

41

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
DE UN PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL



QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

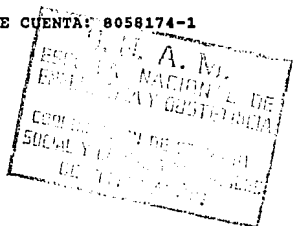
P R E S E N T A

GARCIA VASQUEZ BLANCA MARTHA

No. DE CUENTA: 8058174-1

FALLA DE ORIGEN

México, D.F.,



1994.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
DE UN PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

GARCIA VASQUEZ BLANCA MARTHA


ASESORA ACADEMICA
LIC. SUSANA ROSALES BARRERA

DEDICATORIA

A mis padres porque me han brindado apoyo de todo tipo para el logro de mi objetivo.

A mis hermanos que tuvieron confianza en mí.

A mi esposo y mis hijos que han compartido de este esfuerzo.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso por permitirme llegar a la meta profesionalmente.

A las personas que colaboraron en mi formación profesional.

A la Lic. Susana Rosales Barrera por dedicarme todo su tiempo disponible en la asesoría de éste trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
MARCO TEORICO	3
Epidemiología	3
Historia natural de la hipertensión arterial	7
Diagnóstico	12
Tratamiento	19
Fármacos	23
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	32
Presentación del caso	32
Etapas del proceso de atención de enfermería	32
Diagnóstico de enfermería	35
Plan de atención de enfermería	35
Evaluación	46
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFIA	48

INTRODUCCION

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos comunes que causan morbimortalidad alta en nuestro país.

Hay situaciones que desencadenan este padecimiento, tales como la prevalencia alta que nos indica la proporción de pacientes, con hipertensión arterial en las diferentes comunidades, los daños que ocasiona en los diferentes órganos (riñón, corazón, cerebro, etc.); las características epidemiológicas (la herencia, obesidad, edad, raza, hábitos higiénico-dietéticos), los padecimientos predisponentes como la diabetes, sacarina, gota primaria, alcoholismo, tabaquismo, etc.

Por tal razón nació el interés de elaborar un proceso de atención de enfermería simultáneamente con la atención de un paciente con hipertensión arterial, considerando la metodología respectiva, a fin de dar una atención eficiente y por consiguiente participar en su recuperación y reincorporación a la sociedad.

Debido a su naturaleza epidemiológica, la hipertensión arterial sistémica es necesariamente una condición que se debe detectar desde el primer nivel de atención a la salud. Recae entonces en los médicos generales, familiares y comunitarios, la enorme responsabilidad de conocer y manejar de forma adecuada esta enfermedad que provoca un sin número de muertes y lesiones incapacitantes en hombres y mujeres, algunos de ellos en la etapa más productiva de la vida.¹

¹Meaney E. Hipertensión arterial sistémica. Tomo I, p 5

OBJETIVOS

- 1.- Ampliar y profundizar conocimientos sobre la hipertensión arterial.
- 2.- Ofrecer una atención de enfermería eficaz y eficiente a un paciente con hipertensión arterial.
- 3.- Elaborar un trabajo previo a la titulación.

MARCO TEORICO

EPIDEMIOLOGIA

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más frecuentes en las poblaciones contemporáneas, aunque su prevalencia varía considerablemente entre diversas comunidades, hecho que expresa diferencias genéticas y ambientales. A cada nivel creciente de la presión arterial corresponde una mayor incidencia de accidentes vasculares.

A partir de los valores 140 mm Hg para la presión sistólica y 85 mm Hg para la diastólica, hace que pequeños incrementos de la presión arterial acarreen considerablemente aumentos en la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad vascular en general, y la coronaria en particular.

Las cifras de presión arterial aumentan paulatinamente con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Existe el fenómeno de "encarrilamiento" en los sujetos que en edades tempranas tenían las cifras más altas de presión arterial; tienden a conservar el mismo "carril" en la edad adulta y tienen mayor presión arterial que los contemporáneos que tuvieron cifras mas bajas cuando jóvenes.

El consumo dietario de sal es importante y determinante de la hipertensión arterial en cada individuo de diferentes regiones. No proviene del salero, sino de alimentos procesados.

Además de la sal hay otros componentes de la dieta ligados a la hipertensión arterial como son la ingestión de potasio y calcio. La presión arterial también tiene una relación estrecha con el peso corporal.

La expansión del volumen extravascular, la sensibilidad de la sal y el aumento de tono adrenérgico, explica la relación entre el peso corporal.

La obesidad central, de tipo "masculino" (mayor perímetro abdominal que pélvico) se asocia epidemiológicamente a intolerancia a los carbohidratos, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, y mayor riesgo vascular.

La hipertensión arterial leve y moderada es una condición esencialmente asintomática. La única importancia de la enfermedad radica en el daño vascular que provoca en diferentes órganos clave de la economía por lo que, aún en modestos ascensos de las cifras de 152/95 mm Hg están asociadas a un aumento de la mortalidad del 50%, al cabo de 20 años. La hipertensión sistólica es el más poderoso predictor de enfermedades coronarias, en los dos sexos y en todos los grupos de edad.

A diferencia de otros factores de riesgo, como el colesterol y el tabaquismo, cuyo impacto se atenúa con la edad, la presión arterial mantiene su capacidad patogénica en los viejos.

En el pronóstico del paciente hipertenso se menciona también que hay hipertrofia ventricular izquierda; la cual se asocia a una mayor incidencia de arritmias ventriculares y muerte súbita, aparte de que facilita la presentación de insuficiencia cardiaca sistólica y diastólica.

Por último se mencionará que un factor amplifica el poder patogénico del otro, por lo que, hay un efecto multiplicador del riesgo como ejemplo tenemos la interrelación entre hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo que consideran múltiples aspectos patogénicos de la aterosclerosis y a fundamentar su control epidemiológico en la reducción de factores de riesgo aterogénico. La diabetes mellitus, aunque por sí misma no ejerce un efecto mayor, duplica el riesgo de todas la complicaciones vasculares, principalmente en las mujeres.

El tratamiento antihipertensivo, ha modificado la historia natural de la enfermedad hipertensiva y mejorada notablemente en el pronóstico de los pacientes hipertensos.

Se dice que el 37 y 51% de hombres y mujeres que mueren de problemas cardiovasculares, tienen hipertensión arterial, los cuales van registrando cifras mayores de 160/100 mm Hg.

El aumento de calcio en los miocitos vasculares incrementa la fuerza de contracción, las resistencias arteriales y como consecuencia la presión arterial. Así mismo aumenta la filtración glomerular, inhibe la bomba de sodio en el corazón y en las terminaciones adrenérgicas.

