



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS**



Ley Creación N° 27347 Resolución de Funcionamiento N° 114-2001-CONAFU

**CARRERA PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA**

INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A
PACIENTE ADULTO MAYOR CON
PROBLEMAS DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL, EN LA COMUNIDAD.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BACHILLER KEILI TEJADA LÓPEZ

JURADOS:

PRESIDENTE: Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán *[Signature]*

SECRETARIA: Mg. Zoila Roxana Pineda Castillo *[Signature]*

VOCAL: Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutiérrez *[Signature]*

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2009



UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS"
Ley Creación N° 27347 Resolución de Funcionamiento N° 114-2001-CONAFU



CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXÁMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**Cuidados de Enfermería a Paciente Adulto Mayor
con Problemas de Hipertensión Arterial, en la
Comunidad.**

PARA OPTAR EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

BACHILLER KEILI TEJADA LÓPEZ.

JURADO:

PRESIDENTE: Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán.

SECRETARIA: Mg. Zoila Roxana Pineda Castillo.

VOCAL: Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutiérrez.

CHACHAPOYAS – AMAZONAS – PERÚ

2009

DEDICATORIA.

A mi hija: Emily Nile, quien es mi razón
de vivir y la fuerza que me empuja a seguir;
a mi madre y a toda mi familia
por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS.

A la familia M. S., en especial a la señora M. A. S. S. por haberme abierto las puertas de su hogar y de su alma.

A las docentes de la Carrera Profesional de Enfermería, quienes me brindaron asesoría para realizar este trabajo.

A todos, muchas gracias.

UNIVERSIDAD NACIONAL

“TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS”.

Presidente.

Dr. Manuel Alejandro Borja Alcalde.

Vicepresidente Académico.

Dr. Víctor Hugo Chanduví Cornejo.

Vicepresidente Administrativo.

Ing. Federico Raúl Sánchez Merino.

Responsable de la Carrera Profesional de Enfermería.

Lic. Gladys Bernardita León Montoya.

PRESENTACIÓN.

En este trabajo se realiza el estudio y análisis de un caso clínico. La paciente es adulta mayor (79 años) con problemas de hipertensión arterial, viuda desde hace 8 años, vive con su hija (43 años), familia de escasos recursos económicos y sin ningún nivel de educación.

En este trabajo se presenta el concepto de hipertensión arterial, los factores de riesgo, signos y síntomas, fisiopatología, tratamiento, cambios en el estilo de vida de un paciente hipertenso y lo más importante cuidados de ENFERMERÍA a un adulto mayor hipertenso.

Se utiliza el método científico, realizando un Proceso de Atención de Enfermería en un Adulto Mayor con Problemas de Hipertensión Arterial

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	01-04
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	
1. PRESIÓN ARTERIAL.....	06
2. COMO MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL.....	07
3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	08
4. ETIOPATOGENIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	09
4.1. Teoría genética.....	09-10
4.2. Teoría neurógena.....	11
4.3. Teoría humoral.....	12-13
4.4. Teoría de autorregulación.....	14-15
5. CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	16-17
5.1. Según la magnitud de las cifras tensionales.....	16
5.2. Según el tipo de hipertensión.....	16
5.3. Según su evolución.....	17
5.4. Según su etiología.....	17
6. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	18
7. FISIOPATOLOGÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	19
8. PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN.....	20-21

9. TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	22-30
9.1. Tratamiento no farmacológico.....	22-27
9.1.1. Pérdida de peso.....	23-24
9.1.2. Disminuir el consumo de alcohol o dejar de beber.....	25
9.1.3. Actividad física regular.....	26
9.1.4. Disminuir la ingesta excesiva de sal.....	27
9.1.5. Abandono del hábito de fumar.....	27
9.2. Tratamiento farmacológico.....	28-30
10. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	31
III. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTE ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL.....	32-45
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	50-91
Anexo N° 01: Plan de vista domiciliaria N° 01.....	51-52
Anexo N° 02: Informe de visita domiciliaria N° 01.....	53-54
Anexo N° 03: Plan de sesión educativa n° 01.....	55-59
Anexo N° 04: Informe de Sesión educativa N° 01.....	60-61
Anexo N° 05: Plan de visita domiciliaria N° 02.....	62-63
Anexo N° 06; Informe de visita domiciliaria N° 02.....	64-65
Anexo N° 07: Diapositivas de sustentación.....	66-76
Anexo N° 08: Rotafolio.....	77-91

INTRODUCCIÓN.

La hipertensión arterial sistémica, se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, accidente cerebro vascular y enfermedad renal crónica. La hipertensión arterial (HTA) afecta a un elevado número de personas de la población mundial y sin duda alguna, es la alteración cardiovascular más frecuentemente tratada dentro de la medicina.

Además, proyecciones mundiales muestran un incremento sostenido de los pacientes en diálisis crónica, y una tendencia epidémica de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial, dos enfermedades que son las principales causas de enfermedad renal crónica en muchos países. Así se considera que la enfermedad vascular renal, incluyendo la nefroangioesclerosis y/o la neuropatía isquémica aparece como una causa importante de enfermedad renal crónica.

La definición de la hipertensión ha sido, y continua siendo, un problema insoluble. A lo largo del tiempo se han elegido arbitrariamente diversos factores para separar la hipertensión como enfermedad, de la normotensión. Pero en términos prácticos, la hipertensión arterial significa salud alterada y es necesario el tratamiento; por el contrario normotensión implica buena salud y no se requiere tratamiento. Recientemente, el Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Pressure en su VII Informe, tomando en consideración que el riesgo de complicaciones cardiovasculares aumenta continuamente a medida que se elevan los niveles de la presión arterial sistólica (PAS) y de la presión arterial diastólica (PAD), señala que los individuos con presión arterial sistólica de 120-139 mm de Hg o presión arterial diastólica de 80-89 mm de Hg deberían ser considerados como prehipertensos y requieren promoción de la salud respecto a modificaciones de estilos de vida para prevenir la enfermedad cardiovascular (ECV).

Por lo tanto y según el VII Informe del JNC la P.A. normal debe ser menor de 120 mm de Hg para la sistólica y de 80 mm de Hg para la diastólica en personas de 18 y más años.

Se considera que en los Estados Unidos de Norteamérica, 43 millones de personas sufren de hipertensión arterial y que en el tratamiento de estas personas se gastan al año 21.8 billones de dólares más 8.2 billones de dólares de costos adicionales debido a la pérdida de productividad como consecuencia de la morbilidad y mortalidad. Se estima así mismo que la hipertensión arterial sistólica afecta a mil millones de personas en todo el mundo.

Recientes datos del Framingham Herat Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de posibilidad de riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial. La relación de presión arterial y riesgo de eventos de enfermedad cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanta más alta es la P.A, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebro vasculares (ACV) y enfermedad renal. Para individuos entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mm de Hg en presión arterial sistólica y 10 mm de Hg en presión arterial diastólica dobla el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en todo el rango desde 115/75 hasta 180/115 mm de Hg.

La incidencia de la hipertensión arterial sistólica está asociada a la herencia, la raza, la ingesta excesiva de sal, el estrés y la obesidad. Por otra parte considerables avances han sido realizados para conocer mejor la patogenia de la hipertensión arterial, particularmente en el campo de las investigaciones para explicar las causas genéticas del aumento de la presión arterial, el papel de las endotelinas y del oxido nítrico, la importancia del aparato yuxtglomerular en la génesis de la hipertensión arterial, y de los cationes intracelulares.

Además en el tratamiento de la presión arterial se ha establecido un desarrollo cualitativo y cuantitativo con la aparición de nuevas drogas antihipertensivas que no solo controlan las cifras de P.A. sino que también retardan la progresión por ejemplo de la enfermedad renal y han reducido las muertes por accidente cerebro vascular (ACV) en un 59 %, y las muertes por enfermedad coronaria en un 53 %. En los ensayos clínicos, la terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones en incidencias de ACV de un 35-40%, de infarto de miocardio de un 20-25%, y de insuficiencia cardiaca en más de un 50%.

Se estima que en pacientes con HTA en estadio 1 (PAS 140-159 mm de Hg y/o PAD 90-99 mm de Hg) y factores de riesgo adicionales, manteniendo una reducción sostenida de 12 mm de Hg, en 10 años se evitará una muerte por cada once pacientes tratados. En presencia de ECV o daño en órgano diana, solo 9 pacientes requieren ser tratados para evitar una muerte.

El tratamiento activo de la hipertensión arterial sistólica aislada (HASA) del anciano redujo la mortalidad total en un 13%, la mortalidad cardiovascular en un 18%, la tasa total de complicaciones cardiovasculares en un 26%, el ictus en un 30% y los episodios coronarios el 23%. Estos datos indican que la presión arterial sistólica es un independiente y fuerte predictor de riesgo de ECV y de enfermedad renal crónica (ERC). La mejor prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial, reside en un tratamiento precoz de la hipertensión arterial sistólica, es necesario además el despistaje temprano de los hipertensos y la educación a la población en general sobre este problema de salud pública. El despistaje y el tratamiento de la hipertensión arterial se corresponden con las acciones de una prevención secundaria (despistaje y tratamiento precoz de las enfermedades).

La prevención primaria de la hipertensión arterial depende del conocimiento de sus causas y mecanismos lo cual se encuentra ahora bien avanzado pero todavía existe un largo camino por recorrer, sin embargo se debe poner atención a el exceso de sodio en la alimentación y a la obesidad. Se debe recordar que, el incremento de la presión arterial es un evento necesariamente ligado con la edad y, como se puede determinar la población más susceptible de padecer de hipertensión arterial, es obligatorio instaurar en forma precoz, las medidas no farmacológicas tendientes a prevenir la aparición de la hipertensión arterial. Estas medidas son básicamente modificaciones del estilo de vida, que incluyen una dieta rica en frutas, vegetales y baja en grasas saturadas y sodio, el control de peso y la actividad física aeróbica regular, limitar el consumo de alcohol y una ingesta adecuada de potasio. Se ha demostrado que estas dietas no sólo disminuyen la P.A. en los sujetos normales sino también en los hipertensos y queda por resolver, si las medidas no farmacológicas pueden modificar la aparición de complicaciones cardiovasculares y la muerte en los pacientes hipertensos.

En definitiva dos observaciones, la primera se refiere a que la hipertensión arterial es el más importante riesgo modificable para enfermedad coronaria, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal crónica y enfermedad vascular periférica. La segunda observación se refiere a la prehipertensión (PAS de 120/139 mm de Hg y/o PAD de 80/89 mm de Hg), es ahora conocida que la prehipertensión se asocia a infarto al miocardio y enfermedad arterial coronaria por tanto se debe establecer un tratamiento referido fundamentalmente a los cambios en los hábitos de vida y se discute un tratamiento farmacológico.

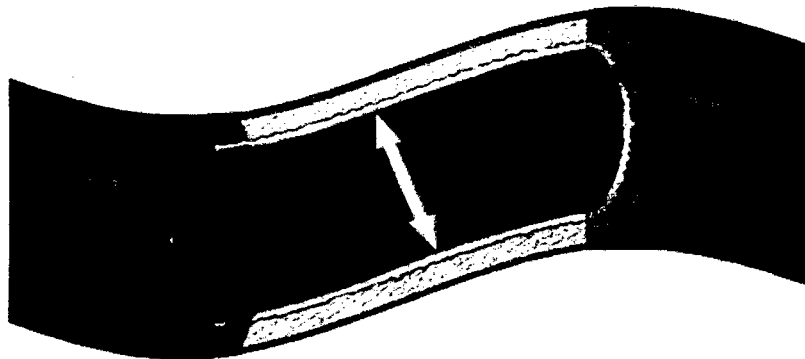
La clasificación de prehipertensión, reconoce esta relación y señala la necesidad de incrementar la educación para la salud por parte de los profesionales de salud, especialmente del personal de Enfermería que realiza la labor de promoción y prevención en salud.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. PRESIÓN ARTERIAL (PA).

La sangre que circula por los vasos sanguíneos, necesita sobretodo en las arterias, una determinada presión para poder alcanzar todos los órganos y suministrarles nutrientes y oxígeno. Esta presión arterial, depende por un lado de la fuerza con la que la sangre es impulsada desde el corazón en cada latido, y por otro de la resistencia que los conductos arteriales ofrecen a su paso.

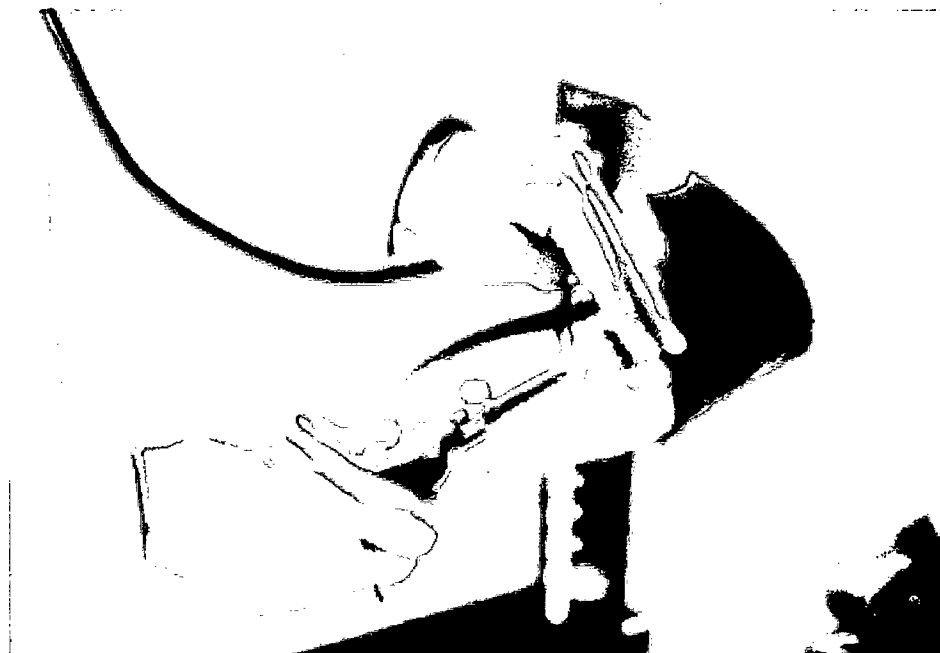
La presión arterial mide la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. La presión arterial en los seres humanos, tiene dos valores; uno de ellos llamado valor sistólico ó presión máxima, y que en régimen de normalidad varia entre 100 y 130 mmHg, y otro llamado valor diastólico ó presión mínima, y que normalmente varia entre 60 y 90 mmHg.



