

MAPA CONCEPTUAL

PATOLOGIA DEL ADULTO

DRA. CINDY DE LOS SANTOS CANDELARIA

PRESENTA LA ALUMNA:

Geni Azereth García López

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

6to. Cuatrimestre “B” Lic. En Enfermería

Frontera Comalapa, Chiapas.

26 de junio del 2020

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de la cifra de presión arterial a cifras mayor o igual 140/90 ml/hg

Clasificación

CIE-10: I10 HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL PRIMARIA

- Optima <120 y <80
- Normal <130 y <85
- Normal—Alta 130-139 / 85-89
- Grado I 140-159 / 90-99
- Grado II 160-179 / 100-109
- Grado III 180 ó + / 110 ó +
- Hipertensión sistólica aislada 140 ó + / 90

Prevención primaria

- Se recomienda aconsejar a las personas mantener un índice de masa corporal entre 18.5 y 24.9 kg/m², para prevenir el riesgo de hipertensión arterial.
- Estudios epidemiológicos sugieren que la actividad física aeróbica puede ser benéfica para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial.
- Para el manejo del estrés se recomienda terapias conductuales acompañadas de técnicas de relajación
- Se recomienda un plan de alimentación con consumo alto de frutas y vegetales.
- Existe una relación entre el hábito tabáquico y la elevación de la presión arterial.
- Aconsejar al paciente la suspensión del hábito tabáquico y ofrecer su integración a grupos de apoyo.
- Aconsejar al paciente la reducción de sal en la dieta diaria familiar.
- Sugerir al paciente, disminuir el consumo excesivo de café y otros productos con alto contenido en cafeína
- Proponer al paciente, realizar cambios en su estilo de vida

Prevención secundaria

Técnica de la toma de presión

El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.

Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.

Se colocará el brazaletes situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.

Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.

Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 ó 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.

La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.

Los valores se expresarán en números pares.

Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

El Riesgo Cardio-Vascular (RCV) consiste en la suma de múltiples factores que comprenden: antecedentes heredofamiliares y personales, así como factores que pueden determinarse a través del interrogatorio, la exploración física y pruebas específicas de laboratorio y gabinete.

La determinación del RCV de forma temprana permite la identificación de daño a órgano blanco, así como el establecimiento de las estrategias de tratamiento (inicio, intensidad, y combinación de medicamentos) y el pronóstico. Por consiguiente, el abordaje es diferente entre pacientes con RCV alto y bajo

La evaluación de Daño a Órgano Blanco (DOB) se establece a nivel renal, con:

- Identificación de microalbuminuria 30-300 mg/dl en el examen general de orina.
- Tasa de filtración glomerular (calculado)

La determinación de niveles de perfil de lípidos (colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta y baja densidad) es esencial para establecer el RCV y elegir el tratamiento complementario, cuando se requiera.

La determinación de glucosa, así como la prueba de tolerancia a la glucosa es relevante sobre todo en pacientes que no tienen el diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM); considerándose como riesgo cifras de glucosa de 102 a 125 mg/dl.

Se recomienda realizar exploración neurológica para identificar probable daño a órgano blanco (cerebro).

Se recomienda realizar examen de agudeza visual (tabla de Snellen), así como exploración de fondo de ojo para identificar retinopatía.

Se recomienda estimar el riesgo RCV en pacientes adultos.