Se encuentra aumentada la actividad de la proteincinasa "C" que es un activador del sistema de señales de fosfoinositol (se encuentra principalmente en el tejido nervioso).

Conforme avanza la edad y el proceso hipertensivo, se hace añoso, las resistencias se elevan paulatinamente, el gasto cardíaco se normaliza y luego decae, la presión arterial se eleva sostenidamente y entonces se produce hipertrofia e hiperplasia de las paredes vasculares.

La cardiopatía hipertensiva se complica con insuficiencia cardíaca cuando es más alto el nivel de las resistencias y más bajo el gasto cardíaco.²

²Meaney E. Hipertensión arterial sistémica. Tomo I, Pp 51-55

HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial en el adulto se refiere a la elevación persistente de la presión arterial por arriba de las cifras normales, siendo éstas las que fluctúan de los 120/80 mm Hg; es decir, que se considera elevada la presión arterial cuando rebasa cifras de 140/90 mm Hg; para la OMS el límite es de 155/100 mm Hg. Cuando la presión arterial se eleva sin causas aparentes se denomina hipertensión arterial esencial.

Hay situaciones en las que se presentan variantes de la presión arterial tales como las emociones, el dolor, el ejercicio físico, la posición, el coito y el reposo.

Se mencionan como características epidemiológicas la herencia, obesidad, edad, raza, ingestión de sodio; otros factores son diabetes sacarina, gota primaria, desadaptación psicosocial, personalidad introspectiva, dureza del agua y también el alcoholismo.

En las últimas horas de la madrugada se presentan cifras menores y un incremento considerable de las primeras horas de la mañana y en las últimas de la tarde.

El aumento de las resistencias periféricas depende de la hipertrofia de los vasos.

Todo esto va originar complicaciones en el individuo a nivel de corazón, riñón, pulmón y cerebro.

Este problema generalmente ocasiona daño a nivel de corazón, riñón en las arterias y en ojos; presentando complicaciones tales como aterosclerosis, ecefalopatía hipertensiva, edema agudo de pulmón y hemorragias retinianas.

La hipertensión arterial grave predispone al daño renal y a hemorragias retinianas y cerebrales. También se le conoce como el asesino silencioso, ya que la mayoría de los individuos con hipertensión arterial desconocen ser portadores de la misma siendo asintomáticos. Con ésto puede aparecer la muerte súbita.

La historia natural de la hipertensión arterial comprende dos períodos: el prepatogénico y el patogénico.

En el período prepatogénico se consideran los factores del agente, del huésped y del ambiente y con los que de alguna manera van a predisponer al paciente a adquirir la enfermedad. Del período patogénico podemos mencionar que se trata de la enfermedad en sí y que ésta se desarrolla llegando así a cada etapa de curación o bien de rehabilitación.

- 1) Período prepatogénico.- La predisposición es elemento causal de hipertensión arterial ejemplo: hijo de padres normotensos desarrollan hipertensión arterial en la edad adulta y si ambos padres sufren este

problema el índice del padecimiento es mayor.

La edad en que se presenta este problema es a partir de los 30 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres.

Además de éste factor concurren otros como la ingestión excesiva de sal y las influencias excitatorias emocionales inducidas por el estrés psicosocial.

La incapacidad funcional del riñón para manejar la sobrecarga de sal es un mecanismo básico, aunque hay individuos resistentes a la ingestión salina que incluso pueden elevar las cifras de presión arterial.

El riñón tiene una capacidad muy grande para excretar el exceso de sodio y agua. En la influencia excitatoria y psicoemocional de un paciente hipertenso, las concentraciones de sodio son mayores que en los sujetos normotensos por lo que su respuesta a diferentes tipos de estrés, es también mayor.¹

- 2) Período patogénico.- Las causas de la hipertensión arterial generalmente son de tipo:

- Urinario: En el aspecto vascular cuando existe estenosis u oclusión de la arteria renal; y en el parenquimatoso, la glomerulonefritis crónica, nefritis intersticial crónica, enfermedad renal poliquística.

¹Op. cit. Pp 41-45

- Endócrino: La alteración en las glándulas suprarrenales (feocrocitoma, síndrome de Cushing e hiperaldosteronismo); en las de hipófisis (tumores y acromegalia); en las del páncreas cuando hay diabetes sacarina no controlada.

- Cardiovascular: Ante la presencia de coartación de la aorta y aumento del volumen intravascular.

- Diversos: Otras causas que pueden generar la hipertensión arterial son la toxemia, anticonceptivos orales, hipercalcemia y aumento de la presión intracraneal.

Estas afectan al organismo en diferentes sistemas corporales ocasionando signos y síntomas asociados, los cuales pueden estar asociados con posibles padecimientos.⁴

⁴Odell P. D., Bowen R. M. Estudio clínico integral. Pp 390-391

Sistema cardio- respiratorio	Tos	Puede asociarse con insuficiencia cardiaca izquierda temprana.
	Dolor torácico	Puede asociarse con insuficiencia arterial coronaria.
	Dificultad respiratoria, disnea paroxística nocturna y ortopnea	Insuficiencia del ventrículo izquierdo.
	Sibilancias	Puede asociarse con insuficiencia cardiaca congestiva, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con broncospasmo.
	Edema	Puede asociarse con insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal o cirrosis.
Sistema nervioso central	Trastornos visuales, entumecimiento, zumbido de oídos y mareos	Puede ser secundario a isquemia transitoria del tejido cerebral.
	Debilidad, parálisis e incontinencia	puede ser secundario o accidente vascular cerebral.
Aparato genitourinario	Hematuria	Puede asociarse con participación renal.
	Nicturia	Puede asociarse con edema, insuficiencia renal crónica u obstrucción parcial; también puede ser un signo temprano de insuficiencia cardiaca congestiva.

DIAGNOSTICO

Este se realiza mediante un examen clínico con énfasis en lo que respecta al aparato cardiovascular, exámenes de laboratorio y de gabinete.

En el examen clínico se enfatizará en el interrogatorio por medio de la entrevista valorando el nivel de conciencia del paciente, siendo así de importancia en el caso de ser un paciente senil, ya que puede presentar confusión o lentitud del estado mental. La historia clínica debe abarcar los aspectos siguientes:

1.- Duración de la hipertensión

- a) Última cifra conocida de presión arterial
- b) Evolución de las cifras tensionales

2.- Tratamiento previo de la hipertensión

- a) Medicamentos: tipos y dosis
- b) Efectos colaterales

3.- Ingesta de agentes que pueden provocar hipertensión

- a) Estrógenos
- b) Simpaticomiméticos
- c) Esteroides suprarrenales
- d) Ingesta excesiva de sodio
- e) Drogas ilícitas

4.- Historia familiar

- a) Hipertensión primaria
- b) Enfermedad o muerte cardiovascular prematura
- c) Enfermedades familiares: feocromocitoma, enfermedad renal, diabetes, gota.