2. COMO MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL.

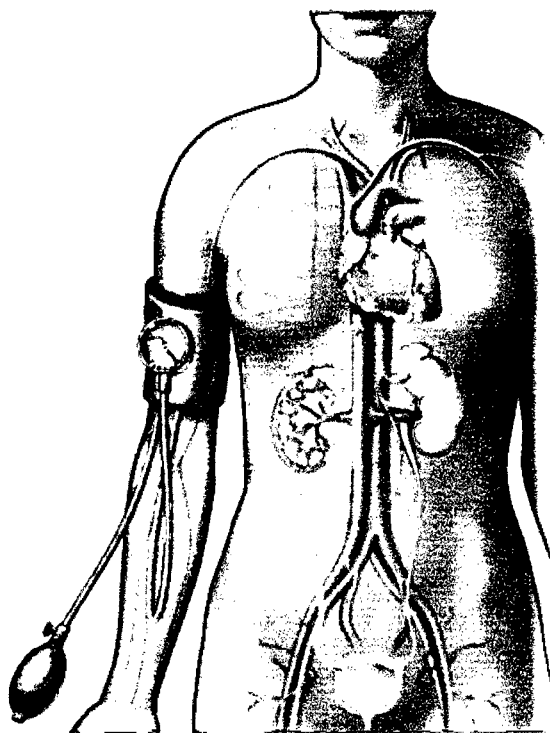
Dado que el diagnóstico de hipertensión se basa en la desviación por exceso de las cifras tensionales, el acto de medir la presión arterial debe ser en extremo riguroso. Así, el equipo de medición (son preferibles los aparatos de mercurio) debe estar perfectamente calibrado y el examinador debe estar familiarizado con la técnica de medida.

El paciente debe estar relajado, sentado, y con el brazo a la altura del corazón y apoyado sobre una mesa, situándose el examinador enfrente. No debe haber fumado ni ingerido café, té ni alcohol ni otros estimulantes al menos 1 hora antes. El brazo no debe estar oprimido por la ropa. El manguito braquial debe ser lo suficientemente largo como para rodear ampliamente el brazo. La medición debe hacerse por lo menos dos veces en cada brazo, tras un intervalo de 5 minutos ente toma y toma, tomándose como valor definitivo la media de todos los valores. A veces se pueden observar pequeñas diferencias (no mas de 5 mm Hg) de un brazo a otro que carecen de importancia.



3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA).

Una persona padece de hipertensión arterial, cuando sus cifras tensionales, tomadas en reposo exceden de 130/90 mm Hg, y además persisten a lo largo del tiempo. Hoy en día, las cifras de normalidad tensional se consideran en torno a 130/85 mm Hg, mientras que 120/80 mmHg serían las cifras "ideales". La importancia clínica de la hipertensión, radica no tanto en el valor absoluto de sus cifras, sino en la lesión que produce en determinados órganos (órganos diana) de los que el corazón y las arterias, el cerebro, el riñón y la retina, son los más afectados, y por tanto consecuencia de las complicaciones habituales de la hipertensión arterial.



4. ETIOPATOGENIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La Etiopatogenia no se conoce aún pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la HTA primaria.

A continuación se relacionan diferentes teorías que abordan tan compleja enfermedad:

4.1. Teoría genética.

El principio básico de esta teoría es una alteración en el ácido desoxirribonucleico (ADN), lo cual implica que constituyentes macromoleculares como transportadores, componentes de la membrana celular, proteínas y otros, difieran de lo normal para alterar su función. A estos ADN se les denomina genes hipertensivos.

En la regulación de la presión arterial se involucran gran cantidad de macromoléculas y aparecen como candidatos a genes hipertensivos en primer lugar, los que intervienen a nivel sistémico (gen de renina, genes que codifican la kinina, la kalicreína y las prostaglandinas renales, gen de la hormona natriurética y genes de los mineralocorticoides entre otros), y en segundo lugar, aquéllos que regulan a nivel celular (genes que codifican factores que regulan la homeostasis del calcio y el sodio, por ejemplo: fosfolipasa C, bomba de sodio-potasio, proteína C y el fosfoinositol, principalmente.¹

Los estudios poblacionales demostraron que en familias con HTA primaria la incidencia de la enfermedad es de un 30 a un 60 % mayor en comparación con la descendencia de normotensos; o sea que la predisposición genética está más o menos latente y los factores ambientales pueden precipitar el aumento inicial de la presión arterial. Dentro de las causas que estimulan la replicación del gen hipertensivo se señalan la ingesta de sal elevada y el estrés mental.

Evidencias de Participación del Sodio en HTA Primaria.

1. En la población donde los hábitos dietéticos promueven un incremento en la ingesta de sal prevalece HTA.
2. Grupos poblacionales con ingesta baja de sodio tienen pocos casos de HTA primaria.
3. Animales genéticamente predispuestos desarrollan HTA si se les suministran grandes cantidades de sodio en la dieta. En las cepas Wistar-Kyoto aumenta la presión arterial ante sobrecarga de sal, pero revierte normotensión al cesar ésta.
4. Los sujetos que reciben elevado sodio en cortos períodos desarrollan aumento de la resistencia periférica total.
5. La restricción de sodio en la dieta disminuye la presión arterial.
6. La acción antihipertensiva de muchos diuréticos requiere natriuresis.

El problema radica en la identificación precoz de los humanos sensibles a la sal; es la raza negra la más susceptible; sin embargo, la gran mezcla genética de individuos induce a pensar que los elementos genéticos de la sensibilidad a la sal renal primarios pueden mezclarse con otros que predominan durante las etapas iniciales de HTA.

Se concluye entonces que el sodio es un elemento facilitador importante en la HTA primaria, más que un factor iniciador.

4.2. Teoría neurógena.

El estado hipercinético encontrado en hipertensos de corto período de evolución y en animales considerados hiperreactores apoya esta teoría, fundamentada en la existencia de una alteración de las funciones normales de los centros del control nervioso de la presión arterial (PA). Uno de éstos es la zona perifornical del hipotálamo, cuya destrucción induce la pérdida completa de las respuestas cardiovasculares ante la emoción, ejemplo: aumento de la PA, y no frente a los estímulos somáticos. Cualquier modificación anatómica o funcional en dicho grupo neuronal podría generar HTA.

Evidencias de Activación del Sistema Nervioso Central en HTA Primaria.

1. En animales puede inducirse HTA aguda por aumento de catecolaminas en respuesta a discretas lesiones cerebrales.
2. En ratas de Milán el estímulo inicial involucra el estrés.
3. Niveles altos de catecolaminas en sangre correlacionan con la HTA.
4. La HTA ocurre a menudo en sujetos expuestos a estrés psíquico.
5. Drogas que inhiben la actividad del sistema nervioso adrenérgico disminuyen la PA.

Los detractores de la teoría plantean dos cuestiones fundamentales: primero, todos los individuos sometidos a estrés psíquico no desarrollan HTA y segundo, la cepa de ratas de Milán puede presentar modificaciones en cualquiera de los genes hipertensivos y ante un estrés psíquico dispararse la replicación. En las sociedades modernas el individuo está sobrestimulado y además, existen patrones de conducta familiar que influyen en la respuesta cardiovascular que desarrollan estos sujetos hiperreactores ante estímulos externos.

4.3. Teoría humoral.

Los postulados de esta teoría están en relación con alteraciones primarias en sistemas hormonales y sustancias humorales.

4.3.1. Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.

La angiotensina II que circula en plasma además de su efecto vasoconstrictor interviene en la regulación de los líquidos corporales al provocar liberación de aldosterona, lo que le atribuye un papel mucho más importante en la génesis de HTA. El tratamiento actual con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II disminuye las cifras de PA y previene y favorece la regresión de los cambios morfológicos cardiovasculares.

Sin embargo, la renina liberada puede ser expresión de una acentuada actividad neurohormonal central y no una alteración primaria renal. Además, sólo en un 10 % de hipertensos² los niveles plasmáticos están elevados.

En la actualidad se invoca que los sistemas locales de renina-angiotensina juegan un papel crucial en el mantenimiento de la HTA y no en su origen.

4.3.2. Sistema Kinina-Kallicreína-Prosta-Glandina Renal.

La kinina y la kallicreína renales se liberan ante sobrecargas de volumen inducido por la sal y el aumento de mineralocorticoides. Su acción es reducir la reabsorción de sodio en la rama ascendente del asa de Henle y promover la liberación de prostaglandinas renales, potentes vasodilatadores de las arteriolas eferentes renales, lo cual aumenta el flujo sanguíneo renal y coadyuva a la excreción de sodio.

En la HTA primaria se ha observado reducción en la excreción urinaria de kallicreína.

4.3.3. Mineralocorticoides Adrenales.

En un grupo de hipertensos los niveles de aldosterona se encuentran elevados, así como en las 2/3 partes de los pacientes el ritmo de secreción del 18 hidrox-11-desoxicorticosterona, de acción 100 veces menor que la aldosterona, también se incrementa. Sin embargo, no se detectan alteraciones anatómicas en las glándulas suprarrenales, lo que sugiere un defecto primario funcional a ese nivel o un aumento de la secreción de ACTH, quizá por el aumento de la actividad neurohormonal.

4.3.4. Hormona Natriurética.

En la HTA mediada por expansión de volumen la hormona contrarresta el exceso de líquidos al inducir excesiva diuresis y natriuresis, por supresión del transporte activo de sodio en los túbulos renales, lo que disminuye la PA. El déficit en la síntesis y en la liberación de la hormona conlleva al inicio y mantenimiento de la HTA. Hecho en contra: sólo en modelos de animales.

4.3.5. Factores De Crecimiento.

Actualmente se acepta que funcionalmente los factores de crecimiento son multipotenciales y que actúan también sobre funciones celulares no relacionadas con el crecimiento. Algunos vasoconstrictores (angiotensina II, norepinefrina y endotelina), presentan esta función dual y su excesiva actividad en la HTA participa en la elevación de la resistencia periférica.

4.4. Teoría de autorregulación.

Defendida por Guyton y sus colaboradores desde hace varias décadas, cuyo modelo experimental es la sobrecarga de volumen por ingestión de agua y sal, en un riñón que no regula adecuadamente a largo plazo la PA.

La HTA se desarrolla en dos etapas:

Primera etapa:

La excesiva ingesta de agua y sal aumenta el volumen del líquido extracelular, lo que conlleva a un incremento del gasto cardíaco y produce HTA aguda; pero los barorreceptores tienden a compensar el desajuste y la resistencia periférica total tiende a la normalidad, manteniéndose un ligero aumento de la PA debido al ascenso del gasto cardíaco.

Segunda etapa:

El exceso de líquido no necesario para las demandas metabólicas induce a la liberación de sustancias vasoconstrictora de los tejidos (mecanismo de autorregulación local del flujo sanguíneo), lo que aumenta la resistencia periférica total y por tanto la PA. El incremento de la PA induce a una mayor diuresis, lo que debería retornar a la normalidad el volumen del líquido extracelular y el volumen sanguíneo.

¿Por qué la diuresis no normaliza la presión arterial?

La teoría plantea que existen alteraciones primarias en el riñón que impiden la óptima regulación a largo plazo de la PA. Estas modificaciones son: elevada permeabilidad de la membrana celular al sodio, y por tanto, se incrementa la carga de sal y agua en el organismo; hiperreactividad de los vasos sanguíneos renales, sugestivo de una considerable autorregulación estructural, de esta forma los capilares glomerulares expuestos a mayor presión se deterioran progresivamente y modifican su función. Los mayores candidatos son los normotensos hijos de hipertensos, donde se observa que el punto de equilibrio entre la ingesta y la excreción de agua y sal se desplaza a un nivel de presión más elevado. La teoría de autorregulación como mecanismo de patogénesis de la HTA primaria adolece del defecto de no considerar el papel de la adaptación estructural cardiovascular en el mantenimiento del ascenso de la PA.

5. CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

5.1. Según la magnitud de las cifras tensionales:

Tabla 1: Clasificación de presión arterial según la magnitud de las cifras tensionales.

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mm de Hg)	DIASTÓLICA (mm de Hg)
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160 a más	100 a más

5.2. Según el tipo de hipertensión:

Hipertensión sistólica: Definida como la elevación tensional persistente con cifras presión arterial sistólica superior a 130 mmHg y presión arterial diastólica inferior a 90 mmHg.

Hipertensión diastólica: Elevación de la presión diastólica mayor de 90 mmHg. y presión sistólica menor de 130 mmHg.

Hipertensión sistodiastólica: Elevación de la presión sistólica y diastólica mayor de 130/90 mmHg.

5.3. Según su evolución:

Fase 1: Hipertensión arterial sin síntomas ni signos de afecciones orgánicas.

Fase 2: Hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda, o estrechamiento arteriolar en el fondo de ojo, o ambos.

Fase 3: Hipertensión arterial con lesión de "órganos diana"(corazón, cerebro, riñones y grandes arterias).

En la que el daño orgánico puede expresarse como: infarto del miocardio, enfermedad cerebro vascular, enfermedad arterial oclusiva, aneurisma disecante de aorta, insuficiencia renal y otras.

