



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo
Facultad de Enfermería**



División de estudios de posgrado

Maestría en Enfermería

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con
enfermedad de Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad grado-I

TESIS

**Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con Terminal en
Salud Pública**

Presenta:

L.E. Silvia Patricia Ruiz Herrejón

Directora de Tesis

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Co-directora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Revisora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcantár Zavala

Morelia, Michoacán

Julio 2021

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera
Director

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Secretaria Académica

L.E. Renato Hernández Campos
Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo
Presidenta

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Vocal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Vocal

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcantár Zavala
Vocal

Dra. Martha Marín Laredo
Vocal

Dedicatoria

A Dios

Por haberme dado la vida, salud, ser la luz en el camino y darme la fortaleza necesaria en los momentos de debilidad a lo largo del estudio de esta Maestría para poder culminarla con éxito, sin él, no hubiese sido posible.

A mi madre E.H.A. (qepd)

Por el tiempo que estuviste conmigo, por tantos momentos vividos, por compartir tus conocimientos, experiencias y consejos, por todo el amor y muestras de cariño brindados, hoy no estas físicamente, pero siempre estás en mi corazón, fuiste y sigues siendo un gran ejemplo de vida, que me motiva a ser mejor cada día.

A mi querida hija A.P.N.R.

Especialmente y con todo mi amor, por caminar junto a mí siempre, por su paciencia, tolerancia al sacrificar momentos importantes para culminar esta etapa con éxito, es mi motor de vida e inspiración, por motivarme a seguir adelante y ser mejor persona cada día.

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. **Mayra Itzel Huerta Baltazar**, profesora e Investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **“Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I”**. Elaborado por la Licenciada en Enfermería **Silvia Patricia Ruíz Herrejón**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestra en Enfermería con terminal en Salud Pública** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

DRA. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

Profesora e Investigadora Asociada “C”
de tiempo completo

DRA. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

Profesora e Investigadora Asociada “B”
de tiempo completo

DRA. MA. LILIA ALICIA ALCANTÁR ZAVALA

Profesora e Investigadora Asociada “C”
de tiempo completo

DRA. VANESA JIMÉNEZ ARROYO

Profesora e Investigadora Asociada “C”
de tiempo completo

DRA. MARTHA MARÍN LAREDO

Profesora e Investigadora Titular “A”
de tiempo completo

Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por la oportunidad de prepararme y superarme personal y profesionalmente.

A mi querida Facultad de Enfermería (U.M.S.N.H.) por la oportunidad que hoy me brinda al hacerme participe de esta modalidad de titulación.

A mi Tutora de tesis D.E. Mayra Itzel Huerta Baltazar por ser una excelente persona y extraordinaria docente quien enorgullece a los profesionales de enfermería por su calidez, motivación, insistencia y perseverancia con sus asesorados.

A mi asesora de tesis D.E. Vanesa Jiménez Arroyo por su bella amistad de más de dos décadas, por compartir sus conocimientos y experiencia profesional, además de facilitarme las herramientas necesarias para culminar este proyecto con éxito y aplicarlo en el área laboral.

A mis grandes amigos Dr. Jesús Salgado, Vera Espinoza y Leticia Barrón por coincidir en esta vida, por creer en mí y motivarme siempre a seguir adelante, con ética y profesionalismo.

A mi jefe Lic. Jesús Vega por brindarme las facilidades para dar cumplimiento a cada etapa del proceso.

Al paciente M.A.G.G. por aceptar ser partícipe de este proyecto.

Índice

I.	Introducción	1
II.	Justificación.....	3
2.1.	Objetivo:	5
III.	Marco Teórico	6
3.1.	Antecedentes del Proceso Enfermero	6
3.1.1.	Definición del PE.....	9
3.1.2.	Etapas del PE.....	10
3.2.	Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería de Dorotea E. Orem (TDAE) ..	17
3.3.	Hipertensión Arterial Sistémica.....	23
3.4.	Obesidad	31
IV.	Metodología	36
V.	Implicaciones éticas:	43
VI.	Valoración	44
6.1.	Requisitos de autocuidado universales	47
6.2.	Requisitos de autocuidado y desarrollo	48
6.3.	Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	49
VII.	Diagnósticos	54
VIII.	Conclusión	74
IX.	Referencias Bibliográficas	76
X.	Anexos.....	85

10.1.	Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado	85
10.1.1.	Guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E. Orem.	85

Resumen

Introducción: Las enfermedades no transmisibles son un problema de salud pública por ser la primera causa de muerte en el mundo, la hipertensión arterial sistémica y la obesidad grado-I sin control, podrían llevar a complicaciones cardiacas, renales o alguna retinopatía. Enfermería resalta la importancia de su actuar mediante el soporte teórico-metodológico del proceso enfermero, al identificar y resolver problemas de salud reales o potenciales del individuo, familia y comunidad. Los planes de cuidados resultan una herramienta que permite mejorar la práctica de enfermería y la calidad de vida del usuario. **Objetivo:** Implementar un plan de cuidados con intervenciones personalizadas a una persona con enfermedad de Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad grado-I. **Método:** Se realizó una revisión documental del proceso fisiopatológico de la hipertensión arterial sistémica y la obesidad grado-I para sustentar la condición de estudio y elaborar elementos que conforman esta tesis; la colecta de datos se realizó bajo la guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E. Orem, permeando el sustento teórico-metodológico del proceso enfermero, enseguida un análisis, selección y priorización de diagnósticos, la planeación de intervenciones, acciones y evaluación sustentado bajo taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. **Resultados:** se elaboró un plan de cuidados individualizado del cuidado enfermero basado en 5 diagnósticos de enfermería, 5 resultados, 14 indicadores, 6 intervenciones y 75 actividades de enfermería para resolver los diagnósticos y mejorar su salud. **Conclusión:** al análisis de los resultados se observa la magnitud y trascendencia que tienen los Cuidados de Enfermería implementados en una persona con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I, lo que permite reafirmar la necesidad de brindar cuidado integral de enfermería para favorecer a la persona. *Palabras clave:* Proceso Enfermero, Déficit de Autocuidado de Enfermería, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad grado-I.

Abstract

Introduction: Non-communicable diseases are a public health problem because they are the leading cause of death in the world, systemic arterial hypertension and uncontrolled grade-I obesity could lead to cardiac and kidney complications or some retinopathy. Nursing highlights the importance of its actions through the theoretical-methodological support of the nursing process, when identifying and solving real or potential health problems of the individual, family and community. The care plans are a tool that allows improving the nursing practice and the quality of life of the user. **Objective:** To implement a care plan with personalized interventions for a person with Systemic Arterial Hypertension and Grade I Obesity disease. **Method:** A documentary review of the pathophysiological process of systemic arterial hypertension and grade-I obesity was carried out to support the study condition and elaborate elements that make up this thesis; The data collection was carried out under the guidance of evaluation of the process with the reference of Dorothea E. Orem, permeating the theoretical-methodological support of the nursing process, followed by an analysis, selection and prioritization of diagnoses, the planning of interventions, actions and evaluation supported under NANDA-I, NOC and NIC taxonomies. **Results:** an individualized nursing care plan was developed based on 5 nursing diagnoses, 5 results, 14 indicators, 6 interventions and 75 nursing activities to resolve the diagnoses and improve their health. **Conclusion:** the analysis of the results shows the magnitude and importance of the Nursing Care implemented in a person with systemic arterial hypertension and grade-I obesity, which allows reaffirming the need to provide comprehensive nursing care to favor the person. *Keywords:* Nursing Process, Nursing Self-Care Deficit, Systemic Arterial Hypertension, Obesity grade-I.

I. Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la obesidad grado-I, son considerados un problema de salud pública a nivel mundial por ser la principal causa de muerte y discapacidad, son causadas por factores de riesgo como la herencia, alta ingesta de sodio, dietas malsanas, consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo o poca actividad física y estrés, mismos que resultan importantes de atender debido a que causan incapacidad e invalidez y requieren llevar un tratamiento adecuado y cuidados a lo largo de su vida, según la Organización Mundial de la Salud (Meza, 2020; OMS, 2021).

Actualmente la incidencia ENT ha ido en incremento, lo cual permite resaltar la importancia de la asistencia del profesional de enfermería durante la prevención y atención de las mismas; por ello, el Proceso Enfermero (PE) es un sistema teórico-metodológico que permite brindar cuidados con conocimiento científico y resuelve problemas de salud reales o potenciales del individuo, familia o comunidad; mismo que contempla cinco etapas como son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (González y Monroy, 2016).

La valoración se realiza a partir de la guía de la Macro-teoría del Déficit de Autocuidado (TDA) de Dorothea Elizabeth Orem, la cual está conformada por los conceptos paradigmáticos y sus tres subteorías relacionadas entre sí, como son la teoría de los Sistemas de Enfermería, teoría del Déficit de Autocuidado y teoría del Autocuidado, también se hace un análisis y priorización de los diagnósticos entre ellos uno de riesgo, uno centrado en el problema y tres de promoción de la salud, las intervenciones, actividades y evaluación se llevarán a cabo bajo las taxonomías estandarizadas por la NANDA-I, NOC y NIC (Berbiglia y Banfield, 2011).

por ello, el presente plan de cuidados individualizado en una persona con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I, será una herramienta fundamental al brindar cuidados mediante un

juicio clínico y evidencia científica, para fortalecer la práctica de enfermería, al adoptar conductas sanas, evitar riesgos y coadyuvar a disminuir la morbilidad y mortalidad por ENT. Orem, 2001 (citado por Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017).

II. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la obesidad grado-I, son consideradas un problema de salud pública en el mundo por el impacto que generan en salud por el alto costo en la prevención, tratamiento y rehabilitación y son la principal causa de muerte y discapacidad. Las ENT son causadas por factores de riesgo como la alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física y estrés y de no ser atendidas oportunamente podrían llevar a consecuencias de salud importantes como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.

La OMS (2021), refiere que a nivel mundial se mueren 41 millones de personas cada año, 15 millones de ellas entre 30 y 69 años de edad mueren por ENT y de estas 2.2 millones de personas fallecen en la Región de las Américas antes de los 70 años de edad.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2016) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), menciona que fallecen 9.4 millones de personas en el mundo por hipertensión arterial, la prevalencia en México fue de 30.2%, el 24.6% correspondían a un nivel socioeconómico bajo y solo el 47.1% de ellos habían sido diagnosticados; existe mayor vulnerabilidad en población de bajos ingresos y la proporción de personas con tratamiento y en control es más baja.

La Ensanut (2018-19), señaló que en México la prevalencia de sobrepeso u obesidad es más alta que en el promedio mundial, por afectar a más del 75% de adultos y el 35.6% de la población infantil, tanto en hombres como en mujeres; relacionado con la población adulta se observó un incremento del 72.5 en 2016 a 75.2 en 2018, lo cual indica que el problema de

obesidad en el país ocupa la primera causa de muerte.

La Secretaría de Salud (2020), en diversas publicaciones realizadas a nivel nacional menciona que la HAS es una de las principales causas de mortalidad en México y el mundo, siendo uno de los mayores retos que enfrenta por falta de sintomatología, el cual se detecta hasta que se presentan complicaciones; por ello, el diagnóstico oportuno, conocimiento sobre la enfermedad, acceso a medicamentos antihipertensivos, los estilos de vida saludables y la oferta de servicios de salud de calidad, son fundamentales para el control de la hipertensión (OMS, 2019).

La Secretaría de Salud de Michoacán (SSM, 2020) registra 13,145 personas con obesidad. (SSM, 2021) 21,262 pacientes en tratamiento por HAS, de los cuales 15,542 son mujeres y 5,720 hombres, el 34.2% del total de pacientes se encuentran descontrolados, cabe señalar que se cuenta con guías de práctica clínica y normas oficiales mexicanas, pero no han sido suficientes para mejorar la situación en este problema de salud.

Para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por ENT, el objetivo del presente estudio es fortalecer la práctica de enfermería al implementar un plan de cuidados con intervenciones personalizadas a una persona con enfermedad de Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad grado-I y coadyuvar a disminuir la morbimortalidad.

2.1. Objetivo:

General:

- Implementar un plan de cuidados con intervenciones personalizadas a una persona con enfermedad de Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad grado-I y coadyuvar a disminuir la morbimortalidad.

Específicos:

- Realizar la valoración del paciente de acuerdo al instrumento de la guía de valoración de Dorothea E. Orem.
- Identificar los diagnósticos específicos para el paciente de acuerdo al análisis deductivo de la teoría de Dorothea E. Orem.
- Planear resultados esperados y acciones de enfermería de acuerdo a los diagnósticos y recursos del paciente.
- Efectuar a la práctica las intervenciones de enfermería planeadas con el usuario.
- Evaluar las intervenciones de enfermería ejecutadas con el paciente y el mejoramiento de su salud.

III. Marco Teórico

En este apartado se describe a profundidad la literatura que fundamenta el Proceso Enfermero, la condición de Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad grado-I, así como las taxonomías NANDA, NIC, NOC. Se encuentra conformado por antecedentes, la primera, segunda y tercera generación del proceso enfermero, así como su definición y sus cinco etapas, en un segundo apartado se presentan los antecedentes de Dorotea Elizabeth Orem continuando con la Gran teoría del Déficit de Autocuidado dividida en tres subteorías que son el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería, en el tercer apartado se abordan las enfermedades no transmisibles como condición diagnóstica y finalmente se presenta el plan de cuidados individualizado brindado a una persona con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I.

3.1. Antecedentes del Proceso Enfermero

González y Monroy (2016) describieron al proceso enfermero (PE) como el eje metodológico central de los profesionales de enfermería es importante para brindar cuidados, ha sufrido avances al paso del tiempo para lograr una tercera generación y refiere principalmente a los resultados de lo que se espera lograr y lo que se obtiene al final, relacionado con el problema que presenta la persona, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada o taxonomías de la *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC), mismos que tienen reconocimiento y aceptación a nivel internacional.

