

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE –
ESSALUD. 2015 - 2017”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ANDREA GLADYS HUAMÁN JULIÁN

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrea Gladys Huamán Julián', is written over a faint circular stamp or watermark.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 055

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°443-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ANDREA GLADYS HUAMÁN JULIÁN

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 ANTECEDENTES.....	12
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	51
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	53
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	54
3.3 PROCESOS REALIZADOS:.....	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	64
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	68
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	69
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	75

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado "CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE – ESSALUD. 2015 – 2017", tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva.

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en el mundo que afecta a todas las edades y se manifiesta en la edad adulta. Diferentes estudios realizados en países desarrollados desde la década de los años cincuenta, han mostrado una correlación directa entre la hipertensión arterial sistémica y la presencia de morbimortalidad relacionada con afección a los órganos blanco como corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos. Y que las intervenciones de enfermería con la sencilla pero correcta toma de la presión arterial proporciona datos invaluable para la terapéutica a seguir.

Crisis Hipertensiva (CH) es toda elevación tensional aguda que motive una consulta médica urgente. De forma arbitraria sería una elevación grave de la presión arterial (PA) diastólico superior a los 120 ó 130 mmHg o de sistólica por encima de 210 mmHg y en un sentido estricto de la palabra, este término, tan solo indicaría la detección de una elevación de las cifras tensionales de un sujeto por encima de aquellas que le son habituales. Por ello en la práctica diaria el término "crisis hipertensiva" se

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hipertensión se define como la presión arterial superior a los 140/90 mmHg. El diagnóstico de hipertensión se emite sólo después de que en tres mediciones de presiones diastólicas sean de 90 mmHg o superiores. (1)

La crisis hipertensiva definida como una elevación aguda y grave de la presión arterial diastólica por arriba de los 120 a 130 mmHg es considerada como una complicación de los portadores de hipertensión arterial sistémica esencial.

La crisis hipertensiva indica la necesidad inmediata de reducir la presión arterial y divide a las crisis hipertensivas en Emergencia y Urgencia hipertensiva. (2)

En la Emergencia Hipertensiva hay una elevación de la presión arterial diastólica por arriba de 120 mmHg que se asocia a un daño agudo y deterioro progresivo de los órganos blanco: cerebro, corazón y riñón. Requiere la inmediata disminución de las cifras de presión arterial con el empleo de medicamentos endovenosos y no necesariamente se bajarán las cifras a valores normales.

En la urgencia hipertensiva se observa una hipertensión diastólica severa por arriba de los 120 mmHg, sin indicios de complicaciones inmediatas.

No existe evidencia de daño agudo a órganos blanco y el tratamiento va enfocado a disminuir las cifras tensionales en las primeras 24 horas con tratamiento por vía oral o sublingual. (3)

La incidencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad desde un 5% a los 20 años hasta un 45% a los 70 años. En la juventud los hombres tienen mayor probabilidad de desarrollar hipertensión que las mujeres, entre los ancianos sucede lo inverso; debido a esto nos motivamos para profundizar en este problema de salud, pretendiendo desarrollar el tema en jornadas científicas y talleres con el objetivo de ayudar a los pacientes con emergencia hipertensiva a satisfacer sus necesidades erradicando sus problemas mediante el cuidado de enfermería.

Además, la hipertensión arterial (HTA) afecta aproximadamente al 30% de la población adulta, también considerada como un factor de riesgo constituye uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Las cifras de prevalencia en países desarrollados son, con mucha frecuencia, superiores al 30% de la población total adulta, y en los mayores de 60 años o más en ocasiones uno de cada dos, trayendo como consecuencia un incremento de la morbilidad y

mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y renales. (4)

Afecciones crónicas más frecuentes, es el factor de riesgo más importante en la génesis de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebrovascular. En muchos individuos la primera manifestación clínica es la aparición de un evento agudo: la crisis hipertensiva, que puede deberse a múltiples causas, aparecer en cualquier tipo de HTA y constituye una amenaza para la vida, por lo cual debe reconocerse en forma rápida y darle un tratamiento efectivo para evitar el daño de los órganos blanco (cerebro, sistema cardiovascular y riñón). (5)

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2015, (6) en el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17,5 millones de muertes por año (lo que representa un 31% de todas las muertes), siendo la Hipertensión Arterial (HTA) uno de los factores más importantes y frecuentes, así de las 7.4 millones de muertes por enfermedad isquémica, el 49% son atribuibles a un control sub-óptimo de la presión arterial; y de las 6.7 millones de muertes por Enfermedad Cerebrovascular, el 62% son como consecuencia de un mal manejo tensional; por consiguiente se ha establecido que las complicaciones

de la HTA causan anual- mente 9,4 millones de muertes, muchas de ellas prevenibles.

A nivel internacional la hipertensión arterial alcanza una prevalencia comprendida entre un 20 y un 50% de la población adulta, afecta a más de 50 millones de personas en Estados Unidos, mil millones de sujetos en todo el mundo, y se le atribuyen aproximadamente 7,1 millones de muertes al año. Su prevalencia e incidencia están aumentando en todo el mundo, constituyendo un importante problema de salud en los países occidentales. (7)

Las crisis hipertensivas constituyen una situación clínica que puede poner en riesgo la vida del sujeto hipertenso, estimándose que aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una crisis hipertensiva en algún momento de su vida, y su incidencia parece que ha aumentado en los últimos años. (8) Son más frecuentes en ancianos y en varones, con una relación 2:1. (9) Más del 50% de las CH son atribuidas al abandono terapéutico en la semana previa. (10)

En USA la prevalencia de hipertensión en adultos fue de 29,1% en el periodo 2011-2012, siendo similar entre hombres (29,7%) y mujeres (28,5%); (11) en Latinoamérica, donde las enfermedades infecciosas están siendo controladas y las enfermedades crónicas no transmisibles están generando la mayor mortalidad, la prevalencia

ajustada para la edad, de la hipertensión en la población adulta varía entre 23 a 35%.