5.4. Según su etiología:

Hipertensiones Primarias: Ideopáticas o Esenciales (95%).

Hipertensiones Secundarias, y son potencialmente curables (5%).

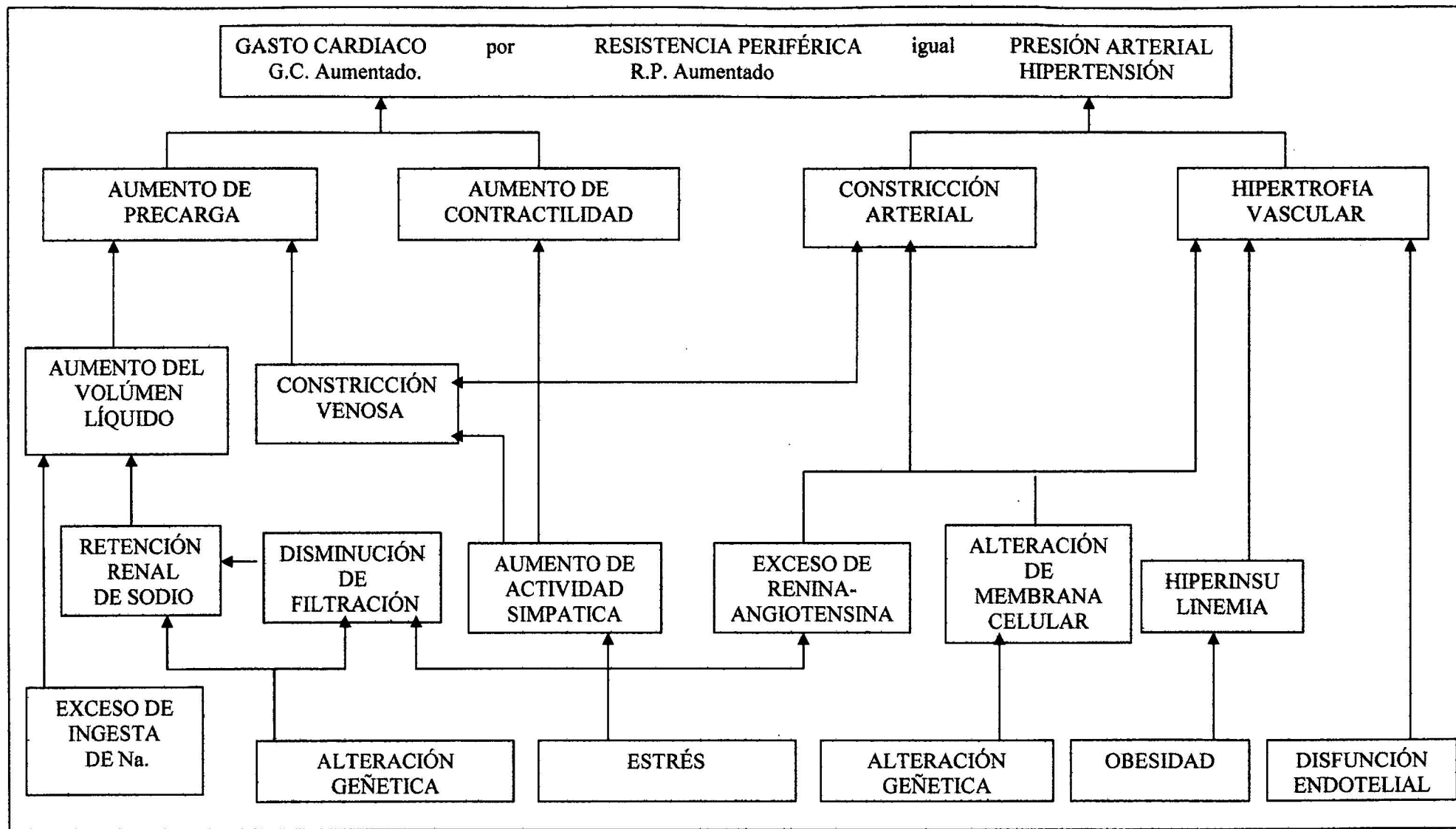
6. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Es habitual que durante muchos años (10,15 ó incluso 20 años) la hipertensión no produzca en el hipertenso ningún síntoma de alarma, aunque el daño interno sobre los órganos diana se efectúe desde el principio. Esto ha servido para clasificar a la hipertensión arterial como "el asesino silencioso".

En base a su alta prevalencia (la hipertensión arterial afecta a más del 20% de la población adulta de más de 40 años, y casi a la mitad de los mayores de 65 años) es una práctica muy aconsejable tomarse la presión arterial a partir de estas edades con regularidad por lo menos cada año ó mejor cada 6 meses.

En la mujer tras la menopausia la incidencia de hipertensión aumenta considerablemente (se piensa que por la falta de hormonas femeninas), por lo que a partir de esta situación clínica, la mujer debe vigilarse la presión arterial con regularidad.

7. FISIOPATOLOGÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.



8. PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Hoy en día se sabe que existen factores de carácter genético que predisponen a padecer hipertensión, y aunque la hipertensión no sea heredable en sentido estricto, en aquellos individuos con antecedentes familiares de hipertensión, ó con otros factores cardiovasculares de riesgo, se debe realizar una investigación mas intensa y frecuente de las cifras de tensión arterial y de los demás factores de riesgo, a modo de estado de alerta clínica permanente.

¿Cómo prevenirla?

Aunque la hipertensión arterial no puede ser definitivamente curada, existen una serie de hábitos de vida que, unidos a la acción de los medicamentos antihipertensivos, pueden llegar a controlarla de forma sustancial y evitar así sus consecuencias. A continuación le damos una serie de consejos de gran utilidad para la prevención de la hipertensión y su control.

1. Todo adulto de más de 40 años debe vigilar periódicamente su tensión arterial. Más aún, si sus padres o abuelos han sido hipertensos.
2. Muchos hipertensos han normalizado su tensión arterial al lograr su peso ideal. Evitar la obesidad.
3. Si la vida del paciente es sedentaria y físicamente poco activa, incentivar a descubrir el placer del ejercicio físico regular y, si es posible, al aire libre. Siempre se debe adaptar los ejercicios a las posibilidades reales del paciente: no esforzarle físicamente más de lo que puede.

4. Disminuir el nivel de sal en la preparación de las comidas. Evitar, además, los **alimentos salados**.
5. Reducir al mínimo las grasas animales de la dieta y hacerla rica en verduras, legumbres, fruta y fibra.
6. No fumar y evitar los ambientes contaminados por humo de tabaco.
7. Moderar el consumo de bebidas alcohólicas. No tomar más de uno o dos vasos de vino al día y, a lo sumo, una bebida alcohólica a la semana.
8. No ingerir en exceso bebidas excitantes como el café, el té, etc.
9. Recordar al paciente que la hipertensión es un poderoso factor de riesgo cardiovascular que se potencia cuando se asocia a colesterol elevado, diabetes o ácido úrico. Procurar controlar, además de sus niveles de tensión, estos otros factores de riesgo citados.

9. TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

El objetivo más importante en el tratamiento de la hipertensión arterial, es el de lograr normalizar las cifras de presión arterial, a fin de evitar lesiones de los "órganos blancos". El paciente debe ser informado acerca de la hipertensión arterial, complicaciones y consecuencias. Se debe educar al paciente en cuanto a que la HTA es una enfermedad crónica y su tratamiento debe hacerse durante toda la vida. Pero además y a partir del análisis de los cinco mayores estudios sobre el tratamiento de la hipertensión arterial se ha comprobado que el tratamiento de la hipertensión arterial reduce la mortalidad global en un 20 %, la mortalidad cardiovascular en un 33%, los accidentes cerebro vasculares en un 40% y el infarto al miocardio y la muerte súbita en un 15 %.

9.1. Tratamiento no farmacológico.

El tratamiento no farmacológico de los pacientes hipertensos debe ser aplicado en todos los pacientes con presión arterial elevada y en aquellos que presentan una presión arterial normal alta e inclusive en el paciente hipertenso que recibe tratamiento medicamentoso. Este tratamiento no farmacológico tiene como propósito, ayudar a disminuir las cifras de presión arterial, así como controlar los factores de riesgo cardiovascular y de reducir la dosis de la medicación antihipertensiva. Se debe recordar que este tratamiento no farmacológico incluye medidas que pueden no ser del agrado de los pacientes por lo que los mismos deben ser controlados estrechamente y comenzar la medicación antihipertensiva si es necesario a su debido tiempo.

El tratamiento no farmacológico incluye: pérdida de peso, evitar el consumo excesivo de alcohol, actividad física regular, evitar la ingesta excesiva de sal, abandono del hábito de fumar, y además aumento de la ingesta de potasio a partir de frutas frescas y vegetales y garantizar una adecuada ingesta de calcio y magnesio y reducir la ingesta de grasas y particularmente las saturadas.

9.1.1. Pérdida de peso.

El control del peso corporal, se considera la base principal del tratamiento no farmacológico y en consecuencia una de las medidas más eficaces en la prevención primaria de la HTA y de los factores de riesgo cardiovascular asociadas a la misma. La ganancia de peso/obesidad constituye el agente ambiental decisivo que permite la aparición de la HTA.

La obesidad se correlaciona directamente con la hipertensión arterial tanto en adultos como en niños y puede ser responsable de hasta un 30 % de los casos de hipertensión arterial.

En la obesidad existe un aumento de la resistencia a la insulina y, se señala este aumento como uno de los mecanismos patogenéticos más importantes para explicar la asociación entre obesidad y HTA. Recordando que el índice de masa corporal (IMC) debe ser inferior a 25 Kg/m² y la circunferencia abdominal en hombres debe ser inferior a 102 cm. y en las mujeres menores de 89 cm. Se recomienda que para minimizar el riesgo de padecer hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular (ECV) y accidente cerebrovascular, cálculos biliares y diabetes los adultos deberían mantener un IMC entre 20 y 24.9 Kg/m². Al estudiar la relación entre el exceso de peso y la mortalidad en general, se observa que la menor mortalidad se encuentra en la población cuyo IMC varia entre 18,5 y 25 Kg/m² y al superar el IMC los 30Kg/m² la mortalidad aumenta entre un 50% a un 150%.

La ganancia de peso esta en relación directa con la elevación de las cifras tensionales y puede predecir mejor la aparición de ECV que el peso mismo, particularmente en individuos que se hacen obesos en la edad adulta. Por tanto, si existe obesidad será necesario la reducción del peso con dietas hipocalóricas haciendo hincapié en la ingesta pobre en grasas.

Además estudios de pacientes a quienes se ha sometido a restricción sódica, dieta hipocalórica muestran que el 44 % de esos hipertensos no ingieren medicamentos y están libres de patología cardiovascular durante 30 meses comparados con solamente el 16 % de aquellos que no recibieron dietas hiposódicas y se sometieron a una agresiva reducción de peso.

Estudios recientes muestran que una pérdida de peso de unos 6.8 Kg. o mas aumenta del 21% al 29% la posibilidad de no padecer de hipertensión arterial, es decir que aún una pérdida modesta de peso, particularmente cuando es sostenida disminuye sustancialmente el riesgo de padecer hipertensión arterial en los individuos con sobrepeso.



9.1.2 Disminuir el consumo de alcohol o evitar beber.

Se considera, que la ingesta excesiva de alcohol es una de las causas más fácilmente reversibles de hipertensión arterial y el 8 % de la hipertensión en los hombres puede ser debida a una ingesta excesiva del mismo. La mayoría de los trabajos publicados muestran que el aumento del riesgo de ser hipertenso se produce cuando se consume más de 30 gramos por día de alcohol puro.

Adicionalmente ha sido demostrado una diferencia significativa entre la presión arterial sistólica de los bebedores de más de 300 gramos de alcohol por semana y los no bebedores, y este efecto del alcohol fue independiente de otras variables como edad, genero, ingesta de sodio, potasio y sobrepeso y demostró ser más potente que el efecto de la sal y el sobrepeso. El alcohol debilita las acciones del tratamiento farmacológico hipotensor, pero, su acción presora, puede ser al menos en parte reversible en las semanas siguientes si se disminuye la ingesta del etanol en un 80%. Sin olvidar que, una moderada ingesta de alcohol parece asociarse a una mortalidad cardiovascular reducida por lo que una abstinencia absoluta no se debe recomendar a los hipertensos que consumen alcohol en forma moderada.

Otros estudios han demostrado que cuando se analizan las causas de muerte los no consumidores de alcohol tenían mayor riesgo de mortalidad cardiovascular especialmente por enfermedad coronaria. Se debe precisar, por otra parte, que quienes consumen grandes cantidades de alcohol pueden sufrir más frecuentemente de ACV hemorrágicos que aquellas personas que no consumen alcohol o lo hacen moderadamente.

En conclusión sobre la ingesta de alcohol y HTA se puede decir que es recomendable que los grandes consumidores del mismo disminuyan su consumo sean hombres o mujeres, en aquellos no más de 30 gramos de alcohol por día y en ellas el consumo no debe ser superior a 20 gramos día.

9.1.3 Actividad física regular.

El ejercicio físico regular (caminatas, natación, ciclismo) confiere una protección independiente contra las ECV y tiene un efecto similar al de dejar de fumar por lo cual tiene un importante papel en el tratamiento del paciente hipertenso. Es útil que el ejercicio sea prolongado, dinámico, isotónico de las grandes masas musculares sin llegar al agotamiento extremo.

A los pacientes que no realizan actividad física regular se les debe recomendar ejercicios aeróbicos moderados y de forma regular, como por ejemplo nadar o caminar rápido durante 45 minutos 3 a 4 veces por semana. Este ejercicio simple puede ser de alguna utilidad en reducir la presión arterial más que algún tipo de ejercicio vigoroso como el correr.