Enfermería ha cursado por tres paradigmas para llevar a cabo una acción mediante el método científico como son el de categorización (1860-1950), el de integración (1950-1975) y finalmente el de transformación (a partir de 1975), ha permitido evolucionar y fortalecer la estructura de su metodología y el enfoque en tres generaciones, según Kerouak (González y

Monroy, 2016).

Primera Generación PE

La primera generación (1959-1970) tuvo dos enfoques uno en la salud pública y otro hacia la enfermedad. En el primero al emplear los principios de higiene del medio ambiente, que originara la recuperación de la salud, retomando a Florence Nightingale quien posteriormente a la guerra de Crimea en Inglaterra refiere que un ambiente limpio, con aire fresco, luz, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada eran factores que mejoraban la vida y la ausencia de enfermedad, en esta generación las acciones realizadas por enfermería eran aprendidas de los médicos (González y Monroy, 2016).

En 1950, un grupo de académicas-teóricas resaltan que las acciones de enfermería deberían contar con un respaldo científico, en el cual se contemplen los conocimientos en los planes de cuidados y permita conservar la profesión. Tiempo después y gracias a la colaboración de otras teóricas de enfermería se establecieron las primeras etapas del proceso enfermero (valoración, planeación y ejecución), confirmado en 1959, 1961 y 1963 por Jhonson, Orlando y Wiedenbach, en el cual, enfermería identificaba la necesidad, planeaba y brindaba el cuidado. Yura y Walch en 1967 agregan una cuarta etapa (evaluación), al referir que enfermería evaluaba los resultados obtenidos (González y Monroy, 2016).

Segunda Generación PE

La segunda generación (1970 y 1990) cursó entre el paradigma de integración y el paradigma de transformación, en este periodo enfermería observó y describió como el metaparadigma retoma a la persona como un ser único y señala que el individuo buscaba sentirse sano y se acopla al medio ambiente, la salud obtuvo un estado óptimo en el individuo puesto que, el cuidado se abordó de manera integral como mencionaron González y Monroy (2016).

Bloch en 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauronen en 1975, Aspinall en 1976 y otros autores agregaron la etapa del diagnóstico al unificar al demostrar la efectividad del juicio clínico de enfermería; de ahí el reconocimiento del PE con las cinco etapas que se manejan hoy día; por lo tanto, inician las investigaciones de enfermería sobre el cuidado y se implementan los primeros modelos conceptuales del cuidado de enfermería en la formación de profesionales, como lo estipula Orem, Henderson, Peplau, King, Roy y Allen (González y Monroy, 2016).

Esta segunda generación del PE se centró en el diagnóstico por realizar el juicio clínico y el actuar de enfermería enfocado hacia la persona, en este periodo se identificó la búsqueda de autonomía, no se restringía a las acciones dependientes del médico y su formación se basaba en necesidades propias de la disciplina, con la creación de taxonomías que se enfocaran en identificar los juicios clínicos de enfermería, así como de los cuidados e intervenciones realizadas (González y Monroy, 2016).

Tercera Generación PE

González y Monroy (2016) afirmaron que la tercera generación resultó de los cambios en el paradigma y el reforzamiento del método científico en los sistemas de salud, social y académicamente; a partir de 1975 y como resultado de los cuidados que brinda la enfermería científicamente se crea el paradigma de transformación, mismo que refiere cada evento de enfermería es único e irrepetible, los cuidados dejan de ser empíricos o necesidades casuales según la interacción y se convierten en acciones muy complejas, con el fin de beneficiar al individuo que se encuentre bajo su cuidado, con su participación en procesos de investigación siendo que las variables pueden ser medibles en un determinado tiempo.

En el metaparadigma, la persona es vista como un ser indisociable de su medio ambiente, se enfoca a su autocuidado y el entorno se encuentra en constante cambio, la salud deja de ser

cómoda y se convierte en un estado de bienestar y realización personal, el cuidado retoma una nueva dirección con conocimientos científicos que resultan de las investigaciones profesionales en las instituciones de salud y educativas. En 1990 la característica fundamental en el PE fue el uso de las taxonomías de enfermería NANDA, NOC y NIC, necesarias para alcanzar los resultados óptimos de salud con el cuidado de enfermería (González y Monroy, 2016).

3.1.1. Definición del PE.

Reina (2010) Definió el Proceso de Enfermería como un sistema de la práctica de Enfermería, en el cual el profesional de enfermería utiliza sus puntos de vista, conocimientos y habilidades para hacer el diagnóstico y brindar el cuidado según lo requiera el usuario con el fin de resolver los problemas reales o potenciales de la salud; es por ello, que el PE se convierte en el eje metodológico más importante de la enfermería, con evidencias científicas, en dicho proceso se valora la situación de salud, se realiza un planteamiento del problema que se diagnostica, se realiza una revisión con bases científicas, se proyecta una meta semejante a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones, se registran los datos para la toma de decisiones y permite el análisis y evaluación de los resultados.

El proceso de enfermería es un plan con bases científicas de la práctica del personal de enfermería, encaminado hacia la solución de problemas a través de habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y con el fin de satisfacer las necesidades de la persona o familia, permitiendo a la enfermera brindar los cuidados con razonamiento lógico y bajo una metodología (Andrade y López, 2014).

Actualmente el PE cuenta con cinco etapas y está sustentado por la evidencia científica; considerando así a las taxonomías de la NANDA-I, NOC y NIC, las cuales se han convertido en lenguaje común en la enfermería, siendo

reconocidos y aceptados a nivel mundial (González y Monroy, 2016).

3.1.2. Etapas del PE.

El proceso del enfermero consta de cinco etapas: valoración del paciente, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación del cuidado (Reina, 2010).

Etapa de valoración

Es la primera etapa del proceso y radica específicamente en recolectar la información del estado de salud-enfermedad del individuo, partiendo de la observación, la entrevista y la exploración física, historia clínica, laboratoriales y pruebas de diagnóstico, siendo el punto de partida los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon: cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, con el fin de identificar los patrones alterados y trabajar sobre ellos (Reina, 2010).

Andrade y López (2014) mencionaron que la valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que es importante emplear un modelo o teoría de enfermería. Los pasos para realizar la valoración son: recolección, validación, organización y comunicación de los datos.

La recolección de los datos, la fuente puede ser primaria a través del individuo y secundaria por la familia, personas cercanas, equipo de salud, expediente, datos de la vivienda entre otras; pueden ser datos subjetivos refiriéndose a los signos y síntomas que refiere la persona, datos objetivos se refiere a los encontrados en el usuario mediante la observación y el examen físico, datos antecedentes enfocado a historia heredofamiliar, enfermedades o eventos sufridos anteriormente y los datos actuales u ocurridos en el momento (Andrade y López, 2014).

Andrade y López (2014) también señalaron que la validación de los datos se realiza cuando no hay seguridad sobre la información de los datos objetivos y subjetivos, para evitar errores o dirigir los cuidados en dirección errónea. La organización de los datos se realiza bajo el marco de referencia con el que se desee trabajar ej. Dorotea Orem, Virginia Henderson, Callista Roy y los patrones funcionales de Marjory Gordon. Las intervenciones de enfermería se dirigen a fomentar los estilos de vida saludables y la intervención de las conductas de riesgo o de desviación de la salud son preventivas y se emplean para eliminar o disminuir los factores de riesgo. La comunicación de los datos señala que se debe comunicar al equipo médico los datos importantes que puedan ser un riesgo en la vida de la persona a corto plazo.

Etapa de diagnóstico

Es la segunda etapa del PE unificado desde 1990 por la NANDA, aplicados con un juicio clínico al individuo, familia o comunidad, para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería o procesos vitales reales o potenciales para lograr una atención individualizada y de calidad (Andrade y López, 2014).

Cuenta con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados; con el fin de diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente ya que ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería solo hacen referencia a situaciones en que la enfermera puede actuar en forma independiente (Reina, 2010).

La NANDA, implementó una taxonomía diagnóstica para el cuidado independiente de las enfermeras, con un lenguaje único entre los profesionales de la salud en cualquier campo de la profesión, investigación, docencia, asistencia y administración. Consta de una etiqueta

diagnóstica (problema de salud), definición (descripción clara y precisa del problema), características definitorias (signos y síntomas manifestados o factores de riesgo), factores relacionados con el diagnóstico y factores de riesgo (ambientales, fisiológicos, emocionales, hereditarios o químicos que aumenten el riesgo ante un evento no saludable (Andrade y López, 2014).

Andrade y López (2014) aseveraron que en la Taxonomía los patrones funcionales de Marjory Gordon se determinan por 13 Dominios: promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad-reposo (actividad-ejercicio, sueño-descanso), percepción-cognición, autopercepción, rol, relación, sexualidad, afrontamiento, tolerancia al estrés, principios vitales (patrón valores y creencias), seguridad-protección, confort, crecimiento y desarrollo; los dominios están dividido por 48 clases que permiten ubicar con claridad cada diagnóstico.

Etapa de planeación

Es la tercera etapa del PE, da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, permite elaborar planes de cuidados de enfermería previo análisis de los datos de valoración, con el fin de prevenir, disminuir o eliminar los problemas detectados en la persona (Andrade y López, 2014). Aquí es importante elaborar las metas y objetivos unificando los resultados esperados y priorizando los problemas de salud con el fin de atender primero el que ponga en peligro la vida del usuario, se organiza la información y se registran los datos en un plan de cuidados que puede ser individual o colectivo (Reina, 2010).

Andrade y López (2014) afirmaron que existen 542 intervenciones organizadas en siete campos fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad, 30 clases y tres niveles donde el nivel 1 se refiere a los campos, nivel 2 corresponde a las clases por campo y el nivel 3 son las intervenciones (independientes o

autónomas, dependientes en apego a una indicación médica, de colaboración o interdependientes con apoyo de personal de otras áreas sanitarias).

Los resultados esperados u objetivos de resultados, se elaboran cuando se hace la priorización de diagnósticos y se trata de la evolución o cambios de comportamiento que tiene una persona. Cada resultado consta de un grupo de indicadores asociados, los resultados esperados pueden ser a corto, mediano o largo plazo (Andrade y López, 2014).

Etapa de ejecución

Es la cuarta etapa del proceso y se refiere a las acciones de enfermería o plan de cuidados que al identificar la respuesta del paciente y de la familia desarrolla tres criterios: preparación, ejecución y documentación o registro, en el que interviene el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, guiados por la Enfermería (Reina, 2010).

Andrade y López (2014) mencionaron que esta etapa está enfocada a las intervenciones de la enfermería que permiten que la persona logre los objetivos deseados y las acciones deben ser éticas y confiables; para llevarla a cabo la enfermería debe tomar en cuenta la capacidades de la persona para realizar alguna actividad, el grado de conocimiento, los recursos humanos, económicos y prácticos que posee, un entorno seguro y confortable, la edad de la persona, las complicaciones que se presentan durante la hospitalización problemas de salud ya existentes y el estado emocional de la persona.

Por lo anterior, Kozier señaló que existen tres tipos de habilidades para ejecutar el plan de cuidados: habilidades cognitivas para la solución de problemas, toma de decisiones y pensamiento crítico-creativo; habilidades interpersonales como recurso que las personas tienen para comunicarse, pueden ser verbales y no verbales; habilidades técnicas, psicomotoras o manuales que permiten la manipulación del material y equipo como la colocación de un vendaje,

movilizar a un usuario; por otro lado Iyer señala que la ejecución consiste en tres pasos: preparación, intervención y documentación (Andrade y López, 2014).

Etapa de evaluación

Es la quinta y última etapa del proceso de enfermería, es importante durante la ejecución del cuidado, por ello, el proceso se vuelve continuo y es una comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, es decir que la enfermera valora la efectividad de las intervenciones o evalúa los resultados obtenidos (Reina, 2010).

El proceso de evaluación tiene dos etapas: la recolección de los datos sobre el estado de salud-problema-diagnóstico a evaluar del paciente y la comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio clínico sobre la evolución del usuario (Andrade y López, 2014).

La obtención de datos se realiza mediante la observación, a través de (observación directa, examen físico e historia clínica), signos y síntomas (Observación directa, entrevista con el paciente e historia clínica), Conocimientos (entrevista con el paciente y cuestionarios), capacidad psicomotora (observación directa), estado emocional (observación directa de la expresión verbal, conducta y emociones), situación espiritual, modelo holístico de la salud (entrevista e información brindada por el personal); dentro de la comparación con los resultados esperados, la evaluación de los cuidados de enfermería que se interpretan para sacar conclusiones y si es necesario, se puede modificar el plan de cuidados hasta lograr recuperar la salud del individuo (Andrade y López, 2014).

Historia de Dorothea Elizabeth Orem, Autora de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería (TDAE)

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició sus estudios de enfermería en la *Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC*, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930, en 1939 obtuvo un *Bachelor of sciences en Nursing Education* y en 1946 un *Master of sciences in Nurse Education*. Después de recibir otros títulos avanzados. Orem se centró especialmente en la enseñanza, investigación y administración (Berbiglia y Banfield, 2011).

Las primeras experiencias de Orem fueron las actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (servicio domiciliario y hospitalario en unidades médicas y quirúrgicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de Ciencias Biológicas. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del *Providence Hospital en Detroit, Michigan 1940-1949*; siendo su meta mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado, años después en la Universidad Católica de América, fue profesor asistente, profesor adjunto y decano de la Escuela de Enfermería (Berbiglia y Banfield, 2011).

Como consultor de plan de estudios, Dorothea laboró con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, *George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología*, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de *Georgetown, Incarnate Word College*, *El Paso Community College*, el Colegio Médico de Virginia y el Instituto Técnico de *Washington* (Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017).