En el Perú, hasta fines del año 1993 existían pocos trabajos publicados en revistas científicas sobre la prevalencia de la HTA, los cuales se realizaban en grupos pequeños de poblaciones y permitían inferir que la prevalencia en la costa era del orden del 17%, mientras que en la sierra y selva la cifra alcanzaba el 5%. (12)

Teniendo en cuenta el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2014 se encontró un 14,8% de prevalencia de HTA en la población de 15 y más años de edad; siendo los hombres los más afectados (18,5%) que las mujeres (11,6%). La prevalencia de HTA es mayor en Lima Metropolitana (18,2%), seguido por la Costa sin Lima Metropolitana (15,5%). La menor prevalencia se registró en la Selva (11,7%) y en la Sierra (12,0%). (13)

En el hospital II EsSalud-Cañete, se presentan los casos de crisis hipertensiva, los cuales reflejan un pobre control bien por parte de los profesionales de salud o por el incumplimiento terapéutico de los pacientes, siendo esta, la causa más frecuente de su aparición.

Un servicio de emergencia es una permanente lucha contra el tiempo y las exigencias para alcanzar un adecuado nivel de eficacia

y eficiencia, requiere de una adecuada capacitación científica y técnica del personal que conforma el equipo de salud. En este tipo de servicio es donde cobra su mejor sentido de utilidad y de rendimiento, el trabajo en equipo; una razón más, para contar con un instrumento como el protocolo de crisis hipertensiva que permita su uso en forma rápida, objetiva y real para actuar sobre el estado del paciente declarado en urgencia y/o emergencia hipertensiva, tanto para el diagnóstico clínico rápido y adecuado, como para el tratamiento oportuno.

El interés por esta temática nace de haber observado que en el servicio de emergencia acuden pacientes que padecen esta enfermedad, en los que en algunos su conocimiento es deficientes e inadecuados y las conductas de su cuidado. Así como también el incumplimiento de su tratamiento.

1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete – EsSalud

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete – Essalud en el período 2015-2017.

De igual manera que la institución realice programas de capacitación continua e implemente programas de monitoreo y supervisión relacionado a los cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva.

La viabilidad de este trabajo académico a futuro brindará conocimientos fructíferos que contribuirán a los cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensivas. La factibilidad de este estudio es permisible pues puede permitir a Essalud y la sociedad en lo concerniente a crear políticas idóneas para el bienestar tanto del personal de salud como del paciente hospitalizado.

Así mismo el presente informe se justifica:

- ✓ Nivel teórico: Este trabajo académico servirá para aportar al conocimiento existente sobre cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva, como instrumento de evaluación del logro de competencias de indagación

científica, cuyos resultados de esta investigación podrá sistematizarse en una propuesta para ser incorporado como conocimiento a las ciencias de la salud, ya que se estaría demostrando que la aplicación de los cuidados de enfermería mejora el estado del paciente.

- ✓ Nivel metodológico: El presente trabajo académico es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva y realizar la vigilancia adecuada.
- ✓ Nivel práctico: A nivel práctico el presente trabajo académico permitirá mejorar los conocimientos al profesional de enfermería, el cual le permitirá desarrollar eficientemente los cuidados brindados en pacientes con crisis hipertensiva.
- ✓ Nivel económico: Las crisis hipertensivas al igual que otras enfermedades demandan un gasto tanto para la salud pública como para la familia por la morbilidad y la aparición de complicaciones que suponen

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

- CORRALES VARELA, Ariel Iván / QUINTERO PÉREZ, William / GONZÁLEZ REGALADO, Yanet / SEMINO BOFFILL, Bernardo / ARENCIBIA DÍAZ, Luis (2012) "Factores de riesgo y desarrollo de crisis hipertensivas en hipertensos, Pinar del Río". Objetivo general: precisar el papel de algunos factores de riesgo modificables en el desarrollo de crisis hipertensivas en el área de salud "Hermanos Cruz" de Pinar del Río. Metodología: Estudio de corte, retrospectivo y analítico en 3 consultorios médicos de la familia del área de salud "Hermanos Cruz" en Pinar del Río de marzo de 2008 a marzo de 2010. El universo estuvo constituido por los pacientes con 15 años o más quedando la muestra constituida por 608 pacientes hipertensos seleccionados al azar. Resultados: De los 608 pacientes hipertensos estudiados 78 (12.82%) tuvieron crisis hipertensivas en el periodo que duró la investigación, siendo más frecuentes las urgencias hipertensivas que las

emergencias, resultando altamente significativo. El 52.79% de la muestra estudiada (321 pacientes) fumaba. La relación entre las crisis hipertensivas y el hábito de fumar de los pacientes estudiados se muestra. Existió asociación estadística altamente significativa entre estas variables. Otro factor de riesgo modificable: el alcoholismo estuvo presente en el 8.88% de la muestra. Este también mostró relación estadística altamente significativa ($p < 0.001$) con las crisis hipertensivas. Conclusión: La práctica de ejercicios físicos en la muestra en general fue baja: 129 pacientes, significando el 21.21%. Lo anterior resultó cierto también para los pacientes hipertensos estudiados, al asociarse el desarrollo de crisis hipertensivas, con la no práctica de ejercicios físicos. (15)