Recientes meta-análisis de ensayos controlados y han concluido que el ejercicio aeróbico dinámico reduce la presión arterial sistólica y diastólica en 3.0/2.4 mm de Hg y la medida de la presión arterial ambulatoria en 3.3/3.5 mm de Hg. Para explicar la acción beneficiosa del ejercicio se han sugerido varias hipótesis: reducción del gasto cardiaco, reducción de las resistencias periféricas, disminución de la actividad simpática, reducción de la resistencia a la insulina y el efecto diurético de la actividad física regular.



9.1.4 Disminuir la ingesta de sal.

La ingesta la excesiva de sal predispone a la ECV sobre todo en pacientes con sobrepeso. Un aumento de 100 mmol de sodio se asocia significativamente con un aumento por mortalidad cardiovascular y accidentes cerebro vascular especialmente en pacientes obesos. Sin embargo en relación y la ECV aún existen controversias.

Estudios efectuados hace algún tiempo han mostrado que las dietas hiposódicas retrasan la reaparición de la hipertensión arterial cuando se ha suspendido el tratamiento medicamentoso. Ha sido postulado que las dietas ricas en calcio y potasio pueden ayudar a disminuir las cifras de presión arterial y sí a este grupo de pacientes se agrega una dieta hiposódica la disminución de la presión arterial es bastante significativa lo cual no se observa cuando los pacientes tienen sobrepeso.

En conclusión un paciente hipertenso no debe consumir más de 6 gramos de cloruro de sodio al día (100 mmol de sodio/día) y una recomendación útil es que no agreguen sal a la comida en la mesa.

9.1.5. Abandono del hábito de fumar.

Un hipertenso que fume, es decir que tenga el hábito de fumar regularmente, tiene grandes posibilidades de padecer enfermedades cardiovasculares y no cardiovasculares. Por tanto se impone el abandono del tabaco y deben recibir los consejos apropiados para abandonar dicho hábito.

El cigarrillo en forma aguda puede originar una respuesta presora la cual tiene una duración de algunos minutos. De acuerdo a trabajos publicados el 52% del exceso de morbimortalidad en los fumadores se debe a causas cardiovasculares y el 27% a cánceres de diferentes tipos y localizaciones. Significativamente cuando el paciente abandono el habito de fumar de la misma manera el riesgo de padecer cardiopatía isquémica disminuye.

9.2. Tratamiento farmacológico.

El uso de medicamentos en la hipertensión arterial, se hace necesario cuando las modificaciones en el estilo de vida no aportan resultados o cuando los pacientes mantienen cifras de presión arterial mayores de 135/85 mm de Hg existiendo lesión de "órganos blancos" y/o diabetes.

Entre los fármacos más utilizados en la actualidad para la HTA encontramos:

1. Diuréticos: Clorotiazida, clortalidona, amiloride, espironolactona, furosemida.

Son fármacos de gran utilidad en el manejo de la hipertensión arterial, de bajo costo, bien tolerados a dosis bajas y de probada eficacia en la prevención de eventos cardiovasculares mayores. Los **tiazídicos** como la **hidroclorotiazida**, se deben utilizar en dosis de 25 mg como máximo para evitar la aparición de efectos adversos (intolerancia a la glucosa, hipokalemia, hiperuricemia, impotencia sexual). Están especialmente indicados en ancianos con hipertensión sistólica aislada.

Los diuréticos de asa, como la **furosemida**, se deben emplear en los hipertensos con insuficiencia renal.

2. Bloqueadores beta: Atenolol, oxprenolol, bisoprolol.

Son fármacos seguros, de bajo costo, eficaces en monoterapia o en combinación con diuréticos, antagonistas del calcio y alfa bloqueadores. Están contraindicados en pacientes con limitación crónica del flujo aéreo y con enfermedad vascular periférica.

3. Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA): Captopril, enalapril, perindopril, quinapril, lisinopril.

Es seguro, efectivo, más económico, son especialmente útiles en la insuficiencia cardíaca y en la nefropatía diabética con proteinuria. Su efecto adverso más frecuente es la aparición de tos seca.

4. Antagonistas del calcio: Nifedipino, amlodipino, verapamilo, diltiacen,

Todos los subgrupos son eficaces y bien tolerados. Se deben utilizar aquellos de acción prolongada y evitar los de acción corta y rápida. Su indicación principal es la hipertensión sistólica aislada del anciano. Sus efectos adversos más comunes son la taquicardia, el edema maleolar y la rubefacción.

5. Antagonistas de angiotensina II: Losartan, valsartan, irvesartan.

Son similares a los inhibidores de la ECA, pero no provocan tos seca. Aún son de costo alto.

6. Bloqueadores alfa: Prazosina, minoxidil, doxazosina.

Son seguros y efectivos, aunque no se ha probado todavía su efecto sobre el riesgo cardiovascular. Se los utiliza preferentemente en dislipidemias, intolerancia a la glucosa y en pacientes con hipertrofia prostática benigna, por su efecto favorable sobre el músculo detrusor. Su efecto adverso principal es la hipotensión postural.

7. Otros medicamentos:

Existen numerosos fármacos de acción central como la **clonidina**, **reserpina**, **guanetidina** y **metildopa**, y de acción periférica como la **hidralazina** y el **minoxidil**, pero por sus reconocidos efectos adversos son poco utilizados. Cabe destacar, sin embargo, que la **metildopa** y la **hidralazina** son fármacos empleados ampliamente en la hipertensión inducida por el embarazo.

10. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La HTA se asocia con alta morbilidad y mortalidad relacionadas con la afectación de los órganos diana: arterias, corazón, cerebro y riñón.

En las arterias, se produce disfunción endotelial, proliferación de músculo liso e intersticio. Estas alteraciones precipitan la aterosclerosis, más evidente si se asocian otros factores como diabetes ó hiperlipidemia. La afectación arterial puede ser generalizada con distintas manifestaciones y repercusión según la localización. A nivel aórtico puede dar lugar a aneurismas y disección.

La afectación cardiaca en la HTA es secundaria a hipertrofia ventricular y anomalías del flujo coronario (aterosclerosis coronaria y enfermedad de pequeño vaso). La hipertrofia se asocia con alto riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular. Se desencadena por la sobrecarga de presión y su mantenimiento acaba produciendo insuficiencia cardiaca por disfunción sistólica y/o diastólica, isquemia por la combinación de aumento de consumo de O₂ y enfermedad coronaria, arritmias y muerte súbita. La mayor parte de las muertes en HTA son por insuficiencia cardiaca o infarto de miocardio.

A nivel neurológico, la HTA produce retinopatía y cambios en el sistema nervioso central (SNC). El examen de la retina permite evaluar la afectación vascular de la HTA.

Las alteraciones más importantes en el SNC son hemorragia, infarto y encefalopatía. La hemorragia cerebral se relaciona con la elevada PA y la formación de microaneurismas. El infarto cerebral es secundario a aterosclerosis. No se conoce la patogénesis de la encefalopatía; en algunos casos puede ser debida a infartos o hemorragias. Por último, la complicación renal más importante en la HTA es la insuficiencia renal. El aumento de la resistencia a nivel arteriolar produce aumento de la presión de filtración y proteinuria, dando lugar a glomeruloesclerosis y, finalmente fallo renal.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A PACIENTE ADULTO MAYOR CON
PROBLEMAS DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

I. VALORACIÓN FAMILIAR:

1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

1.1.1. Descripción de la familia.

La familia M. S. esta formado por 2 integrantes: Sra. M. A. S. S. (Madre) de 79 años de edad, viuda desde hace 08 años y Sra. E. M. S. (Hija) de 43 años. La Sra. M.A. tiene 04 hijos, de los cuales 02 hijos varones viven en la ciudad de Chachapoyas, se dedican a la agricultura, 01 hija mujer vive con ella y 01 hijo varón reside en la ciudad de Lima y éste lo apoya con una pequeña cantidad de dinero que lo es enviado mensualmente.

1.1.2. Domicilio:

Barrio Higos Urco S/N

Identificación del grupo familiar:

INTEGRANTES	Edad /Sexo		Nivel educativo	Observación
	F	M		
Nombre y Apellidos:				
M. A. S. S.	79		Ninguno	Hipertensa.
E. M. S.	43		Ninguno	Soltera.

1.1.3. Componentes del grupo familiar.

Tipo de familia: Monoparental por viudedad.

1.2. PATRONES COTIDIANOS.

1.2.1. Nutrición:

Los miembros de la familia consumen una dieta rica en carbohidratos.

Ejemplo de ingesta diaria:

Desayuno: Té o avena, pan.

Almuerzo: Sopa de fideos o arroz con papas y menestra.

Cena: Arroz con papas, pan y té.

La familia cuenta con escasos recursos económicos: No satisface sus necesidades básicas.

1.2.2. Sueño / Vigilia / Reposo:

El espacio en que reposan y / o duermen los miembros de la familia es adecuado para el número de miembros que integran la familia.

El hogar cuenta con seguridad, luz y ventilación adecuada.

1.2.3. Trabajo / Esparcimiento:

Los ingresos con los que cuenta la familia no son suficientes para realizar actividades recreativas, se recrean mirando televisión, sólo cuentan con el dinero enviado por uno de sus hijos que reside en Lima que no es suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

1.2.4. Actividad y acondicionamiento físico:

La paciente no realiza ejercicio alguno, por presentar dificultad para movilizarse, secuela de 2 episodios de Accidente Cerebro vascular.

Los integrantes de la familia no realizan un tipo de actividad física especial, el ejercicio que realizan es producto de sus actividades cotidianas.

1.2.5. Sexualidad:

La paciente es viuda hace 8 años.

La hija que vive con la paciente es soltera.

1.2.6. Educación:

Madre e hija no cuentan con ningún nivel de educación.

1.3. DINÁMICA INTRAFAMILIAR.

1.3.1. Patrones de comunicación.

Relaciones de la familia como unidad: Ambos miembros de la familia interactúan diariamente, sobre todo durante las comidas y en las noches.

Relaciones extrafamiliares: la familia mantiene una relación adecuada con vecinos y amigos.

1.3.2. Funciones.

Funciones adoptadas por cada miembro:

Madre: No puede realizar actividades cotidianas del hogar.

Hija (Economía): Se encarga del mantenimiento del hogar y trabaja para aportar económicamente para los gastos del hogar, como por ejemplo en: alimentación.

1.3.3. Patrones relacionados con la toma de decisiones.

La familia en conjunto participa por consenso en la toma de decisiones.

1.3.4. Normas y valores.

La familia profesa la religión: “Católica”.

La familia prioriza su salud, en casos de que la paciente padece alguna dolencia acuden al Puesto de Salud de “Higos Urco”.

1.3.5. Distribución del poder entre los miembros.

El poder es concentrado en el jefe de la familia, que en este caso es la hija.

1.3.6. Patrones de manejo de los conflictos.

Sus principales fuentes de estrés en la familia son: actual situación económica precaria y situación de salud de la madre.

1.3.7. Capacidad de la familia para cambiar y crecer con el tiempo.

La familia tiene como meta primordial el mantenimiento de tratamiento de la paciente, pero debido al déficit de recursos económicos con los que cuentan es casi imposible la realización de dicha meta, es por esto que solicitan apoyo al personal de Salud del puesto de Salud “Higos Urco”.

1.4. AMBIENTE.

1.4.1. Vivienda.

La familia cuenta con una vivienda de material de adobe, con techo de calamina y piso de tierra, cuenta con ventilación adecuada. La vivienda se divide en varias habitaciones, de lo cual 2 habitaciones son utilizadas por la familia y lo demás lo tienen alquilado (1 para dormitorio y 1 para cocina).

La familia cocina con leña.

Además, en la vivienda existe la presencia de animales como: gallinas.

1.4.2. Recursos disponibles.

La vivienda cuenta con servicios de agua, luz y desagüe.

1.4.3. Seguridad y peligros.

La vivienda cuenta con infraestructura adecuada, el piso de la vivienda es irregular, lo cual es un peligro para la paciente.

1.5. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA FAMILIA.

Cuando la paciente padece de alguna dolencia, acuden al Puesto de Salud “higos Urco”.

La madre padece de Hipertensión Arterial, para lo cual recibe tratamiento indicado.

La hija no padece ninguna enfermedad.

1.6. ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN FAMILIAR.

1.6.1. Riesgos de la salud familiar.

Los antecedentes familiares son un factor de riesgo para Hipertensión arterial, por lo tanto la hija está propensa a padecerla con el avance de los años.

1.6.2. Creencias de salud.

Ingerir orina para aliviar cólicos abdominales.

Bañarse con orina y aguardiente para disminuir la fiebre.

Infusión de menta para aliviar la diarrea.

Infusión de orégano en caso de cólicos menstruales.

1.7. AUTOEVALUACIÓN.

Familia refiere que no cuenta con los suficientes recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas y mantener una adecuada salud.

II. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

01. Dolor R/C proceso inflamatorio S/A amigdalitis M/P fascie de dolor a la palpación y expresión verbal “me duele la garganta, no puedo pasar la saliva”.

02. Riesgo a la alteración en el mantenimiento de la salud R/C déficit de conocimiento a cerca de la presión arterial, restricciones en la dieta, medicación, factores de riesgo y cuidados de seguimiento.

