



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFNERMERIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

Que para obtener el título
de Enfermera General

Presenta:

MAGDALENA PEÑA BARRERA

Asesora: MTRA. EVILA GAYOSSO ISLAS

Pachuca, Hgo, Diciembre 2010

AGRADECIMIENTO

A Dios, primeramente, por haberme tenido en sus planes y dado una oportunidad de vivir, llegar a lograr una meta más en mi vida.

A la C. Mtra. Evila Gayosso Islas, con profundo agradecimiento por su valioso conocimiento que en mi apporto, por la paciencia que me brinda durante la realización del presente Proceso Atención de Enfermería y que Dios la bendiga.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido culminar un escalón más en mi vida, por tenerme en sus planes y por darme una familia tan comprensiva

A mis padres porque a pesar del tiempo y los tropiezos nunca dudaron de mí y siempre están cuando más los necesito.

A mi familia, por todo ese apoyo que me han brindado para que diera este paso tan importante en mi vida.

INDICE

I.	Introducción.....	5
II.	Justificación.....	7
III.	Objetivos.....	8
IV.	Marco Teórico.....	9
	4.1 Sistema	9
	4.2 Circulatorio.....	9
	4.3 Trayectoria.....	11
	4.4 Anatomía del Sistema Cardiovascular.....	12
	4.5 Corazón.....	13
	4.6 Presión Arterial.....	36
	4.7 Hipertensión Arterial.....	37
V.	Proceso Atención de enfermería.....	41
	5.1 Valoración.....	43
	5.2 Diagnostico.....	44
	5.3 Planeación.....	45
	5.4 Ejecución.....	45
	5.5 Evaluación.....	46
VI.	Proceso de Enfermería.....	47
VII.	Diagnostico de Enfermería.....	61
VIII.	Ejecución.....	78
IX.	Evaluación.....	79
X.	Conclusiones.....	80
XI.	Bibliografía	81

I. INTRODUCCION

La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus conocimientos, principios y objetivos; que se encuentra en constante renovación a través de la Investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación el Proceso de Atención de Enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas.

Al aplicar el método científico de actuación (Proceso de Atención de Enfermería) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades y problemas, para ello crea un plan de cuidados que ayuda a satisfacer esas necesidades y resolver los problemas. Este debe estar dirigido a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

En los últimos años, la enfermería ha logrado un amplio desarrollo intelectual a través del empleo de teorías y modelos de enfermería en la educación, práctica e investigación, es por ello que el proceso atención de enfermería se integra con la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Este Proceso Atención Enfermería se enfoca al cuidado del paciente con Hipertensión arterial, problema de salud que está presente en la morbilidad Mundial, Nacional y Estatal.

Este trabajo aborda aspectos teóricos que permiten el desarrollo del Proceso atención de enfermería al paciente con Hipertensión arterial, iniciando con la valoración, Diagnósticos de enfermería, plan de cuidados, ejecución y valoración.

II. JUSTIFICACION

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica(PS) por arriba de 140 mmHg , y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg.

La hipertensión arterial sistémica es un importante problema de salud pública, no sólo por su alta Incidencia y prevalencia, sino por su estrecha asociación con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares.

La prevalencia de HAS en México es de 30.7%en adultos mayores de 20 años, sin embargo 2 de cada 3 hipertensos desconoce su enfermedad, de éstos poco más de la mitad reciben tratamiento antihipertensivo y sólo el 14.6% logran su control tensional. La meta del tratamiento es alcanzar las cifras de

III. OBJETIVOS

3.1 EL OBJETIVO PRINCIPAL

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.; que permita solucionar, prevenir y tratar problemas que presenta el paciente con Hipertensión Arterial.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Realizar la valoración del paciente para identificar los problemas y necesidades.

2.- Integrar la 5 etapas del proceso atención de enfermería, desarrollando el plan de cuidados con la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

IV. MARCO TEORICO

4.1 SISTEMA CIRCULATORIO

La sangre fluye, del corazón (ventrículo izquierdo) a todos los vasos sanguíneos a las partes del cuerpo y vuelve al corazón (aurícula derecha), y a esto se llama **circuito mayor o general**.

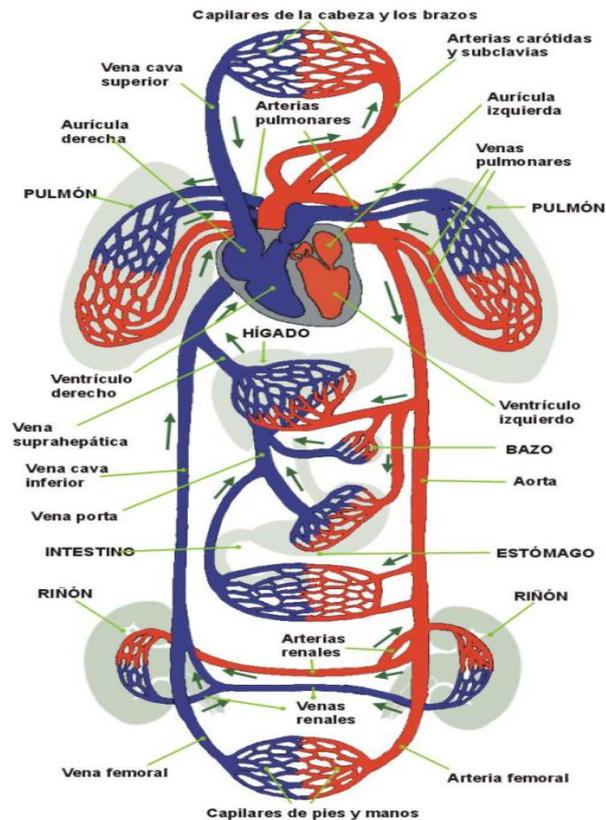
El ventrículo izquierdo impulsa sangre a la aorta ascendente, desde el cual fluye; a arterias que la transportan a los diversos órganos y tejidos de la economía.

La sangre pasa de arterias a arteriolas, y luego a capilares; en este sitio, hay recambio vital de doble sentido entre, la sangre y células. Después, la sangre fluye de cada órgano por las vénulas y por último drena en la vena cava inferior ó superior. Estas dos grandes venas llevan la sangre de retorno al corazón, pues desembocan en la aurícula derecha, y así cierra el circuito mayor, sin embargo, la sangre no ha hecho un círculo completo desde el punto de partida; el ventrículo izquierdo, para hacer lo anterior, y volver a su sitio inicial; debe fluir por otro circuito, el **circuito pulmonar o menor**.

La sangre venosa va de la aurícula derecha al ventrículo derecho, el cual la impulsa a la arteria pulmonar arteriolas y capilares de los pulmones; en este último sitio, ocurre recambio de gases entre la sangre y el aire, de manera que la sangre venosa se convierte en arterial.

La sangre oxigenada cursa por las vénulas pulmonares a cuatro venas, pulmonares y vuelve a la aurícula izquierda; la contracción auricular la lleva al ventrículo izquierdo y así se completa el círculo

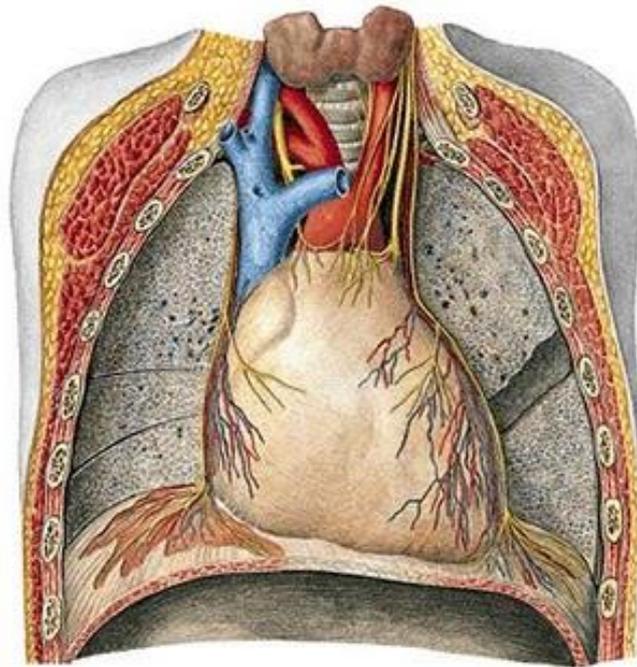
4.2 CIRCULACION



4.3 TRAYECTORIA

La sangre invariablemente fluye en esa dirección desde **ventrículo izquierdo** hacia **arterias, arteriolas, capilares** de cada parte del cuerpo, **vénulas, venas** aurícula derecha, **ventrículo derecho, arteria pulmonar, capilares pulmonares, venas pulmonares, aurícula izquierda**, y de nuevo, hacia ventrículo izquierdo.

4.4 ANATOMIA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR



El sistema cardiovascular, se denomina a veces sistema sanguíneo vascular o simplemente sistema circulatorio.