5.- Antecedentes del paciente

- a) Hipertensión
- b) Diabetes mellitus
- c) Gota, hiperuricemia.
- d) Cardiopatía isquémica
- e) Accidente cerebrovascular
- f) Ocupación y medio ambiente de desarrollo del paciente
- g) Hábitos dietéticos
- h) Actividad física

6.- Síntomas de causa secundaria

- a) Debilidad muscular
- b) Crisis de taquicardia, sudoración, temblores
- c) Adelgazamiento de la piel
- d) Dolor en el flanco

7.- Síntomas de daño a órganos blanco

- a) Ceguera o debilidad transitoria
- b) Disminución de la agudeza visual
- c) Dolor torácico
- d) Disnea

e) Claudicación de extremidades

8.- Función sexual⁵

En el examen físico tomar la presión arterial en ambos brazos y comparar para determinar si las presiones están arriba de 150 mm Hg para la sistólica y de 110 mm Hg para la diastólica; también se tomará la presión en decúbito y en posición sedente.

Los aspectos más importantes a considerar durante la exploración física son:

- 1.- Medición confiable de la presión arterial
- 2.- Aspecto general: distribución de la grasa corporal, lesiones cutáneas, fuerza muscular, estado de alerta.
- 3.- Fondo de ojo para investigar hemorragia retiniana
- 4.- Cuello, palpación y auscultación de las carótidas, exploración del tiroides, plétora yugular.
- 5.- Corazón: área precordial, latido apexiano, soplos, tercer o cuarto ruidos.
- 6.- Pulmones: Estertores, derrames.

⁵Meaney E. Hipertensión arterial sistémica. Tomo I p 63

7.- Abdomen: masas renales, soplos vasculares aórticos, renales, femorales, aneurismas.

8.- Extremidades: edemas, pulsos arteriales.

En el paciente anciano las lecturas pueden ser un poco más elevadas, sobre todo la sistólica ya que hay un engrosamiento de las paredes arteriales y pérdida de su elasticidad. Medir la frecuencia cardiaca en 60 segundos en la punta y radial. Tomar en cuenta que el paciente envejece y el aumento del tono vagal hace que los latidos cardíacos sean más lentos.⁶

En cuanto a exámenes de laboratorio y gabinete no es posible ni necesario realizar en todos los pacientes con hipertensión arterial, un extenso protocolo de estudios de laboratorio y gabinete. Estos exámenes sirven para establecer causas secundarias, objetivar el daño funcional de los órganos blanco, evaluar el impacto del tratamiento sobre algunas variables bioquímicas o hemodinámicas y detectar otros factores de riesgo concurrentes. Los exámenes indispensables son pocos, sencillos y relativamente baratos, la determinación del hematocrito permite detectar la anemia de la insuficiencia renal o la policitemia, que puede agravar el estado hipertensivo. La medición de la glucemia, es esencial ya que la hipertensión arterial y diabetes mellitus constituyen un binomio con múltiples ligas etiopatogénicas.

⁶Op cit. p 64

El señor Agustín Vela Huerta recomienda que para la evaluación del paciente hipertenso existen exámenes indispensables, necesarios, opcionales.

INDISPENSABLES:

Hematocrito, glucosa, creatinina, potasio sérico, colesterol total, sedimento urinario.

NECESARIOS:

Hemocitológico completo, sodio, calcio, cloro, urea, ácido úrico, triglicéridos, colesterol LDL, colesterol HDL, electrocardiograma, teleradiografía de tórax y ecocardiograma.

OPCIONALES:

Cardiovascular:

Monitoreo ambulatorio de la presión arterial, prueba de esfuerzo en banda sin fin y gamagrama perfusorio del miocardio.

Renal:

Urografía excretora, depuración de creatinina, ultrasonido renal, gamagrafía renal y arteriografía.

Neurológico:

TAC cerebral y ultrasonido carotídeo.

Endocrinológico:

Determinación de catecolaminas urinarias y plasmáticas, determinación de la actividad de renina plasmática y de la vena renal y perfil tiroideo.

La determinación de creatinina, establece la insuficiencia del riñón y el sedimento urinario señala datos de infección renal o daño parenquimatoso. También es imprescindible la medición de potasio sérico, pues la ausencia de una fuente precisa de pérdida de potasio son los diuréticos, la nefritis o la diarrea; la hipokalemia es sugestiva de hiperaldosteronismo primario.

La determinación de colesterol total es aconsejable en cualquier sujeto, en virtud de que es el factor de riesgo que más aceptadamente predice la ocurrencia de la enfermedad aterosclerosa.

Hay otra categoría de exámenes que son necesarios pero no indispensables para la correcta caracterización del paciente hipertenso: la biometría hemática completa amplía el conocimiento sobre la salud general y define mejor el tipo de anemia, en caso de que exista. El ácido úrico es esencial para determinar si existe hiperuricemia. El resto del perfil lipídico establece mejor el tipo de trastorno de los lípidos.

El electrocardiograma puede mostrar datos de hipertrofia ventricular izquierda (factor adverso en el paciente con hipertensión arterial primaria), aunque es poco sensible para detectarla. En algunos pacientes puede ser útil para el diagnóstico de cardiopatía isquémica. La teleradiografía de tórax solo es de utilidad cuando hay antecedentes de tabaquismo de larga evolución o antecedentes de enfermedad pulmonar, también es bastante

insensible para detectar grados modestos de hipertrofia ventricular izquierda. En cambio la ecocardiografía M, bidimensional y Doppler ha demostrado ser un excelente método no invasivo, con gran sensibilidad para detectar grados incipientes de hipertrofia ventricular y sus consecuencias funcionales. Los estudios opcionales dependen en gran parte de los resultados de la evaluación clínica y de los estudios iniciales de laboratorio, y gabinete. Además se seleccionarán de acuerdo a las sospechas clínicas. Estos pueden ser prueba de esfuerzo, estudios renales, toma de muestras de sangre. Parte de estos estudios se reserva para los pacientes que presentan resistencia al tratamiento o algunas características de hipertensión secundaria.⁷

El electrocardiograma tiene como finalidad evaluar la eficacia de medicamentos cardíacos como glucósidos, cardiotónicos, antiarrítmicos, antihipertensivos y vasodilatadores.¹

⁷Op cit. Pp 64-66

¹Hamilton H. K., Rose M. B. Diagnóstico clínico. p 955

TRATAMIENTO

El tratamiento al paciente con hipertensión arterial debe abarcar la aplicación de medidas preventivas a pesar de que éste padecimiento exista y lo concerniente a fármacos, dieta, ejercicio y apoyo psicológico.

