: Del griego: *-meta* = hacia, a lo largo- *-odos* = camino-; y del latín *scientia* = *conocimiento*; camino hacia el conocimiento, presenta diversas definiciones debido a la complejidad de una exactitud en su conceptualización: "*Conjunto de pasos fijados de antemano por una disciplina con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables*", "*secuencia estándar para formular y responder a una pregunta*", "*pauta que permite a los investigadores ir desde el punto A hasta el punto Z con la confianza de obtener un conocimiento válido*".

Metodología: Es el conjunto de métodos por los cuales se regirá una investigación científica; por ejemplo, en tanto para aclarar mejor el concepto, vale aclarar que un método es el procedimiento que se llevará a cabo en orden a la consecución de determinados objetivos.

Modelo: Es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física.

Morbilidad: Es la medida de los casos nuevos de una enfermedad en una población; el número de personas que tienen una enfermedad.

Mortalidad: tasa de fallecimiento que refleja el número de muertes por unidad de población en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación.

O

Órgano blanco: Es todo aquel órgano que sufre algún grado de deterioro a consecuencia de enfermedades crónico degenerativas, entre las que se encuentran la hipertensión arterial, en el corto, mediano o largo plazo (cerebro, corazón, riñón y ojo).

P

Pensamiento crítico: Es la clave para la resolución de problemas. Las características del pensamiento crítico, en enfermería, lo reconocemos como el proceso de enfermería fundamentado en el método en el método científico y utilizado por la enfermera para llevar a cabo el proceso de cuidar en la enfermería.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Percepción: Es un proceso nervioso superior que permite al organismo a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Peso corporal: De acuerdo con el IMC se clasifica de la siguiente manera: IMC >18 y <25 peso recomendable, IMC ≥ 25 y <27 sobrepeso e IMC ≥ 27 obesidad.

Presión arterial: A la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

Primer nivel de atención: A las unidades de atención que constituyen la entrada a los servicios de salud; están orientadas primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento temprano de las enfermedades de mayor prevalencia.

Promoción de la Salud: Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la salud.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Priorizar: ordenar o poner en rangos ideas, personas, condiciones o eventos en base a importancia o preferencias personales.

Proteinuria: La proteinuria es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas.

PROCESO DE ENFERMERÍA

R

Resistencia periférica: Resistencia al flujo de sangre determinada por el tono de la musculatura vascular y por el calibre de los vasos sanguíneos.

S

Síndrome de Cushing: También conocido como *hipercortisolismo*, es una enfermedad provocada por el aumento de la hormona cortisol.

Sistemática: relativo a un sistema o hecho según un sistema. Ciencia de la clasificación.

Sístole: Período de contracción del músculo cardíaco que provoca la circulación de la sangre.

T

Taquicardia: Ritmo muy rápido de las contracciones cardíacas.

Teoría: Ayuda a adquirir conocimientos que permite perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

U

Urgencia hipertensiva: Es aquella en la que la hipertensión no constituye un riesgo inmediato y deben descenderse los niveles tensionales durante las primeras 24 h.

V

Vértigo: Sensación de pérdida del equilibrio.

PROCESO DE ENFERMERÍA

XII. ANEXOS ANEXO 1

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

I. NECESIDADES BÁSICAS DE: OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

A) Oxigenación

SUBJETIVO:

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

OBJETIVO:

Registros de signos vitales:

Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

B) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO:

Dieta habitual (tipo): Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Numero de comidas diarias: _____

Cantidad de líquidos consumidos en horas: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/ alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

OBJETIVO:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo: _____

Otros: _____

C) ELIMINACIÓN

SUBJETIVO:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina y menstruación: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor a la defecar/menstruar/orinar: _____

Como influye las emociones en sus patrones de eliminación: _____

OBJETIVO:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales _____

Palpación de la vejiga urinaria _____

Otros _____

D) TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

OBJETIVO:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

II. NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

A) MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

OBJETIVO:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____ Otros: _____

B) DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO:

Estado mental/ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Respuestas de estímulos: _____

Otros: _____

C) USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVOS:

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

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

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

¿Necesita ayuda para la selección de su vestido? _____

OBJETIVO:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

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

D) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO:

Frecuencia de aseo: _____ Momento preferido del baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

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

OBJETIVOS:

Aspecto general: _____ Olor corporal: _____

Halitosis: _____ Estado del cuero cabelludo: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

Lesiones dérmicas, tipo: _____ Ubicación: _____

Otros: _____

E) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? _____

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____ En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

OBJETIVO:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

III. NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y APRENDIZAJE.

A) NECESIDADES DE COMUNICARSE

SUBJETIVO:

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

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola (o): _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales: _____

Historia Gineco obstétrica: _____

OBJETIVO:

Habla claro: _____ Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

B). NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

OBJETIVO:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

C) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:

¿Trabaja actualmente? _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

Tiempo que le dedica al trabajo: _____ ¿Está satisfecho con su trabajo? _____
¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____
_____ ¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega? _____

OBJETIVO:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/inquieto/eufórico:

Otros: _____

D) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVOS:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____
¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? ____ ¿Cuáles? _____
¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

OBJETIVO:

Integridad del sistema neuromuscular: _____
¿Rechaza las actividades recreativas?: _____
¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: _____
Otros: _____

E) NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:

Escolaridad: _____ Problemas de aprendizaje: _____
Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____
Preferencias: leer/escribir: _____

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

PROCESO DE ENFERMERÍA

¿Sabe cómo utilizar las fuentes de apoyo? _____

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

Otros: _____

OBJETIVO:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____ Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

Cuestionario de factores de riesgo

¿TIENE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NO LO SABE?

Detección, presión arterial	1ª Confirmación de hipertensión arterial	2ª Confirmación de hipertensión arterial
Sist. Diast.	Sist. Diast.	Sist. Diast.
1ª toma <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	1ª toma <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	1ª toma <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
2ª toma <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	2ª toma <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	2ª toma <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Promedio <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>

DETECCIÓN
POBLACIÓN > 20 AÑOS

```

    graph TD
      A[DETECCIÓN POBLACIÓN > 20 AÑOS] --> B["<120 / <80 (ÓPTIMA)"]
      A --> C["121 - 129 / 81 - 84 (NORMAL)"]
      A --> D["130 - 139 / 85 - 89 (NORMAL ALTA)"]
      A --> E["140 - 159 / 90 - 99"]
      A --> F["160 - 179 / 100 - 109"]
      A --> G[">180 / >110"]
      B --> H["• PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.  
• DETECCIÓN CADA 1, 2 O 3 AÑOS."]
      C --> H
      D --> I["• PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.  
• DETECCIÓN ANUAL."]
      E --> J["• CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.  
• PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES."]
      F --> J
      G --> J
    
```


El modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son el resultado de estilos de vida inadecuados como cada factor de riesgo (por ejemplo, el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.

	Dieta inadecuada	Abuso del Alcohol	Tabaco	Falta de ejercicio físico	Estrés	Contaminación
Enfermedades cardiovasculares						
Cardiopatías	■ ■	■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■
Embolias	■ ■	■ ■	■	■ ■	■ ■	■ ■
Hipertensión	■ ■	■ ■	■	■ ■	■ ■	■ ■
Cáncer						
Colorectal	■ ■					
Pulmonar			■ ■			■
Bucal		■	■ ■			
Gástrico	■					
Cirrosis		■ ■				
Diabetes	■ ■	■ ■		■ ■	■ ■	
Osteoporosis	■ ■	■ ■	■	■ ■		

■ ■ = alto riesgo, ■ = riesgo.

Si en algunos aspectos, su estilo de vida no es saludable, acude a su médico y al grupo de ayuda mutua (Club de Diabéticos ó Hipertensos) para hacer los cambios necesarios.

Nombre del encuestador: _____

PROCESO DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

MENÚ

HORARIO	ALIMENTOS	CANTIDAD
DESAYUNO	<ul style="list-style-type: none">• Huevo con cascara de papa• Tortilla de maíz• Avena en agua• Papaya• Gelatina de limón	1 pieza 1 pieza 1 taza 1 rebanada 1 taza
COMIDA	<ul style="list-style-type: none">• Ensalada mixta• Consomé desgrasado• Pechuga de pollo a la plancha• Tortilla de maíz• Jugo de uva	Al gusto 1 taza 100g 2 piezas 1 taza
CENA	<ul style="list-style-type: none">• Quesadillas de tortilla de maíz• Leche	2 piezas 1 taza
Contenido nutrimental aproximado de 1686 Kcal.		