Está constituido por corazón, dispositivo muscular de bombeo, y un sistema cerrado de vasos que se denominan arterias, venas y capilares. Como su nombre lo indica, la sangre contenida en el sistema circulatorio es bombeada por el corazón a través de un circuito cerrado de vasos al pasar una y otra vez por las diversas “circulaciones del cuerpo”.

4.5 CORAZON

LOCALIZACION, TAMAÑO Y POSICION

El corazón humano es un órgano muscular de cuatro cavidades cuya forma y tamaño son parecidos al puño cerrado de un hombre.

Se encuentra en el mediastino con la punta sobre el diagrama. Dos tercios de su masa a la izquierda de la línea medio del cuerpo y un tercio a la derecha de la misma.

El borde inferior del corazón, que forma un ángulo llamado **vértice** o **punta**, está sobre el diagrama y orientado hacia la izquierda. Para escuchar el latido de la punta, debe colocarse el estetoscopio directamente sobre; la punta, en el espacio entre la quinta y la sexta costilla. (Que corresponde al quinto espacio intercostal).

El borde superior del corazón, o base esta inmediatamente por debajo de la segunda costilla. Los límites o el contorno que, desde luego, indican el volumen del corazón, tienen una gran importancia clínica, pues algunos tipos de cardiopatía se acompañan de gran aumento de volumen del corazón.

Al nacer, el corazón puede ser tipo transverso y verse grande en porción con el diámetro de la cavidad torácica. En el lactante equivale a 1/30 de peso corporal total en comparación con 1/300 en el adulto.

Entre la pubertad y los 25 años de edad, el corazón alcanza la forma y el peso del adulto: aproximadamente 310 y en promedio para el varón y 255 para la mujer.

ENVOLTURA

El corazón tiene una envoltura especial, un saco que lo envuelve de manera no muy íntima llamado **pericardio**.

El pericarpio consiste en dos partes, a saber **pericardio fibroso** y **pericardio seroso**: el saco mismo está formado por tejido fibroso blanco y resistente, pero revestido de una membrana serosa lisa y húmeda, la hoja parietal del pericardio seroso.

La misma clase de membrana cubre toda la superficie externa del corazón; esta capa se llama hoja visceral del pericardio seroso ó epicardio.

1. **Pericardio fibroso:** saco que envuelve de manera algo laxa al corazón.
2. **Pericardio seroso:** consiste en dos hojas.
 - a) Hoja parietal; revestimiento de la superficie interna del pericardio fibroso.
 - b) Hoja visceral: (epicardio), se adhiere al exterior del corazón, entre las hojas visceral y parietal hay un espacio virtual la cavidad pericàrdica, que contiene escaso volumen de líquido.

F U N C I Ó N

Brinda protección contra la fricción.

E S T R U C T U R A

Pared.

La pared cardiaca está constituida por 3 capas tisulares definidas, tanto en las aurículas como en los ventrículos.

1. La capa exterior de la pared cardiaca se denomina epicardio, y es la capa visceral del pericardio seroso.
2. La masa de la pared cardiaca es la capa media gruesa y contráctil de células musculares cardiacas con estructura y distribución especiales y se denomina **miocardio**. Se localiza también en el musculo cardiaco. Sobre su superficie interna. El miocardio tiene una serie de proyecciones digitiformes que se denominan músculos pilares.
3. El interior de la pared miocárdica esta revestida de una capa delicada de tejido endotelial, llamada endocardio. En la superficie interna el miocardio presenta elevaciones notables, los músculos papilares.

CAVIDADES

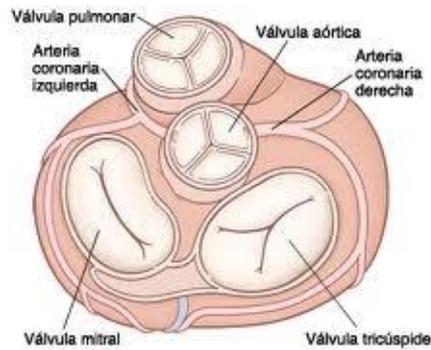
El interior del corazón está dividido en 3 cavidades, dos superiores y dos inferiores. Las cavidades superiores se llaman aurículas y los inferiores **ventrículos**.

1.-Dos superiores: auriculares

2.-Dos inferiores: ventrículos

Los ventrículos son bastante mayores y de pared más gruesa que las aurículas, porque la acción de bombeo que desempeñan es también mayor.

VALVULAS Y ORIFICIOS



Las válvulas cardíacas son aditamentos mecánicos que permiten que fluya la sangre únicamente en una dirección. Para la función normal de corazón hay cuatro conjunto de válvulas importantes.

Dos de ellas, las válvulas, auriculoventriculares, están situadas en el corazón y protegen los orificios de las aurículas y los ventrículos (orificios a auticuloventriculares).

Las otras dos válvulas semilunares, están dentro de la arteria pulmonar y de la aorta en el sitio donde se originan de los ventrículos derecho e izquierdo, respectivamente.

La válvula del orificio auriculoventricular derecho consiste en tres válvulas de endocardio unidas a los músculos papilares del ventrículo derecho

por varias estructuras de manera de cordón llamadas cuerdas tendinosas. Dado que esta válvula posee tres hojuelas se llaman válvula tricúspide.

La válvula de orificio auriculoventricular izquierdo tiene estructura semejante a la tricúspide, excepto que posee dos hojuelas y en consecuencia, se llama **válvula bicúspide** o más comúnmente, **válvula mitral**.

Por su forma, las válvulas auriculoventriculares permiten que la sangre fluya de las aurículas a los ventrículos, pero impiden que vuelva a las aurículas desde los ventrículos.

Las válvulas semilunares, también llamadas válvulas sigmoideas, consisten en hojuelas en forma de media luna que salen del revestimiento de la arteria pulmonar y de la aorta.

Las válvulas auriculoventriculares impiden que la sangre refluya de las aurículas a los ventrículos de las arterias aorta y pulmonar.

Cualquiera de las cuatro válvulas pueden perder la capacidad para cerrarse herméticamente, este estado se llama **insuficiencia valvular**.

RIEGO SANGUÍNEO

Las células del miocardio reciben sangre por dos vasos de pequeño calibre, las arterias coronarias derecha e izquierda. El nacimiento de estos vasos importantísimos está situado detrás de las hojuelas de las válvulas sigmoideas aórticas, se desprenden de la aorta en un mismo comienzo y son sus primeras ramas y tienen 2 ramas principales.

Ambos ventrículos reciben su caudal sanguíneo de las ramas de las arterias derechas – izquierdas, cada aurícula encontraste recibe sangre solo en una pequeña rama de la arteria coronaria correspondiente.

ARTERIA CORONARIA DERECHO	ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA
<p data-bbox="437 1346 788 1406">SE DIVIDE EN DOS RAMAS PRINCIPALES:</p> <ol data-bbox="419 1469 852 1711" style="list-style-type: none"><li data-bbox="419 1469 852 1563">1. Arteria interventricular posterior da ramas a los ventrículos izquierdo derecho.<li data-bbox="419 1592 852 1711">2. Arteria del borde derecho del corazón o marginal derecha da ramas aurícula y ventrículo derecho	<p data-bbox="970 1346 1321 1406">SE DIVIDE EN DOS RAMAS PRINCIPALES:</p> <ol data-bbox="927 1469 1414 1682" style="list-style-type: none"><li data-bbox="927 1469 1414 1563">1. Arteria interventricular anterior: da rama al ventrículo izquierdo y derecho.<li data-bbox="927 1592 1414 1682">2. Arteria a auriculoventricular izquierda o circunflejo: da ramas aurícula y ventricular izquierdos.

El riego sanguíneo más abundante llega al miocardio del ventrículo izquierdo hace la mayor parte del trabajo, de modo que necesita más oxígeno y nutrientes que el resto del corazón.