En el primer nivel de atención es primordial el interés que debe tenerse al respecto a éste padecimiento ya que se puede hacer mucho por la población y así disminuir la morbimortalidad de gran parte de ésta.

Realizar encuestas, visitas domiciliarias, pláticas, etc. Orientar a la población que asiste a las diferentes dependencias del Sector Salud, sobre la importancia que tienen los factores predisponentes que causan la hipertensión arterial tales como medidas higiénico-dietéticas, control del estado emocional, constancia en el control médico, registro de cifras tensionales durante un período de tiempo, etc. En sí lo que tratamos de hacer en este nivel de atención, es promover la salud.

Realizar un estudio poblacional para una detección precoz del paciente hipertenso, los intervalos entre las determinaciones de la presión arterial son:

- En niños mayores de 3 años con historia familiar de hipertensión arterial, hay que tomar la presión arterial una vez al año.

- En adultos sin factores de riesgo sobreañadido:
 - a) Si son menores de 50 años: una vez al año.
 - b) Si son mayores de 50 años: una vez cada seis meses.

- En adultos con factores de riesgo sobreañadido o hipertensión arterial lábil y determinará el intervalo según el caso.

La educación primaria es importante ya que incide sobre caminos de no cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Su objetivo es responsabilizar al paciente para que voluntariamente adopte las recomendaciones que le son más beneficiosas para su salud.

Las técnicas educativas específicas (entrevista individual, métodos audiovisuales, técnicas dinámicas de grupo, etc.), se diseñarán a partir de los recursos disponibles, la población a la que van dirigidas y características del problema detectado.⁹

En el segundo nivel de atención a la salud ya se tienen detectados a los pacientes hipertensos y se les hace seguimiento para que en determinado tiempo se canalicen si es necesario al tercer nivel de atención a la salud, para ser controlados por un médico especialista en medicina interna mediante su historia clínica, resultados de laboratorio y gabinete en forma periódica, así como la adaptación de un tratamiento farmacológico. Se envían al servicio de nutrición donde le orientarán con respecto a la

⁹Ruiz de Adana R. Pp 82-83

suspensión, adecuación o sustitución de alimentos que modifiquen su estado patológico.

El autor Aranda Lara P. sugiere que la orientación dietética al paciente hipertenso sea como a continuación se describe:

ALIMENTO	PERMITIDOS DIARIAMENTE	CON MODERACION	EVITAR
PESCADOS	PESCADOS BLANCOS, MERLUZA, BACALAO, MERO, PESCADOS AZULES, SARDINA, ATUN, SALMON CABALLA.	PESCADOS FRITOS EN ACEITES NORMALES, OSTRAS, WEJILLONES, LANGOSTA	HUEVOS DE PESCADO. PESCADOS FRITOS EN GRASA.
FRUTAS Y VERDURAS	VERDURAS FRESCAS Y CONGELADAS, MAIZ, LEGUMBRES, LENTEJAS, PAPAS HERVIDAS. COMER LA PIEL CUANDO SEA POSIBLE. FRUTA FRESCA Y SECA.	PAPAS FRITAS Y ASADAS, PERAS Y FRUTAS EN ALMIBAR. FRUTAS CRISTALIZADAS.	PAPAS FRITAS O ASADAS EN GRASA O ACEITE NO PERMITIDO.
FRUTAS SECAS	MUECES Y CASTANAS	ALMENDRAS Y AYELLANAS	COCO
CEREALES	HARINA, PAN Y CEREALES INTEGRALES PASTAS INTEGRALES. ATOLES DE AVENA, ARROZ Y MAIZ, SIN LECHE O MEDIADO.	HARINA Y PAN BLANCO, CEREALES AZUCARADOS DE DESAYUNO, ARROZ BLANCO, PASTAS Y GALLLETAS SEMI DULCES.	PAN ELABORADO (DE DULCE, PASTELLOS).
POSTRES	SIN GRASAS, GELATINA, SORBETES, PUDIN DE LECHE DESNATADA, YOGURTH DESNATADO Y CREMAS DESNATADAS.	TARTAS, PASTELES, GALLETAS, SALSAS CON POCA MARGARINA O ACEITE.	TARTAS, PASTELES O GALLETAS COMERCIALES, MANTEQUILLA Y SALSAS DE NATA. HELADOS, BOCADILLOS FRITOS EN GRASA O ACEITE.
BEBIDAS	TE, CAFE CON LECHE DESNATADA, AGUA MINERAL, REFRESCOS SIN AZUCAR, CONSOME, SOPAS DE VERDURAS, CASERAS Y CERVEZA BAJA EN ALCOHOL	REFRESCOS DULCES, BEBIDAS DE CHOCOLATE BAJA EN GRASA, SOPAS DE CARNE. BEBIDAS ALCOHOLICAS.	CAFE, BATIDOS DE CHOCOLATE, SOPAS CON NATA.
DULCES	EDULCORANTES SIN AZUCAR, SACARINA	MERMELADAS, MIEL, MAZAPAN, CARAMELOS, MENTAS, GLUCOSA, FRUCTUOSA, SORBITOL Y AZUCAR.	CHOCOLATE, BOMBONES, COCO, CHOCOLATINAS.
ESPECIAS Y SALSAS	MOSTAZA, PIMIENTA Y VINAGRE, ADEREZOS BAJOS EN GRASA, LIMON, YOGURTH DESNATADO, MAYONESA LIGTH.	CARNE Y PESCADO DE LATA, SALSAS EMBOTELLADAS, EMBUTIDOS, ADEREZOS NORMALES DE ENSALADA, MAYONESA O SALSAS DE SOYA.	NATA O SALSAS CON QUESO
GRASAS	TODAS LAS GRASAS DEBEN SER LIMITADAS	ACEITES O MARGARINAS VIRGENES O Puros, ACEITE VEGETALES DE MAIZ, DE GIRASOL, DE OLIVA. QUESOS PARA UNTAR BAJOS EN GRASAS	MANTEQUILLA, GRASA, ACEITE DE COCO, MARGARINAS QUE NO SEAN LIGTH, ACEITES DE COCINAR O DE ORIGEN DESCONOCIDO, TOCINO.
CARNES	POLLO, PAYO, TERNERA, CONEJO.	CARNE VACUNA, JAMON, CERDO, CORDERO, HIGADO.	GRASA VISIBLE EN LA CARNE, PALETILLA DE CORDERO, TOCINO, SALCHICHAS, SALAMI, PATE, PATO, GANSO, PASTELES DE CERDO, PIEL DE POLLO.
HUEVOS Y PRODUCTOS LACTEOS	LECHE DESNATADA, QUESO SIN GRASA, REQUESON, QUESO BLANCO, QUESOS PARA UNTAR SIN GRASAS, CLARA DE HUEVO, YOGURTH DESNATADO	LECHE DESNATADA, PARMESANO EN POCAS CANTIDADES, DOS HUEVOS ENTEROS A LA SEMANA, YOGURTH DESNATADO	LECHE ENTERA, EVAPORADA O CONDENSADA, NATA, QUESOS CON GRASAS Y YOGURTH NORMALES.