03. Riesgo a lesión R/C déficit en el campo visual S/A daño en la retina por Hipertensión arterial.

III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>01. Dolor R/C proceso inflamatorio S/A amigdalitis M/P fascie de dolor a la palpación y expresión verbal "me duele la garganta, no puedo pasar la saliva".</p>	<p>Disminuir el dolor gradualmente.</p>	<p>01. Controlar funciones vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial: 130/80 mmHg. • Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto. • Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. • Temperatura: 36.4° C. <p>02. Evaluar la intensidad del dolor.</p> <p>03. Gestionar que la paciente asista a una consulta médica.</p> <p>04. Realizar seguimiento a la paciente. (29/01/09, 30/01/09 y 02/02/09)</p> <p>05. Apoyar en las medidas caseras realizadas. (Aplicación de paños empapados en orina).</p>	<p>01. Permite conocer el estado general y el funcionamiento del organismo. La presión arterial permite evaluar la efectividad que tiene el antihipertensivo que toma la paciente.</p> <p>02. Permite conocer la intensidad del dolor para tomar las medidas de corrección necesarias.</p> <p>03. Permite la evaluación y tratamiento médico, que va favorecer a su pronta recuperación.</p> <p>04. Evaluar las medidas terapéuticas que se están utilizando y evaluar el curso de la enfermedad.</p> <p>05. La increíble cantidad de sustancias que componen la orina nos hace entender que su efecto curativo, es algo vivo, es un potente antiinflamatorio. La orina está llena de vida y contiene la energía vital que es tan importante.</p>	<p>Paciente en las próximas visitas refiere disminución del dolor.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN.
<p>02. Riesgo a la alteración en el mantenimiento de la salud R/C déficit de conocimiento a cerca de la presión arterial, restricciones en la dieta, medicación, factores de riesgo y cuidados de seguimiento.</p>	<p>Disminuir el riesgo de alteración de mantenimiento de la salud.</p>	<p>01. Brindar sesión educativa, usando términos comprensibles sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que es la presión arterial. • Que es la hipertensión arterial. • Valores normales. • Factores de riesgo que pueden eliminarse o modificarse: (Tabaco y alcohol, dieta rica en sal o grasas, estrés, obesidad). • Explicar la relación entre los factores nutricionales y el aumento de Presión arterial. • Complicaciones de la presión arterial. • Recalcar la importancia de cuidados de seguimiento: (Control de la presión arterial, control del peso, ejercicio). 	<p>01. Tener conocimiento la paciente y su familia sobre la enfermedad, los cambios en el estilo de vida y los cuidados, favorece al cumplimiento del tratamiento y a mantener un estilo de vida saludable.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN.
<p>03. Riesgo a lesión R/C déficit en el campo visual S/A daño en la retina por Hipertensión arterial.</p>	<p>Disminuir el riesgo a lesión.</p>	<p>01. Evaluar el estado de los ojos.</p> <p>02. Explicar como la hipertensión afecta a los ojos.</p> <p>03. Educar a la paciente y la familia sobre las medidas para reducir los riesgos ambientales. Mantener el camino hacia el baño y la cocina libre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar pasantes por donde la paciente camina. • Por la noche iluminar todas las zonas adecuadamente. • Apoyar a la paciente en su traslado en el hogar. 	<p>01. Permite conocer la capacidad visual que tiene la paciente.</p> <p>02. Permite continuar con el tratamiento y estilo de vida saludable para mantener la presión arterial normal.</p> <p>03. Ayuda a reducir el riesgo a lesiones.</p>	

IV. EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Fecha (27/01/09) Hora	Actividad	Responsables	Evaluación
10:00 a.m.	<p>Se realizó una visita domiciliaria a la familia M. S., para brindar una sesión educativa sobre cuidados de enfermería a paciente adulto mayor con problemas de hipertensión arterial.</p> <p>Se entrevistó a la paciente y su familia.</p> <p>Se valoró el estado general de la paciente.</p> <p>Se controló signos vitales de la paciente.</p> <p>Se realizó lavado de manos.</p> <p>Luego realicé examen físico a la paciente.</p> <p>Para finalizar se brindó sesión educativa sobre Cuidados de Enfermería en Paciente Adulto Mayor con hipertensión Arterial.</p> <p>Se acordó con la paciente para visitas posteriores.</p>	Br. Keili Tejada López.	<p>Se logró educar y sensibilizar a la paciente y su familia sobre los cuidados que se debe de tener en la dieta y estilo de vida de la persona hipertensa.</p>

Fecha (29/01/09) Hora	Actividad	Responsables	Evaluación
4:00 p.m.	<p>Se realizó una segunda visita domiciliaria a la Sra. M. A. para coordinar sobre la posibilidad de que se realice una consulta médica por el dolor de garganta que tenía.</p> <p>Se controló signos vitales de la paciente poniendo énfasis en la presión arterial. (P.A de 130/80 mmHg.)</p> <p>Para finalizar se brindó consejería sobre Cuidados que debería tener ella y su familiar para evitar lesiones por caídas ya que presenta dificultad en el campo visual.</p> <p>Con respecto a la consulta médica se acordó que lo iba a consultar con sus hijos.</p> <p>Se acordó con la paciente para visitas posteriores, lo cual acepto con gusto.</p>	Br. Keili Tejada López.	<p>Se logró educar y sensibilizar a la paciente y a su familiar sobre los cuidados que deberían tener para prevenir lesiones por caídas.</p>

V. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Valoración.- A través de la valoración se logró obtener los datos subjetivos y objetivos que facilitaron la planificación de acciones de enfermería, ya que la familia colaboró con las técnicas utilizadas en dicha valoración (observación, entrevista, palpación).

Diagnóstico.- Los diagnósticos de enfermería se han obtenido teniendo en cuenta las respuestas humanas de la familia para luego elaborar un plan de cuidados y alcanzar los objetivos planteados en cada diagnóstico frente a problemas reales y potenciales de la familia.

Planificación.- Se planificó actividades acorde con las necesidades que presentaba la familia.

Ejecución.- Las acciones planificadas se ejecutaron el día 27/01/09 y 29/01/09 del presente año.

Evaluación.- El plan de atención de enfermería se ha realizado de manera didáctica, y al culminar nuestras actividades podemos expresar que nuestros objetivos se han alcanzado en un 80 %.

DISCUSIÓN

La HTA constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna y su importancia radica no sólo en su elevada prevalencia, sino en la trascendencia que tiene como causa de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Constituye una causa importante de discapacidad laboral transitoria y permanente, que afecta múltiples estamentos implicados en la salud de la población y que la convierten en un problema sanitario real.

Las modificaciones en el estilo de vida (tratamiento no farmacológico), que incluyen la disminución de peso, el incremento de la actividad física, la disminución de la ingestión de sodio y de alcohol, pueden ser utilizadas como modalidad terapéutica adjunta o definitiva para la HTA. Constituyen la medida inicial básica en la mayoría de los hipertensos y es fundamental asociarlas al tratamiento farmacológico en casi todos los casos de HTA, algunos autores señalan que más del 50 % de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente un estilo de vida sano.

Las directrices internacionales para atender al paciente hipertenso enfatizan en la necesidad del tratamiento no farmacológico, para facilitar la respuesta favorable a las drogas antihipertensivas; sin embargo, a escala mundial existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida ya que el hombre tiene tendencia a arraigarse a sus hábitos y costumbres.

El tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado ampliamente su eficacia al reducir la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos de pacientes, independientemente de la edad, el sexo y la raza, y ha logrado disminuir los episodios coronarios, la insuficiencia cardíaca, los accidentes cerebro vasculares, el deterioro de la función renal y de la progresión de la HTA.

CONCLUSIONES.

01. La incidencia de hipertensión arterial sistémica en el paciente geriátrico es muy elevada pues uno de cada dos pacientes después de los 65 años en general es hipertenso.
02. Para las personas mayores de 50 años la Tensión arterial sistólica (TAS) es más importante que la diastólica como factor de riesgo cardiovascular.
03. A partir de 115/75 mmHg, el riesgo cardiovascular se dobla con cada incremento de 20/10 mmHg para cualquier rango de Tensión arterial.
04. Individuos normotensos a la edad de 55 años tiene un riesgo del 90% de desarrollar HTA en el resto de su vida.
05. La HTA es una patología de elevada prevalencia., el control de la presión arterial ha demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular.
06. Disminuir la presión arterial es importante para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad renal y disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares.

RECOMENDACIONES.

01. Las personas a partir de los 40 años deberían controlarse la presión continuamente.
02. Aquellos personas con una presión arterial sistólica de 120–139 mmHg o presión arterial diastólica de 80–89 mmHg deben ser considerados prehipertensos y requerirán modificaciones hacia estilo de vidas saludables para prevenir enfermedades cardiovasculares.
03. Toda persona hipertensa debe de cumplir con el tratamiento indicado y mantener un estilo de vida saludable, para evitar aumento de la presión arterial y por ende una crisis hipertensiva que causaría daño irreversible en órganos blancos.
04. Toda persona hipertensa, debe de controlar su presión arterial y el peso continuamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

01. **CARPENITO, L. Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería.**
España: Mc Graw – Hill Interamericana; 1994. p. 78-82.
02. **GUYTON, A. Tratado de Fisiología Médica. 9^{na} Edic. La Habana: Mac Graw-
Hill Interamericana, 1998.**
03. **MOSBY. El tratado de enfermería. Vol.2. 9na Edic. España: Mc Graw- Hill
Interamericana; 1998. p. 677-697.**
04. **PAUL, L. El libro de la UCI. 2da Edic. España: Masson-Williams y Wilkins;
2004. p. 149-150.**
05. **SMELTZER, S. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. 2. 9na. Edic. Mexico:
Mc Graw – Hill Interamericana; 2000. p. 814-825.**

ANEXOS

Anexo N° 01:

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a) **Nombre de la Familia** : Familia M. S.
- b) **Dirección** : Barrio Higos Urco S/N.
- c) **Fecha** : 27/01/09
- d) **Hora** : 10:00 a.m.
- e) **Responsable** : Br. Keili Tejada López.

II. RECURSOS:

- a) **R. Humanos:** Br Keili Tejada López.
- b) **R. Materiales:**
Rotafolio: Cuidados de Enfermería en Paciente Adulto Mayor con problemas de Hipertensión arterial.

III. OBJETIVOS:

- a) **General:** Brindar concejería a paciente y familia sobre Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor.
- b) **Específicos:**
 1. Evaluar al paciente adulto Mayor con Hipertensión Arterial.
 2. Brindar consejería al Paciente y Familia sobre cambios en el estilo de vida de la persona Hipertensa.
 3. Brindar concejería sobre posibles complicaciones de la Hipertensión arterial.
 4. Brindar cuidados de enfermería al paciente Adulto Mayor con Hipertensión Arterial.

IV. ACTIVIDADES:

1. Presentación ante el paciente y su Familia.
2. Explicar el motivo de la visita domiciliaria.
3. Lavado de manos.
4. Controlar signos Vitales.
5. Realizar examen físico.
6. Realizar al Paciente evaluación holística.
7. Brindar sesión educativa sobre Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor.

V. EVALUACIÓN: La evaluación se realizará mediante preguntas al Paciente y la Familia.

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA N° 01

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- a) **Nombre de la Familia** : Familia M. S.
- b) **Dirección** : Barrio Higos Urco S/N.
- c) **Fecha** : 27/01/08
- d) **Hora** : 10:15 a.m.
- e) **Responsable** : Br. Keili Tejada López.

II. INFORME PROPIAMENTE DICHO:

El día martes 27/01/09 a las 10:15 a.m. Se realizó visita domiciliaria a la Familia M. S. en el Barrio Higos Urco S/N. se ingresó al hogar, se realizó la presentación de la bachiller y las docentes a la familia, se explicó el motivo de la visita, la familia se mostró gustosa de recibirnos.

Se comenzó con la realización de la entrevista a la paciente mediante preguntas abiertas, se realizó evaluación holística, Luego se realizó lavado de manos médico y control de los signos vitales (Presión arterial de 130/80 mm de Hg, frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.4° centígrados), se continuó realizando examen físico, en la cual se encontró dolor en la mucosa oral y la garganta.

Para finalizar se brindó sesión educativa sobre cuidados de Enfermería en Paciente Adulto Mayor con Problemas de Hipertensión Arterial.

Se acordó con la paciente para posteriores visitas, finalmente se agradeció a la familia y paciente por su colaboración.

III. EVALUACIÓN:

Se realizó la visita domiciliaria y se cumplió con los objetivos propuestos satisfactoriamente.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a) **Título** : Cuidados De Enfermería En Paciente Adulto Mayor Con Problemas De Hipertensión Arterial.
- b) **Fecha** : 27/01/09
- c) **Lugar** : Barrio higos Urco S/N
- d) **Hora** : 10:15 am.
- e) **Dirigido a** : Familia M. S.
- f) **Responsable** : Br Keili Tejada López.
- g) **Tiempo** : 25 minutos.

II. OBJETIVOS:

a) GENERAL:

1. Educar al Paciente y Familia sobre Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor.
2. Evitar posibles complicaciones de la Hipertensión Arterial.

b) ESPECIFICO:

1. Brindar consejería al Paciente y Familia sobre cambios en el estilo de vida de la persona Hipertensa.
2. Brindar consejería sobre factores de riesgo para la Hipertensión Arterial.
3. Brindar consejería sobre las complicaciones de la Hipertensión Arterial.
4. Brindar consejería sobre el tratamiento Farmacológico.

III. CONTENIDO:

1. DEFINICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL:

Es la fuerza que ejerce la sangre contra los vasos arteriales.

Presión Arterial Normal = 120/80 mmHg.

2. DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Es cuando la fuerza que ejerce la sangre en los vasos arteriales es mayor de 140/90 mmHg.

3. FACTORES DE RIESGO:

a) **Edad:** Mayor incidencia en los Adultos Mayores, ya que los vasos sanguíneos arteriales se hacen menos distensibles con el transcurso de los años por lo general a causa del acumulo de placas ateroscleróticas.

b) **Antecedentes familiares:** Los hijos de padres hipertensivos experimentan mayor riesgo de hipertensión a una edad más joven.

c) **Obesidad:** Las personas con obesidad marcada en la cuarta década de la vida experimentan un riesgo 7 veces mayor de Hipertensión. Existe una asociación entre el aumento de peso y la elevada incidencia de hipertensión, esa mayor incidencia puede deberse a la elevación del volumen sanguíneo asociado con el aumento de peso.

d) **Sedentarismo:** Favorece que la persona aumente de peso.

e) **Perfil de estrés:** Los factores psicológicos pueden alterar de forma crónica la presión arterial.