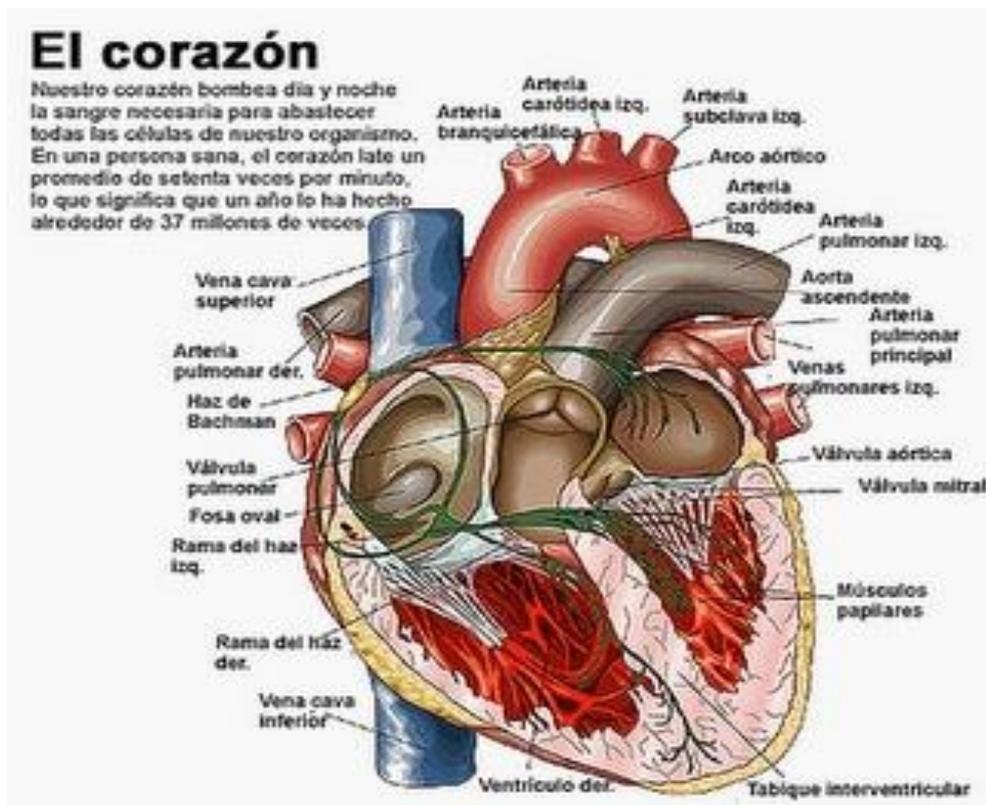
La arteria coronaria derecha domina sobre el 50% de todos los corazones y la coronaria izquierda en 20%; en el 30% restante no predomina ninguna de las dos.

Otra importancia vital del riego sanguíneo es que hay pocas anastomosis entre unas ramas del grueso calibre de las arterias coronarias.

Una anastomosis consiste en una o más ramas que nacen de la porción proximal de una arteria y se unen a una porción más distal de la misma arteria o de otra. De esta manera las anastomosis brindan caminos secundarios, por lo que pueden causar la sangre arterial si la vía principal se obstruye.

Una vez que la sangre ha pasado por los hechos capilares del miocardio, entra en una serie de venas coronarias antes de drenar en la aurícula derecha por un conducto venoso común denominado **seno coronario**.

SISTEMA DE CONDUCCION DEL CORAZON



El sistema de conducción del corazón está formado por cuatro estructuras a saber: nudo sinoauricular nudo auroculoventricular, fascículo auroventricular o haz de His y fibras de Purkinje.

Cada una de estas formaciones consiste en musculo cardiaco cuya estructura se ha modificado lo suficiente para que su función difiera del miocardio corriente.

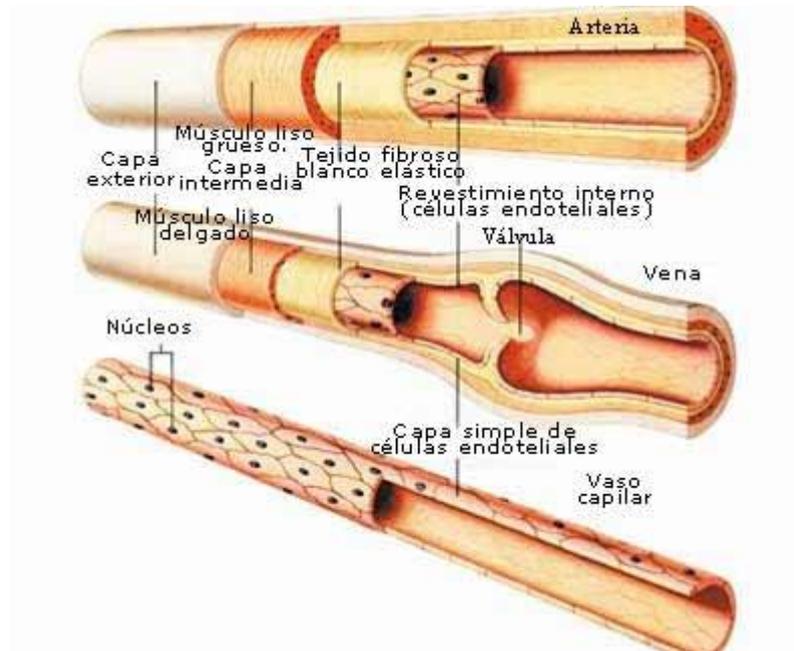
La especialización principal del musculo cardiaco corriente es la concentración, en la cual guarda semejanza con todos los tejidos musculares y al igual que todos los músculos, el miocardio corriente también puede conducir impulsos. Sin embargo, la conducción exclusiva es carácter especializado del musculo cardiaco modificado que forma las estructuras del sistema de conducción.

1. **Nodo sinoauricular** (nodo SA; marcapaso del corazón) masa pequeña de musculo cardiaco, modificado en la unión de la vena cava superior con la auricula derecha; el ritmo inherente de los impulsos del Nodo SA marca el del latido cardiaco; la razón entre los impulsos simpáticos y los parasimpáticos por minuto y las concentraciones de sangre de adrenalina y hormona tiroidea actúan sobre el nodo para modificar su actividad y alterar la frecuencia cardiaca.
2. **Nodo auriculoventricular:** (nodo av.); masa pequeña de musculo cardiaco modificado, situada a nivel del tabique entre las dos aurículas.
3. **Haz auriculoventricular;** (haz av. Haz de His) fibras musculares cardiacos especiales que se originan en el nodo AV y se extiende hasta el tabique interventricular.
4. **Fibras de Purkinje.** Extensiones de las fibras de Haz de His hasta las paredes ventriculares

INERVACIÓN

1. Fibras simpáticas (en los nervios cardiacos) y fibras parasimpáticas (en el vago) que forman los plexos cardiacos.
2. Las fibras provenientes de los plexos terminan principalmente en el Nodo SA.
3. Los impulsos simpáticos aceleran y fortalecen el latido cardiaco.
4. Los impulsos vagales hacen más lento el latido cardiaco

VASOS SANGUINEOS



Hay 3 tipos de vasos sanguíneos

1. Arterias: vasos que llevan sangre desde el corazón todos, salvo la arteria pulmonar, lleva sangre oxigenada.
2. Venas: que llevan sangre hacia el corazón todos salvo las venas pulmonares, llevan sangre desoxigena.
3. Capilares: vasos microscópicos que llevan sangre desde las arterias pequeñas (arteriales) hacia las venas pequeñas (vénulas).

ESTRUCTURA DE LOS VASOS SANGUINEOS

ARTERIAS	VENAS	CAPILARES
<p>TUNICAS: Túnica externa o adventicia de tejido fibroso blanco, hace que la arteria permanezca abierta y no se colapse al seccionarla. (Revestimiento túnica íntima) de endotelio.</p> <p>Túnica muscular (media) de músculos liso y algo de tejido elástico y fibroso blanco; esta túnica permite la constricción y la dilatación</p>	<p>Las mismas tres túnicas pero más delgadas y con menos fibras elásticas; las venas se colapsan al cortarlas; hay válvulas semilunares con intervalos</p>	<p>Solo hay túnica íntima; en consecuencia, la pared tiene grosor de una célula</p>
<p>RIEGO SANGUINEO: las células endoteliales son nutridas por la sangre que fluye por los vasos; recambio de oxígeno etc, entre células de la túnica media y la sangre por difusión, la túnica externa es nutrida por vasos de pequeño calibre llamados vasa vasorum.</p>		
<p>INERVACION. Las células de musculo liso de la túnica media son inervadas por fibras del sistema autónomo.</p>		
<p>ANOMALIAS: Aterosclerosis: endurecimiento de la pared de las arterias (arteriosclerosis) que se caracterizan por depósito de lípidos en la túnica íntima.</p> <p>ANEURISMA: Dilatación sacular de la pared de una arteria.</p> <p>VARICES: Distensión de las paredes, sobre todo alrededor de la válvulas semilunares</p> <p>FLEBITIS: Inflamación de una vena; Flegmasía alba dolens, flebitis femoral después del parto</p>		

F U N C I O N E S

Los capilares, aunque al parecer son los más importantes de las tres clases de vasos sanguíneos por su calibre diminuto, son los de mayor importancia desde el punto de vista funcional.

Dado que la función principal de la sangre es transportar materiales indispensables a las células, y extraer otros de las mismas y que la salida y entrada de estas sustancias ocurre en los capilares, estos deben considerarse los vasos sanguíneos más importantes desde el punto de vista funcional.

Las arterias actúan sencillamente como “distribuidoras” al llevar la sangre a los capilares.

Las arteriolas sirven también como distribuidores que llevan la sangre desde las arterias hacia los capilares.

Las arteriolas efectúan otra función de gran importancia para conservar la presión arterial y la circulación normales.

Las venas funcionan como recolectores y como vasos de almacén. No solo devuelven la sangre desde los capilares hacia el corazón, sino también pueden almacenar diversos volúmenes de la misma.