FARMACOS

Diuréticos.- Cerca del 50% de la población hipertensa que asiste al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"; normaliza la presión arterial con ésta monoterapia, el resto requiere de la asociación de diuréticos con un inhibidor del simpático y con un vasodilatador.

El diurético o mejor correctamente nombrado el natriurético actúa a nivel renal aumentando la excreción de sodio. En la actualidad el mecanismo antihipertensivo de los diuréticos se vincula a la corrección parcial o total de la inhabilidad primaria o secundaria del riñón para excretar sodio que caracteriza a muchos casos de la población hipertensa.

A pesar de las manifestaciones colaterales el diurético constituye el fármaco inicial de elección en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Las dosis de los fármacos más empleados son: clortalidona 50 a 100 mg, clorotiacida 500 a 1000 mg, diclorotiacida 50 a 100 mg, xipamida 5 a 10 mg, furosemida 40 a 80 mg e indapamida 2.5 a 5 mg.

En general los casos sin complicación cardiovascular responden mejor a la monoterapia diurética que los casos complicados. Los diuréticos ocasionan disminución de potasio corporal total de cerca del 8% sin embargo algunos casos de-

sarrollan hipocalcemia de importancia por lo que, a ellos se les administra cloruro de potasio (1.5 g/día) o bien una dieta rica en potasio para evitar manifestaciones indeseables como arritmias cardiacas o paresis musculares. En estos casos se puede recurrir a fármacos diuréticos que tienen la propiedad de intercambiar el ion sodio por el ion potasio en el tubo distal del nefrón y evitar caliuuria, por ejemplo: amilorida 10 mg/día y espironolactona 50 a 100 mg/día. Cuando se administran diuréticos no es necesario insistir en una dieta hiposódica estricta, puede ser moderada ya que el fármaco es capaz de atenuar el trastorno de la excreción sódica a este nivel de ingestión sodio.

Inhibidores neuronales.- Son los que interfieren con el almacenamiento, liberación o la retaptación de la noradrenalina a nivel de la terminación neuroadrenérgica periférica. Los fármacos más usados son la reserpina 25 a 75 mg/día y la guanetidina 10 a 100 mg/día, disminuyen la influencia vasoconstrictora del sistema y ejercen un efecto antihipertensivo.

La reserpina produce efectos colaterales como son sequedad de mucosa nasal, somnolencia y a veces depresión mental. La guanetidina disminuye el gasto cardíaco, altera poco las resistencias periféricas y el flujo sanguíneo renal; sus efectos colaterales son hipotensión ortostática, problemas de erección del pene y somnolencia.

Inhibidores simpáticos de acción central.- La clonidina y alfametildopa tienen un efecto adrenérgico periférico. Su acción

inhibidora del simpático se realiza al estimular los receptores alfa neuroadrenérgicos responsables del efecto inhibitor central de éste sistema. La clonidina también estimula este sistema y además la formación de betaendorfinas en los centros cardiocirculatorios centrales, que forman parte del sistema opioérgico y contribuye a inhibir el tren de impulsos simpáticos centrales.

La alfametildopa se administra en dosis de 500 a 2000 mg/día y la clonidina de 100 a 660 mg/día.

Bloqueadores adrenérgicos beta. - Son antagonistas competitivos de los receptores beta. Sus efectos cardiovasculares son los siguientes: disminuyen el inotropismo y el cronotropismo cardíaco y producen una ligera vasodilatación en algunos lechos arteriales periféricos. Tienen una importante acción antihipertensiva que en la fase inicial del tratamiento está vinculada a una disminución del gasto cardíaco y en la fase tardía depende de una caída de las resistencias vasculares.

Un factor en el descenso de la presión arterial es la disminución de la actividad del sistema renina-angiotensina por bloqueo de los receptores beta del aparato yuxtaglomerular.

Las dosis de los fármacos más empleados son las siguientes: propranolol 30 a 600 mg/día, metoprolol 100 a 300 mg/día, labetalol 300 a 900 mg/día, nadolol 50 a 250 mg/día, atenolol 50 a 300 mg/día.

En general al principio debe ser una dosis baja e incrementarse, según la respuesta. Los efectos colaterales son bradicardia (no así los que están compuestos con acción simpático mimética), precipitación de la insuficiencia cardiaca en pacientes con cardiomegalia, trastornos del sueño, acrohípotermia y dermatosis por hipersensibilidad.

Vasodilatadores.- Son fármacos de tercera elección, se administran junto con los diuréticos inhibidores del simpático, especialmente bloqueadores de beta.

Los vasodilatadores arteriulares son compuestos cuyo mecanismo de acción se realiza íntimamente dentro de la fibra muscular lisa de los vasos, interfiriendo con la contracción de las proteínas contráctiles. Originan por lo tanto una vasodilatación de las arteriolas periféricas e impiden que los estímulos vasoconstrictores manifiesten su efecto. Algunos de estos compuestos también actúan en las fibras musculares venosas ocasionando venodilatación. Este último efecto puede contribuir a disminuir la presión arterial, ya que el aumento de la capacidad del sistema puede disminuir el retorno venoso del corazón y por lo tanto provoca una baja del gasto cardíaco. Sin embargo la manifestación farmacológica fundamental de estas sustancias se realiza en las arteriolas periféricas provocando una disminución de las resistencias arteriulares periféricas, debido a que en las crisis hipertensivas estas resistencias están muy elevadas y a que los problemas de volumen circulatorio son raros.

Los vasodilatadores en general producen efectos indeseables que restringen su efecto terapéutico: 1) la caída de la presión arterial por ellos desencadenada, disminuye la filtración glomerular y acelera la resorción de sodio en el tubo proximal con el consiguiente aumento del espacio extracelular y vascular, ocasiona edema periférico y eleva la presión arterial; 2) ésta última limitación también se produce por la estimulación del sistema adrenérgico, que el descenso de la presión origina mediante una estimulación de los barorreceptores. Estos obstáculos pueden atenuarse con la administración concomitante de diuréticos y de inhibidores del simpático, especialmente los bloqueadores beta, por lo que se recomienda su uso durante la terapéutica vasodilatadora. La combinación de estos tres tipos de fármacos, o sea la llamada terapia triple, logra una importante acción antihipertensiva, principalmente en los casos de hipertensión arterial grave.