Naranjo et al. (2017) afirmaron que Orem fue asesora del plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos, Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección

enfermera práctica en 1958-1960, de la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949-1957 y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el *Hospital Johns Hopkins*, 1969-1971; Director de Enfermería, *Wilmer Clinic*, el *Hospital Johns Hopkins*, 1975-1976. Publicó su primer libro *Nursing Concepts of Practice* en 1971. Mientras preparaba y revisaba *Concept formalization in Nursing: Process and Product*, fue editora de la *Nursing Development Conference Group* (NDCG, 1973/1979).

La Georgetown University le otorgó a Orem el título honorario de doctora de Ciencias en 1976. Recibió el Premio *Alumni Association de la CUA* por su teoría en enfermería en 1980; otros títulos recibidos se encuentran el de doctora honoris causa de Ciencias, por el *Incarnate Word College*, en 1980; doctora en Letras, por la *Illinois Wesleyan University*, en 1988; el Premio *Linda Richards*, de la *National League for Nursing* en 1991, fue miembro honorífico de la *American Academy of Nursing*, en 1992. Logró el doctorado en Enfermería por la *University of Missouri* en 1998. Las ediciones de *Nursing: Concepts of Practice* se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando la TDAE (Berbiglia y Banfield, 2018).

Berbiglia y Banfield (2018) reiteraron que Orem falleció a sus 92 años, el 22 de junio de 2007, en su casa *Skidaway Island (Georgia)*, cabe resaltar que muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan ideas referentes a la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera, algunos de estos artículos están disponibles en las escuelas de enfermería en una compilación editada por Renpenning y Taylor (2003).

3.2. Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería de Dorotea E. Orem (TDAE)

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por algunos conceptos y tres teorías relacionadas entre sí: teoría de los sistemas de Enfermería, teoría del déficit autocuidado y teoría de autocuidado, posteriormente se integró la Teoría del cuidado dependiente, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Desde sus inicios la enfermería ha sido vinculado al arte de cuidar, con la necesidad de ayudar a las personas, cuando no tienen la capacidad para servir a sí misma o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

Esta teoría se centra en el autocuidado que debe aplicar cada persona con el fin de mantener su vida y su estado de salud en buenas condiciones, permite conocer las necesidades y las limitaciones de las personas que pueden ser beneficiadas mediante la enfermería; los cuidados de enfermería tienen como objetivo, ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo por sí mismas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Esta gran teoría refiere que la enfermería es una acción humanitaria, dando a conocer su modelo de autocuidado de enfermería articulada mediante las aportaciones y experiencias de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Abdella, Henderson, Johnson, King, Nigthingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, lo cual ha permitido incrementar el pensamiento científico. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2011).

Teoría de los sistemas de enfermería

Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son la enfermera, el paciente o grupo de personas y las interacciones con familiares y amigos. Para ello, la relación de enfermería debe estar claramente definido, es decir el papel general y específico de la enfermera, el paciente y las personas, especificando el alcance de la responsabilidad de enfermería. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

Dorothea E. Orem instituye tres tipos de sistema de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo (Naranjo et al., 2017).

Sistema totalmente compensador: Este sistema es útil cuando la enfermera brinda el apoyo suficiente al usuario hasta que pueda realizar el cuidado por sí mismo (Naranjo et al., 2017).

Sistema parcialmente compensador: Este sistema permite que la enfermera actúe con un papel compensatorio, pero el usuario está mucho más comprometido con su cuidado durante la toma de decisiones y acción (Naranjo et al., 2017).

Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es apto para que el paciente sea capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero necesita ayuda de enfermería, al tomar decisiones, comunicar conocimientos y habilidades con el fin de mejorar su salud (Naranjo et al., 2017).

Esta teoría describe y explica las relaciones que hay que generar para el cuidado enfermero, la manera en que los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes y como la enfermería puede ayudar a las personas; cuando existe el déficit de autocuidado, el personal de enfermería puede compensar el cuidado mediante el sistema de Enfermería valorando al grado de participación del individuo para llevar a cabo su autocuidado,

regular o rechazar el cuidado terapéutico; una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2011).

Teoría del déficit de autocuidado

Es una relación entre la demanda de autocuidado y la acción de autocuidado de la persona, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar los componentes de la demanda de autocuidado existente o previsto; indica que la persona puede requerir ayuda o intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

Dorothea E. Orem empleó la palabra agente de autocuidado resaltando a la persona que brinda los cuidados o lleva a cabo alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado (Naranjo et al., 2017).

La agencia de autocuidado se refiere a la capacidad que poseen las personas para participar en su propio cuidado y poder satisfacer sus necesidades de salud (Naranjo et al., 2017).

Proceso de autocuidado es cuidar de uno mismo, requiere razonamiento lógico sobre la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud (Naranjo et al., 2017).

Limitaciones del cuidado se refiere a cuando se presentan barreras o limitaciones para el autocuidado de la persona, es difícil emitir un juicio sobre su salud y saber en qué momento debe buscar ayuda y consejos de otros (Naranjo et al., 2017).

Aprendizaje del autocuidado se refiere a cuando se cuenta con conocimientos sobre el autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas, útiles al llevar a cabo acciones de autocuidado orientadas internas y externamente que permitan la validez de los

métodos de ayuda (Naranjo et al., 2017).

Existen dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente y son:

- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
- Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y, por tanto, regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos (Naranjo et al., 2017).

Teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto propuesto por Dorothea E. Orem como función reguladora que las personas deben realizar por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; también se describe como un sistema de acción que permite beneficiarse de la enfermería. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

La teoría establece tres requisitos de autocuidado, el cual es el componente principal del modelo, forma parte de la valoración del paciente: Requisito de autocuidado universal, Requisito de autocuidado del desarrollo y el Requisito de autocuidado de desviación de la salud; este último es la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el usuario con incapacidad o enfermedad crónica (Naranjo et al., 2017).

Existen factores condicionantes internos o externos que afectan a los individuos en su capacidad para ocuparse de su autocuidado. Dorothea E. Orem en 1993, identificó diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo, estado de salud, orientación

sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (Naranjo et al., 2017).

Conceptos Metaparadigmáticos

Dorothea E Orem describe 4 conceptos del metaparadigma de enfermería:

Persona: Orem consideró al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; como un ser único, práctico con capacidad para conocerse, usar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, reflexionar sobre su práctica y acciones que conlleven al autocuidado dependiente (Naranjo, 2019).

Salud: Es un estado que para la persona significa integridad física, estructural y funcional; también se considera la percepción del bienestar que tiene el individuo (Naranjo, 2019).

Entorno: Lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen en la decisión de la persona para su autocuidado y la manera de ejercerlo (Naranjo, 2019).

Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, es decir facilitar a las personas asistencia directa en su autocuidado según las necesidades que presente (Naranjo, 2019).

Esta teoría describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. Expresa el propósito, el método y el resultado de cuidar de uno mismo. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

En conclusión, se ha abordado una sintaxis de la vida de Dorothea Elizabeth Orem y de su teoría del déficit de autocuidado, quien centro su atención en la persona, salud-enfermedad, entorno y enfermería, considerando el autocuidado como un acto propio de individuo. Sus aportaciones de la teoría de Dorothea E. Orem hoy día y a nivel mundial pueden contribuir a

mejorar las condiciones de vida de la población, tomando en cuenta los principales problemas de salud, resaltando que esta teoría se puede aplicar desde la promoción de la salud, prevención de riesgos a la salud, durante la atención, en el individuo, familia o comunidad. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

La teoría de Orem ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención integral, con calidad y calidez cuando se trabaja con el binomio salud-enfermedad tanto en personas enfermas, como en personas que están interesados en modificar hábitos de su salud y en personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. También sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Todo ello, sería posible si la enfermera implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sin olvidar los constantes cambios económicos, políticos, sociales y culturales en que vivimos. Lo cual fundamenta la importancia del autocuidado de las personas y cabe mencionar que existe carencia de este tipo de análisis para la aplicación de la teoría en la profesión de Enfermería. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

3.3. Hipertensión Arterial Sistémica

Definición

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2 (2017) la hipertensión arterial sistémica (HAS), es una enfermedad multifactorial caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica o ambas, es uno de los factores de riesgo cardiovascular con mayor prevalencia en la población mexicana. Diversos estudios realizados en las últimas décadas demuestran que va en aumento el número de casos en personas de 20 años de edad y más.

La hipertensión, se define como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos; cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al ser bombeada por el corazón. Cuanto más esfuerzo realiza el corazón para bombear, más alta es la tensión (OMS, 2021).

Prevalencia

Uno de cada cuatro mexicanos padece hipertensión arterial, en los hombres la prevalencia es de 24.9% y en mujeres 26.1%; la prevalencia estimada en 30 % conforme al criterio de 140/90 mmHg, lo que equivale alrededor de 30 millones que corresponden al diagnóstico de hipertensión, pero con los nuevos criterios de la American Heart Association la población con hipertensión será al menos del doble, el 40% ignora que tiene esta enfermedad y cerca del 60% que conoce el diagnóstico, solamente la mitad están controlados (Piña, Araujo y Castillo, 2020).

Piña et al. (2020) refirieron que la prevalencia de la HTA varía de forma considerable entre las distintas poblaciones según factores sociales, ambientales y genéticos, pero en general su prevalencia oscila entre el 10 y el 20%. En España, la HTA ocupa el primer lugar en la lista de patologías crónicas en cuanto a motivo de consulta en atención primaria, afectando aproximadamente a un 20% de la población.

Fisiopatología

La fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA) es compleja, de acuerdo a los múltiples factores que tienen según la genética. Sin embargo, entre todos estos factores ha podido mostrarse que es el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) condiciona la acción de otros factores humorales y/o neurales, tales como producción de endotelina, la inhibición del óxido nítrico (NO) o de la prostaciclina (PGI₂), la acción de catecolaminas o de vasopresina (AVP), del factor ouabaína-sensible o FDE, del tromboxano A₂ (TxA₂) y de diversas sustancias vasopresores endógenas (Wagner, 2018).

Factores de riesgo vascular

Se entiende factor de riesgo vascular como aquella situación o circunstancia que se asocia, estadísticamente, con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. En México, aun con programas y guías de práctica clínica para la atención de la hipertensión arterial, no existe evidencia reciente que permita evaluar si los factores de riesgo biológicos y sociodemográficos afectan la prevalencia de HTA en adultos (Castillo y Villafranca, 2009; OMS, 2013).

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad (OMS, 2019).

Por otro lado, la OMS (2019) señaló que existen factores de riesgo no modificables, como

los antecedentes familiares de hipertensión, la edad (más de 65 años) y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías.

Edad y sexo: A mayor edad es mayor el riesgo en hombres que en mujeres (OMS, 2019).

Tabaquismo: El consumo de tabaco aumenta el riesgo para cardiopatía isquémica (CI) en personas jóvenes, en varones menores de 65 años aumenta el riesgo de muerte cardiovascular al doble y en mayores de 85 años el riesgo aumenta solo el 20% (OMS, 2019).

Obesidad: El aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) se asocia al incremento de riesgo de Cardiopatía isquémica, es probable que la elevación de la presión arterial se deba a esta causa (OMS, 2019).

Lípidos y lipoproteínas: El alto nivel de colesterol total y de colesterol LDL, se asocian al incremento de CI (OMS, 2019).

Diabetes, hiperinsulinemia e hiperglucemia: A nivel mundial la diabetes eleva de forma característica el riesgo relativo de muerte por CI y de muerte por ACV en unas 3 veces (OMS, 2019).

Alcohol: El elevado consumo de alcohol puede causar otros trastornos cardíacos y se asocia a un aumento del riesgo de ACV, así como cifras más altas de presión arterial y mayor riesgo de varias enfermedades y lesiones no vasculares (OMS, 2019).

Actividad física: En algunos estudios se ha demostrado que el ejercicio físico aeróbico reduce el riesgo de CI. como respuesta de los efectos que causa al reducir la presión arterial (OMS, 2019).

Enfermedad cardiovascular preexistente: Los antecedentes de enfermedad cardiovascular, a futuro existe el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares graves. Los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva representan una tasa de mortalidad de un 10 por ciento o más al

año. Los pacientes con ACV presentan un riesgo del 3% - 5% o más al año. En los pacientes con infarto de miocardio o ángor inestable previos la incidencia anual de infartos o de muerte por CI es del 4%. En la enfermedad cardiovascular preexistente: Los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva presentan de forma característica una tasa de mortalidad de un 10% o más al año (OMS, 2019).

Origen étnico: Se asociación con el riesgo de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes. La raza negra, presenta un riesgo de CI superior al de la raza blanca (OMS, 2019).

Síntomas

La mayoría de las personas con hipertensión no presentan síntomas. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, disnea, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, si no se controla, puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón con el tiempo desencadenar una insuficiencia cardiaca (OMS, 2019).

Clasificación de los valores de Presión Arterial

La NOM-030-SSA2 (2017) refirió que existen dos tipos de presión llamadas sistólica y diastólica evaluadas en (mmHg), una presión arterial óptima es cuando se encuentra menor 120/80 (mmHg), una presión arterial normal se encuentra menor de 135/85 (mmHg), normal alta 130-139/85-89 (mmHg), hipertensión arterial Grado 1 (ligera) 140-159/90-99 (mmHg), Hipertensión de Grado 2 (moderada) 160-179 100-109, Hipertensión de Grado 3 (grave) mayor de 179/109 (mmHg), Hipertensión sistólica aislada mayor de 139/90 (mmHg).

Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Para el diagnóstico de presión arterial alta, el médico deberá revisar la historia clínica, realizar un examen físico, solicitar estudios de rutina como el examen general de orina, análisis de

sangre, un análisis de colesterol y un electrocardiograma, que es un examen que mide la actividad eléctrica del corazón, también un ecocardiograma, para verificar si hay más signos de enfermedades cardíacas (Valenzuela, et al., 2016).

A nivel mundial, es un factor de riesgo para el desarrollo de dos de las principales causas de muerte en el mundo: enfermedades coronarias y evento vascular cerebral (EVC), estas últimas se presentan sobre todo en países en vías de desarrollo como en México sin embargo los factores de riesgo son más comunes en intervenciones preventivas (Valenzuela et al., 2016).

Medición de la Presión Arterial

Para una medición adecuada de la presión arterial se recomienda medirse la presión arterial y llevar un registro de 24 horas (OMS, 2019; Tagle, 2018).

Se puede realizar utilizando un esfigmomanómetro de mercurio, uno anerode o un aparato digital con apoyo de un estetoscopio; el usuario debe estar sentado tranquilamente mínimo 5 minutos; con el brazo relajado y apoyado en una mesa, para que esté a la altura del corazón y la espalda apoyada sobre el respaldo del asiento. Hay que colocar el manguito a la altura del corazón sea cual sea la posición del paciente (Landazábal, Sotomayor, Muñoz, Delgado y Cobos, 2019; OMS, 2019).

En pacientes mayores de 65 años, diabéticos o en tratamiento antihipertensivo, se deben evaluar los cambios con la postura, midiendo la PA tras dos minutos de permanecer de pie. No tomar café ni fumar en los 30 minutos previos y evitar los estimulantes adrenérgicos, (descongestionantes nasales o anticitarrales con simpaticomiméticos). Ambientes cálidos, evitando temperaturas extremas y ruidos (OMS, 2019; Tagle, 2018).

Técnica para medir la presión arterial

Colocar el brazalete y ubicar la arteria radial. El borde inferior del manguito debe estar, como mínimo, 2 cm por encima de la flexura del codo para impedir el contacto con el fonendoscopio. Un manguito demasiado corto o estrecho, origina lecturas falsamente elevadas y uno demasiado largo o ancho, valores falsamente bajos. Inflar el manguito rápidamente, a la vez controlamos el pulso radial, hasta una presión 20 mmHg por encima de la desaparición del pulso y, en todo caso, hasta 180 mmHg, para evitar errores auscultatorios. Colocar la campana del fonendo en la flexura del codo, donde se ha localizado el latido arterial y desinflar el manguito a razón de 2-3 mmHg por segundo (Gómez, Morales y Álvarez, 2016; OMS, 2019).

El primer ruido que se escucha indica la presión sistólica y la desaparición de ruido (fase V de Korotkoff) la presión diastólica (OMS, 2019; Tagle, 2018).

Complicaciones de la hipertensión no controlada

Entre otras complicaciones, la hipertensión puede producir daños cardiacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de la presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar dolor torácico y complicación como angina de pecho (OMS, 2019).

Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardiaco mueren por la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón e insuficiencia cardiaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales (OMS, 2019).

El ritmo cardiaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita. La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al

cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular, de igual manera, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal. (OMS, 2019).

Cambios en los estilos de vida

Los estilos de vida deben ser modificados para lograr disminuir riesgo cardio-cerebrovascular, lo cual requiere reducir la ingesta de sal (a menos de 5 g diarios), consumir más fruta y verdura, granos integrales, carne de ave, pescado y alimentos lácteos con bajo contenido graso, consume mucho potasio, que puede ayudar a prevenir y controlar la presión arterial alta, consumir menos grasas saturadas y grasas trans (OMS, 2018).

Es importante mantener un peso saludable, perder peso si se encuentra con sobrepeso u obesidad, una actividad física regular (aeróbica moderada 150 minutos por semana o 75 min de actividad aeróbica intensa, evitar el consumo de tabaco, reducir el consumo de alcohol, reducir el estrés (practica la relajación muscular, respiración profunda o meditación), también puede ayudar hacer actividad física de manera regular y dormir lo suficiente, controlar periódicamente la tensión arterial, tratar la hipertensión y demás trastornos que pudieran aparecer, es probable que el médico recomiende medicamentos para bajar la presión arterial (OMS, 2020).

Tratamiento de Hipertensión Arterial

Las guías de práctica clínica (GPC, 2017) recomendaron varios medicamentos entre ellos a los Diuréticos de tiazida: los diuréticos son medicamentos que actúan sobre los riñones para ayudar al cuerpo a eliminar el sodio y el agua y, de este modo, reducir el volumen de sangre, incluyen la clortalidona, la hidroclorotiazida (Microzide) y otros.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: estos medicamentos, como el lisinopril (Zestril), el benazepril (Lotensin), el captopril (Capoten) y otros, ayudan a relajar los vasos sanguíneos al bloquear la formación de una sustancia química natural que los estrecha. Las

personas con una enfermedad renal crónica pueden beneficiarse de usar como medicamento un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (GPC, 2017).

Bloqueadores del receptor de la angiotensina II: estos medicamentos ayudan a relajar los vasos sanguíneos al bloquear la acción y no la formación, de una sustancia química natural que los estrecha. Los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II comprenden el candesartán (Atacand), el losartán (Cozaar) y otros (GPC, 2017).

Bloqueadores de los canales de calcio: estos medicamentos, que incluyen el amlodipino (Norvasc), el diltiazem (Cardizem, Tiazac u otros) y otros, ayudan a que se relajen los músculos de los vasos sanguíneos. Algunos pueden disminuir la frecuencia cardíaca (GPC, 2017).

Si el usuario tiene problemas para alcanzar tus metas de presión arterial con las combinaciones de los medicamentos mencionadas, es posible que el médico indique lo siguiente:

Alfabloqueadores: estos medicamentos reducen los impulsos nerviosos hacia los vasos sanguíneos, incluyen la doxazosina (Cardura), la prazosina (Minipress) y otros (GPC, 2017).

Alfabetabloqueadores: además de reducir los impulsos nerviosos hacia los vasos sanguíneos, disminuyen el latido para reducir la cantidad de sangre que se bombea a través de los vasos sanguíneos, incluyen el carvedilol (Coreg) y el labetalol (Trandate), (GPC, 2017).

Betabloqueadores: estos medicamentos reducen la carga sobre el corazón y abren los vasos sanguíneos para que el corazón lata con menor frecuencia y sin hacer tanto esfuerzo, incluyen el acebutolol (Sectral), el atenolol (Tenormin) y otros (GPC, 2017).

Antagonistas de la aldosterona: incluye la espironolactona (Aldactone) y la eplerenona (Inspra). Estos medicamentos bloquean el efecto de un químico natural que puede ocasionar la retención de sal y líquidos, lo cual contribuye a la aparición de presión arterial alta (GPC, 2017).

Inhibidores de la renina: el medicamento aliskiren (Tekturna) disminuye la producción de

la renina, una enzima producida por los riñones y que comienza una cadena de etapas químicas que aumentan la presión arterial (GPC, 2017).

Vasodilatadores: estos medicamentos, que incluyen la hidralazina y el minoxidil, actúan directamente sobre los músculos de las paredes arteriales y evitan que se tensen tales músculos y se estrechen las arterias (GPC, 2017).

Agentes de acción central: estos medicamentos evitan que el cerebro envíe señales al sistema nervioso para aumentar la frecuencia cardíaca y estrechar los vasos sanguíneos, incluye la clonidina (Catapres, Kapvay), la guanfacina (Intuniv, Tenex) y la metildopa (GPC, 2017).

3.4. Obesidad

Definición

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3 (2017) definió a la obesidad como una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. La Federación Mundial de la Obesidad (FMO) precisa que es una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, por lo que es importante atender esta necesidad mediante la prevención y control de la misma y es considerado un problema de salud pública por su alta prevalencia que ha incrementado triplicando las cifras en personas mayores de 18 años de edad (Aguilera et al., 2019).

La obesidad es una enfermedad crónica causada por diversos factores y se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente, el problema radica en factores sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos (Duarte, 2015; Meza, 2020).

Actualmente la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y

la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2); en el caso de los adultos, la OMS define sobrepeso cuando el IMC igual o superior a 25 y obesidad cuando el IMC igual o superior a 30 (OMS, 2020).

Clasificación de niveles de riesgo según IMC:

- Sobrepeso (no obeso), si el IMC es de 25.0 a 29.9
- Obesidad clase 1 (de bajo riesgo), si el IMC es de 30 a 34.9
- Obesidad clase 2 (riesgo moderado), si el IMC es de 35 a 39.9
- Obesidad clase 3 (de alto riesgo), si el IMC es igual o mayor a 40 (OMS, 2020).

Prevalencia

En la revisión sistemática de evaluaciones económicas en salud para el tratamiento de la obesidad en adultos, 2009-2019, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017), señaló que México ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos y primer lugar en obesidad infantil, así como también, los altos costos que genera en salud por dichas enfermedades (Gómez, Mejía y Cardona, 2020; Gómez, Prieto, Mellado y Moreno, 2015).

De acuerdo a informes del 2008 una de cada diez personas presentó obesidad y según evaluaciones estimadas por la organización mundial de la salud para el 2015 se contó con 2,3 mil millones de personas con sobrepeso y 700 millones de personas obesas (Duarte, 2015).

Desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo, en 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tuvieron sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tuvieron sobrepeso y el 13% eran obesas, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos, es decir más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad (OMS, 2020).

Etiología

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial existe un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa y un descenso en la actividad física causado por el sedentarismo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2020).

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y a la falta de políticas en salud, el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, así como la educación (OMS, 2020).

Consecuencias comunes del sobrepeso y obesidad

Un Índice de masa corporal (IMC) elevado, es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como son las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (osteoartritis), cáncer de endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon, el riesgo crece con el aumento del IMC (OMS, 2020).

Diagnóstico de obesidad

De acuerdo a la GPC-IMSS-046-18 (2018) para realizar el diagnóstico recomendó utilizar el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), como una estimación práctica para clasificar a los adultos con bajo peso, sobrepeso u obesidad; se recomienda medir la circunferencia de cintura en aquellos pacientes con un IMC entre 25 y 35 kg/m².

La GPC-IMSS-046-18 (2018) resaltó que el médico debe realizar un examen físico, revisar el historial de peso, los esfuerzos para bajar de peso, hábitos de actividad física y ejercicio, patrones de alimentación y control del apetito, otras afecciones, medicamentos, niveles

de estrés, antecedentes hereditarios, entre otros.

En apego a la GPC-IMSS-046-18 (2018) en el examen físico se debe realizar medición de peso y talla (calcular el IMC. Un IMC de 30 o más se considera obesidad), signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura), auscultar el corazón, pulmones y abdomen, medir la circunferencia de la cintura. Mismo que en las mujeres no debe ser mayor al 90 cm y los hombres 102 cm, se debe realizar una vez al año, también puede solicitar un electrocardiograma y estudios de laboratorio (colesterol, pruebas de función hepática, glucosa en ayunas, perfil tiroideo y otras).

Tratamiento para obesidad

La GPC-IMSS-046-18 (2018) recomendó el orlistat (120 mg tres veces al día), como medicamento de primera elección por los beneficios reportados en cuanto a reducción de la presión arterial, niveles de glucosa y de lípidos, tomando en cuenta la alta prevalencia de efectos adversos gastrointestinales, se sugiere dar una consejería adecuada a los pacientes antes de su utilización; se sugiere utilizar liraglutide (0.6 mg cada 24 horas por 7 días por vía subcutánea en el abdomen, muslo o brazo) en pacientes adultos con obesidad y DM2, depende de la evolución se eleva la dosis hasta llegar máximo a 3 mg. Lorcaserina (10 mg 2 veces por día) en pacientes adultos con obesidad. Fentermina 3.75 mg/topiramato 23 mg por 14 días, en pacientes adultos con obesidad.

Cambios en los estilos de vida

Cambios en los estilos de vida se recomienda limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares, aumentar el consumo de frutas y verduras, así como también de legumbres, cereales integrales y frutos secos, realizar actividad física de 60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos (OMS, 2020).

La industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados, asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y suficientes para todos los consumidores (OMS, 2020).

IV. Metodología

Diseño Metodológico

Método inductivo: Para llevar a cabo la investigación se implementó este tipo de método, que se relaciona con el estudio de los hechos particulares mediante las recomendaciones del personal de salud a una persona con enfermedades no transmisibles en cuanto a tratamiento, dieta y actividad física prescritas por el médico, mismo que permitió identificar y concluir con los aportes de la intervención de enfermería para este caso.

Método científico: Por medio de este método se analizó las intervenciones personalizadas, realizadas por el profesional de enfermería durante el cuidado que demanda una persona con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I, con la finalidad de conocer cómo es que estas acciones influyen o no en su tratamiento y mejoras en la salud.

Tipo de estudio

Según Grove S., Gray J. y Burns N. (2016), Este plan de cuidados es un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal con una primera fase descriptiva y otra posterior analítica, ya que el trabajo se realizó en un periodo de tiempo determinado (26 febrero al 27 de mayo del 2021), en el cual se busca identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el usuario, su enfoque cuali-cuantitativo, debido a que se analizaron las variables relacionadas al tema “Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I en una persona residente de Morelia, Michoacán, además se cuantificó la información detectada mediante el registro de datos, con el fin de obtener una perspectiva más clara de la problemática analizada.

Se describió y ejecutó una exploración analítica de los datos obtenidos del usuario; debido a que su enfermedad mal controlada es causada por diversos factores de riesgo como la

herencia, alta ingesta de sodio, dietas malsanas, consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, malos hábitos, conocimiento carente y falta de decisión, mismos que resultan importantes de atender debido a que causan incapacidad e invalidez, de no ser así, lo llevarían a complicaciones cardíacas, renales o alguna retinopatía.