El estrés puede aumentar la resistencia vascular periférica y el gasto cardiaco y por ende producir Hipertensión arterial.

f) **Alcohol y Tabaco:** La ingesta frecuente de alcohol guarda relación directa con la elevación de la presión arterial.

Los fumadores pueden mostrar aumento de la presión arterial, a causa de la vasoconstricción producida por la nicotina.

4. SINTOMAS:

Ala hipertensión se la conoce como el “asesino silencioso”, ya que no produce manifestaciones francas y detectables con facilidad. Esta enfermedad asintomática progresa hasta producir daño orgánico.

Algunos síntomas relacionados con la hipertensión: 1. Cefalea, 2. Mareos, 3. Debilidad.

La manera de diagnosticar la hipertensión arterial es realizando medidas continuas de la presión arterial.

5. TRATAMIENTO:

a) Cambios en el estilo de vida:

Realizar ejercicio diario: Caminatas.

Disminuir el consumo de sodio.

Disminuir el consumo de sodio de pimientas y comidas con alto contenido de colesterol.

Mantener la ingesta de frutas y verduras.

Evitar comidas enlatadas y comidas rápidas.

Disminuir la ingesta de café.

Mantener el peso apropiado para la edad, sexo y constitución corporal.

Reducir el consumo de tabaco o dejar de fumar.

Reducir el consumo de alcohol o dejar de beber.

Controlarse la presión arterial frecuentemente.

b) Tratamiento Farmacológico: Si usted toma antihipertensivos, tener en cuenta:

Tomar el antihipertensivo indicado por el médico.

Tomar la dosis indicada.

Tomar a la hora correcta, según la indicación médica.

IV. METODOLOGÍA.

a) Motivación: Se mostrará rotafolio con imágenes llamativas y de colores sobre Hipertensión arterial y cambios en el estilo de vida.

V. RECURSOS:

a) Humanos: Br. Keili Tejada López.

b) Institucionales: Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” - Carrera Profesional de Enfermería.

c) Materiales:

Rotafolio: Cuidados de enfermería a paciente Adulto Mayor con problemas de Hipertensión Arterial.

VI. EVALUACIÓN: La evaluación se realizará mediante preguntas al paciente y su familia.

a) ¿Cuáles son los factores de riesgo para la hipertensión arterial?

b) ¿Síntomas de la Hipertensión Arterial?

c) ¿Cómo se diagnostica la hipertensión arterial?

d) ¿Qué cambios debe realizar en su estilo de vida el paciente con hipertensión arterial?

e) Si es que el paciente toma medicación antihipertensiva, ¿Qué debe tener en cuenta?

VII. RECOMENDACIONES:

- a) Cumplir con el tratamiento farmacológico indicado.
- b) Mantener estilo de vida saludable.
- c) Control de la presión arterial continuamente.
- d) Controlar el peso adecuado para la estatura y exposición física.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 01. SMELTZER, S. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. 2. 9na. Edic. Mexico: Mc Graw – Hill Interamericana; 2000. p. 814-825.
- 02. MOSBY. El tratado de enfermería. Vol.2. 9na Edic. España: Mc Graw- Hill Interamericana; 1998. p. 677-697.

Anexo 04:

INFORME DE SECCION EDUCATIVA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a) **Título** : Cuidados de Enfermería a Paciente Adulto Mayor con Problemas de Hipertensión Arterial.
- b) **Fecha** : 27/01/09
- c) **Lugar** : Barrio Higos Urco S/N.
- d) **Hora** : 10:30 a.m.
- e) **Dirigido a** : Familia M. S.
- f) **Responsable** : Br. Keili Tejada López.

II. OBJETIVOS:

a) GENERAL:

1. Educar al Paciente y Familia sobre Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor.
2. Evitar posibles complicaciones de la Hipertensión Arterial.

b) ESPECIFICO:

1. Brindar consejería al Paciente y Familia sobre cambios en el estilo de vida de la persona Hipertensa.
2. Brindar consejería sobre factores de riesgo para la Hipertensión Arterial.
3. Brindar consejería sobre las complicaciones de la Hipertensión Arterial.
4. Brindar consejería sobre el tratamiento Farmacológico.

III. INFORME PROPIAMENTE DICHO:

El día martes 27/01/09, se brindó sesión educativa a la Familia M. S. sobre cuidados de enfermería en Paciente Adulto Mayor con Problemas de Hipertensión Arterial, para brindar la sesión educativa se utilizó un rotafolio.

Se inició la sesión educativa explicando el concepto de Presión Arterial y el valor Normal.

Luego se explicó con ejemplos sencillos que es la Hipertensión, sus factores de riesgo y algunos síntomas relacionados con esta enfermedad. Se educó a la Paciente y su Familia sobre medidas a tener en cuenta para evitar crisis hipertensivas y por ende las complicaciones de éstas.

Se dio a conocer al Paciente y su Familia, los cambios en el estilo de vida de la persona Hipertensa y el tratamiento farmacológico. También se mostró imágenes de colores con ejemplos de alimentos que podía comer y lo que debería evitar para prevenir aumento de la Presión Arterial.

Al finalizar se realizó un pequeño resumen del tema, poniendo énfasis en las medidas preventivas para evitar crisis Hipertensivas.

IV. EVALUACIÓN:

La evaluación se realizó mediante preguntas sencillas, a lo cual la paciente respondió correctamente.

Anexo N° 05:

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA N° 02

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a) **Nombre de la Familia** : Familia M. S.
- b) **Dirección** : Barrio Higos Urco S/N.
- c) **Fecha** : 29/01/09
- d) **Hora** : 04:00 p.m.
- e) **Responsable** : Br. Keili Tejada López.

II. RECURSOS:

a) **R. Humanos:** Br Keili Tejada López.

b) **R. Materiales:**

Tensiómetro.

Estetoscopio.

Termómetro.

Reloj.

III. OBJETIVOS:

General:

1. Coordinar con la paciente y familia sobre la asistencia a una consulta médica y brindar consejería sobre cuidados para evitar lesiones por caídas.

Específicos:

1. Reevaluar a al paciente con Hipertensión Arterial.
2. Brindar consejería a la Paciente y Familia sobre cuidados para evitar lesiones por caídas.
3. Explicar detalladamente la causa del daño ocular.
4. Brindar cuidados de enfermería a la paciente Adulta Mayor con Hipertensión Arterial.

IV. ACTIVIDADES:

1. Explicar el motivo de la visita domiciliaria.
2. Entablar empatía con la paciente y su familia (escuchando sus preocupaciones).
3. Lavarse las manos.
4. Controlar signos Vitales.
5. Brindar consejería sobre medidas para prevenir lesiones por caídas.

V. EVALUACIÓN: La evaluación se realizará mediante preguntas a la Paciente y la Familia.

Anexo N° 06:

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA N° 02

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- a. **Nombre de la Familia** : Familia M. S.
- b. **Dirección** : Barrio Higos Urco S/N.
- c. **Fecha** : 29/01/08
- d. **Hora** : 04:00 p.m.
- e. **Responsable** : Br. Keili Tejada López.

II. INFORME PROPIAMENTE DICHO:

El día jueves 29/01/09 a las 04:00 p.m. Se realizó un segunda visita domiciliaria a la Familia M. S. en el Barrio Higos Urco S/N. se ingresó al hogar, se explico el motivo de la visita, la familia se mostró gustosa de recibirme nuevamente.

Se inició un dialogo con la paciente en la cual expresó sus necesidades, preocupaciones, sus creencias y costumbres de su familia. Luego se controló los signos vitales (Presión arterial de 130/80 mm de Hg, frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.6° centígrados), se evaluó el estado de la mucosa oral y la garganta, lo cual evidenciaba menor inflamación y la paciente refirió disminución de la intensidad del dolor.

Se la habló sobre la posibilidad de acudir a una consulta médica, a lo que respondió que tendría que consultarlo con sus hijos y que lo haría si es que empeoraba el proceso inflamatorio, se acordó en regresar el siguiente día para la respuesta.

Para finalizar se brindó consejería sobre cuidados que se deberían de tener para evitar lesiones por caídas.

Se acordó con la paciente para posteriores visitas, lo cual acepto, finalmente se agradeció a la Familia y Paciente por su colaboración.

III. EVALUACIÓN:

Se realizó la visita domiciliaria a la hora programada y se cumplió con los objetivos propuestos parcialmente.

**ANEXO N° 07:
DIAPOSITIVAS DE
SUSTENTACIÓN.**

DIAPOSITIVA N° 01

**UNIVERSIDAD NACIONAL "TORIBIO
RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS"**

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE
SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**Cuidados de Enfermería a Paciente Adulto
Mayor con Problemas de Hipertensión
Arterial**

Br. Keili Tejada López

DIAPOSITIVA N° 02

PRESIÓN ARTERIAL

**Se define como la
fuerza ejercida
por la sangre
contra cualquier
área de la pared
arterial**



HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

- **Presión arterial sistólica mayor de 130 mm de Hg.**
- **Presión arterial diastólica mayor de 90 mm de Hg.**

ETIOPATOGENIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- **Teoría genética.**
- **Teoría neurógena.**
- **Teoría humoral.**
- **Teoría de autorregulación.**

CLASIFICACIÓN DE HTA

1. Según la magnitud de las cifras tensionales:

3. ATENCIÓN	SIN TRATAMIENTO	CON TRATAMIENTO
140/90	160/100	140/90
130/80	150/95	130/80
120/80	140/90	120/80
110/70	130/80	110/70

CLASIFICACIÓN DE HTA

2. Según el tipo de hipertensión:

- Hipertensión sistólica
- Hipertensión diastólica
- Hipertensión sistodiastólica

3. Según su evolución:

- Fase 1
- Fase 2
- Fase 3

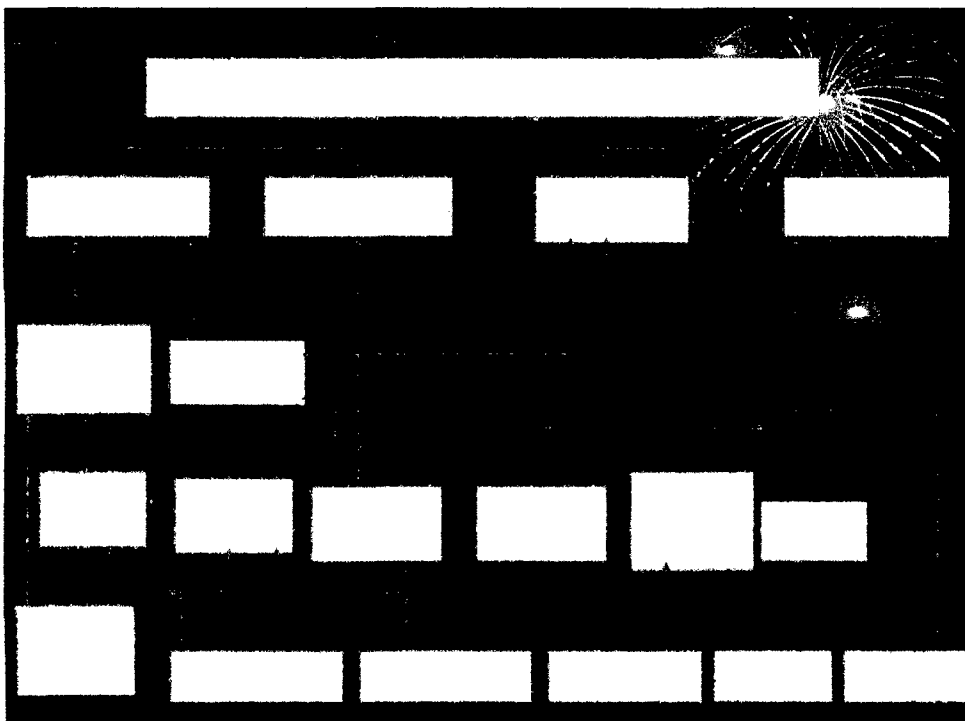
4. Según su etiología:

- Hipertensión Primaria
- Hipertensión Secundaria

DIAPOSITIVA N° 07



DIAPOSITIVA N° 08



PREVENCIÓN DE HTA



- **Todo adulto de más de 40 años debe vigilar periódicamente su tensión arterial.**
- **Evitar la obesidad.**
- **Realizar ejercicio físico regular.**
- **Disminuir el nivel de sal en las comidas.**
- **Reducir al mínimo las grasas animales y consumir verduras, legumbres, fruta y fibra.**

PREVENCIÓN DE HTA



- **No fumar y evitar los ambientes contaminados por humo de tabaco.**
- **Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.**
- **No ingerir en exceso bebidas excitantes como el café, el té, etc.**

TRATAMIENTO DE HTA

Tratamiento no farmacológico

Tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

DIETA HIPOSÓDICA

PESO CORPORAL ADECUADO

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR

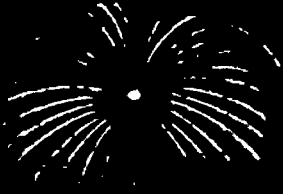


TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HTA

- 1. Diuréticos**
- 2. Bloqueadores beta**
- 3. Inhibidores de la Enzima
Convertidora de Angiotensina
(ECA)**
- 4. Antagonistas del calcio**
- 5. Antagonistas de angiotensina II**
- 6. Bloqueadores alfa**

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Aterosclerosis
Insuficiencia cardiaca
Infarto de miocardio
Retinopatía
Hemorragia cerebral
Encefalopatía
Insuficiencia renal



**PROCESO DE ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE ADULTO
MAYOR CON
HIPERTENSIÓN
ARTERIAL.**



VALORACIÓN

Adulta mayor de 79 años, sexo femenino, con diagnóstico médico de hipertensión arterial.

Al examen físico: Dolor en la garganta.