El corazón actúa como; bomba”, conservando la sangre moviéndose a través de este circuito de vaso; arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas.

En resumen gran alrededor de un hecho esencial; dar a los capilares un volumen de sangre adecuado para las necesidades cambiantes de las células.

Todos los factores que rigen a la circulación están encaminados a este fin.

Aunque los capilares son muy pequeños en promedio, miden únicamente 1mm de longitud, su abundancia escapa casi a la imaginación.

Se ha calculado que una pulgada cuadrada de tejido muscular posee más de 1.5 millones de estos importantísimos vasos de pequeña calibre, ninguno de los miles de millones de células de que está formado el cuerpo está muy lejos de un capilar el motivo de esta abundancia de capilares es patente, claro está, considerando la función de brindar a las células, ininterrumpidamente los materiales que se necesitan y eliminar de ellas los productos perjudiciales.

VASOS SANGUINEOS PRINCIPALES

CIRCULACION GENERAL

ARTERIAS.

Los nombres de los vasos sanguíneos y la relación que guardan entre sí, se aprende más fácilmente de esquemas que de descripciones.

Al aprender los nombres de las arterias principales recuérdese que son únicamente las tuberías principales que distribuyen sangre al corazón a los diversos órganos y que en cada órgano, arteria principal guarda semejanza al troco de un árbol por cuanto da origen a muchas ramas que siguen arborizando una y otra, formando vasos de calibre cada vez menor (arteriolas), que también se ramifican, lo cual originan vasos microscópicos llamados capilares, una arteria por último se ramifica en capilares.

Las arterias de este tipo se denominan arterias terminales.

Algunas arterias desembocan en otras ramas de la misma arteria o de otra arteria; esta comunicación se llama **anastomosis arterial**. Según señalamos las anastomosis tienen función protectora importante por cuanto brindan vías colaterales para que curse la sangre en caso de obstrucción de una arteria principal.

VENAS

Las venas son la prolongación última de los capilares son la terminación de las arterias.

1.- Las arterias se ramifican en vasos de calibre cada vez menor para formar arteriolas y por ultimo capilares, los capilares, se unen en vasos de calibre creciente, para formar vénulas y por ultimo venas.

2.- Muchas de las arterias principales tienen venas correspondientes o satélites que llevan el mismo nombre están situadas a lado de ellas o cerca de las mismas.

3.- Las venas situadas en porción profundas de la economía, se llaman venas **profundas**, a diferencia de las venas superficiales, situadas cerca de la superficie, y que pueden verse a través de la piel.

4.- Las grandes venas de la cavidad craneal, formadas por la duramadre, no se llaman venas sino senos venosos.

5.- Las venas se comunican (anastomosan) entre si de la misma manera que las arterias, estas anastomosis venosas permiten el flujo sanguíneo colateral de retorno en caso de una obstrucción venosa.

6.- La sangre venosa de la cabeza, el cuello, las extremidades superiores y la cavidad torácica, con excepción de los pulmones, drena la vena cava superior. La sangre de las extremidades inferiores y el abdomen lo hace en la vena cava inferior.

FISIOLOGIA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR.

La función vital del sistema cardiovascular para conservar la homeostasia, depende del movimiento continuo y controlado de sangre por los miles de millones de capilares que pasan por todos los tejidos y llega cada célula del cuerpo. Es en donde los capilares, microscópicos en donde la sangre efectúa su función final de transporte.

Hay numerosos mecanismos de control que ayudan a regular e integrar las diversas funciones y las partes del sistema cardiovascular a fin de enviar la sangre hacia ciertas áreas específicas según las necesidades.

Estos mecanismos aseguran un ambiente interior constante rodeando cada célula, sin tomar en cuenta las demandas de nutrientes o la producción de materiales de desecho.

FISIOLOGIA DEL CORAZON

SISTEMA DE CONDUCCION.

Se describió la anatomía de las cuatro estructuras del sistema de conducción del corazón; nodo sinoauricular , nodo auriculoventricular, haz AV y sistema de Purkinje. Cada una de estas estructuras está constituida por musculo cardiaco bastante modificado para que se distinga en sus funciones del musculo cardiaco originario.

El impulso cardiaco normal que inicia la contracción mecánica del corazón se origina en el nodo SA (o marcapaso), localizado por debajo del epicardio auricular a nivel de su unión con la vena cava superior. Las células especializadas del marcapaso en el nodo poseen un ritmo intrínseco. Esto significa que sin la estimulación por impulsos nerviosos del encéfalo y la medula, se desencadenan por si mismas los impulsos a intervalos regulares.

CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA

CONTROL DEL SISTEMA NERVIOS AUTONOMO

Aunque el nodo SA inicia normalmente cada latido cardiaco, su frecuencia puede alterarse. Los factores que contribuyen son. Uno de los modificadores principales de su actividad (y por lo tanto de lo frecuencia cardiaca) es el ritmo de impulsos simpáticos y parasimpáticos conducido hacia el nodo por minuto.

FACTORES DIVERSOS QUE INFLUYEN EN LA FRECUENCIA CARDIACA

En esta categoría hay algunos tan importantes como las emociones, el ejercicio. Las hormonas, la temperatura de la sangre, el dolor y la estimulación de diversos exteroceptores. Ansiedad, miedo e ira suelen acelerar la frecuencia cardiaca. La adrenalina es la hormona más notable como acelerador cardiaco.

CICLO CARDIACO.

En este término se designa el latido cardiaco completo que consiste en contracción (sístole) y relajación (diástole) de ambos aurículas, y de ambos ventrículos. Las 2 aurículas se contraen simultáneamente.

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL

El factor determinante primario de la presión arterial es el volumen de sangre en las arterias. Existe una relación directa entre el volumen de sangre arterial y la presión arterial. Esto significa que el aumento en el volumen, de sangre arterial tiende a aumentar la presión arterial y a la inversa la disminución, el volumen arterial tiende a disminuir la presión arterial

Hay muchos factores que, juntos establecen de manera directa la presión arterial por medio de su influencia en el volumen arterial. Dos de los mas importantes y son.

- 1.- Gastos cardiacos por minuto
- 2.- Resistencia periferia
- 3.- Gasto cardiaco.

El gasto cardiaco por minuto depende tanto de la frecuencia de las contracciones cardiacas por minuto como del volumen de sangre impulsado desde los ventrículos de cada latido. La contracción del corazón se denomina **sístole**, por lo tanto, el volumen de sangre impulsado por una contracción se conoce como **descarga sistólica**. El volumen por concentración significa lo mismo: cantidad de sangre impulsada desde el ventrículo en una contracción

a).- Volumen por contracción el volumen por contracción refleja la fuerza el poder de la contracción ventricular; cuanto más poderosa la contracción mayor el volumen por contracción. El gasto cardiaco por minuto puede calcular por medio de la siguiente ecuación sencilla.

El acto de respirar aumenta el gradiente de presión entre las venas periféricas y las centrales al aumentar de presión en las primeras y disminuir las segundas. Cada vez que el diafragma se contrae se expande, la cavidad torácica y comprime la cavidad abdominal; ello disminuye la presión en la jaula torácica y, por lo tanto, en la porción torácica de la vena cava y en la aurícula.

b).- la frecuencia cardiaca es regulada por reflejos presores y otros factores; el aumento de la presión arterial en la aorta o en el seno carotideo, tiende a producir la disminución refleja de la frecuencia cardiaca , en tanto que el aumento de la presión dentro de la aurícula derecha tiende a producir aceleración cardiaca.

4.- La resistencia periférica depende principalmente de la viscosidad de la sangre y del diámetro de las arteriolas, en general, cuanto menor es la viscosidad de la sangre menor la resistencia periférica, pero cuanto menor es el diámetro de las arteriolas mayor la resistencia periférica.

5.- La viscosidad de la sangre depende de su concentración de proteínas y eritrocitos y está directamente relacionada con ambos aspectos.

6.- El mecanismo de control vasomotor desempeña una función muy importante en el control de los cambios del diámetro de las arteriolas; su centro está localizado en el bulbo raquídeo; la emisión de impulsos viaja por las fibras simpáticas hacia el musculo liso de los vasos sanguíneos en las áreas de depósito (reservorios).

7.- El diámetro de las arteriolas es regulado principalmente por los reflejos presores y los reflejos químicos; en general el aumento de la presión arterial produce la dilatación refleja de las arteriolas. En tanto que la hipoxia e hipercapnia producen la constricción de las arteriolas en los órganos de reserva en sangre.

8.- el volumen de sangre, que circula por minuto depende del gradiente de presión arterial y de la resistencia periférica.

FACTORES IMPORTANTES QUE INFLUEYEN EL RETORNO VENOSO HACIA EL CORAZON.

1. Respiración: cuanto más profunda son las respiraciones, mayor es el retorno venoso.
2. Las contracciones, del musculo esquelético sirven de bombas de refuerzo que tienden a incrementar el retorno venoso.