Variables de estudio

La Variable Independiente (V.I.): Intervenciones personalizadas del cuidado enfermero

La Variable Dependiente (V.D.): cambio de actitud y seguimiento en la adherencia al tratamiento con fármaco, dieta y ejercicio.

Para fines estadísticos las variables según el nivel de medición fueron:

Cualitativas: Nominales: edad, sexo, profesión, nacionalidad, lugar de residencia.

Ordinales: grado escolar, nivel socioeconómico.

Cuantitativas: Discontinuas: número de hijos.

Continuas: presión arterial, talla, peso, IMC.

Conceptualización de las variables

Edad: Tiempo en años cumplidos transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.

Sexo: es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.

Profesión: Es la actividad especializada del trabajo dentro de la sociedad, realizada generalmente por un profesional.

Nacionalidad: es la condición particular de los habitantes de una nación.

Lugar de residencia: Lugar en el cual la persona ha permanecido ahí por algún tiempo o que intenta permanecer al momento del levantamiento censal.

Grado escolar: Es el grado más elevado de estudios realizado por la persona.

Nivel socioeconómico: es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

Estado civil: es una situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Número de hijos: Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron.

Presión arterial: es la fuerza de su sangre al empujar contra las paredes de sus arterias.

Talla: Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.

Peso: es la masa de un cuerpo, propiedad característica del mismo, que está relacionada con el número y clase de las partículas que lo forman. Se mide en kilogramos, gramos, toneladas, libras, onzas, etc.

IMC: El Índice de Masa Corporal es una tasa que mide el nivel de grasa presente en el cuerpo de una persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el IMC como una medida internacional para obtener una idea del nivel de grasa que existe en el cuerpo. La forma para calcularlo es la siguiente: peso entre talla al ².

Dieta: es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Actividad física: es cualquier acción realizada en beneficio de la salud como caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deporte o participar en actividades recreativas.

Comorbilidad: se refiere a enfermedades y / o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial en una misma persona.

Tratamiento: es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.

Universo de trabajo y muestra de Investigación

Se seleccionó a una persona residente de Morelia, Michoacán.

Criterios de inclusión para la muestra

Ser hombre, tener 36 años de edad, vivir en Morelia, Michoacán, no tener apego en el seguimiento del tratamiento médico, ingesta alta de sal y grasas en la dieta, sedentarismo, alto consumo de alcohol y tabaco; que fuera diagnosticado por el médico con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I y que demande el cuidado de enfermería.

Instrumento

No se utilizó ningún instrumento solo la guía de valoración de la Macroteoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, para la colecta de datos y se registró información.

Desarrollo del proyecto

A partir de la aceptación para formar parte del grupo en esta modalidad de titulación, se realizó una priorización de enfermedades que son de mayor importancia atender a nivel mundial, para ello se designó a una persona para participar en el plan de cuidados de este estudio, posteriormente se llevó a cabo la valoración mediante recolecta de datos a partir de la guía de valoración de la Macroteoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, con la finalidad de determinar el grado de conocimientos que tiene la persona, el análisis de datos se realizó mediante una revisión documental bajo el sustento Teórico de la Macroteoría de

Dorothea E. Orem, revistas indexadas entre las cuales se encontró mayor información son Scielo, Redalyc, Enfermagem, NOM, libros impresos/digitales y guías de práctica clínica;

Enseguida se priorizaron los diagnósticos enfermero para elaborar el plan de cuidados y ejecutarlo mediante intervenciones y actividades de enfermería con el fin de evaluar todo ello, lo cual permitió lograr un cambio de actitud y toma de decisiones en beneficio de su salud, motivarle hacia un cambio de conducta para la aceptación de las enfermedades, tener seguimiento en el apego al tratamiento prescrito por el médico, realizar actividad física, llevar una dieta baja en sal y grasas, evitar el consumo de tabaco y alcohol, en el tiempo mencionado.

Para ello, se contó con recursos humanos (una enfermera y un activador físico), materiales (manual de ejercicios, hojas para registro de información, lapicero, báscula con estadímetro, cinta métrica, baumanómetro con estetoscopio, cámara fotográfica, reloj con cronómetro, laptop, manual de ejercicios) y financieros fueron propio.

Límite de espacio

El límite de espacio lo constituye las instalaciones del Centro de Bienestar en la Aldea, Michoacán donde se llevaron a cabo las actividades y el registro de información.

Límite de tiempo

Lo constituyen 3 meses a partir de la aprobación del protocolo (26 de febrero al 27 de mayo del 2021).

Diseño de análisis

El registro de datos fue realizado en una hoja de Excel, incluye horario de fármaco y dieta, mediciones de peso, talla, IMC, circunferencia abdominal y cifras de T/A, así como tiempos de la actividad física (precalentamiento, ejercicio y enfriamiento).

En apego a los cinco diagnósticos definidos y seleccionados en base a las demandas de cuidado por parte de la agencia de autocuidado en este estudio se encuentran:

- I. **Riesgo de presión arterial inestable** con una puntuación Diana donde 1 = Nunca demostrado, 2 = Raramente demostrado, 3 = A veces demostrado, 4 = Frecuentemente demostrado y 5 = Siempre demostrado.
- II. **Obesidad** con una puntuación Diana donde 1 = Desviación grave del rango normal, 2 = Desviación sustancial del rango normal, 3 = Desviación moderada del rango normal, 4 = Desviación leve del rango normal y 5 = Sin desviación del rango normal.
- III. **Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud** con una puntuación Diana donde 1 = Nunca demostrado, 2 = Raramente demostrado, 3 = A veces demostrado, 4 = Frecuentemente demostrado y 5 = Siempre demostrado.
- IV. **Gestión ineficaz de la salud** con una puntuación Diana donde 1 = Nunca demostrado, 2 = Raramente demostrado, 3 = A veces demostrado, 4 = Frecuentemente demostrado y 5 = Siempre demostrado.
- V. **Estilo de vida sedentario** con una puntuación Diana donde 1 = Gravemente comprometido, 2 = Sustancialmente comprometido, 3 = Moderadamente comprometido, 4 = Levemente comprometido y 5 = No comprometido.

Cronograma de actividades para lograr el grado de tesis

1. Convocatoria con modalidad del proceso de titulación
2. Socialización de proceso de titulación
3. Inscripción en proceso de titulación
4. Entrega de documentos, comprobante de pago de inscripción y matrícula
5. Seminario de preparación del proyecto de investigación
6. Designación y aprobación de tutor
7. Elaboración, entrega y revisión del proyecto (Predefensa)
8. Corrección y entrega del tema
9. Aprobación de los temas de proyecto por directora de tesis y revisoras
10. Subida de archivo del proyecto al siia (primera deuda concluida)
11. Pagos realizados
12. Solicitud de digitalización de tesis
13. Subida de informe final (segunda deuda concluida)
14. Defensa de tesis

Recursos: una titular del proyecto, una directora de tesis y cuatro revisoras del proyecto.

V. Implicaciones éticas:

Debido al diseño del estudio no se incurre en implicaciones éticas para su realización ni se requiere de consentimiento informado por escrito por parte del usuario, más que su aceptación para participar en el estudio. Este protocolo de investigación, se basa en lo establecido por la Ley general de Salud, capítulo 2, artículo 13 que establece el respeto a la dignidad, protección de derechos y bienestar del paciente. Respetar las bases para la investigación asentadas en el artículo 14; se respeta la privacidad del sujeto de estudio, como lo estipula el artículo 16 y según el artículo 17 fracción II puede clasificarse como investigación sin riesgo ya que es un estudio prospectivo, descriptivo y observacional.

También respeta los principios médicos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo al código de ética médica de Núremberg y a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.

La persona que participa en el estudio lo hace de forma voluntaria, los resultados que se generen serán manejados con confidencialidad, no se realizara ningún procedimiento invasivo que ponga en riesgo la integridad del mismo.

VI. Valoración

Enseguida se aborda el caso de agencia de autocuidado de usuario masculino de 36 años de edad con hipertensión arterial y obesidad grado-I, caracterizado por el apoyo de la agencia de cuidado dependiente que es su esposa. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2011).

Las demandas de apoyo terapéutico identificadas fueron no cumple con el régimen terapéutico indicado por el médico, no realiza actividad física, no lleva un control de medicación (losartan 50 mg vo cada 24 horas), no lleva acabo la dieta baja en sodio y grasas prescrita por el médico, modifica conductas que agravan la enfermedad por ingesta de alcohol y tabaco, no lleva un control de presión arterial, peso, talla e IMC. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

Se mantiene atento a su sintomatología y cuando olvida tomar el medicamento, en ocasiones presenta insomnio, equilibra el reposo, requiere apoyo del personal de enfermería mediante asesoría y capacitación sobre su padecimiento, prevención de complicaciones y cuidados, refiere impotencia por su irresponsabilidad en el mal apego al tratamiento. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Las características de déficit de autocuidado en este caso son déficit de autocuidado en la adherencia al tratamiento médico, orientación ineficaz sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones, déficit de actividad física, déficit de autocuidado en la alimentación baja en sal y grasas, control de peso ineficaz, riesgo de complicaciones cardiovasculares, relacionado con presiones arteriales altas, en ocasiones presenta insomnio. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

También se identificaron limitaciones de autocuidado respecto a conocimientos deficientes sobre su enfermedad y complicaciones, olvida tomar su medicamento y se automedica, no dedica tiempo suficiente para hacer ejercicio, no lleva a cabo la dieta baja en sal y grasas, ingiere alcohol y tabaco, además de disnea. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

Por último, Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018) destacó que los sistemas de cuidados abordados en este caso fueron parcialmente compensatorios, por ello el personal de enfermería brindará asesoría al paciente y su cuidador primario sobre el autocuidado mediante métodos de apoyo con soporte educativo a través de orientación y capacitación, respetando el derecho del paciente a recibir o no información, enseñando al paciente y a su cuidador primario sobre las posibles soluciones para mejorar su salud al evitar el tabaco y alcohol, así como las ventajas y desventajas que tiene la adherencia al tratamiento.

De igual manera, se guiará al usuario y familia para conservar un entorno favorable a la salud, motivando a retomar la actividad física, se le facilitará manual de ejercicios, se orientará sobre la toma de decisiones con el fin de llevar a cabo una dieta baja en sal y grasas, se aclararán dudas al paciente y su cuidador, se le apoyará con una báscula y baumanómetro para llevar el control de peso y presión arterial. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

Factores condicionantes

1. Edad: 36 años
2. Sexo: Masculino
3. Estado de desarrollo: adulto joven. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

4. Estado de salud: usuario que cursa con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I desde hace un año aproximadamente, con pronóstico medico reservado a evolución.
Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).
5. Orientación sociocultural: el usuario es casado, padre de dos hijos y refiere buena relación familiar, con nivel académico licenciatura, nivel económico medio, religión católica, actualmente es ingeniero y labora desde hace 12 años en una empresa particular, es originario y reside en Morelia, Michoacán, vive en casa propia de concreto con todos los servicios intradomiciliarios. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).
6. Factores del sistema de cuidados de salud: cursa con HAS y obesidad grado-I desde hace 1 año, con tratamiento médico losartan 50 mg cada 24 horas, en ocasiones olvida tomar su medicamento, no tiene rutina de ejercicios, no lleva la dieta baja en sal y grasas como se lo indicó el médico, su cuidador primario es su esposa. Orem (Como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).
7. Factores del sistema familiar: funge el rol de padre y esposo, con buena relación familiar.
Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).
8. Patrón de vida: sedentaria, no practica ningún deporte, solo hace ejercicio una vez por semana, es sociable, a veces asiste a misa. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).
9. Factores ambientales: cuenta con entorno habitacional en buenas condiciones, con todos los servicios, refiere vivir cerca de un gimnasio. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos: derechohabiente al IMSS, acude a cita cada tres meses, refiere contar con el apoyo de dos hermanos cuando requiere de acompañamiento. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

6.1. Requisitos de autocuidado universales

1. Aporte de aire suficiente: refiere mala oxigenación por la disnea que presenta en las noches. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).
2. Aporte de agua suficiente: bebe tres litros de agua diario para mantenerse hidratado. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).
3. Aporte de alimentos suficientes: por indicación médica debe llevar una dieta baja en sal y grasas a la cual no le da seguimiento, consume pocas frutas y vegetales, las harinas y derivados los mantiene fuera de su alimentación, favoreciendo la baja de peso, aunque le gusta consumir el pan y los postres. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).
4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación: refiere evacuaciones 1 a 2 en 24 horas de características normales, micciona tres veces al día, no presenta edema de miembros inferiores. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).
5. Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo: refiere poca actividad física, maneja un vehículo por periodos de más de 12 horas, por lo regular lleva una vida sedentaria. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).
6. Equilibrio entre la soledad y la interacción humana: le gusta interactuar con las personas e intercambiar información, disfruta sus momentos de ocio y en los tiempos en que se encuentra solo aprovecha para leer, escuchar música y ver televisión. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos: identifica riesgos con facilidad, se cuida de no tener caídas, a veces olvida tomar el medicamento indicado por el médico, durante su jornada de trabajo cuando viaja en ocasiones presenta dolor de cabeza derivado de su problema de salud, hace una pausa y reposa un poco en lo

que pasa la molestia, de lo contrario se automedica con paracetamol e ibuprofeno. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal: participa en juegos de recreación como domino, baraja y juegos de mesa, ayuda a sus hijos en algunas tareas escolares, su nivel de conocimientos acerca de su padecimiento y las complicaciones es carente por lo que no le da importancia al control de su medicamento ni a las recomendaciones del personal de salud, hasta el momento no presenta limitaciones físicas para realizar alguna actividad, refiere que desea ya no estar enfermo. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

6.2. Requisitos de autocuidado y desarrollo

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano, hacia los niveles mas altos de organización de las estructuras humanas y la madurez, durante las etapas siguientes de la vida.