- YEROVI RAMOS, Denisse (2014) "Crisis hipertensiva en la sala de emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y Hospital Abel Gilbert Pontón y su clasificación de acuerdo a los antecedentes de hábitos y clínicos previos de los pacientes para elección del mejor tratamiento basado en la evidencia". Objetivo general: Evaluar el tratamiento empírico inicial y las recomendaciones de las últimas guías terapéuticas. Metodología: Se realizó el estudio de cohorte, observacional, analítico de 135 pacientes con elevación de

la Presión Arterial en las salas de Emergencia de los Hospitales Teodoro Maldonado Carbo y Abel Gilbert Pontón desde Julio hasta octubre de 2013. Resultados: La hipertensión arterial tuvo una incidencia muy alta y comorbilidades como el cáncer, diabetes, cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, cerebrovasculares, entre otras en menor frecuencia. Las crisis hipertensivas clínicamente diagnosticadas como urgencia hipertensiva fueron catalogados 26 pacientes que representan 55.3% y como emergencia hipertensiva 21 pacientes que representan el 44.6%. Conclusiones: Tomando en consideración los protocolos terapéuticos en la actualidad y con los resultados de este estudio, el uso de IECA (Captopril 25mg) como tratamiento inicial sigue siendo de primera elección; complementado a esto la utilización de la terapia intravenosa con diuréticos (furosemida 20mg) y con IECA (Enalaprilato 2.5mg) como drogas de segunda línea de tratamiento, tuvieron en su mayoría una respuesta favorable. (16)

2.1.2 A nivel Nacional

- MOLINA ROSERO, Sandra Mónica / CORO CARRILLO, Viviana Alexandra / PROCEL GUACHO, Jesica Alexandra (2017) "Dimensión de autocuidado para la atención paliativa al adulto hipertenso Pungala-Puruahuay, 2017". Objetivo: Proponer acciones de Enfermería dirigidas al fomento del autocuidado en el paciente hipertenso. Metodología: Fue una investigación descriptivo-transversal, con enfoque mixto. La población a investigar quedó conformada por una totalidad de pacientes (23) con diagnóstico de hipertensión arterial. Como técnica para la recolección de los datos se empleó la encuesta, a través del test para evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Resultados: La mayoría de pacientes con un rango de edad 65 años o más predomina con 51.22%; estado civil: casados con un 69.57%, y en relación a la instrucción: básica con un 82.61%. En cuanto a las categorías de percepción de autocuidado, para su medición nos guiamos en el baremo del test CYPAC-AM, el 69.57% está dentro de la categoría de percepción de autocuidado inadecuado y el 30.43% se encuentra en una categoría de percepción de autocuidado parcialmente adecuado. Conclusiones: Se evidenció que la hipertensión arterial

afecta la salud de la mayoría de adultos mayores, quienes necesitan ayuda para su autocuidado por parte de sus familiares. Los cuidados paliativos pueden ayudar a que se logre una mejor calidad de vida. (14)

- FANARRAGA MORAN, Juana Rocío (2013) "Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD".

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario de los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten a Consultorio externos de cardiología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD.

Metodología: La investigación fue de tipo cuantitativo. El diseño fue descriptiva, correlacional de corte transversal.

Resultados: El 93% de los pacientes que tienen nivel de conocimiento es alto, la mayoría de ellos 66% su nivel de autocuidado fue también alto. El 18% de los pacientes con nivel de conocimiento medio el 44 % nivel de auto cuidado fue medio. El chi cuadrado Pearson es 16,570; la asociación lineal chi cuadrado 16.382 son significativo con lo que se

confirma la hipótesis de estudio $P \leq 0.05$. Esto confirma la hipótesis "a mayor nivel de conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial mayor nivel de aplicación del autocuidado". Conclusiones: El mayor porcentaje de los pacientes conocen sobre los valores de la hipertensión arterial, el daño que la hipertensión ocasiona a otros órganos, la importancia de la caminata durante el día, importancia del descanso, signos y síntomas de la hipertensión y dieta baja en sal. (17)

- ZELA ARI, Luzmila / MAMANI CHAMBI, Wilfreda (2015) "Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015". Objetivo general: Determinar la relación entre Hipertensión Arterial y Estilo de vida en adultos mayores. Metodología: El diseño de la investigación es de tipo no experimental, corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 103 adultos mayores de 60 a 90 años de edad a quienes se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS_I) Nola Pender, adaptada, que consta de 6 dimensiones: responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol. Resultados: El 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal,

40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5% presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Conclusiones: Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una moderada correlación indirecta ($Rho = -.408$) y significativa ($sig. = .000$) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial.

(18)

- CAMPOJÓ SALAZAR, Mily Danith (2016) "Tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencia". Objetivo: Analizar y sintetizar los resultados de la revisión sistemática de los estudios realizados referente al tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencia. Metodología: Revisión Sistemática observacional, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación para identificar su grado de evidencia. Resultados: En la selección definitiva se eligieron 11 artículos se evidencia que el medicamento

más eficaz en el tratamiento de las crisis hipertensivas fue el Captopril, el segundo medicamento de elección fue el Enalapril (ECA) así como también el Isosorbide. Otros medicamentos de elección también tenemos la Furosemida, la nitroglicerina, amlodipino y sulfato de magnesio. Conclusiones: Se concluye que después de la revisión sistemática de los artículos sobre el tratamiento más eficaz en la crisis hipertensiva; el medicamento de elección es el captopril, teniendo como universo muestral los 11 artículos revisados llega a constituir el 27.3 % del total de estudios revisados. (19)