4.6 PRESION ARTERIAL

El esfigmomanómetro es un aparato que permite medir la cantidad de presión de aire igual a la presión arterial.

La enfermera debe saber escuchar los ruidos y simultáneamente leer la columna del mercurio. Pues el primer ruido golpeante corresponde a la presión sistólica y es la fuerza con la cual la sangre empuja contra las paredes arteriales al contraerse los ventrículos.

El sitio mínimo en el cual pueden escucharse el sonido, inmediatamente antes de desaparecer, es igual, en números redondos a la presión diastólica o fuerza de la sangre cuando los ventrículos están en relajación.

La presión sistólica brinda datos valiosísimos acerca de la fuerza de la contracción ventricular izquierda, y la presión diastólica sobre la resistencia de los vasos sanguíneos

Desde el punto de vista clínica, la presión diastólica se considera, más importante que sistólica, porque indica la presión o esfuerzo a que están sometidos constantemente las paredes de los vasos sanguíneos.

También manifiesta el estado de los vasos periféricos, pues la presión diastólica sube o baja con la resistencia periférica.

La sangre de las arterias del adulto promedio origina una presión igual a la necesaria para elevar una columna de mercurio aproximadamente (120/80). La primera cifra o superior representa la presión sistólica, y la segunda la diastólica.

Los límites normales de la presión sistólica son aproximadamente de 120 a 140 mm hg y la presión diastólica es de 80 a 90 mm hg.

4.7 HIPERTESION ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo ya sea en referencia a la tensión sistólica, a la diastólica o ambos.

Cifras normales en adultos

120/80

Hipertensión arterial: se define como la persistencia de una tensión sistólica 140/90.

En los niños, se considera que existe hipotensión cuando la presión arterial se eleva por encima de percentil 90 correspondiente a su edad.

- **La hipertensión esencial o idiopática**, de causa desconocida, comprende más del 90% en los casos de los adultos, se acepta que en su génesis intervienen factores genéticos y también factores ambientales, principalmente dietéticos (elevado consumo de sal) y psicosocial (stress).
- **La hipertensión secundaria.** Es consecuencia de alguna enfermedad específica, como glomerulonefritis o determinados trastornos endocrinos. En más frente en personas jóvenes y en niños.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS HABITUALES.

Generalmente la hipertensión arterial se diagnostica a través de una determinación causal, por lo que pruebas diagnosticas complementaria, se solicitan para detectar el órgano que la hipertensión arterial esta lesionando (diana) y para descartar causas secundarias.

- ✚ Medición de la presión arterial
- ✚ Holter de presión arterial
- ✚ Analisis de orina
- ✚ Pruebas de función renal
- ✚ Hemograma completa, creatinina, colesterol, sérica, triglicéridos, urea, electrolitos, ácido úrico y glucosa.
- ✚ ECG (electrocardiograma)

- ✚ Radiografía simple de tórax y abdomen.
- ✚ Fondo de ojo
- ✚ Exploración neurológica

Para conformar la elevación persistente de la presión arterial se requiere de hallazgos de una tensión arterial elevada en tres tomas separadas, por intervalos de 15 minutos, en ambos brazos, repetidas tres veces más con intervalos de 1 semana.

Suelen ser signos indicativos de una crisis hipertensiva la aparición súbita de cefaleas, vértigo, epitarias, visión borrosa y manchas en la visión, así como náuseas y vómitos.

TRATAMIENTO.

Las personas adultas con elevación de la presión diastólica por encima de los 90mmhg suelen ser tratadas de manera escalonada mediante control de peso, ejercicio físico, reducción de la ingesta de sal y otras recomendaciones dietéticas.

En algunos casos se indican administrar diversos tipos de fármacos hipotensores (diuréticos, betabloqueantes, antagonistas del calcio, IECA, ARAII AL alfa betabloqueantes.

La mayoría de las personas necesitan de la combinación de dos o más fármacos para lograr un adecuado control de la hipertensión arterial.

Se debe recomendar el abandono del consumo de alcohol.

La emergencia hipertensiva es una situación grave en la que se deben disminuir los valores de hipertensión arterial de forma rápida, pero nunca más del 25% del nivel de presión arterial en una hora. Se debe evitar reducirla de forma más rápida porque se puede producir isquemia renal, cerebral o cardíaca. En esta situación, la persona debe ser ingresada en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y los fármacos se administran en perfusión intravenosa (nitroprusiato sódico, nitroglicerina, nicardipino, enalapril, labetalol, esmolol).

En la hipertensión secundaria se procede al tratamiento o corrección de la causa subyacente.

V. PROCESO ATENCION ENFERMERIA

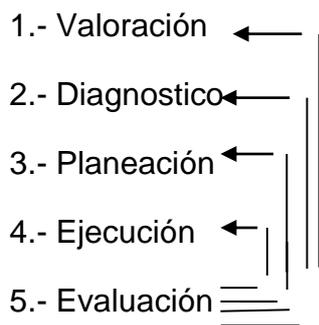
Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de una forma eficiente. Sus características son:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionadas con la salud de los usuarios. Y se compara con las etapas del método científico y es:

- SISTEMATICO:** Por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación)
- HUMANISTA:** Por considerar al hombre como el ser holístico (total e integrado)
- INTENCIONADO:** Por que se centra en el logro de objetivos, permite guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.
- DINAMICO** Por estar sometido a constantes cambios que obedece a la naturaleza propia del hombre
- FLEXIBLE:** Por que puede aplicarse en los diverso contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo enfermería
- INTERACTIVO:** Por requerir de la interrelación humano- usuario para acordar y lograr objetivos comunes

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

Consta de 5 etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas que son:



- 1.- Valoración:** Nos permite reunir información necesaria referente usuario, familia y comunidad con el fin de identificar la respuesta humana y fisiopatológicas.
- 2.- Diagnostico:** Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario. Familia y comunidad
- 3.- Planeación:** Es el desarrollo de un proyecto donde se establece objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
- 4.- Ejecución:** Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

5.- Evaluación: Permite determinar el proceso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera

5.1 VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario familia y comunidad.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero, para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario se puede valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades salud y de los patrones de respuesta humana.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas fisiopatológica ya que son consideradas como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en áreas funcionales concretas.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres pasos a que debe realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información
2. Validación de la información
3. Registro de la información

5. 2. DIAGNOSTICO.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad.

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales.

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

5.3 PLANEACION

Es la tercera parte del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las repuestas.

Los pasos para realizar la planeación son:

- ✚ Establecer prioridades
- ✚ Elaboración objetivo
- ✚ Determinar acciones de enfermería
- ✚ Documentos el plan de cuidados.

5.4 EJECUCION.

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería que comienza de una vez que han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas interrelaciones de enfermería que ayudan al cliente a seguir los objetivos deseados.

Los pasos de la ejecución son:

- ✚ Preparación
- ✚ Intervención
- ✚ Documentación

5.5 EVALUACION.

Es la última etapa del proceso enfermero y la vez una exigencia en toda practica de enfermería la evolución como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente, en la **valoración, diagnostico, planificación y ejecución.**

La aplicación del proceso enfermero se evalúa.

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue validad?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependiente, fue acertada.
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron en logro de los



VI. PROCESO DE ENFERMERIA

A PACIENTE CON HIPERTESION ARTERIAL

Guía de valoración según patrones funcionales
de salud para el usuario adulto mayor

Datos biográficos e institucionales:

Fecha AGOSTO 2010

Fecha de ingreso _____

Nombre: Benjamín Martínez López

Genero Masculino

Edad 79 años

Estado civil unión libre

Escolaridad 3er año Ocupación actual _____

Ocupaciones anteriores agricultor

Religión católica Domicilio la estancia Chilcuautla teléfono 738

Número de afiliación _____ Servicio _____ cama _____

Ingreso económico familiar mensual _____

Motivo de la visita o principal problema _____

Diagnostico medico Hipertensión arterial

Tratamiento médico actual: Captopril 25 grs

Antecedentes:

Enfermedades anteriores: Gastritis, Cirrosis Hepática

Historia familiar de enfermedad: Padre- con cirrosis Hepática

Madre – con cáncer Matriz

Historia de la enfermedad actual: Hipertensión arterial (7 años)

I Patrón percepción / mantenimiento de la salud.

Servicios públicos con los que cuenta la comunidad, especificar: Agua, luz, drenaje, escuela (kínder-Primaria).

Servicios con los que cuenta la casa-habitación especificar: agua, luz, drenaje

Características higiénicas de la vivienda, especificar: Buena

Hábitos higiénicos que practica el anciano en el hogar, especificar: cada 3er día

Contacto con enfermos infectocontagiosos (no) en caso afirmativo, especificar: ninguno

Contacto con animales domésticos (si) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? Pollos, borregos, perros, gato

Existencia de hacinamiento en el hogar (79 años)

Existe de factores de riesgo en la comunidad, hogar y laboral (si) en caso afirmativo especificar ¿Cuáles? La calle

Existencia de alteraciones físicas o mentales en el anciano que puedan desencadenar un accidente (si) en caso afirmativo especificar ¿Cuáles? Hipertensión arterial, un poco sordo y escasa visión

Percepción del anciano sobre su estado de salud habitual, especificar: si

Interés del anciano por el cuidado de su salud (si) en caso negativo, especificar ¿porque? _____

Asistencia periódica al médico (si) en caso negativo, especificar ¿porque? Va a consultar cada 15 días.