Inhibidores del sistema renina-angiotensina. - La salarzina es un agonista débil de los receptores de angiotensina II, que atenua el efecto hipertensógeno de ésta última y el inhibidor de la convertina evita el paso de angiotensina I a angiotensina II, solo pueden administrarse de manera intravenosa por lo que se utilizan como prueba diagnóstica de hipertensión dependiente de angiotensina II o en el tratamiento de las crisis hipertensivas.

El captopril y el enalapril son fármacos inhibidores de la convertina que pueden utilizarse por vía oral. Las dosis del primero varían de 25 a 450 mg/día, dividido en tres tomas. El

captopril como monoterapia disminuye significativamente la presión arterial de grupo de hipertensos medicados. El efecto antihipertensivo se acrecenta en la adición de un diurético.

En la hipertensión de difícil control medicamentoso, este fármaco demostró ser eficaz en algunos estudios efectuados. En ésta última variedad el fármaco se administra con un diurético y con un inhibidor del simpático.

El Instituto Nacional de Cardiología, emplea el siguiente esquema de tratamiento oral: diclorotiacina o clortalidona a dosis de 50 mg/día. En caso de la hipertensión maligna o cuando la función renal está deprimida se utiliza la furosemida a dosis de 40 mg c/12 hrs. (diurético), própranolol 40 mg 3 veces al día (bloqueador beta), apresolína 10 a 30 mg 3 veces al día. Se recomienda administrar la dosis más baja e incrementarla día a día hasta obtener un resultado aceptable. La obtención de cifras de presión arterial de 140/100 mm Hg son aceptables en el manejo de una crisis hipertensiva en el servicio de urgencias.¹⁰

Los pacientes ancianos son más sensibles a la depleción de volumen e inhibición simpática, que los jóvenes, debido al deterioro de sus reflejos cardiovasculares y a que la disminución de la presión arterial puede comprometer el flujo sanguíneo de los órganos blancos.

¹⁰Academia Nacional de Medicina. Tratado de medicina interna. Vol. 1, Pp 870-875

Prácticamente todos los antihipertensivos han sido eficaces en el control de la hipertensión del anciano y se recomienda comenzar con monoterapia a dosis más bajas de lo habitual, los incrementos posteriores de la dosis deben hacerse en forma más lenta y espaciada. Hay cierta predilección por los calcioantagonistas por su buena tolerancia y control de la presión arterial tanto en situación basal como después del ejercicio isométrico y dinámico."

Orientar sobre la dieta que debe llevar, no porque sea un paciente obeso en este caso sino porque debe disminuir el consumo de sal, por lo tanto se orienta a la familia sobre hábitos culinarios reduciendo el uso de sal como condimento; la ingestión con moderación de alimentos que pueden elevar los niveles de colesterol en sangre como son leche y sus derivados, pasteles, bocadillos que sean fritos, aceite de olivo, carne con mucha grasa, huevos y restricción del consumo de alcohol.

EJERCICIO.- Es interesante conocer la actividad física que realiza el paciente, tanto por razones laborales como recreativas, pues es sabido que la práctica constante del ejercicio aeróbico tiene una relación inversa con el riesgo cardiovascular.

A continuación se mencionan algunas recomendaciones para el ejercicio físico.

- La práctica del ejercicio físico aeróbico, regular y de intensidad equivalente al 60-70% de la capacidad máxima, en sesiones de 20-30 minutos tres veces por semana es útil en el tratamiento de la hipertensión arterial ligera y moderada.
- Está especialmente indicada en hipertensos jóvenes.
- Está especialmente indicada en pacientes con hipertensión arterial ligera y sedentarismo.
- Los individuos mejor observantes suelen ser los no obesos, no fumadores, trabajadores de cuello blanco y con soporte familiar activo.
- Es recomendable en pacientes hipertensos evitar deportes que impliquen un nivel competitivo importante.
- Las condiciones de practicabilidad del ejercicio físico recomendado, realización en grupo, etc., son factores que influyen en su cumplimiento.
- Antes de iniciar un programa de ejercicio físico es necesaria la evaluación clínica por el médico, así como asegurar el seguimiento a medio y largo plazo, especialmente en hipertenso mayores y coronariópatas.

Apoyo psicológico.- Es importante saber acerca del entorno familiar y laboral del paciente hipertenso y el tipo de manejo psicológico de las situaciones de estrés, pues se conoce el efecto de las emociones y el entorno psicológico sobre la presión arterial.¹²

¹²Meaney E. Hipertensión arterial sistémica. Tomo I, Pp 60-61

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**PRESENTACION DEL CASO**

El paciente seleccionado corresponde a un anciano de 68 años con presión arterial controlada farmacológicamente desde hace cinco años. Actualmente presenta problemas circulatorios y articulares.

El proceso de atención de enfermería a éste paciente se le ha continuado durante tres meses con las medidas basadas en sus necesidades y problemas de salud, así como el seguimiento de éste, através de las etapas metodológicas.

ETAPAS

En ésta etapa se procedió a la realización de un examen clínico con el fin de detectar necesidades y problemas que conllevarán a un diagnóstico de enfermería. Para ésto se utilizó el formato correspondiente, obteniéndose los datos que a continuación se presentan.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Datos de identificación:

C.V.G.S.

Consulta externa

Masculino 69 años casado

Paciente anciano pensionado con escolaridad primaria incompleta.

Perfil del paciente.

Ambiente físico en condiciones favorables y con servicios sanitarios aceptables.

Hábitos higiénico-dietéticos aceptables en cuanto a aseo, alimentación, eliminación y descanso.

Presenta insomnio, poco ejercicio, se dedica a atender su comercio.

La dinámica familiar y social sin problemas.

Problema actual o padecimiento.

- 1.- Hipertensión arterial de 150/100, 160/110 mm Hg desde hace cinco años, actualmente controlada con captopril tabletas de .25 mg 1 c/12 horas.
- 2.- Problema circulatorio.- Estasis venosa en MPD, con safenectomía de MPI hace diez años.
- 3.- Artralgia en ambas rodillas.
Post-operado por gonartrosis de rodilla derecha no obteniéndose resultados favorables, pues presentó

complicaciones en el post-operatorio mediato y presentó reacción a la administración de anestesia cuando lo sometieron a aseo quirúrgico, reanimándolo con medicamentos y técnicas. Se recuperó lentamente pero no observó mejoría en su rodilla derecha. Actualmente usa bastón como medida de seguridad, pues presenta anquilosis de rodilla derecha. Ingiere analgésicos para el dolor del tipo de voltarén (diclofenaco).