- TORRES VALLE, María Cristel (2015) "Impacto de un protocolo de crisis hipertensiva en el servicio de urgencia en la Clínica Geriátrica del Ejército; Marzo 2012 – Marzo 2014". Objetivo: Determinar el impacto de un protocolo de crisis hipertensiva en el Servicio de Urgencia, en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la crisis hipertensiva, mediante un protocolo de manejo en la Clínica Geriátrica del Ejército, Marzo 2012 – Marzo 2014. Metodología: El estudio realizado fue de tipo prospectivo- longitudinal, con una muestra aleatoria de 60 pacientes. La recolección de datos fue a través del llenado de fichas clínicas, mediante la revisión de las historias clínicas de urgencia de pacientes con

diagnóstico y manejo de crisis hipertensiva, entre marzo a diciembre del 2009 sin uso de ningún protocolo. Resultados: El 63.3% de los pacientes con crisis hipertensiva fueron diagnosticados y tratados mediante el uso del protocolo de crisis hipertensiva, el 48.3% correspondía a edades entre 60 a 70 años, el 50% correspondió a ambos sexos, el 30% tenían secundaria completa, el 71.7% eran amas de casa. Se encontró relación entre uso del protocolo de crisis hipertensiva y el tratamiento médico en forma significativa ($p = 0.001$). Se registró una menor estancia hospitalaria en aquellos pacientes en las que se usó el protocolo, así como un menor costo. Conclusiones: El uso del protocolo de crisis hipertensiva por el personal de salud en el Servicio de Urgencia de la Clínica Geriátrica del Ejército, fue aceptada, cuyos pacientes tenían edades comprendidas entre 60 a 70 años, para ambos sexos, con secundaria completa, el 85% presentó urgencia hipertensiva, tuvieron como antecedente patológicos, personales y familiares la hipertensión arterial, el 8.3% con enfermedad cerebro vascular isquémica aguda en la emergencia hipertensiva, encontrándose asociación significativa entre uso del protocolo de crisis hipertensiva y las variables clasificación, edad, tratamiento médico adecuado, estancia hospitalaria y costo. (20)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 CRISIS HIPERTENSIVA

a) Definición

La definición más comúnmente aceptada en la actualidad es la que describe la crisis hipertensiva como aquella situación de marcado aumento de la PA (PA diastólica > 120 mmHg o PA sistólica > 210 mmHg). Aunque sólo representan un pequeño porcentaje dentro la HTA, las crisis hipertensivas suponen el peligro más inmediato para estos sujetos por su capacidad para afectar la integridad del aparato cardiovascular. (21)

Pueden presentarse a cualquier edad, si bien en los varones el doble que en las mujeres. Se desarrollan en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, aunque es poco frecuente en nuestros días que ocurran como efecto último de la HTA de larga evolución. Existen numerosas causas y factores que pueden precipitar su aparición. Se debe diferenciar esta entidad de un aumento de la PA secundario a una situación estresante o por dolor intenso, entidad que se denomina pseudocrisis hipertensiva.

Las crisis hipertensivas se diferencian según su pronóstico y manejo, tanto diagnóstico como terapéutico. Una urgencia hipertensiva es una crisis hipertensiva que no origina lesión orgánica aguda ni complicaciones graves inmediatas. Suponen un 75% de las crisis hipertensivas globales. La mayoría ocurren en sujetos con HTA ya conocida, habitualmente mal controlada. Suele manifestarse, en general, de manera asintomática, aunque frecuentemente asocian cefalea (22%), epistaxis (17%) o mareo. El 90% se resuelven de modo espontáneo o con modificaciones leves del tratamiento, sin necesidad de tratamiento agresivo u hospitalización, debiendo evitarse reducciones bruscas de la PA.

Una emergencia hipertensiva es una elevación brusca de la PA complicada por la evidencia de afectación aguda o progresiva de órganos diana [dolor torácico sugerente de angina o infarto agudo de miocardio (27% de los casos), disnea con insuficiencia cardíaca o edema pulmonar (22%) o déficit neurológico originado por encefalopatía, ictus o hemorragia cerebral (21%), aneurisma disecante de aorta, eclampsia, siempre reflejando un elevado riesgo vital. La cifra de PA con la que se produce lesión orgánica depende de la PA basal del sujeto, por lo que en pacientes con HTA de larga evolución se toleran cifras de PA sistólica > 200 mmHg sin encefalopatía y en pacientes previamente no

hipertensos pueden aparecer emergencias hipertensivas con cifras de PA menores (PA diastólica < 100 mmHg). Requieren una reducción inmediata de la PA con fármacos por vía parenteral (aunque no necesariamente a valores normales) para prevenir o limitar el daño orgánico. (21)

b) Epidemiología

Aproximadamente un 15% de la población adulta en Perú es considerada como hipertensa, estos son, dichas personas mantienen unas cifras de tensión arterial sistólica mayores de 140 mm de hg y/o cifras de tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm hg de este 15% poblacional (alrededor de 2.500.000 pacientes), el 90% padece hipertensión esencial y el 10% hipertensión secundaria. Tan solo el 1% de estos 2.500.000pacientes desarrollan en algún momento de su vida una crisis hipertensiva.

Prevalencia entre un 10% y un 20%. También se observa que a lo largo de la edad hasta los 55 años en los varones y los 65 en mujeres va aumentando la presión diastólica, disminuyendo algo posteriormente. La presión sistólica, tiende a aumentar después de estas edades, sin que se sepa muy bien porque, aunque con el tratamiento actual se estima una incidencia de alrededor de 1 a 2%. (22)

c) Fisiopatología

La eventualidad de las crisis hipertensivas se relaciona con el mecanismo de autorregulación del flujo sanguíneo arterial.

El mecanismo fisiopatológico a nivel vascular de las emergencias hipertensivas es complejo y no del todo conocido. Para que estas se presenten, se produce una disfunción endotelial probablemente relacionada con alteraciones en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, pérdida de mecanismos vasodilatadores endógenos (óxido nítrico, prostaciclina), presencia de estrés oxidativo, regulación al alza de mediadores proinflamatorios incluyendo moléculas de adhesión celular a nivel vascular y la liberación de vasoconstrictores locales como la endotelina-1.

La fisiopatología de la presión arterial severamente elevada difiere dependiendo de la presencia de urgencia o emergencia hipertensiva, y en el caso de la emergencia hipertensiva, en el compromiso de órgano blanco. Sin embargo, la fisiopatología de la crisis hipertensiva no está bien entendida. Se piensa que una elevación abrupta en la PA, posiblemente secundaria a un estímulo conocido o desconocido, puede provocar el evento.