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿Cuál?

Antihipertensivos

Seguimiento del tratamiento médico (si) en caso negativo, especificar ¿Por qué?

Existencia de automedicación (No) en caso afirmativo, especificar ¿Cuál? _____

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud (si) en caso negativo, especificar (por qué) _____

Existencia de algún tipo de alergia (no) en caso afirmativo, especificar ¿Cuál y a qué? _____

Existencia de toxicomanías (no) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?, ¿frecuencia? Y ¿cantidad? _____

I Patrón nutricional / metabólica.

Estado físico actual	
Peso <u>65 kg</u>	Talla <u>1.60 cm</u> Temperatura corporal _____
Glucemia <u>95 mg/dl.</u>	
Características de:	
- Piel	<u>moreno</u>
- Cabello	<u>cano</u>
- Uñas	<u>cortas</u>
- Mucosa oral	<u>humeda</u>
- Encías	<u>norma</u>
- Lengua	<u>largas</u>
- Labios	<u>pigmentados</u>
- Faringe	<u>normal</u>

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) no se encuentra

Existencia de cambios recientes en el peso (si) en caso afirmativo, especificar bajo cuatro kilogramos

Alimentación acostumbrada en el hogar, especificar: no tiene dieta

Restricciones dietéticas (No) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? ninguna

Ingesta habitual de líquidos, especificar cantidad: agua 1 litro al día

Aceptación e ingesta de la dieta prescrita en la unidad hospitalaria (no) en caso negativo, especificar ¿Por qué? No tiene los hábitos alimentarios.

Ingesta de líquidos en 24 horas durante la hospitalización, especificar ¿Cantidad? _____

Existencia de problemas con las defensas del organismo () en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? Tos en épocas invernales

Existencia de alergias o intolerancias alimentarias (no) en caso afirmativo, especifica. _____

III Patrón de eliminación

Estado físico actual	
Características de:	
- Orina _____	
- Haces _____	
- Sudor _____	
- Peristaltismo intestinal _____	<input type="checkbox"/>
Presencia de:	<input type="checkbox"/>
-Halitosis	<input type="checkbox"/>
-Flatulencia	<input type="checkbox"/>
-Masa rectal palpable	<input type="checkbox"/>
-Constipación	<input type="checkbox"/>
- Hemorroides	<input type="checkbox"/>
-Dolor al evacuar	
-Urgencia para defecar	
-Distensión abdominal	
-Fisuras	
-Goteo y salida de orina	<input type="checkbox"/>
-Disuria	<input type="checkbox"/>
-Oliguria	<input type="checkbox"/>
-Poliuria	<input type="checkbox"/>
-Hematuria	<input type="checkbox"/>
-Coluria	<input type="checkbox"/>
-Proteinuri	<input type="checkbox"/>
-Glucosuria	<input type="checkbox"/>
-Nicturia	<input type="checkbox"/>

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Eliminación intestinal habitual, especificar característica y frecuentes _____

Evacuaciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar: _____

Eliminación urinaria habitual, especificar características y frecuentes _____

Micciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar _____

Empleo de auxiliares o medicamentos para defecación () en caso afirmativo especificar ¿Cuáles? NINGUNO

Medidas utilizadas para facilitar la micción () en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? _____

IV patrón de actividad/ejercicio.

Estado fisico actual.	
Frecuencia cardiaca	<u>90x'</u>
Presión venosa central	_____

Frecuencia del pulso	_____
Presión arterial media	_____

Tensión arterial	<u>140/100</u>
Presión de arteria pulmonar	_____

Frecuencia respiratorio	<u>20''</u>
Características de:	
_ Pulso	<u>90x'</u>

_ Llenado capilar	<u>1x'</u>

_ Ritmo cardiaco	_____

_ Secreciones broncopulmonares	_____

_ Fuerza muscular	_____

_ Tórax	_____



Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)_____

Actividades que puede realizar el anciano para la autocuidado (alimentación, higiene, funciones de eliminación y vestido/ acicalamiento) especificar: el cuidado realiza sus cuidados (higiene deficiente)

Dispositivos auxiliares para la de ambulación () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?_____

Actividades recreación habituales, especificar ¿Cuáles? ninguna

Actividades recreativas durante la hospitalización especificar ¿Cuales? Ninguna

Realización de prácticas deportivas, especificar ¿Cuáles? ninguna

Capacitar del anciano para mantener su entorno en orden y confortable (si) en caso negativo, especificar ¿de quien recibe ayuda? Su familia

V Patrón reposo /sueño

Presencia actual de:	
Reposo	■
Concancia	■

Horas de sueño habituales en 24 horas, especificar: 1 o 2 horas en el día

Periodos habituales de descanso al día, especificar todo el día

Prácticas habituales para conciliar el sueño, especificar ¿Cuáles? Se acuesta y descansa

Horas de sueño en 24 horas durante la estancia hospitalaria, especificar

Existencia de dificultad para conciliar el sueño durante la estancia hospitalaria () en caso afirmativo, especificar ¿Por qué? Ninguno

Calidad del sueño, especificar duerme mucho

VI Patrón cognitivo/perceptual.

Estado Físico y mental actual			
Nivel de conciencia <u>normal consiente</u>			
Orientación (persona, tiempo y espacio) especificar: <u>si</u>			
Escala de Glasgow _____			
	<input type="checkbox"/>	Presencia de:	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
-Crisis convulsivas	<input checked="" type="checkbox"/>	- Dolor	<input type="checkbox"/> especificar
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
-Midriasis	<input type="checkbox"/>	-Afasia	<input type="checkbox"/>
especificar _____			
-Anisocoria		-Hipoestesia	<input type="checkbox"/> especificar
-Irritabilidad		-Parestesia	
especificar _____			
-Ataxia		-Paralisis	especificar
	<input type="checkbox"/>		
-Mioclanias	<input type="checkbox"/>	-Signos	
	<input type="checkbox"/>	Meningeos	especificar
especificar _____		Otros	
	<input type="checkbox"/>		

Características de la información que tiene el anciano sobre su enfermedad y cuidados, especificar: el tiene noción de su enfermedad y conoce los riesgos

Características de la información que tiene la familia del anciano sobre la enfermedad y cuidados especificar: La familia conoce su enfermedad y el cuidado.

existencia de capacidad en anciano para toma decisiones (si) en caso negativo

especificar ¿Por qué? ¿Personas que toman las decisiones por el? _____

VII PATRON DE AUTOIMAGEN /AUTOCONCEPTO

Percepción que tiene el anciano sobre si mismo, especificar: sentimental,
sentimientos de culpa, miedo a la muerte

Aceptación del proceso de envejecimiento () en caso negativo, especificar
¿razones? SI

Satisfacción en el cumplimiento de su cometido. () en caso negativo, especificar
¿Por qué? _____

Existencia de preocupaciones () en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? Si al
dolor y a la gravedad de su padecimiento.

Existencia de algún temor (si) en caos afirmativo especificar ¿a que? A la
muerte

Estado de ánimo del anciano, especificar: tranquilo en ocasiones

Cooperación en sus cuidados () en caso negativo, especificar ¿Por qué? Si
excepto en la dieta que debe llevar –higiene

Existencia de interés por parte de los familiares hacia el anciano (si) en caso
negativo especificar ¿Por qué? _____

Existencia de trastornos con la identidad personal en el anciano (no) en caso
afirmativo ¿Cuáles? Ninguno

Ayuda que la enfermera (o) puede bríndale, especificar si

VIII Patrón rol/relaciones.

Presencia actual de:	
-Dificulta para concentrarse	<input type="checkbox"/>
-Cambios en el estado de ánimo	<input type="checkbox"/>
-Tristeza	<input type="checkbox"/>
-Llanto	<input type="checkbox"/>
comunicación	<input type="checkbox"/>
-Incapacidad para llorar	<input type="checkbox"/>
muv sociable	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Vive con su familia (si) en caso negativo, especificar ¿con quién vive? _____

Personas que conforma su familia especificar: Esposa, hijo, nuera y nietos

Características de la relación con su compañera (o)/cónyuge, especificar: estable

Trato que recibe el anciano por parte de su familiar, especificar: buena

Personas más allegadas al anciano especificar: sus hijos

Aportación de ingresos económicos a la familia por parte del anciano () en caso negativo, especificar ¿de quién depende económicamente? Depende de sus hijos económicamente

Personas que dependen económicamente del anciano especificar: ninguno

Dificultades el cumplimiento del rol () en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? ninguno

Existencia de dificultades con su familia () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? Ninguno

Existencia de sentimientos de pérdida () en caso afirmativo, especificar ¿Por qué? No

Existencia de amistades (no) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? No es sociable

Existencia de abandono en el anciano () en caso afirmativo, especificar ¿de qué tipo?_____

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar: _____ si _____

IX Patrón sexualidad/reproducción.