Adulto de 36 años de edad, autonomo en la toma de decisiones, vive con su esposa y dos hijos, lo cual ha sido importante para sentirse motivado a mejorar su condición de vida desde que se le diagnóstico la enfermedad, tiene interes en adecuar tiempo para hacer ejercicio pero en realidad los horarios no se lo permiten, manifiesta que llega muy cansado de trabajar, no considera importante continuar la dieta que le sugirió el medico; considera que su mayor proposito es la educación y la disciplina para que el tratamiento sea efectivo y ayude en la prevención de complicaciones por su padecimiento. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Físicamente refiere sentirse cansado por las jornadas extensas de trabajo, en el aspecto emocional se encuentra motivado para mejorar su estado de salud específicamente en el ejercicio, en lo social su círculo de amistades es pequeño, refiere ser muy selectivo, en el factor afectivo se siente querido y aceptado en su núcleo familiar y social. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

2. Previsión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

- Tratamiento médico
- Deficiente información educativa
- Desapego al tratamiento y recomendaciones indicadas por el medico
- Problemas de adaptación social
- Problemas en la aceptación de la dieta baja en sal y grasas
- Complicaciones propias de la enfermedad
- Temor a una incapacidad
- Miedo a despido laboral
- Peligros ambientales o accidentes durante su jornada de trabajo que le provoque la muerte. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

6.3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

El usuario padece de HAS y obesidad grado-I hasta el momento no refiere incapacidad para realizar su trabajo.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso.

El usuario buscó ayuda médica posterior a presentar síntomas propios de su padecimiento de HAS y obesidad grado-I desde hace un año aproximadamente, el cual le recomendó hacer

ejercicio, modificar la dieta y tomar medicamento para la hipertensión, con el fin de prevenir complicaciones a nivel cerebral, cardiovascular, ocular, renal entre otros, niega intervenciones quirúrgicas; cuando siente malestar o no percibe efecto de la automedicación acude a su médico o bien con medico particular, niega otras enfermedades. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos.

En ocasiones olvida tomar su medicamento, cuando presenta dolor de cabeza se automedica con paracetamol o ibuprofeno vía oral, refiere estar consciente de su enfermedad y de las probables complicaciones a los que está expuesto si no mejora su condición de vida, además fuma e ingiere bebidas alcohólicas de manera ocasional. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

3. Llevar a cabo las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patologías.

En ocasiones olvida tomar el medicamento, no lleva una dieta baja en sal y grasas, realiza ejercicio solamente una vez por semana, se realiza estudios de laboratorio de control cada tres meses, antes de acudir a la cita médica y radiografía de tórax cuando se requiere. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

Se encuentra consciente del riesgo de alguna complicación propia de su enfermedad o morir, por no tener un buen seguimiento o control del medicamento, dieta y ejercicio, niega alergias a medicamentos y alimentos, así como, transfusión sanguínea. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

4. Modificar el auto concepto y auto imagen.

El usuario presenta edad aparente a la cronológica, se acepta como es físicamente y su estado de salud en el cual se encuentra, señala debe hacer el esfuerzo por mejorar su condición de vida, refiere sentir temor a la evolución e incluso a la muerte, su cuidador primario no refiere que el paciente manifieste problemas de autoimagen. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

5. Aprender a vivir con los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Le ha sido difícil adaptarse a tomar medicamento diariamente, por no tener un buen hábito al respecto, no ha sido posible aceptar y llevar a cabo la dieta baja en sal y grasas, no le dedica tiempo a la actividad física, por lo que se le propuso ir bajando las cantidades de sal y grasas poco a poco, de igual forma organizar los horarios de trabajo y recreación para implementar la actividad física a su vida diaria. Orem (como se citó en Berbiglia y Banfield, 2018).

A continuación, se muestra el cuadro deductivo de datos en base al fundamento teórico que en este caso fue sustentado con la macro teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem y en conjunción con la Clasificación de Dominios y clases de la taxonomía NANDA II.

Tabla 1.

Clasificación de datos

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía Dominio/clase
Masculino de 36 años de edad $Fr= 25x^1$ $Fc= 90x^1$ $T/A= 150/104$ mmHg	Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire Prevención de peligros para la	Dominio 4. Actividad/reposo Clase 3. Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Disnea	vida, funcionamiento y bienestar humano	
Fatiga	Sistema de cuidados parcialmente compensatorios con apoyo educativo: Orientación	Dominio 4. Actividad/reposo Clase 3. Equilibrio de la energía
En ocasiones presenta insomnio		Dominio 4. Actividad/reposo Clase 1. Sueño/reposo
Obesidad grado-I Peso= 105 kg Talla= 183 cm IMC= 31.4	Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos Requisito de desviación de la salud: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. Sistema de apoyo educativo: Orientación	Dominio 2: Nutrición Clase 1. Ingestión
No lleva a cabo la dieta baja en sodio y grasas		Dominio 1. Promoción de la Salud Clase 1. Toma de conciencia de la salud
Consumo poca fruta y verdura		
Realiza poca actividad física	Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo Requisito de desviación de la salud: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico. Sistema de apoyo educativo: Capacitación	Dominio 1. Promoción de la Salud Clase 1. Toma de conciencia de la salud Clase 2. Gestión de la salud
Sedentarismo por más de 12 horas al día		
Olvida tomar su medicamento losartan 50 mg c/24 horas	Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humanos Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	Dominio 1. Promoción de la Salud Clase 1. Toma de conciencia de la salud Clase 2. Gestión de la salud
Se automedica con paracetamol e ibuprofeno cuando presenta dolor de cabeza		

<p>Problemas en la aceptación de la dieta baja en sal y grasas</p>	<p>Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso</p>	<p>Dominio 12. Confort Clase 1. Confort físico</p>
<p>Fuma e ingiere bebidas alcohólicas</p>	<p>Requisito de desviación de la salud: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico.</p>	<p>Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2. Respuestas de Afrontamiento</p>
<p>Temor a complicaciones propias de la enfermedad (a nivel cerebral, cardiovascular, ocular, renal) Temor a una incapacidad Temor por despido laboral Temor a la muerte</p>	<p>Sistema de apoyo educativo: Capacitación</p>	
<p>Deficiente información acerca de su padecimiento y complicaciones</p>	<p>Requisito de autocuidado universal: Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal Sistema de apoyo educativo: Capacitación</p>	<p>Dominio 1. Promoción de la salud Clase 2. Gestión de la salud</p>
<p>Laboratorios de control Radiografía de tórax</p>	<p>Requisito de desviación de la salud: Llevar a cabo las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patologías Sistema de cuidados parcialmente compensatorios</p>	<p>Dominio 11. Seguridad/protección Clase 2. Lesión física</p>

Nota: Elaboración Propia

VII. Diagnósticos

Enseguida se presentan los principales diagnósticos definidos y seleccionados en base a las demandas de cuidado por parte de la agencia de autocuidado.

Tabla 2.

Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA				
Diagnóstico I: (00267) Riesgo de presión arterial inestable				
Definición: Susceptible a fuerzas fluctuantes de la sangre que fluye a través de los vasos arteriales, lo que puede comprometer la salud.				
Factores relacionados: inconsistencia del régimen de medicación.				
Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación

<p>Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p>Taxonomía II NANDA</p> <p>T/A= 150/104 mmHg FC= 90 x¹</p>	<p>Taxonomía II NANDA</p> <p>Dominio 4 Actividad/reposo</p> <p>Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ Pulmonares</p>	<p>Resultados:</p> <p>(3107) Autocontrol: hipertensión</p> <p>Indicadores:</p> <p>(310709) utiliza solo medicamentos sin receta aprobados por profesional sanitario</p> <p>(310710) participa en los ejercicios recomendados</p> <p>(310713) sigue la dieta recomendada</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="678 1027 940 1274"> <tr> <td>1</td> <td>Nunca demostrado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Raramente demostrado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>A veces demostrado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frecuentemente demostrado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Siempre demostrado</td> </tr> </table>	1	Nunca demostrado	2	Raramente demostrado	3	A veces demostrado	4	Frecuentemente demostrado	5	Siempre demostrado	<p>Intervenciones</p> <p>(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación. Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito. Instruir al paciente sobre como seguir las prescripciones según corresponda. Incluir a la familia/allegados según corresponda 	<p>Puntuación Diana</p> <p>NOC / CRE</p> <p>Mantener a 2</p> <p>Aumentar a 5</p>
1	Nunca demostrado													
2	Raramente demostrado													
3	A veces demostrado													
4	Frecuentemente demostrado													
5	Siempre demostrado													

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico II: (00232) Obesidad

Definición: Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo, que excede al sobrepeso.

Factores relacionados: Frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, periodo corto de sueño, refrigerios frecuentes, sedentarismo > 2 horas/día, tamaño de las porciones mayor que la recomendada.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
Manifestaciones/ Datos Significativos Taxonomía II NANDA IMC 31.4 Peso: 105 kg Talla: 183 cm Ayunos prolongados	Taxonomía II NANDA Dominio 2 Nutrición Clase 1. Ingestión	Resultados: (1004) Estado nutricional Indicadores: (100402) ingesta de alimentos (100405) relación peso/talla	Intervenciones (5614) Enseñanza: dieta prescrita Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. • Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales. • Indicar al paciente el nombre propio de la dieta prescrita. • Explicar el propósito del seguimiento 	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener a 2 Aumentar a 5

<p>Mucho apetito</p> <p>Consume poca fruta y verdura</p>		<p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Desviación grave del rango normal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Desviación sustancial del rango normal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Desviación moderada del rango normal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Desviación leve del rango normal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">Sin desviación del rango normal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NA</td> <td></td> </tr> </table>	1	Desviación grave del rango normal	2	Desviación sustancial del rango normal	3	Desviación moderada del rango normal	4	Desviación leve del rango normal	5	Sin desviación del rango normal	NA		<p>de la dieta para la salud general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta. • Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos. • Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita. • Incluir a la familia, si procede. <p>Intervenciones</p> <p>(5612) Enseñanza: ejercicio prescrito</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito. • Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural. • Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. • Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio. • Enseñar al paciente el uso de los analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio, si se requiere. • Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito. 	
1	Desviación grave del rango normal															
2	Desviación sustancial del rango normal															
3	Desviación moderada del rango normal															
4	Desviación leve del rango normal															
5	Sin desviación del rango normal															
NA																

			<ul style="list-style-type: none">• Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio.• Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio y la importancia de tal acción, según corresponda.• Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correctas, según corresponda.• Observar al paciente mientras realiza el ejercicio prescrito.• Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.• Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.• Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.• Incluir a la familia, si resulta apropiado.• Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con el ejercicio, según corresponda.	
--	--	--	--	--

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico III: (00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida y/o las acciones de forma que mejoren el nivel de bienestar

Factores relacionados: Bajo nivel de eficacia personal, comprensión inadecuada, percepción negativa de la estrategia de salud recomendada.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud</p> <p>Fracaso para alcanzar una sensación óptima de control</p> <p>Minimiza los cambios de su</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p align="center">Dominio 1 Promoción de la salud</p> <p align="center">Clase 2. Gestión de la salud</p>	<p>Resultados:</p> <p>(1626) Conducta de aumento de peso</p> <p>Indicadores:</p> <p>(162619) controla el nivel de apetito</p> <p>(162630) controla las necesidades de ejercicio y calóricas</p> <p>(162635) controla el peso corporal</p>	<p>Intervenciones</p> <p>(1260) Manejo del peso</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. • Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso. • Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable. • Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación. • Determinar el peso corporal ideal del individuo. 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 2</p> <p align="center">Aumentar a 5</p>

estado de salud Niega cambios en el estado de salud Tabaquismo Alcoholismo		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Puntuación Diana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Nunca demostrado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Raramente demostrado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>A veces demostrado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frecuentemente demostrado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Siempre demostrado</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación Diana		1	Nunca demostrado	2	Raramente demostrado	3	A veces demostrado	4	Frecuentemente demostrado	5	Siempre demostrado	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal. • Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, según corresponda. • Informar al individuo si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda. 	
Puntuación Diana																
1	Nunca demostrado															
2	Raramente demostrado															
3	A veces demostrado															
4	Frecuentemente demostrado															
5	Siempre demostrado															

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico IV: (00078) Gestión ineficaz de la salud

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos

Factores relacionados: Apoyo social insuficiente, conflicto de decisiones, déficit de conocimiento del régimen terapéutico, dificultad con el tratamiento prescrito.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Dificultad con el tratamiento prescrito (Olvida tomar su medicamento losartan 50 mg c/24 horas y se automedica con paracetamol e ibuprofeno cuando presenta dolor de cabeza) No emprende</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p align="center">Dominio 1 Promoción de la salud</p> <p align="center">Clase 2. Gestión de la salud</p>	<p>Resultados:</p> <p>(1623) Conducta de cumplimiento</p> <p>Indicadores:</p> <p>(160104) acepta el diagnóstico</p> <p>(160103) realiza régimen terapéutico según lo prescrito</p> <p>(160108) realiza las actividades de la vida diaria según prescripción</p>	<p>Intervenciones (2550) Mejorar el afrontamiento</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar la comprensión del paciente 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 2 Aumentar a 5</p>

<p>acciones para reducir los factores de riesgo No incluye el régimen del tratamiento en la vida diaria</p>		<p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Nunca demostrado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Raramente demostrado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">A veces demostrado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Frecuentemente demostrado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">Siempre demostrado</td> </tr> </table>	1	Nunca demostrado	2	Raramente demostrado	3	A veces demostrado	4	Frecuentemente demostrado	5	Siempre demostrado	<p>del proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente. • Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. • Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. • Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. • Estimular la implicación familiar, según corresponda. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. • Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario. • Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados. • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. 	
1	Nunca demostrado													
2	Raramente demostrado													
3	A veces demostrado													
4	Frecuentemente demostrado													
5	Siempre demostrado													