Durante este aumento inicial abrupto en la PA, el endotelio trata de compensarse por el cambio en la vasoreactividad liberando óxido nítrico. Cuando las grandes arterias y arteriolas cesan el aumento en la PA, ellas responden con vasoconstricción y posteriormente con hipertrofia para limitar la presión alcanzada a nivel celular y afectar la actividad celular. La contracción prolongada del músculo liso conduce a una disfunción celular, pérdida de la producción de óxido nítrico y un incremento irreversible en la resistencia arterial periférica. Sin la continua liberación de óxido nítrico, la respuesta hipertensiva se vuelve más severa, promoviendo daño endotelial adicional y un continuo ciclo vicioso. La disfunción endotelial es además provocada por la inflamación inducida por el estiramiento mecánico. La expresión de marcadores inflamatorios como las citoquinas, moléculas de adhesión endotelial, y endotelina-1 está aumentada. Estos eventos moleculares probablemente incrementan la permeabilidad endotelial, inhiben la fibrinólisis, y como resultado activan la cascada de la coagulación. Coagulación, adhesión plaquetaria y agregación resultan en depósito de material fibrinoide, aumenta la inflamación, y la vasoconstricción de las arterias, lo que da lugar a una disfunción endotelial adicional.

El papel del sistema renina angiotensina aldosterona es importante en la emergencia hipertensiva. Parece ser que la amplificación de este sistema contribuye a la lesión vascular y a la isquemia tisular.

El daño a órgano blanco ocurre de manera diferente en cada individuo. Los pacientes que son más hipertensos de manera crónica presentan mayor contracción del músculo liso e hipertrofia arterial posterior, lo cual disminuye el efecto del aumento agudo de la PA en la circulación capilar. Aunque la hipertensión arterial maligna se define como PAD > 130 mm Hg, los pacientes normotensos, quienes no han tenido tiempo de establecer mecanismos compensadores autorreguladores son más sensibles al incremento de la PA y pueden sufrir daño a órgano blanco cuando la PAD es > 100 mm. Hg. (23)

d) Etiología

Las crisis hipertensivas ocurren con mayor frecuencia en aquellos pacientes con historia previa de hipertensión y acompañan generalmente a la interrupción de la medicación antihipertensiva, entre algunas de las causas encontramos:

✓ **Con HTA conocida:**

- Suspensión del tratamiento
- Tratamiento inadecuado (mala elección del antihipertensivo, no dar dosis dividida, dosis insuficiente)
- Desarrollo de hipertensión secundaria (renovascular, hiperaldosteronismo, etc.)
- Drogas (descongestivos, corticoides, AINE, ciclosporina)
- Suspensión brusca de betabloqueantes o clonidina.

✓ **Sin HTA previa:**

- Hipertensión esencial
- Parenquimatosa renal (pielonefritis crónica, glomerulonefritis, vasculitis, nefritis intersticial)
- Estenosis de la arteria renal
- Síndrome de apneas del sueño
- Aldosteronismo
- Drogas (cocaína, abstinencia alcohólica, anticonceptivos, corticoides, AINEs, IMAO, anfetaminas, fenciclidina, ciclosporina)
- Síndrome de Cushing
- Feocromocitoma

A demás se pueden encontrar diferentes causas de las crisis hipertensivas, según la etapa de vida como se describen a continuación se algunas de ellas.

En la infancia: Las crisis hipertensivas son, generalmente, secundarias a patología renal, de origen farmacológico (uso de corticosteroides) o de origen metabólico, la causa principal de la crisis hipertensiva en recién nacido es la coartación aórtica.

En el adulto: Existen diferentes causas de las crisis hipertensivas, entre ellas:

- ✓ Crisis hipertensivas idiopáticas: se presentan principalmente en pacientes con HTA esencial mal controlada, y es probable que se produzcan por un fallo en los mecanismos reguladores de la PA, concretamente en los barorreceptores.
- ✓ Crisis hipertensivas por patología renal o vasculorrenal: Aparecen en el curso de una enfermedad renal capaz de producir HTA, Se debe al importante papel que desempeña el riñón en el control del volumen extracelular y de las resistencias periféricas. Sus causas pueden ser:
 - Enfermedades del parénquima renal: Agudas (glomerulonefritis aguda, hidronefrosis unilateral, traumatismo renal, etc.); crónicas (Glomerulonefritis crónica, pielonefritis, nefropatías, tumores renales, trasplante, etc).

- Enfermedades de los grandes vasos renales (displasia, aterosclerosis, tromboembolismo arterial, trombosis venosa).
- ✓ Crisis hipertensivas provocadas por patología endocrina:
Se deben al exceso de hormonas presoras, dentro de ella se consideran tres grupos:
- ✓ Crisis por el exceso de secreción, o liberación, de catecolaminas, que determinan un aumento del gasto cardiaco y de las resistencias periféricas:
- ✓ Crisis por descompensación de endocrinopatías que cursan con HTA: como el hiperparatiroidismo (que por presentar hipercalcemia es el cuadro que las origina con más frecuencia), hipermineralcorticismos, Síndrome de Cushing, acromegalia, hipo o hipertiroidismo y diabetes mellitus.
- ✓ Crisis por administración de hormonas presoras: como dopamina, Dobutamina, adrenalina y noradrenalina.
- ✓ Crisis hipertensivas ligadas a medicamentos: se producen por iatrogenia medicamentosa.
- ✓ Crisis hipertensivas durante el embarazo: En la mujer gestante podemos encontrar HTA ya conocida

previamente, o ser detectada por primera vez durante el embarazo.