Mujer

Número de embarazos _____ fecha de la última menstruación_____

Fecha de la última citología cervicovaginal_____

Fecha de la última exploración de mamas_____

Existencia de flujo/hemorragia trasvaginal () en caso afirmativo, especificar, ¿características?_____

Existencia de problemas con la estática pélvica () en caso afirmativo, especificar ¿cuál?_____

Hombre ♂

Número de hijos 10 Fecha del último examen de próstata Hace 10 años

Fecha del último examen testicular:_____

Existencia de problemas con próstata (si) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? Prostatitis_____

Realización de prácticas sexuales (no)

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo () en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? a veces_____.

Patrón afrontamiento /estrés.

Presencia actual de:	
-Inquietud	<input type="checkbox"/>
-Tensión muscular	<input type="checkbox"/>
-Postura rígida	<input type="checkbox"/>
-Manos Húmedas	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>
-Boca seca	<input type="checkbox"/>
-Negociación del problema	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

-Conducta autodestructiva	<input type="checkbox"/>
especificar -----	
	<input type="checkbox"/>
-Cambios en el estilo de vida	
especificar	<input type="checkbox"/>

Respuesta personal del anciano ante el proceso de envejecimiento, especificar:
se siente mal.

Opciones elegidos por el anciano para afrontar el estrés, especificar: ninguna
 Existen de búsqueda y aceptación de cuidados para la conservación y/o
 recuperación de salud () en caso negativo, especificar ¿Por qué? si quiere
seguir su tratamiento y vivir

Respuesta familiar ante la enfermedad y cuidados del anciano, especificar: la
familia está muy consiente

Existencia de dificultades familiares para afrontar el cuidado del anciano () en
 caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? Ninguno

Ayuda que la enfermera (o) puede proporcionar al anciano /familia para afrontar
 el estrés y lograr la adaptación, especificar: si

XI patrón valores /creencias

Actitud religiosa del anciano, especificar: católico

Existencia de conflictos internos sobre creencias () en caso afirmativo, especificar ¿Por qué? Ninguna

Existencia de incapacidad para realizar prácticas religiosas habituales () en caso afirmativa, especificar ¿Por qué? ninguno

Demanda de servicios religiosos () en casos afirmativo, especificar ¿Cuáles? no

Mitos y creencias del anciano /familia relacionados con la vejez y el cuidado de la salud especificar: el si cree en todos los santos

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar: _____.

<input checked="" type="checkbox"/>	Caso de estar presente
<input type="checkbox"/>	SI o NO según

Nota: Recuerde que todos los datos obtenidos en valoración deben ser:

VALIDADOS

Revisaron: Carmela Martínez Zúñiga

VII. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- 1.- Tratamiento del patrón del sueño relacionado con ansiedad depresión, siestas frecuentes durante el día, lo cual el paciente informa dificultad para conciliar el sueño.
- 2.- Sedentarismo causa por falta de interés, falta de motivación, lo cual define una rutina diaria con falta de ejercicio físico, y falta de condición física.
- 3.-Intolerancia a la actividad causa por debilidad generalidad (sedentarismo), que caracteriza con hipertensión arterial, disnea de esfuerzo malestar general y debilidad.
- 4.-Ansiedad ante la muerte causa por anticipación de dolor y sufrimiento, definiendo tristeza profunda y temor al dolor relacionado con agonía.
- 5.-Dolor agudo causado por agentes psicológicos, definiendo el dolor, cambios de presión arterial, trastornos del sueño, irritabilidad e inquietud.

6.-Exceso de Volumen de líquidos causado por aporte excesivo de sodio relaciona con ansiedad, cambios de presión arterial, edema agitación y cambios en estado mental.

7.- Trastorno de la percepción sensorial (auditiva) relacionado con alteración de la integración, alteración de la percepción sensorial, estrés psicológico definiendo así cambios en la agudeza sensorial, cambios en las respuestas usuales a los estímulos y desorientación.

8.-Trastorno de la percepción sensoria (visual) relación con la alteración de la integración sensorial, alteración de percepción sensorial y estrés psicológico, definiendo así distorsiones sensoriales.

9.-Deterioro generalizado del adulto relacionado con reducción de la participación en las actividades de la vida diaria definiendo una pérdida de interés en salidas sociables.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE: 1

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA:

Tratamiento del patrón de sueño

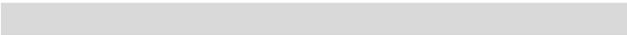
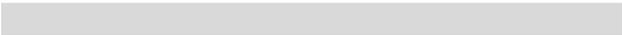
ETIQUETA (PROBLEMA

(P) Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que determinara el funcionamiento

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)

=Ansiedad

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
=sueño =nivel de fatiga =descanso	=Horas de sueño 2-5 =Patrón del sueño 2-5 =Habitudo de sueño 2-5 =Calidad de sueño 2-5	1.-Gravemente comprometido 2.-sustancialmente comprometido. 3.-Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido 5.- No comprometido	MANTENERA 8 AUMENTARA 20



Intervención

1.- MEJORAR EL SUEÑO



ACTIVIDADES

RAZON CIENTIFICA



- Registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionado actividades que fomenten el estar despertó de forma plena, si procede.

- Los hábitos irregulares al acostarse o levantarse pueden alterar el ritmo biológico, lo que aumenta la dificultad para conciliar el sueño.





UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
 ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO 4 CLASE: 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
 Sedentarismo

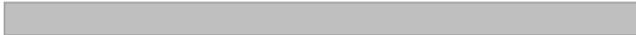
DE NANDA:

ETIQUETA (PROBLEMA (P))
 Informes sobre hábitos de vida que se caracteriza por un nivel de actividad física.

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E) R/P

Falta de interés
 Falta de motivación

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
1.- Motivación 2.- Tolerancia de la actividad. 3.Reconocimiento	Planes para el futuro 2-5 - Desarrollar un plan de acción 1-4 -Mantener el autoestima positivo 1-4 -Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción 1-4. -Acepta las responsabilidades de las acciones	.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado	MANTENERA 8 AUMENTARA 20



Intervención
Terapia a la actividad



ACTIVIDADES

RAZON CIENTIFICA



- Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y o gama de actividades.
- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales

-Cubren las necesidades personales del paciente sin aumentar el stress, coordinar su ejercicio, integrar a la familia asegura un mejor resultado y la aceptación del paciente.

- Enseñar al paciente ò la familia el papel de la actividad física, social espiritual y





UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE

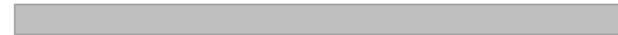
RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
------------------	-----------	--------------------	--------------------

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA:
Intolerancia a la actividad.

ETIQUETA (PROBLEMA (P))
Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E) Debilidad generalizada

_Tolerancia a la actividad	-Paso al caminar 3-4 -Tolerancia a su subir escaleras 2-4 -Facilidad para realizar actividades de la vida diario 2-4.	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido. 3.-Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido.	MANTENER. 7 AUMENTAR 12
----------------------------	---	--	----------------------------------



Intervención

Enseñanza: actividad / ejercicio



ACTIVIDADES

RAZON CIENTIFICA



- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.

- La práctica de ejercicio regular aumenta el riesgo sanguíneo periférico y la eficacia muscular y cardiaca.

- Enseñar al paciente a realizar la actividad ejercicio prescrito.

- Un régimen de ejercicio puede aumentar el flujo sanguíneo colateral y mejorar la cludicion.

- Enseñar al paciente a llevar un diario de



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
 ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 9 CLASE: 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA:
 ansiedad ante la muerte

ETIQUETA (PROBLEMA (P))
 Sensación vaga e intranquilizante de mal estar o tomar provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

FACTORES RELACIONADOS

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
-afrentamiento de problema.	_utiliza técnicas de relación 3	1. Nunca demostrado	MANTENER
-autocontrol de la ansiedad.	-control la respuesta de ansiedad 1 -mantiene el desempeño del mantenimiento.	2. Raramente demostrado	5
		3. A veces demostrado	AUMENTAR
		4. Frecuente mente demostrado	15
		5. Siempre demostrado	

Intervención
Disminucion de la ansiedad

ACTIVIDADES

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronostico.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

RAZON CIENTIFICA

- La comprensión por parte del paciente de la gravedad de la hipertensión es fundamental para que siga el tratamiento.
- A pesar de que el efecto del stress sobre la cardiopatía o es claro, la liberación de catecolasas eleva la tensión arterial



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
 ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 12 CLASE: 1

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
 NANDA:**

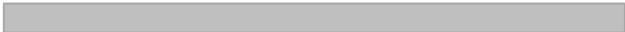
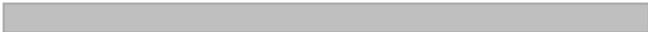
Dolor agudo

ETIQUETA (PROBLEMA (P))

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible a una duración inferior a 6 meses.