Funciones vitales: P.A de 130/80 mm de Hg, F.C de 70 por minuto, F.R de 20 por minuto, T° de 36.4°C.

Peso de 55 Kg.

Talla de 148 cm.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Dolor R/C proceso inflamatorio S/A amigdalitis M/P fascie de dolor a la palpación y expresión verbal “me duele la garganta, no puedo pasar la saliva”.
- Riesgo a la alteración en el mantenimiento de la salud R/C déficit de conocimiento a cerca de la presión arterial, restricciones en la dieta, medicación, factores de riesgo y cuidados de seguimiento.
- Riesgo a lesión R/C déficit en el campo visual S/A daño en la retina por Hipertensión arterial.

EJECUCIÓN DEL PAE

Se realizó mediante visitas domiciliarias en las siguientes fechas:

- ~ **Martes 27/01/09**
- ~ **Jueves 29/01/09**
- ~ **Viernes 30/01/09**
- ~ **Lunes 02/02/09**

EVALUACIÓN DEL PAE

- **VALORACIÓN**
- **DIAGNÓSTICO**
- **PLANIFICACIÓN**
- **EJECUCIÓN**
- **EVALUACIÓN**

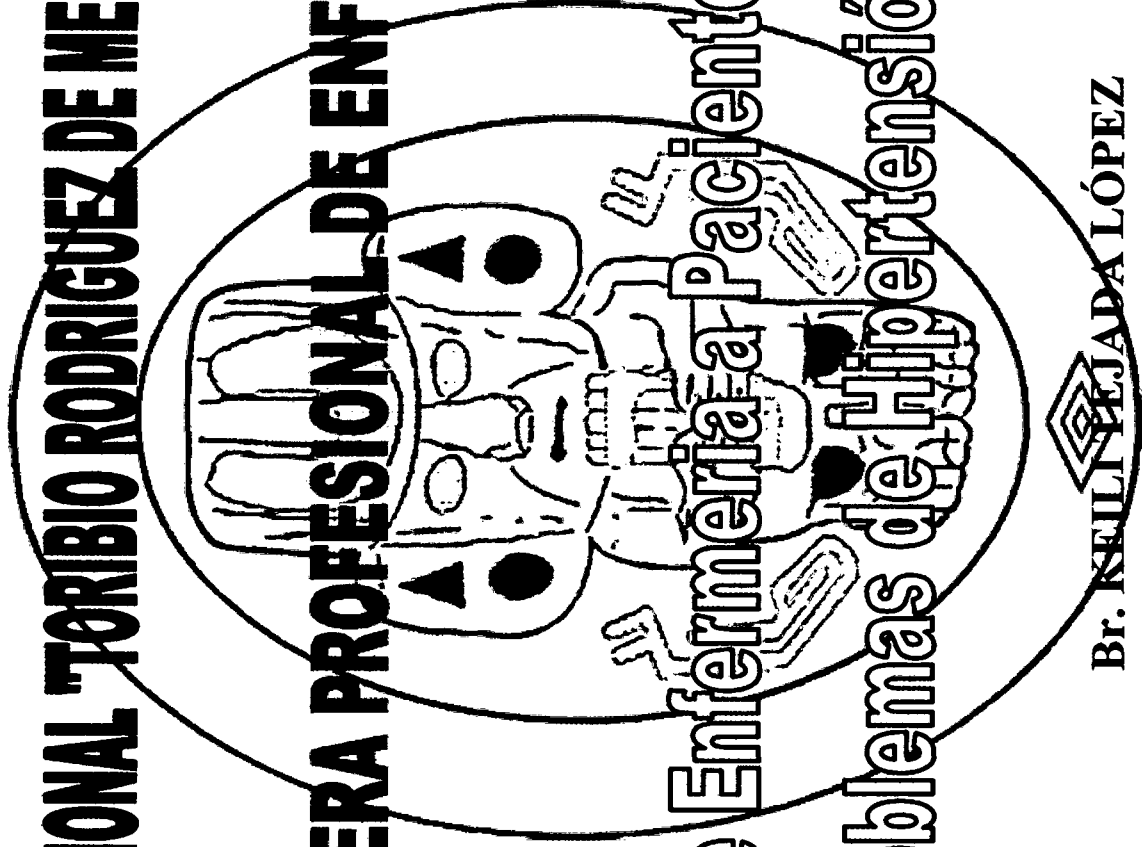
GRACIAS

ANEXO N° 08:
ROTAFOLIO

UNIVERSIDAD NACIONAL "TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS"

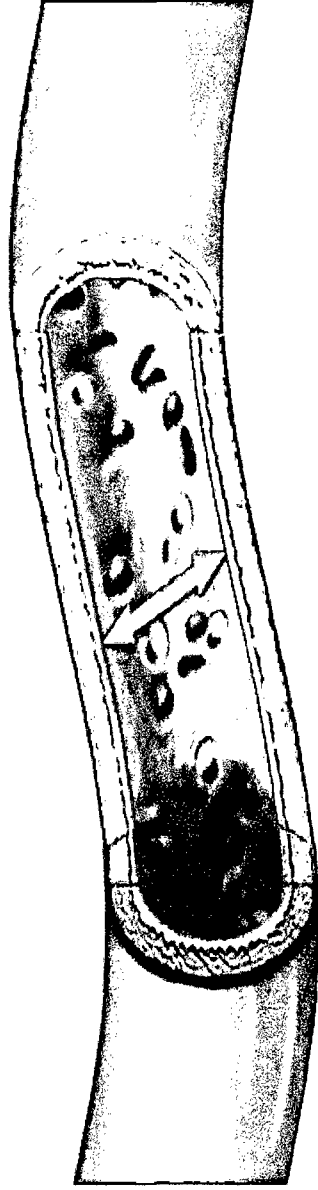
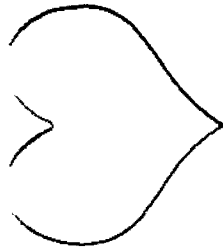
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**Cuidados de Enfermería a Paciente Adulto Mayor
con Problemas de Hipertensión Arterial.**



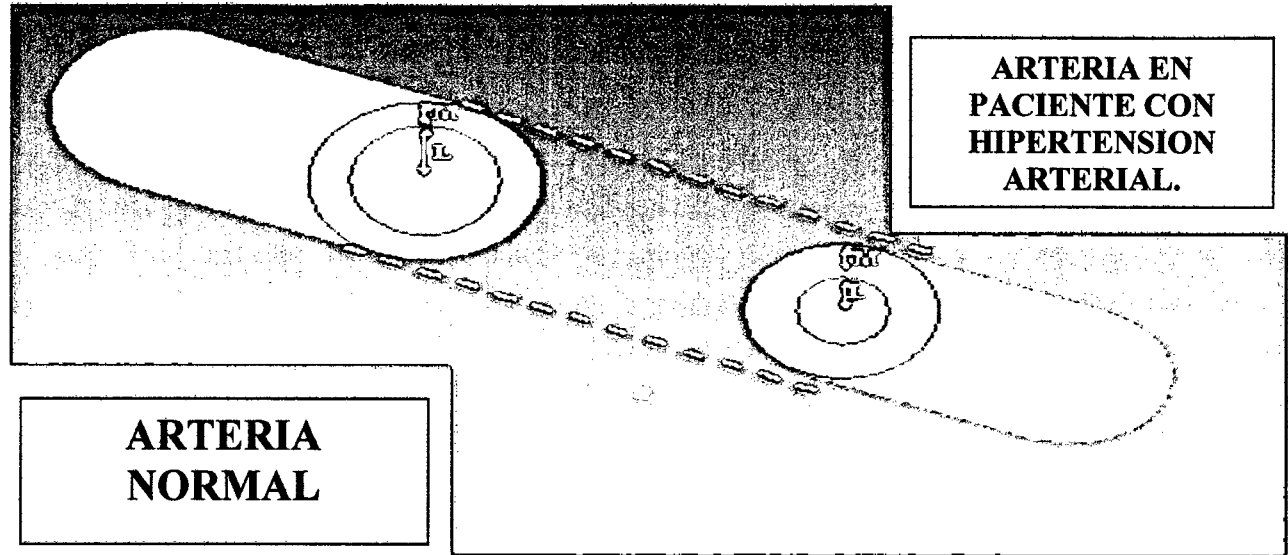
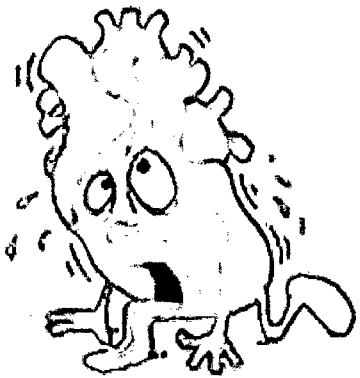
Br. KEULI PEJADA LÓPEZ

PRESION ARTERIAL.



PRESION ARTERIAL NORMAL
120/80 mmHg.

HIPERTENSION ARTERIAL



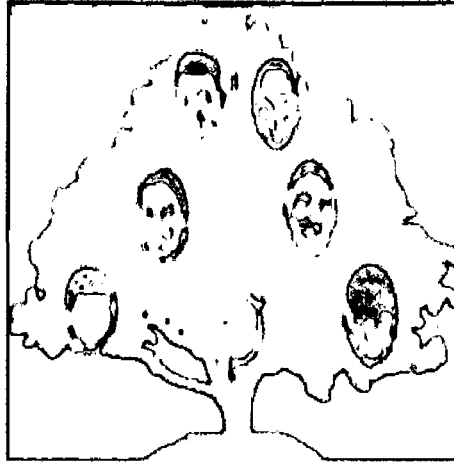
HIPERTENSION ARTERIAL
MAYOR DE 140/90 mmHg.

FACTORES DE RIESGO

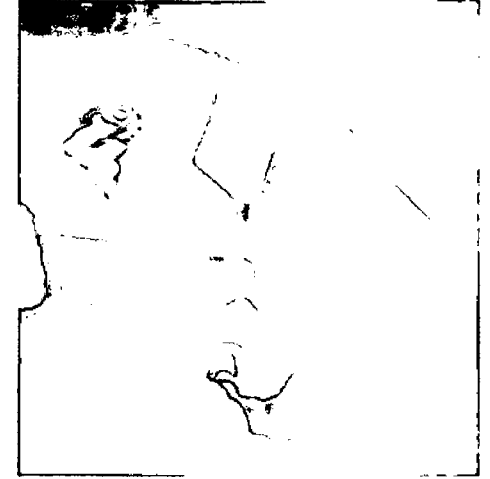
EDAD.



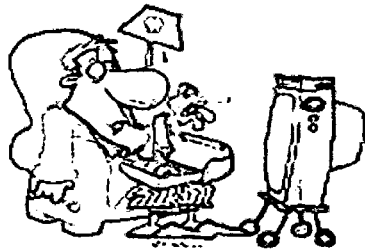
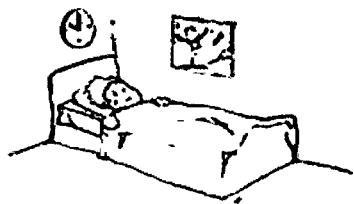
ANTECEDENTES FAMILIARES.



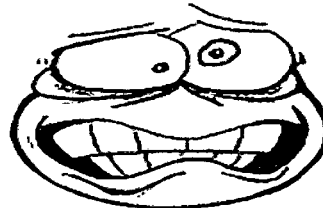
OBESIDAD.



VIDA SEDENTARIA.



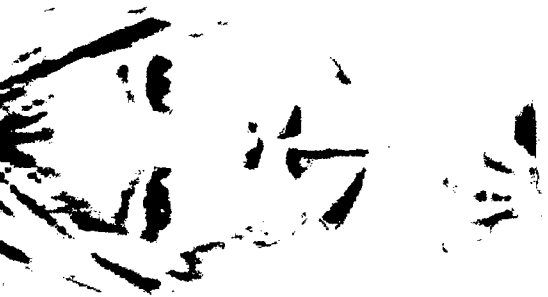
ESTRÉS.



ESTILO DE VIDA.