- ✓ Crisis hipertensivas en situaciones especiales: Estas pueden ser Refractaria o persistente, peri quirúrgica, preoperatorio, transoperatorio y en el postoperatorio inmediato, que en ocasiones pueden adquirir entidad de emergencia hipertensiva.
- ✓ En patología neurológica: En situaciones que se acompañan de hipertensión intracraneal aguda, como algunos ACV, en los infartos cerebrales con disminución del flujo sanguíneo cerebral o en los traumatismos craneoencefálicos, así como en pacientes tetrapléjicos que presentan lesión medular por encima de las neuronas simpáticas, se han descrito crisis hipertensivas. (22)

e) Manifestaciones clínicas

La mayoría de los pacientes no tienen síntomas y eso no quiere decir que no sea peligrosa. Un hecho muy importante es que se puede tener la presión arterial alta y no saberlo, por eso se le llama "el enemigo silencioso".

Los síntomas que caracterizan al HTA aguda son: la ansiedad, el mareo, fatiga y dolor de cabeza. Si la presión arterial es grave

- El examen neurológico: es necesario para determinar signos focales de un evento cerebral isquémico o hemorrágico. La presencia de delirio, náusea, vómito y convulsiones indica encefalopatía hipertensiva. La fundoscopia puede ser de ayuda debido a la presencia de exudados, hemorragia o papiledema, los cuales soportan el diagnóstico de encefalopatía hipertensiva.
- El examen cardiovascular: incluye la auscultación de nuevos soplos de insuficiencia aórtica asociados con disección o con regurgitación mitral isquémica y presencia de galope por III o IV ruido.
- El examen respiratorio: Estertores en los campos pulmonares indican la presencia de edema pulmonar.
- Electrocardiograma: para descartar la presencia de isquemia miocárdica e hipertrofia ventricular izquierda.
- Exámenes de Laboratorio: Los estudios de laboratorio deben incluir: cuadro hemático, parcial de orina, glicemia, electrolitos en suero, BUN y creatinina.
- Hemograma: anemia si hay daño renal o anemia hemolítica asociada a crisis hipertensivas.

- Glicemia: diagnóstico diferencial si hay alteración del estado de conciencia, o nefropatía coronaria asociado a diabetes.
- El uroanálisis con sedimento: puede mostrar proteinuria o cilindros hemáticos o celulares.
- Electrolitos séricos: La hipocalcemia o hipomagnesemia aumentan el riesgo de arritmias cardíacas.
- Urea y Creatinina: Permite descartar compromiso en la función renal o en su efecto evaluar la severidad del mismo.
- Rx de Tórax: para descartar edema pulmón, cardiomegalia y mediastino ensanchado.
- La ecografía de vías urinarias: Es de gran utilidad para analizar si la falla renal es aguda o crónica.
- Doppler: Si hay un componente de tipo inflamatorio y en caso de sospecha de enfermedad reno vascular. (24)

g) Tratamiento farmacológico

El tratamiento para un paciente con crisis hipertensiva es diferente dependiendo de si se trata de una urgencia o una emergencia hipertensiva, con frecuencia resulta difícil distinguir

entre las urgencias y emergencias hipertensivas. Lo mejor parece ser iniciar el tratamiento antihipertensivo en todos los pacientes de manera inmediata. La droga y la vía de administración se elegirán según ciertos criterios clínicos y de acuerdo con los recursos disponibles en cada institución.

Pueden administrarse nitratos y oxígeno en los casos en que estén indicados. Luego de la hospitalización, la emergencia hipertensiva debe manejarse con drogas parenterales según la etiología, el principal objetivo es revertir el daño del órgano blanco afectado, lo cual se logra mediante la reducción de la presión arterial media hasta en un 25% en el lapso de algunos minutos u horas. Una vez estabilizada la condición del paciente, se inicia el destete de los nitratos y puede iniciarse una medicación oral.

Para tratar a los pacientes con urgencia hipertensiva se utilizan medicamentos orales, descritos en el Cuadro 3, para la disminución gradual de la PA en un período de 24 a 48 horas es la mejor aproximación para el manejo de la urgencia hipertensiva. Es importante resaltar que, La rápida reducción de los niveles de PA puede asociarse con una morbilidad significativa en la urgencia hipertensiva debido a un cambio en la curva de autorregulación de presión y flujo en lechos arteriales

críticos (cerebral, coronaria o renal), esta debe disminuirse de manera gradual para prevenir hipoperfusión orgánica.

En cuanto a los pacientes con emergencia hipertensiva, y debido al compromiso de órgano blanco, la corrección rápida y excesiva de la PA puede disminuir la perfusión en los órganos y provocar lesiones orgánicas adicionales. Por esta razón, los pacientes con emergencia hipertensiva deben ser manejados con una infusión continua de un medicamento antihipertensivos de corta duración, en el cuadro 5 encontramos los más utilizados.

Los pacientes con emergencia hipertensiva deben ser hospitalizados preferiblemente en la unidad de cuidado intensivo (UCI), con monitoreo permanente, para disminuir el riesgo de lesión de órganos diana.

El principal propósito con estos pacientes, además de bajar las cifras tensionales, no necesariamente a los valores normales, es lograr revertir el daño de órganos blancos, para esto la elección del tratamiento endovenoso depende de la condición clínica del paciente y del criterio de cada institución. Cuando se haya logrado la reducción de la presión arterial a niveles adecuados, el tratamiento a largo plazo debe indicarse teniendo en cuenta el estado renal, neurológico y cardíaco del paciente. (25)

- **Insuficiencia Renal:** La insuficiencia renal puede ser la causa o la consecuencia de la hipertensión arterial severa. El tratamiento de la crisis hipertensiva debe tener en consideración la hemodinámica y considerar, que en las primeras horas posteriores al descenso de la presión arterial la función renal puede empeorar temporariamente.