FACTORES RELACIONADOS

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
<ul style="list-style-type: none"> - Control del dolor - Nivel de stress - Nivel de ansiedad - Nivel de miedo 	<ul style="list-style-type: none"> - Angustia del dolor 1-5 - Preocupación sobre la tolerancia al dolor 1-5 - Depresión 1-4 - Aislamiento 1-4 - Enojo con los efectos nocivos del dolor 1-4 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Grabe 2. Sustancial 3. Moderado 4. Ligero 5. ninguno 	<p>MANTENER 5</p> <p>AUMENTAR 22</p>



Intervención
Terapia de relajación



ACTIVIDADES

RAZON CIENTIFICA



- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles, meditación. Relajación rítmica, relajación, mandibular y relajación muscular profunda agresiva.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.

- un dolor agudo persistente que no se alivia con analgésico puede indicar infarto inminentemente o prolongado.
- El dolor es una experiencia subjetiva y multifactorial que puede modificarse por el uso de técnicas cognitivas v





UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
 ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 2 CLASE: 5

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NANDA:

Exceso de volumen de líquidos

ETIQUETA (PROBLEMA (P))

Aumento de la retención de líquidos isotónicos

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO.

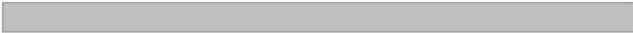
Exceso de aporte de sodio

FACTORES RELACIONADOS

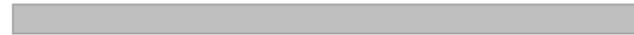
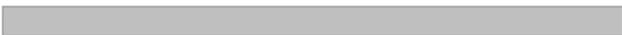
RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
Estado nutricional, ingestión alimentaria y de líquidos.	_Ingesta adecuada de líquidos 2-4 - Hipertensión 2-4 - Fatiga 2-4 - Malestar 2-4	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.-Leve 5.-Ninguno	MANTENER 8 AUMENTAR 16



ACTIVIDADES



- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.
- Disponer una dieta adecuada para el equilibrio de electrolitos del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono)
- Instruir al paciente y a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas.

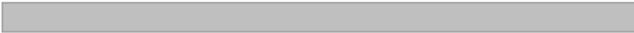


Intervención

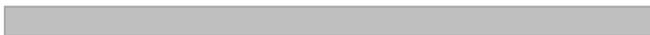
Manejo de electrolitos



RAZON CIENTIFICA



- El sodio controla la distribución de agua en todo el cuerpo, un aumento en la ingesta de sodio provoca un incremento en el agua, aumentando así el volumen circulante y elevando la T/A.
- La menor capacidad de los túbulos renales de resorber electrolitos provoca un aumento de los niveles de sodio en orina y un aumento del peso específico





PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 5 CLASE: 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NANDA: Trastorno de la percepción sensorial (auditiva)

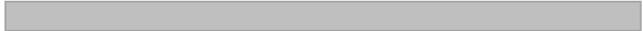
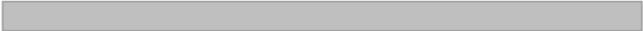
ETIQUETA (PROBLEMA (P))

Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una propuesta disminuida, exagerada distorsionada o deteriorada a los mismos.

FACTORES RELACIONADOS

(CAUSAS) (E) Alteración de la integración sensorial.
 Alteración de la percepción

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
_Control del riesgo, deterioro auditivo.	_supervisa los síntomas de deterioro auditiva. 2-4 -se coloca para mejorar la audición 1-4. -utiliza dispositivos de ayuda auditiva 2-4. -utiliza la lectura de labios 1-4	1.- Nunca demostrado.	MANTENER
		2.-Raramente demostrado.	6
		3.-Aveces demostrado	AUMENTAR
		4.-Frecuentemente demostrado.	16
		5.-Siempre demostrado	



Intervención

Cuidados de los oídos



ACTIVIDADES

RAZON CIENTIFICA



- Observar si hay drenaje de los oídos, si es el caso
- Evitar introducir objetos con punta en el oído.
- Observar si hay episodios de mareos asociados con problemas de oídos.
- Comprobar si el cerumen en el canal del

- Facilitar una visita para practicar una exploración.





UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 5 CLASE: 3

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NANDA: Trastorno de la percepción sensorial (visual).

ETIQUETA (PROBLEMA (P): cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, disminuid, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (F)

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
_Conducta de compensación visual. -control de riesgo deterioro visual	-supervisa la aparición de síntomas de deterior visual 2-4. -Se coloca para mejorar la visión.1-4 -utiliza lentillas adecuadas. 1-4 -utiliza servicios de apoyo para la falta de visión 1-4	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5.-Siempre demostrado	MANTENER 4 AUMENTAR 16



ACTIVIDADES

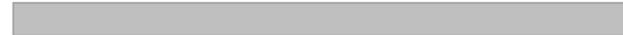


- Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.
- Observar el reflejo craneal
- Aplicar protección ocular
- Informar al paciente de que no se toque los ojos



Intervención

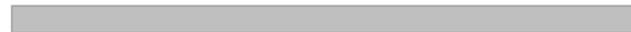
Cuidado de los ojos



RAZON CIENTIFICA



- Aumentar las medidas de seguridad puede ayudar a reducir las lesiones y el peligro para el paciente.
- Definir que riesgos existen nos ayudara a delimitar que tipo de intervenciones especificas utilizar





UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 13 CALSE 1

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
NANDA:**

Deterior generalizado del adulto.

ETIQUETA (PROBLEMA (P))

Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistemicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.

FACTORES RELACIONADOS

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTACION DIANA
-Movilidad -Rendimiento de los mecanismos corporales.	- Se mueve con facilidad 1-4 - Movimiento articular 1-4 - Ambulación 1-4 -Movimiento muscular 1-4	1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancimanete comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido	MANTENER 4 AUMENTAR 16



Intervención

Motivación



- Ayudar al paciente a encontrar aspectos positivos
- Explorar nuevas técnicas de relajación programas de ejercicios, actividades sociales y religiosas etc.
- Ayudar con la higiene y con el acicalamiento cuando sea necesario

- El paciente puede tender a centrarse en el cambio de su propia imagen y no en las características positivas que contribuyen en el concepto completo de si mismo. El personal de enfermería debe reforzar estos aspectos positivos y animar al paciente a reincorporar los a su nuevo concepto.

Participar en el auto cuidado y planearlo



VIII. EJECUCION

Se realizaron las intervenciones y acciones de enfermería utilizando las diferentes técnicas y procedimientos de enfermería basados en conocimientos científicos, habilidades, actitudes y valores; logrando que los resultados programados se cumplieran y se integrara la familia al cuidado y control del paciente con Hipertensión Arterial.

IX. EVALUACIÓN

Se realiza la evaluación del paciente utilizando la puntuación Diana y la Escala tipo Liker, antes y después de aplicar el plan de cuidados; el paciente a logrado cambiar su estilo de vida, inicia con rutina de caminata, cambios en la alimentación, aceptación del tratamiento y se ha integrado la familia al cuidado del paciente.

X. CONCLUSIONES

Después de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con Hipertensión Arterial, se comprobó que el cuidado y atención del usuario utilizando una metodología permite conocer al paciente, identificar sus problemas y necesidades, planear su atención con la participación personal y familiar logrando que la atención sea de calidad y con calidez.

Se cumplieron los objetivos porque se elaboró un PAE, utilizo la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

XI. BIBLIOGRAFIA

C.P. Anthony, G.A. Thibodean Anatomía y Fisiología, Décima Edición, Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, Pág. 370-399 400-425

Mc Graw Cuidados Intensivos de Enfermería en el adulto Interamericana, Quinta Edición Pág. 317 -322.

Mc Graw Will Diagnostico de Enfermería Y Problemas Asociados. Interamericana Pág. 78-81

Marynai E. Dounges. Mary Frances Moor Hause Alivr V. Murr. Planes de cuidados de enfermería Séptima - Edición.

Carpenito Moyet Lynda Juall, Planes de Cuidados y Documentación Clínica En enfermería, 4to. Edición año 2004, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, pag. 1101.

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Segunda Edición, año 2000, editorial Cuellar, México, pag. 277.

T. Hearther Herdman phd, RN, NANDA internacional diagnostico enfermeras, Definiciones y clasificación 2009-211 EIServier.

Gloria M. Bulechek Howard K, Butcher, Joanne, Mc Closkey Dochterman, Clasificacion de Internaciones de enfermeria (NIC), Quinta ediccio-2009 ELSEVIER España Pag. 937.

Sue Moohead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, clasificación de resultados de enfermería (NOC) cuarta edición ELSVIERMOSBY, 2009 pág. 281