4.- Infección de vías urinarias.

Desde hace seis años aproximadamente le detectaron cálculo renal a nivel de uretero derecho y no podía descender por malformación a nivel medio del mismo. Presentó anuresis y tuvo que ser hospitalizado para realizarle cistostomía y dejarle una sonda vesical a permanencia, pero no fué necesario, pues bajo anestesia le instalaron la sonda. Después de quince días de estar hospitalizado arrojó un cálculo.

Posterior a esto ha venido presentando infección de vías urinarias frecuentes siendo tratadas con trimetoprim con sulfametoxazol tabletas dos cada doce horas, fenazopiridina tabletas una cada ocho horas.

EXPLORACION FISICA

Paciente de edad aparente a la cronológica, presión arterial estable, cooperador al interrogatorio, presenta marcha claudicante por problema de columna (escoliosis lumbar), presenta una cicatriz en rodilla derecha debido a su cirugía que le realizaron hace nueve meses. Aspecto emocional aparentemente tranquilo.

DATOS COMPLEMENTARIOS

Radiografía anteroposterior y lateral de columna vertebral como resultado reportan escoliosis lumbar.

Resultados de laboratorio reportan normales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Anciano de sexo masculino que presenta hipertensión arterial crónica que se agudizó últimamente y fué tratada con fármacos ya mencionados anteriormente, presenta problema de insomnio, artralgia de ambas rodillas y escoliosis lumbar.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

PROBLEMA 1: Hipertensión arterial

MANIFESTACION CLINICA: presión arterial de 160/100, 180/110 mm Hg, cefalea.

Fundamentación científica: La presión arterial generalmente aumenta con la edad. Los factores más importantes que controlan la presión arterial son el gasto cardíaco y la resistencia periférica; por lo tanto si el gasto cardíaco se eleva la presión arterial aumentará, por lo que el corazón se hipertrofia y en algunos casos se instala una insuficiencia cardíaca.

La hipertensión arterial es el aumento sostenido de la presión arterial debido a un aumento en la resistencia periférica al paso de la sangre en las arteriolas.

La hipertensión arterial generalmente ocasiona daño a nivel de corazón, riñón, arterias y ojos; presentando complicaciones tales como aterosclerosis, encefalopatía hipertensiva, edema agudo de pulmón y hemorragias retinianas.

En el paciente anciano las lecturas pueden ser un poco más elevadas, sobre todo la sistólica ya que hay un engrosamiento de las paredes arteriales y pérdida de su elasticidad. Medir la frecuencia cardíaca en 60 segundos en la punta y radial. Tomar en cuenta que el paciente envejece y el aumento del tono vagal hace que los latidos cardíacos sean más lentos.

La cefalea es producto de tensión emocional, contracciones sostenidas de los músculos extraoculares, aumento de presión de vasos intraoculares e intracraneales.

El sistema nervioso es una de los atacados por la hipertensión arterial ocasionando trastornos visuales, entumecimiento, zumbido de oídos, mareos y cefalea. Este puede ser secundario a isquemia transitoria del tejido cerebral.

El ejercicio tiende a aumentar la circulación y nutrición produciendo un efecto vigorizante y/o sedante.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Administración de captopril tabletas de .25 mg una cada doce horas.
- Reposo relativo.

Fundamentación científica:

Captopril es un inhibidor del sistema renina-angiotensina. El aparato yuxtaglomerular produce una enzima llamada renina, en la terminación de la arteriola aferente localizado en el glomérulo, y ésta es liberada a la circulación general por medio de la vena renal. la angiotensina es una globulina de origen hepático, que es hidrolizada y fragmentada en péptidos formados por diez aminoácidos.

Ejerce una potente acción vasopresora, facilita la transmisión simpática libera la aldosterona en la capa glomerular de la corteza suprarrenal, libera vasopresina y tiene un efecto dipsogénico (estimulante de la sed), éstas son acciones que

mantienen la presión arterial y el volumen extracelular, mediante la vasoconstricción y la retención hidrosalina.

Reposo relativo.- El estado emocional del individuo afecta de manera importante la presión arterial mediante la asociación que existe entre las reacciones emotivas y el sistema nervioso autónomo.

PROBLEMA 2: Escoliosis.

MANIFESTACION CLINICA: Incurvación de la columna vertebral, asimetría de hombros y la pelvis, además marcha claudicante hacia el lado derecho.

Fundamentación científica.- La escoliosis es una desviación lateral y permanente de la columna vertebral, acompañada de rotación de los cuerpos vertebrales.

Las escoliosis funcionales son desviaciones laterales de la columna, sin rotación de los cuerpos vertebrales, que pueden ser corregidas voluntariamente por el paciente y que desaparecen en posición horizontal.

Las escoliosis estructurales son las que además del desplazamiento lateral, presentan rotación y deformación de los cuerpos vertebrales de acuerdo con el enunciado de la ley de Wolff y Delpech.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Las escoliosis congénitas son aquellas que se producen como consecuencia de una malformación vertebral (vértebras cuneiformes, hemivértebras, barras por fallas de segmentación).

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Orientar sobre el uso de corsé y normas generales para su movilización indicadas por su médico, ejercicio (gimnasia) adaptado a las condiciones del paciente de acuerdo a su edad y problema.
- Cuidar su actitud corporal.

Fundamentación científica:

La gimnasia tiene como objetivo tonificar la musculatura.

La mecánica aplicada a los seres humanos se denomina mecánica corporal, que es la disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso.

Los objetivos de la mecánica corporal son: disminuir el gasto de energía muscular, mantener una actitud funcional, prevenir anomalías del aparato musculoesquelético y del sistema nervioso periférico.

La aplicación de la mecánica corporal estriba fundamentalmente en la postura, posición, movilización y traslado de un organismo.

La posición se refiere a la alienación—de—segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico o tratamiento. Los objetivos de las diferentes posiciones son: mantener el funcionamiento corporal en equilibrio del sistema circulatorio, junto con los aparatos musculoesquelético, respiratorio y urinario, contribuir a la exploración física, apoyar en la aplicación de los tratamientos necesarios y favorecer el estado anémico del individuo.

- Utilizar los músculos apropiados para el trabajo que se va a efectuar, es decir, los músculos largos, grandes y fuertes y no aquellos pequeños.
- Flexionar las rodillas para mantener la espalda lo más erguida posible.
- Mantener la carga lo más cerca posible al cuerpo, y al levantarla conservar los codos junto a éste.
- Evitar cualquier torcedura del cuerpo o la espalda mientras se realiza la acción.