(26)

Tabla 2.1.1: Fármacos Usados En Las Emergencias Hipertensivas

Fármaco	Dosis	Inicio de la acción	Duración de acción	Efectos secundarios
Nitroprusiato sódico	0,25-1µg/Kg/min. en infusión IV	Inmediato	1-2 min.	Nauseas, vómitos, tirones musculares, sudoración, intoxicación por tiocianato y cianina
Nicardipino	5-15 mg/h IV	5-10 min.	1-4 horas	Taquicardia, cefalea, rubor, flebitis local.
Fenoldopan	0,1-0,3 µg/min. Infusión IV	< 5 min.	30 min.	Taquicardia, cefalea, náuseas, rubor
Nitroglicerina	5-100µg/min. infusión IV	2-5 min.	3-5 min.	Cefalea, vómito, metahemoglobina, tolerancia con uso prolongado.
Hidralacina	10-20 mg IV 10-50 mg IM	10-20min. 20-30min.	3-8 h	Taquicardia, rubor, cefaleas, vómitos, empeoramiento de la angina.
Enalapril	1,25-5 mg cada 6h IV	15-30min.	6 h variable	Caída precipitada de la PA en casos de renina elevada en plasma, respuesta.
Diazóxido	50-100 mg/IV bolo repetido o infusión de	2-4 min.	6-12 h.	Nauseas, dolor torácico, rubor, taquicardia.

	15- 30 mg/min			
Labetalol	20-80 mg IV bolos cada 10 min. 0,5-2 mg/min infusión IV	5-10 min	3-6 h	Vómito, hormigueo, quemazón en garganta, vértigo, náuseas, bloqueo cardíaco e hipotensión ortostática
Esmolol	250-500 µg/Kg/min en 1 min, después 50-100 µg/Kg/min en 4 min. Puede repetirse	1-2 min	10-20 min	Hipotensión y náuseas.
Fentolamina	5-10 mg IV	1-2 min	3-10 min	Taquicardia, rubor, cefalea
Urapidilo	25 mg en 20 seg IV, puede repetirse. Para mantenimiento 9-30 mg/h en perfusión	5 min	2 horas	Cefalea, vértigo, sudoración, extrasístoles y bradicardia.
Trimetafan.	0,5-5 mg/min en perfusión IV	1-5 min	10 min	Paresia vesical e intestinal, sequedad de boca y visión borrosa.

**Tabla 2.1.2: Indicaciones Y Contraindicaciones Especiales
De Los Diferentes Fármacos**

FARMACO	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
Nitroprusiato sódico	La mayoría de emergencias hipertensivas, precaución en insuficiencia renal o hipertensión craneal; no usar en la Eclampsia.
Nicardipino	La mayoría de emergencias hipertensivas, excepto en Edema Agudo de Pulmón y precaución en la Isquemia coronaria.
Fenoldopan	La mayoría de las emergencias hipertensivas, precaución con el glaucoma
Nitroglicerina	La mayoría de emergencias hipertensivas, especialmente en la isquemia coronaria; no usar en la Eclampsia.
Hidralacina	Preeclampsia grave y eclampsia; no usar en Aneurisma disecante de aorta, cardiopatía isquémica ni Edema agudo de pulmón.
Enalapril	En edema agudo de pulmón, evitar en el infarto agudo de miocardio.
Diazóxido	Está obsoleto, solo debemos utilizarlo si no disponemos de monitorización; no usar en Cardiopatía isquémica, Edema agudo de pulmón, Aneurisma disecante de aorta y Eclampsia.
Labetalol	La mayoría de las emergencias hipertensivas, especialmente en la eclampsia. No utilizar en Edema Agudo de Pulmón.
Esmolol	En el perioperatorio del Aneurisma disecante de aorta.
Fentolamina	Crisis catecolaminérgica.
Furosemida	En edema agudo de pulmón; no usar en la cardiopatía isquémica ni aneurisma disecante de aorta.
Urapidilo	Usar como máximo 7 días. Puede utilizarse en niños y en la eclampsia. No usar en la estenosis aórtica.
Trimetafan	Aneurisma disecante de aorta.

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CRISIS HIPERTENSIVA (27)

Las intervenciones de enfermería inician con la valoración que se realiza en los servicios de urgencias, con la toma correcta de la presión arterial y en la identificación de cualquier sintomatología en el paciente hospitalizado o en el post-operado.

Debe de tomarse la presión arterial con el manguito y el brazo al mismo nivel que el corazón.

- ✓ Toma de presión arterial
 - Coloque el manguito alrededor del brazo, que quede ajustado y que el borde inferior esté de 2 a 5 cm por encima del espacio cubital.
 - Mientras palpa la arteria braquial, Insufle rápidamente el manguito hasta 20 a 30 mmHg por encima del punto en el cual desaparece el pulso
 - Apoye la campana del estetoscopio sobre el área del pulso.
 - Desinfle el manguito lentamente (de 2 a 3 mmHg por segundo)
 - Escuchando los tres sonidos de Korotkoff:

- Tomar las constantes vitales basales antes de administrar el fármaco para verificar las cifras de estos, y verificar cambios.
- Monitorización continua del paciente.
- Valorar presión arterial y frecuencia cardíaca
- Valorar presión arterial cada 5min, al comienzo de la medicación y después cada 15min. Si se presenta hipotensión intensa suspenda el medicamento.
- Prepare la solución exactamente antes de administrarla.
- No la administre si tiene más de 24hrs de preparada, busque cambios de color en la solución que van desde pardo a azul verde o rojo oscuro que son indicaciones para desecharla y preparar una nueva.
- Proteja la solución de la luz cubriendo el frasco y el equipo de venoclisis con papel de aluminio.
- Utilizar bomba de infusión para su administración.
- Utilizar una vía exclusiva para la administración de nitroprusiato.