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico V: (00168) Estilo de vida sedentario

Definición: Informa acerca de hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Factores relacionados: Conocimiento insuficiente de los beneficios asociados al ejercicio físico, entrenamiento insuficiente para el ejercicio físico, motivación insuficiente para la actividad física.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>La actividad física promedio es menor a la recomendada por sexo y edad</p> <p>Mala condición física</p> <p>Sedentarismo por más de 12 horas al</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p align="center">Dominio 1 Promoción de la salud</p> <p align="center">Clase 1. Toma de conciencia de la salud</p>	<p>Resultados:</p> <p>(0208) Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <p>(020810) marcha</p> <p>(020811) correr</p> <p>(020812) saltar</p>	<p>Intervenciones</p> <p>(0200) Fomento del ejercicio</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. • Investigar experiencias deportivas anteriores. • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. • Explorar los obstáculos para el ejercicio. • Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 2</p> <p align="center">Aumentar a 5</p>

día		<p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Gravemente comprometido</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Sustancialmente comprometido</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Levemente comprometido</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">No comprometido</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NA</td> <td></td> </tr> </table>	1	Gravemente comprometido	2	Sustancialmente comprometido	3	Moderadamente comprometido	4	Levemente comprometido	5	No comprometido	NA		<p>necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. • Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda. • Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta. • Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del individuo. • Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. • Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico. • Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (p. ej., estimación del aumento de la resistencia; pesajes semanales). 	
1	Gravemente comprometido															
2	Sustancialmente comprometido															
3	Moderadamente comprometido															
4	Levemente comprometido															
5	No comprometido															
NA																

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico VI: (00032) Patrón respiratorio ineficaz

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Factores relacionados: dolor, fatiga, hiperventilación y obesidad

Características definatorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación												
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Disnea FR= 25 x¹ Fatiga</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p align="center">Dominio 4 Actividad/reposo</p> <p align="center">Clase 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p>	<p align="center">Resultados:</p> <p align="center">(0414) Estado cardiopulmonar</p> <p align="center">Indicadores: (041425) disnea de pequeños esfuerzos (041426) fatiga (041429) aumento de peso</p> <p align="center">Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="787 1230 1047 1386"> <tr><td>1</td><td>Grave</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr> <tr><td>NA</td><td></td></tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	NA		<p align="center">Intervenciones</p> <p align="center">(3140) Manejo de la vía aérea</p> <p align="center">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar fisioterapia torácica, si está indicado. • Enseñar a toser de manera efectiva. • Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda. 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 3 Aumentar a 5</p>
1	Grave															
2	Sustancial															
3	Moderado															
4	Leve															
5	Ninguno															
NA																

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico VII: (00093) Fatiga

Definición: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

Factores relacionados: Deprivación del sueño, estilo de vida no estimulante, mala condición física, malnutrición, requerimientos ocupacionales.

Condición asociada: enfermedad. Obesidad.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p>Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p>Taxonomía II NANDA</p> <p>Fatiga Cansancio Desinterés por el entorno Deterioro de la habilidad para mantener las actividades</p>	<p>Taxonomía II NANDA</p> <p>Dominio 4. Actividad/reposo</p> <p>Clase 3. Equilibrio de la energía</p>	<p>Resultados:</p> <p>(0008) Fatiga: efectos nocivos</p> <p>Indicadores:</p> <p>(000807) interferencia con el régimen de tratamiento</p> <p>(000809) alteración del estado nutricional</p> <p>(000810)</p>	<p>Intervenciones</p> <p>(0180) Manejo de la energía</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados. • Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia. • Controlar la ingesta nutricional para 	<p>Puntuación Diana</p> <p>NOC / CRE</p> <p>Mantener a 2</p> <p>Aumentar a 5</p>

<p>habituales Patrón de sueño no reparador</p>		<p>deterioro de la actividad</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="779 548 1047 708"> <tr><td>1</td><td>Grave</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr> <tr><td>NA</td><td></td></tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	NA		<p>asegurar recursos energéticos adecuados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia. • Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía. • Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades. • Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga. • Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad. • Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o medicaciones). 	
1	Grave															
2	Sustancial															
3	Moderado															
4	Leve															
5	Ninguno															
NA																

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico VIII: (00095) Insomnio

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Factores relacionados: Consumo de alcohol, higiene del sueño inadecuada, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, temor.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Alteración en la concentración Alteraciones en el patrón de dormir Dificultad para iniciar el sueño Dificultad para permanecer dormido Disminución en la calidad de vida</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p align="center">Dominio 4 Actividad/reposo</p> <p align="center">Clase 1. Sueño/reposo</p>	<p>Resultados:</p> <p align="center">(0004) Sueño</p> <p>Indicadores: (000421) dificultad para conciliar el sueño</p> <p align="center">(000406) sueño interrumpido</p> <p align="center">(000425) dolor</p>	<p align="center">Intervenciones</p> <p align="center">(1850) Mejorar el sueño</p> <p align="center">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. • Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. • Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 2</p> <p align="center">Aumentar a 5</p>

<p>Patrón de sueño no reparador</p>		<p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="783 480 1045 634"> <tr> <td>1</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sustancial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ninguno</td> </tr> <tr> <td>NA</td> <td></td> </tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	NA		<ul style="list-style-type: none"> • Animar al 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. • Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. • Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. • Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. • Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño. 	
1	Grave															
2	Sustancial															
3	Moderado															
4	Leve															
5	Ninguno															
NA																

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico IX: (00133) Dolor crónico (Cefalea)

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (*International Association for the Study of Pain*); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 3 meses.

Factores relacionados: Alteración en el patrón de dormir, aumento en el índice de masa corporal, fatiga, malnutrición y temor.

Características definitorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Cefalea Alteraciones en el patrón de dormir Conocimientos deficientes Fatiga Insomnio Obesidad</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p align="center">Dominio 12 Confort</p> <p align="center">Clase 1. Confort físico</p>	<p align="center">Resultados:</p> <p align="center">(3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor</p> <p align="center">Indicadores:</p> <p>(301605) acciones tomadas para aliviar el dolor</p> <p>(301606) información proporcionada para manejar el uso de medicación</p>	<p align="center">Intervenciones</p> <p align="center">(1415) Manejo del dolor: crónico</p> <p align="center">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como factores que o alivian y lo provocan. • Usar una herramienta valida y fiable para la valoración dl dolor crónico (p. ej., cuestionario abreviado <i>Brief Pain Inventory</i>, cuestionario abreviado del Dr. McGill, Cuestionario de Impacto de Fibromialgia). • Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 2</p> <p align="center">Aumentar a 5</p>

<p>Temor</p>		<p>(301607) consideración de las preferencias personales</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="718 662 1016 865"> <tr> <td>1</td> <td>No del todo satisfecho</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Algo satisfecho</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderadamente satisfecho</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Muy satisfecho</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Completamente satisfecho</td> </tr> </table>	1	No del todo satisfecho	2	Algo satisfecho	3	Moderadamente satisfecho	4	Muy satisfecho	5	Completamente satisfecho	<p>influencias culturales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar los factores ambientales que puedan influir en el dolor del paciente. • Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles). • Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, TENS, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia lúdica, terapia de actividades, acupresión, aplicación de calor y frío, masaje) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor. • Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento. • Incorporar a la familia como medio de alivio del dolor, cuando sea posible. • Considerar la posibilidad de derivar al paciente y a su familia a grupos de apoyo y otros recursos, según corresponda. 	
1	No del todo satisfecho													
2	Algo satisfecho													
3	Moderadamente satisfecho													
4	Muy satisfecho													
5	Completamente satisfecho													

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico X: (00148) Temor

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Factores relacionados: Respuesta aprendida a la amenaza, separación del sistema de apoyo.

Características definatorias Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p align="center">Manifestaciones/ Datos Significativos</p> <p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Aumento de la presión arterial Sensación de temor Disminución en la productividad Disnea fatiga Temor a</p>	<p align="center">Taxonomía II NANDA</p> <p>Dominio 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2. Respuestas de afrontamiento</p>	<p>Resultados:</p> <p>(1210) Nivel de miedo</p> <p>Indicadores:</p> <p>(121004) falta de autoconfianza</p> <p>(121005) inquietud</p> <p>(121008) dificultades de concentración</p> <p>(121016)</p>	<p>Intervenciones</p> <p>(4360) Modificación de la conducta</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta. • Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. • Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia. • Proporcionar una retroalimentación en términos de sentimientos cuando se observe 	<p align="center">Puntuación Diana</p> <p align="center">NOC / CRE</p> <p align="center">Mantener a 2 Aumentar a 5</p>

<p>complicaciones propias de la enfermedad</p>		<p>aumento de la presión sanguínea</p> <p>(121026) incapacidad para dormir</p> <p>(121028) fatiga</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="760 625 1024 781"> <tr><td>1</td><td>Grave</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr> <tr><td>NA</td><td></td></tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	NA		<p>que el paciente esté sin síntomas y parezca relajado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta. • Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables (p. ej., dejar de fumar: número de cigarrillos fumados). • Establecer objetivos de conducta por escrito. • Comentar el proceso de modificación de la conducta con el paciente/allegados. • Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda. • Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, según corresponda. 	
1	Grave															
2	Sustancial															
3	Moderado															
4	Leve															
5	Ninguno															
NA																

VIII. Conclusión

El proceso enfermero favorece el bienestar de la persona en quien se implementó el plan de cuidados (González y Monroy, 2016)

Naranjo et al., (2017) mencionan que es fundamental implementar un plan de cuidados para resolver problemas de salud, por tal motivo, este estudio se refiere en específico, a la hipertensión arterial sistémica y la obesidad grado-I como condición de estudio, mismo que permitió ofertar los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educativo al usuario que demanda el cuidado y a sus familiares, Herdman y Kamitsuru (2018-2020).

Con la finalidad de prevenir eventos cardiovasculares en el usuario, se fortaleció el conocimiento sobre sus enfermedades no controladas y posibles complicaciones, así como su autonomía en la toma de decisiones para aceptar y cumplir con el régimen terapéutico prescrito por el médico, como son el tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio, evitar la ingesta de alcohol y tabaco, sumarse a grupos de apoyo y no automedicarse según la OMS (2020). Lo anterior, motivó de manera importante al paciente y familiares para llevar el registro de presión arterial, peso, talla e IMC y realizar actividad física guiados con el apoyo de un activador físico, quien les facilitó una guía de ejercicios, evidenciando mejoría en la condición física y el estado de salud según Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner (2018).

Por lo tanto, permitió disminuir las cifras de T/A (siendo las últimas 136/90 mmHg en la mañana y 140/86 mmHg por la noche), de igual forma el peso corporal (de 105 kg a 94,700 kg) e IMC (de 31.4 a 28.3), es decir, de obesidad a sobrepeso, como lo establece la NOM-030-SSA2 (2017).

Cabe mencionar que redujo importantemente la compresión diafragmática, mejorando la oxigenación, la fatiga y el sueño, esto en relación a la baja de peso y al nulo consumo de tabaco y

alcohol; además, fue posible aclarar dudas y percibir que con el seguimiento de la adherencia al tratamiento se aminoró el dolor de cabeza y el estrés en el usuario, Moorhead, Johnson y Maas (2018).

Finalmente, en este plan de cuidados subyace de la importancia de la asistencia del profesional de enfermería en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, al coadyuvar en aminorar costos al sector salud, así como en la disminución de la morbilidad y mortalidad, deduciendo que se puede aplicar en todos los grupos de edad y en cualquier nivel de atención. Orem (citado por Berbiglia y Banfield, 2018).

IX. Referencias Bibliográficas

- Aguilera, C., Labbé, T., Busquets, J., Venegas, P., Neira, C., y Valenzuela, Á. (2019). Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad?. *Revista médica de Chile*, 147(4), 470-474. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n4/0717-6163-rmc-147-04-0470.pdf>
- Alfaro Lefevre, R. (2009). *Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración*, (5ª ed), Masson, Barcelona España: Elsevier.
- Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. (9ª ed), Health Sciences: Elsevier.
- Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Trejo-Valdivia, B., Shamah, T., Campos-Nonato, I., y Rivera-Dommarco, J. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, 62(6), 682-692. Doi: <https://doi.org/10.21149/11630>
- Barrera-Cruz, A., Ávila-Jiménez, L., Cano-Pérez, E., Molina-Ayala, M. A., Parrilla-Ortiz, J. I., Ramos-Hernández, R. I., ... y Gutiérrez-Aguilar, J. (2013). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Instrumentos clínicos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 344-357. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>
- Berbiglia, V. A. y Banfield, B. (2011). "Teoría del déficit de autocuidado". En Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (265-285), Barcelona España: Elsevier. Recuperado de <file:///E:/MAESTRIA%20ART/articulos%20tesis%202021/280%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermer%C3%ADa.%20M.%20Raile%20Alligood%20Ann%20Marriner%20-%202011.pdf>

Berbiglia, V. A. y Banfield, B. (2018). “Teoría del déficit de autocuidado en enfermería”. En Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (540-576).

Barcelona España: Elsevier. Recuperado de

[file:///E:/MAESTRIA%20ART/MAESTRIA/2.-%20DE%20ANTONIO%20YAM%20SOSA/Modelos%20y%20teori%CC%81as%20en%20enfermeri%CC%81a%20\(Spanish%20Edition\).pdf](file:///E:/MAESTRIA%20ART/MAESTRIA/2.-%20DE%20ANTONIO%20YAM%20SOSA/Modelos%20y%20teori%CC%81as%20en%20enfermeri%CC%81a%20(Spanish%20Edition).pdf)

Borreani, S (s.f.), Guía de ejercicios realizables con el propio peso corporal, con banda elástica y con fitball. Siente la motivación, cuida de ti y marca tu nuevo camino. *Body life balance: entrenarme* (1-87). Recuperado de

https://entrenar.me/assets/resources/Guia_completa_de_125_ejercicios_para_hacer_en_casa_27-05-16.pdfB

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Faan, P. R., Dochterman, J. M., Wagner, C. M., y Mba, R. P. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (28-336). Barcelona, España: Elsevier.

Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Flores-Coria, A., Gómez-Álvarez, E., y Barquera, S. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*, 61(6), 888-897. Doi: <https://doi.org/10.21149/10574>

Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., Medina, C., y Barquera, S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. *Salud Pública de México*, 60(3), 233-243. Doi: <https://doi.org/10.21149/8813>

Castillo Herrera, J. A., y Villafranca Hernández, O. (2009). La hipertensión arterial primaria en

edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. *Revista Cubana de*

Investigaciones Biomédicas, 28(3), 147-157. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300012

Cepeda, R. M. G. A., y España, J. T. L. (2014). *Proceso de atención de enfermería*. Guía

interactiva para la enseñanza, (2ª ed), 27-118. México: Trillas.

Contreras-Leal, É. A., y Santiago-García, J. (2011). Obesidad, síndrome metabólico y su impacto

en las enfermedades cardiovasculares. *Revista biomédica*, 22(3), 103-115. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2011/bio113e.pdf>

Córdova-Villalobos, J. Á. (2009). Sobrepeso y obesidad, problemas de salud pública en México.

Cirugía y cirujanos, 77(6), 421-422. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc096a.pdf>

De Prevención, S., de la Salud, P., de Integración, S., y del Sector Salud, D. Proyecto de Norma

Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección,

diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Recuperado de

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017

Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. Guía de evidencias y

recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. México: *Instituto*

Mexicano del Seguro Social. Recuperado de

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/238GER.pdf>

Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Evidencias y

recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2014. México: *Instituto*

Mexicano del Seguro Social. Recuperado de

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076->

[GCP_HipertArterialINA/HIPERTENSION EVR CENETEC.pdf](#)

Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018. [25 de junio del 2021]. México: *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado de <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Duarte, R. M. (2015). Obesidad y sobrepeso: una epidemia mundial. *Rev. Med. Hondur.*, 83, 5-6.

Recuperado de <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol83-1-2-2015-4.pdf>

Duque, I. D. E., Vanegas, G. S., Aldana-Parra, F., Arévalo-Rodríguez, Í., Dorado, L. F., Alba, M.

J., ... y Casasbuenas, N. G. (2017). Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Universitas Médica*, 58(2). Recuperado de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-2%20(2017-II)/231053764003/)

[2%20\(2017-II\)/231053764003/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-2%20(2017-II)/231053764003/)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - MC (2016). Listado de encuestas. Ensanut. *Salud*

Pública de México. Recuperado de

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Presentación de resultados. Ensanut. *Salud*

Pública de México. Recuperado de

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Esqueda, A. L., Calderón, A. A., Jiménez, R. A., Guzmán, M. A., y Monroy, Ó. V. (2004).

Grupos de ayuda mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial.

Archivos de cardiología de México, 74(4), 330-336. México. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402004000400012

Sánchez Gómez J. M., Betancur Mejía M. I. y Cardona-Arias J. A. (2020) Revisión sistemática

- de evaluaciones económicas en salud para el tratamiento de la obesidad en adultos, 2009-2019. *Rev. Panam. Salud Publica.* 44-158. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.158>
- Gómez-Barroso, D., Prieto-Flores, M. E., Mellado San Gabino, A., y Moreno Jiménez, A. (2015). Análisis espacial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la ciudad de Madrid, España. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1), 27-37. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100004>
- Gómez-León Mandujano, A., Morales López, S., y Álvarez Díaz, C. D. J. (2016). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(3), 49-55. México. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000300049
- González-Castillo, M. G., y Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (Eds.), (2019). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2018-2020*. 84-470. España: Elsevier.
- Hernández, L. P., López, M. E. P., Álvarez, L. R., y Brito, J. C. (2015). Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina*, 54(1), 14-26. Recuperado de <http://biologiacelular.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/03/causas-de-muerte-en-ptes-HTA-31134.pdf>
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., y Larreynaga, M. R. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*. Universidad de Ciencias Médicas. 19(3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., Zubero-Linaza, J., y Zupiria-

- Gorostidi, X. (2012). Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [25 jun. 2021], 20(5), 903-908. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_12.pdf
- La Obesidad, S. Y., y General, C. D. S. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. *Secretaría de Salud*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018
- Landazábal, O. S., Sotomayor, C. V., Muñoz, A. P., Delgado, A. R., y Cobos, R. R. (2019). Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 21(2), 16-23. Recuperado de <file:///C:/Users/Operador/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeHipertensionArterialYDeSusFactoresDeR-7253521.pdf>
- Meza Ojeda, P. F. (2020). Factores de riesgo modificables y no modificables asociados a obesidad. Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta del Agustino 2017-2018. *Repositorio Académico USMP*. 2-24. Recuperado de <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6392>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., y Maas, M. L. (Eds.), (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. (6ª ed), 54-58. Barcelona, España: Elsevier.
- Naranjo-Hernández, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814
- Orem, D. E., y Taylor, S. G. (2011). Reflexiones sobre la ciencia de la práctica de enfermería: la

naturaleza, la estructura y la base de las ciencias de enfermería. *Ciencias de enfermería trimestralmente*, 24(1), 35-41.

Organización Mundial de la Salud (13 de abril de 2021). Temas de Salud. Enfermedades no transmisibles. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud (31 de agosto de 2018). Temas de salud: dieta sana. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud (13 de septiembre de 2019). Temas de salud: hipertensión. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Organización Mundial de la Salud (26 de noviembre de 2020). Temas de salud: actividad física. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud (11 de junio de 2021). Temas de salud: enfermedades cardiovasculares (ECV). OMS. Recuperado de [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud (2021). Temas de salud: hipertensión. OMS. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud (2021). Temas de salud: obesidad. OMS. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). Temas de salud. obesidad y sobrepeso. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Un informe global sobre la hipertensión: asesino

- silencioso, crisis de salud pública mundial: Día Mundial de la Salud (No. WHO/DCO/WHD/2013.2). OMS. Recuperado de https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
- Organización Mundial de la Salud. (9 de diciembre, 2020). Temas de salud. las 10 principales causas de defunción. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Paciente con obesidad. Intervención dietética: México: *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2013. [25 de junio del 2021]. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/684GER.pdf>
- Piña Pozas M., Araujo Pulido G., y Castillo. (2020) Hipertensión arterial un problema de salud pública en México. Hipertensión y COVID-19. *INSP*. Cuernavaca, Morelos. México. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html>
- Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*. Universidad Manuela Beltrán. Colombia (17), 18-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., ... y Zanchetti, A. (2010). Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), 117-144. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext
- Secretaría de Salud de Michoacán (12 de noviembre de 2020). Acciones para abatir índices de obesidad y sobrepeso. Coordinación General de Comunicación Social. Recuperado de <https://salud.michoacan.gob.mx/noticias/realiza-ssm-acciones-para-abatir-indices-de->

[obesidad-y-sobrepeso-2/](#)

Secretaría de Salud de Michoacán (17 de Mayo del 2021). Hipertensión arterial. Conmemoración “Día Mundial de la Hipertensión”, con acciones de concientización. Coordinación General de Comunicación Social. Recuperado de

<https://salud.michoacan.gob.mx/noticias/conmemoran-dia-mundial-de-la-hipertension-con-acciones-de-concientizacion/>

Shamah-Levy T. (2020) Sobrepeso y obesidad en México. *INSP*. Cuernavaca, Morelos. México.

Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/4737-sobrepeso-obesidad-mexico.html#:~:text=El%20sobrepeso%20y%20obesidad%20en%20M%C3%A9xico%20s on%20un,entrevista%20en%20el%20programa%20Simbiosis%20de%20TV%20UNAM.>

Tagle, R. (2018) Diagnóstico de hipertensión arterial. *Rev. Med. Clin. Condes*; Pontificia

Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 29(1) 12-20. Recuperado de <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/138%20HAS%202018.pdf>

Valenzuela-Flores, A. A., Solórzano-Santos, F., Valenzuela-Flores, A. G., Durán-Arenas, L. G., de León-Rosales, S. P., Oropeza-Martínez, M. P., ... y Oest-Dávila, C. W. (2016).

Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 249-260.

Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im162q.pdf>

Wagner Grau, P. (2018). Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Revista*

Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(2), 175-184. Doi:

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2075>

X. Anexos

10.1. Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado

10.1.1. Guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E. Orem.

Factores condicionantes básicos

Descriptivos de la persona

Fecha: 26 de febrero Nombre: M.A.G.G. Sexo: Masc (X) Fem () Edad: 36a.

Religión: Católica Edo civil: Casado Escolaridad: Lic. Ingeniería Industrial

Lugar de residencia: Morelia, Michoacán.

Domicilio actual (calle número, colonia): Arnulfo Jacobo # 66, La Aldea

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: X Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: X Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable: X Luz eléctrica: X Drenaje: X

Pavimentación: X

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: X Recolección de basura: X

Drenaje y alcantarillado: X

Rol que ocupa en la familia:

Padre (X) Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 (X) más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buena: (X) Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: (X)

Otros: _____

Ocupación: Ingeniero Industrial Horario: 06:00 am – 20:00 pm L-S

Antecedentes laborales: PEMEX, Ecogas, Globalgas, empresa particular

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. (X)

Dependencia económica: Si () No (X)

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales (X) Culturales (X) Deportivas () Religiosas ()

Otras: _____ Escuchar música _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Organizar los tiempos normalmente nada, refiere casi nunca tiene tiempo

Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (X) Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS (X) ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR ()

Diagnostico medico: Hipertensión arterial sistémica y obesidad grado-I

Estado de salud: Grave: () Delicado (X) Estable: ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace 40 min De su casa al médico.

Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si () No (X)

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

Carece de conocimientos, no cumple con el régimen terapéutico prescrito por el médico, no lleva un control de fármaco, dieta y ejercicio, consume alcohol y tabaco, en ocasiones se automedica, no lleva un control de presión arterial, peso, talla e IMC

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

Medico familiar en IMSS

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 25x¹ llenado capilar: 2”

Cianosis: Si () No (X) Especifique: disnea

Tabaquismo: Si (X) No: () Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No (X) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: (X) Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: refiere fatiga y dificultad para respirar por las noches

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: no

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: no

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular:()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (X) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 150/104 mmHg FC: 90x¹ Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: Peso= 105 kg, IMC 31.4 (obesidad)

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: (X) No: ()

Apoyo ventilatorio: no

Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: (X)

Piel: hidratada Seca: () Escamosa: () Normal: (X)

Turgencia: Normal: (X) Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml (X)

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: (X) Garrafón: (X)

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No (X) Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (X) No () Especifique Cantidad: refresco o cerveza

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique no

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 105 kg Talla: 1.83m IMC: 31.4 Cintura: 112 cm

Ha observado variaciones del peso:

Si (X) No ()

Perdida: () Ganancia: (X)

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg (X) > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: (X) Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X)

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral () Leucoplaquia ()

Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: ninguno

Alteraciones en cara y cuello: no

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: (X)

Distensión abdominal: () Otros: no

Presenta algún problema en la alimentación:

Si (X) No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia (X) Bulimia () Anorexia ()

Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche		X		
Deriv. De leche		X		

Carnes	X			
Cereales			X	
Verduras		X		
Frutas		X		
Huevos	X			
Pescado		X		
Pastas y harinas	X			

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (X) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (X) Diabética () Hiposódica () Hipoproteica () Hiperproteica ()

Otros: no sigue dieta baja en sal y grasas recomendada por el medico

a) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: ninguno

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: no

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: no

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: normal

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa (X) Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria () Alteraciones uretero-vesicales: no

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: no

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: amarillo claro

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente (X) Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.7°C Dolor: (X) Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: 28° Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional ()

Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas. N/A

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr (X) 6-8 Hr () 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado (X) Descansado () Fatigado (X) Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si (X) No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes (X)

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: (X) Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: dificultad para respirar, cefalea

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (X)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()

Especifique: ninguna

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: casi no hace ejercicio

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (X) Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (X)

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No (X) Especifique:

Utiliza lentes: no

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (X) Amigos () Compañeros de Trabajo (X)

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (X) Amigos (X) Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía (X) Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación (X) Otros: falta de tiempo

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: 15

Problemas con:

Concentración (X) Razonamiento () Especificar: olvida tomar su medicamento

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: no

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si (X) No () Especifique: padre hipertenso y tía materna diabética

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (X) Especifique: _____

d) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No (X) Especifique: solo tiempo y orientación

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique: logra las metas que se propone

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No (X)

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor (X)

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (X) Inadaptación (X) Irritabilidad () Culpa () Agresión () Cólera ()

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si (X) No () Especifique: sobrepeso, tabaco y alcohol

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No (X) Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? heterosexual

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? 2 veces por semana

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (X) No () Porque: se siente pleno en ese aspecto

Número de parejas sexuales: 2

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No (X) Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si (X) No () Especifique/tiempo: preservativo

Número de hijos: 2

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (X) Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No (X) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No (X) Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No (X) Especifique: aun no cumple la edad

¿Presenta problemas de erección?

Si () No (X) Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No (X) Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Partos prematuros: ____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses (X) 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: por lo regular cada 3 meses

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

refiere que es una enfermedad que heredo y que se puede morir muy joven si no sigue las indicaciones del medico

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No (X)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación?

refiere solicita ayuda o acude al IMSS con el medico

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (X) No () Especifique: solo los domingos porque no tiene tiempo entre semana, pero siente que no es suficiente

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: __los tiempos_____