La acción de poner en movimientos una parte del aparato musculoesquelético requiere no sólo de la alineación corporal,

sino también del uso de medidas de seguridad y comodidad, una de ellas, la relativa a la movilización de articulaciones con fines estéticos, de diagnóstico, deportivos y de tratamiento, con el objeto de mejorar el aspecto físico, evitar o disminuir desequilibrios fisiopsicológicos y lograr movimientos coordinados y dirigidos para efectuar actividades básicas, necesarias e indispensables en la vida diaria. Cuando por razones diversas el paciente no puede realizarlas por sí solo, se necesitará de una capacitación específica mediante métodos y técnicas que le lleven a una recuperación funcional tendiente a la aplicación de actividades que le permitan satisfacer: necesidades primordiales de independencia en cuanto a cambio de posición, higiene, vestido y alimentación; necesidades de traslado o de desplazamiento con o sin utilización de implementos o aparatos específicos; y necesidades manuales o relativas a la comunicación, la recreación y el trabajo.

PROBLEMA 3: Anquilosis de rodilla derecha y dolor articular en la izquierda.

MANIFESTACION CLINICA: No flexión de rodilla derecha y dolor en rodilla izquierda.

Fundamentación científica.- Hay una pérdida total de los movimientos de una articulación. El puente de tejido óseo une entre sí una y otra epífisis y se presenta la pérdida total o definitiva de la movilidad articular.

A la rigidez articular, hay pérdida de la elasticidad de las cubiertas blandas periarticulares (cápsula ligamentos y músculos), la amplitud de los movimientos principales de la articulación afectada disminuye notablemente. En este caso se debe a una causa intrínseca o propiamente articular como secuela de artritis o artrosis.

La integridad del sistema nervioso central y periférico es imprescindible para la función articular óptima.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Orientar sobre el no efectuar esfuerzos innecesarios.

Fundamentación científica:

Son normas a considerar:

- Comprobar que la posición del personal que atiende sea correcta antes de iniciar el procedimiento, colocándose en dirección del movimiento que se va a efectuar, ampliando la base de sustentación para obtener apoyo y equilibrio apropiados, y manteniéndose cerca del objeto que se va a movilizar.
- Deslizar al objeto, tirar de él, o hacerlo rodar sobre la superficie en lugar de levantarlo. Esto, siempre que sea posible.

- Evitar cualquier torcedura del cuerpo o la espalda mientras se realiza la acción.
- Pedir ayuda cuando el objeto es demasiado pesado o es difícil que una sola persona lo movilice.

El hacer movimientos bruscos y no aplicar la mecánica corporal lesiona ligamentos y músculos.

La realización adecuada de movimientos o desplazamiento ofrece efectos en:

- Músculos: Modificación de contenidos de oxígeno y anhídrido carbónico en sangre para mejorar la ventilación pulmonar; transformación de glucosa en ácido láctico; recuperación de la elasticidad, la contractibilidad, el volumen y la fuerza.
- Circulación sanguínea: Movimiento del transporte de oxígeno, de anhídrido carbónico, de hormonas, de productos de deshecho; distribución de enzimas, vitaminas y minerales; generación del calor, mejoramiento de la función nutritiva.
- Tejido óseo: Evita la formación de adherencias y falsos tejidos en caso de fracturas.

PROBLEMA 4: Insomnio.

MANIFESTACION CLINICA: Duerme de cuatro a cinco horas durante la noche.

Fundamentación científica.- El sueño aparece por la reducción de estímulos que vienen de la corteza cerebral y de la periferia hasta el sistema activador reticular y lo deprimen lo suficiente.

El sueño tiene dos fases: el sueño de movimiento ocular lento (NREM) y el sueño de movimiento ocular rápido (REM). La transición de éstos se debe a espasmos musculares leves involuntarios.

El sueño (REM) varía con la edad.

El insomnio frecuentemente se encuentra asociado al nerviosismo, que es un estado de inquietud mental y física que se acompaña de una sensación de ansiedad y de recelo. Puede haber irritabilidad excesiva.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Orientar al paciente que no duerma demasiado durante el día.

- Evitar actividades estimulantes antes de acostarse.

- No ingerir líquidos poco antes de ir a dormir.

- Indicar sobre relajación muscular.

Fundamentación científica:

La actividad física que se efectúa durante las horas de vigilia tiende a favorecer un período de sueño adecuado, no así las efectuadas antes de acostarse.

Mientras mayor sea el índice metabólico, mayor es la necesidad de que aumente la circulación, las respiraciones, la nutrición y la excreción.

El adulto mientras envejece más, puede necesitar períodos más largos para dormir, ya que existe cierta tendencia a despertarse con mayor frecuencia y permanecer despierto.

EVALUACION

Al paciente se le elaboró un plan de alta, el cual ha llevado al pie de la letra por lo que se manifiesta mejoría.

Dicho plan abarcó las acciones de enfermería enunciadas en cada uno de los problemas, específicamente sobre:

- Dieta hiposódica moderada y baja en colesterol.
- Administración de fármacos.
- Orientación al paciente para que acuda periódicamente a su control médico.
- Orientación sobre ejercicios, movilización y desplazamiento.

CONCLUSIONES

Considero que es poco el contenido de atención de enfermería porque me costó trabajo su elaboración ya que después de diez años de haber dejado la escuela, volver a retomar todo no es fácil, además en el transcurso de mi carrera no estaba integrado al programa de estudios el proceso de atención de enfermería, por lo que puse todo mi empeño y esfuerzo en la elaboración de éste trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Nacional de Medicina
Tratado de Medicina Interna
Editorial Manual Moderno Volumen I
México, D.F. 1994.
- ARANDA Lara Pedro
Pharma Consult, S.A.
Barcelona, España 1991.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
Salvat Editores
Barcelona, España 1984.
- KLUSEK Hamilton H., Bowen Rose M.
Diagnóstico Clínico
Editorial Interamericana
México, D.F. 1985.
- MEANEY Eduardo
Hipertensión Arterial Sistémica, mecanismos, diagnóstico
y tratamiento. Tomo I
Editor Dr. Eduardo Meaney
México, D.F. 1991.
- NORDMARK-ROHWEDER
Bases Científicas de la Enfermería
Editorial La Prensa Médica Mexicana
México, D.F. 1989.
- ODELL Potter D., Bowen Rose M.
Estudio Clínico Integral
Editorial Interamericana
México, D.F. 1988.
- ROSALES Barrera S., Reyes Gómez E.
Fundamentos de Enfermería
Editorial El Manual Moderno
México D.F. 1991.
- RUIZ de Adana Ricardo
Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica en Atención
Primaria
Ediciones Díaz de Santos
Madrid, España 1989.
- VALLS Jorge E.
Ortopedia y Traumatología
Editorial El Ateneo
México D.F. 1986.