TAASSTINGI MINGI



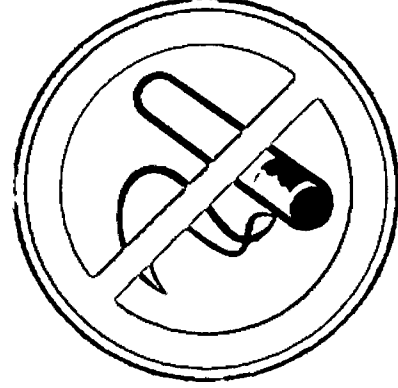
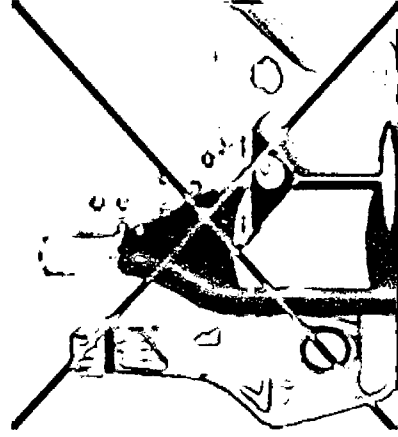
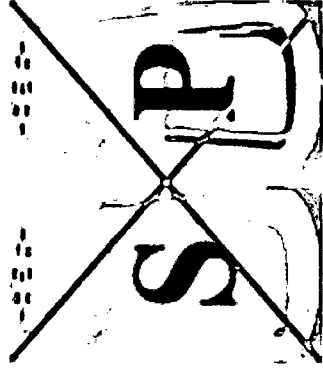
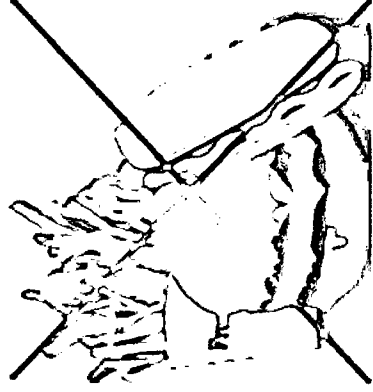
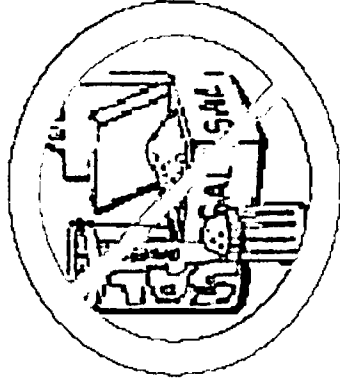
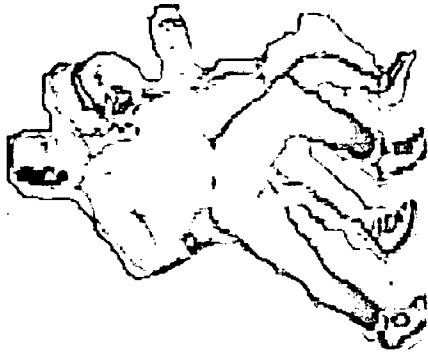
**Dolor
de
Cabeza**

Mareos

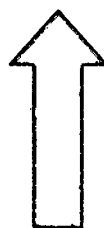
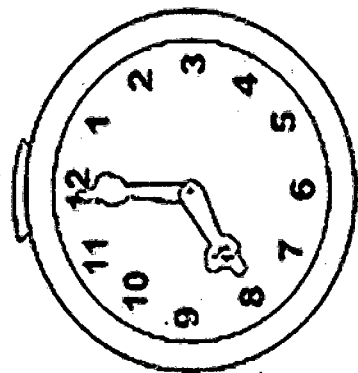
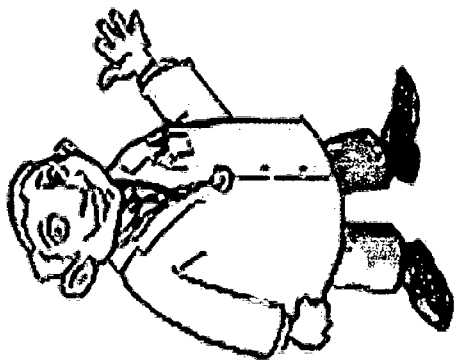
Debilidad

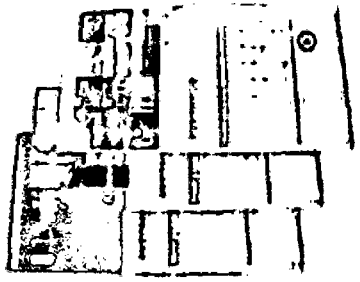
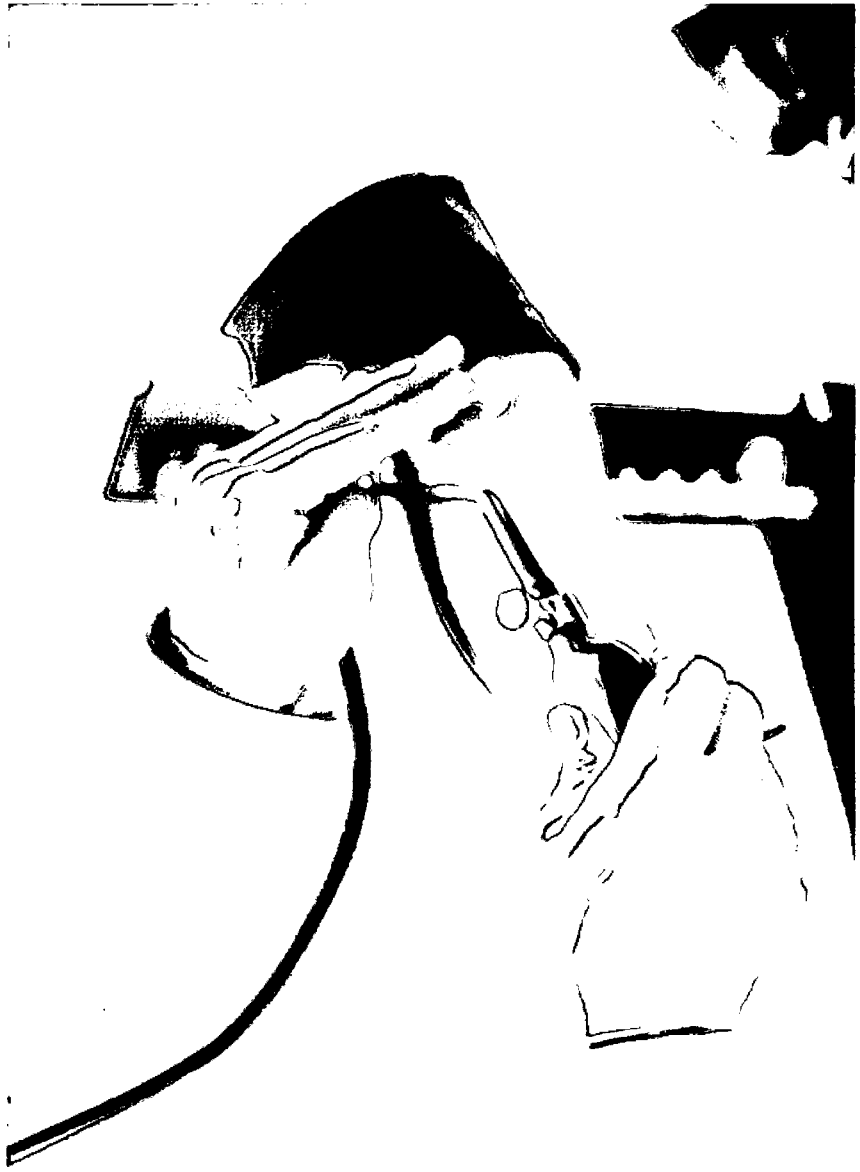
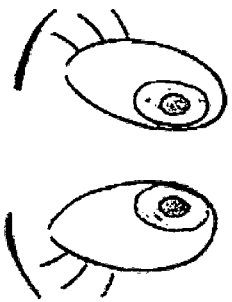
TRATAMIENTO

1. Modificar el estilo de vida:



2. Farmacoterapia:



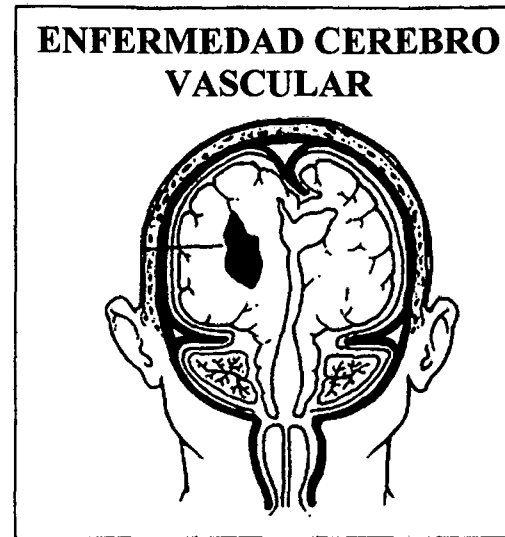


COMPLICACIONES.

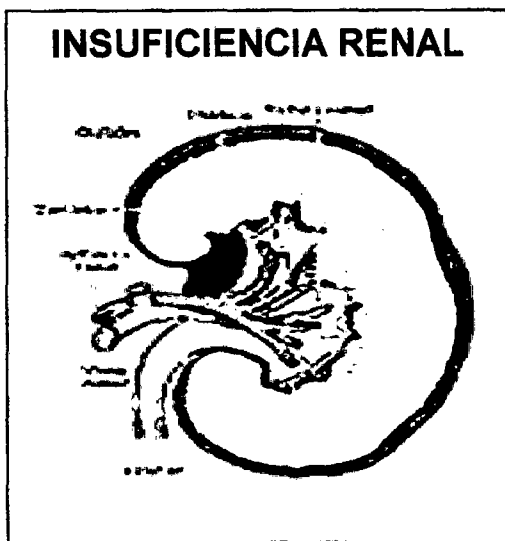
**INFARTO DE
MIOCARDIO**



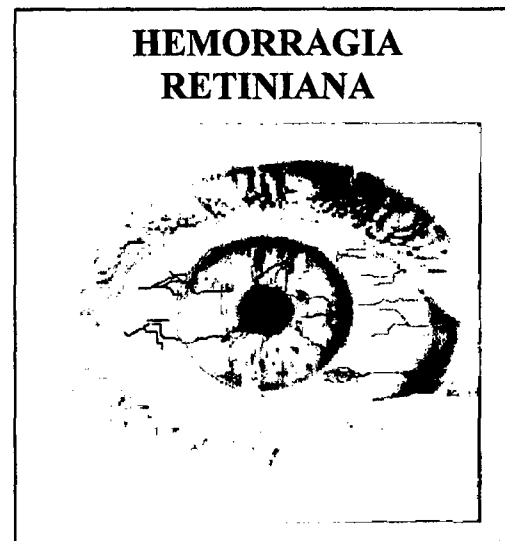
**ENFERMEDAD CEREBRO
VASCULAR**



INSUFICIENCIA RENAL

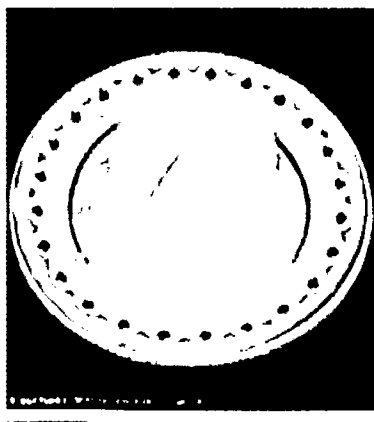
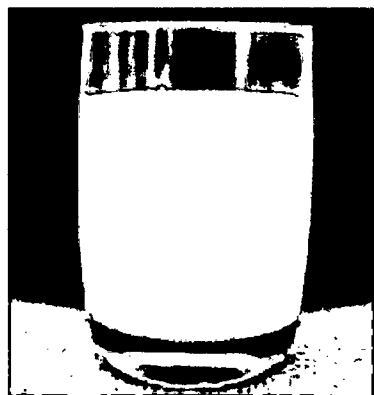


**HEMORRAGIA
RETINIANA**

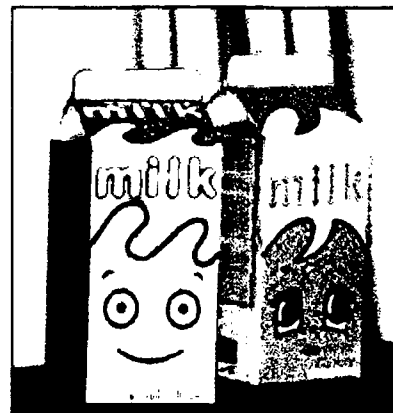


RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN.

COMER:



EVITAR:



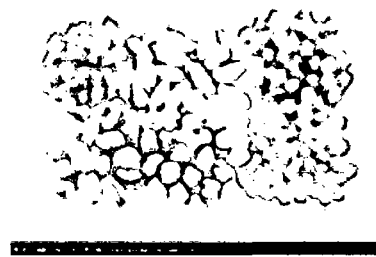
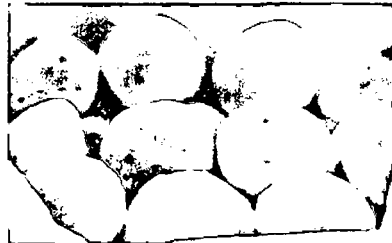
RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN.

COMER:

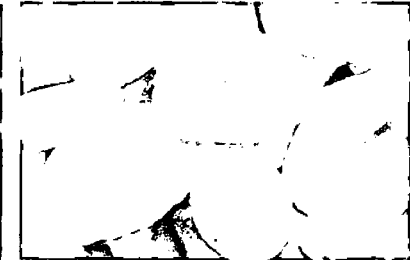
EVITAR:

RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN.

COMER:



EVITAR:

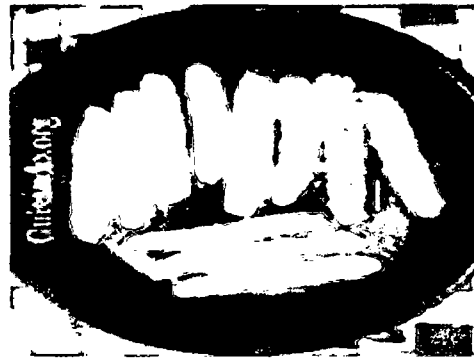
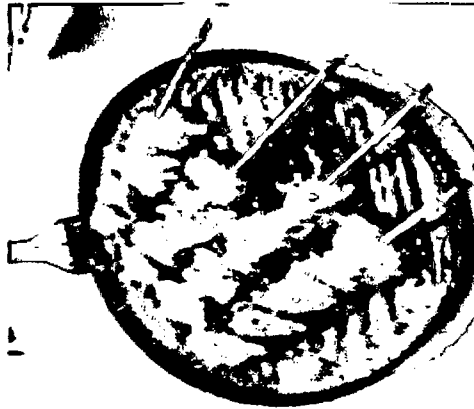
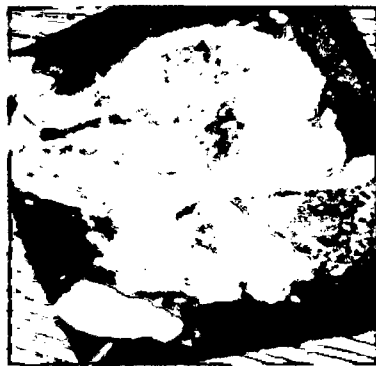


RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN.

COMER:



EVITAR:



NO OLVIDAR