- Utilice con mucha precaución nitroprusiato en sujetos con hipotiroidismo, hepatopatía o nefropatía y en personas que reciben otros antihipertensivos.
- No suspender de forma brusca, solo si el paciente hace hipotensión severa
- Diluir en DAD 5% 250cc, Utilizar bomba de infusión para su administración.
- Estar alerta a los signos de intoxicación (náusea, vómito, tinnitus, calambres musculares, hiperreflexia, desorientación).
- Si el paciente debe ser trasladado no suspender la infusión de medicamento ya que esto puede ocasionar efecto rebote, además. Se debe trasladar al paciente monitorizado.

2.2.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA OREM

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. (28)

Rem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

a) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores:
La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de

la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionándolos con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.

- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo en cuanto a la higiene que debe realizar. (30)

d) Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad

para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. (30)

- e) Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. (30)

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

- f) Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud

y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (30)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Crisis hipertensiva:** Se define como la elevación de la presión arterial (PA), habitualmente superior a 220/120 mmHg, debiendo diferenciarla de la falsa crisis hipertensiva, urgencia y emergencia hipertensiva.
- **Falsa crisis hipertensiva:** Es la elevación transitoria y no patológica de las cifras de PA reactiva a situaciones de stress, ansiedad, dolor o ejercicio. Cede con reposo y/o tratamiento de la causa desencadenante, no siendo necesario utilizar medicación hipotensora.
- **Urgencia hipertensiva:** Se denominan así, a situaciones en las que es aconsejable disminuir las cifras de presión arterial en pocas horas. Se puede definir como la elevación de la presión arterial que no se acompaña de compromiso vital inmediato y que puede, o no, acompañarse de síntomas inespecíficos, ello nos permite un margen de actuación, para disminuir las cifras tensionales, de entre 24 y 36 horas con medicación por vía oral. Ejemplos de ella serían niveles superiores de hipertensión en fase 3 (la causa más común), HTA acelerada maligna complicada o no complicada, las crisis en pacientes con

cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca, las crisis en trasplantados renales, complicaciones progresivas de órganos diana, episodios paroxísticos de HTA en la feocromocitoma o en síndromes hiperadrenérgicos e hipertensión perioperatoria grave.

- **Emergencia hipertensiva:** Son situaciones poco frecuentes que requieren la disminución de cifras tensionales (no necesariamente a límites normales) para prevenir o limitar la lesión de órganos diana. Se define como emergencia hipertensiva la presencia de cifras de presión arterial elevadas acompañadas de alteración orgánica grave con riesgo de lesión irreversible y riesgo vital inmediato.

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria para la cual se hizo la revisión de los libros de ingreso de emergencia como de historias clínicas de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio a fin de tener acceso a los libros de registros e historias clínicas.
- Recolección de datos: Para la recolección de datos la técnica que se utilizará la revisión documental y el instrumento será datos estadísticos e historia clínica.
- Procesamiento de datos: Luego de concluida la recolección de datos, estos serán procesados en forma manual y mediante el uso de paquete estadístico Microsoft Excel y SPSS versión 20.0.

- **Resultados:** Los resultados fueron analizados e interpretados en tablas de frecuencias absolutas y porcentajes.
- **Análisis e interpretación de resultados:** Los datos se revisaron, codificaron y se ingresaron a una base de datos.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

a) Recuento de la Experiencia Profesional

Mi labor como licenciada en enfermería empezó en el año 1999 realizando mi servicio Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en el Puesto de Salud de "San Isidro" perteneciente al Distrito de Imperial en la provincia de Cañete el cual me permitió brindar servicio a la comunidad el cual estuvo orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales.

Posteriormente en el año 2000 ingresé a laborar en el Hospital II Cañete, desempeñando mis labores profesionales consultorios de distintos servicios como gastroenterología, oftalmología y programas como CRED, Adulto mayor, Tuberculosis. Así como también en los servicios de hospitalización de los servicios de medicina, cirugía, pediatría, ginecología, neonatología y emergencia, servicio en el cual vengo laborando hasta la actualidad contando con más de 6 años de permanencia en este servicio.

b) Descripción del Área Laboral

✓ Organización

El servicio de emergencia del Hospital II Cañete se encuentra a cargo una jefa de enfermera del servicio.

✓ Recursos Humanos

Laboran 11 enfermeras que laboran el servicio de emergencia entre Tópico, Observación y Trauma Shock. Así mismo en cada servicio labora un técnico de enfermería por cada turno.

✓ Infraestructura

Cuenta con 1 ambiente de triaje y medición de funciones vitales; 4 consultorios (pediatría, medicina, cirugía y ginecología); 1 unidad de trauma shock el cual está equipado con un monitor empotrado y 2 rodantes con desfibrilador, aspiradoras, coche de paro, coche para intubación endotraqueal debidamente equipados.

✓ Prestaciones:

Se brinda prestaciones a pacientes pediátricos por el cual se cuenta con una sala de observación pediátrica con 4 camas; a pacientes adultos para los cuales se cuenta con 3 salas de

observación para todo tipo de pacientes con 8 camas y una sala de nebulizaciones

c) Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Área asistencial:

- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos.
- Participar en las campañas, programas y estrategia sanitaria en el campo de enfermería si fuera requerido.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.
- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos con el usuario hospitalizado.
- Elaborar y remitir los informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas del servicio.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.

- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión institucional.
- Cumplir con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros del servicio.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.

- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.
- Elaborar registros de actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que exista en el servicio, para sistematizar la información.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.
- Integrar comités, comisiones de trabajo en el campo de enfermería si fuera requerido
- Las demás funciones que le asigne el Jefe Inmediato Superior.

- Enfermedad actual: la paciente desde hace 20 días presenta acúfenos en oído izquierdo y pesadez de cabeza, así como sensación de mareo sin giro de objetos, de predominio matutino, que no se modifica con cambios posturales y sin cortejo vegetativo.
- Exploración física: consciente y orientada. Afebril.
- Presión arterial (PA) 190/100 mmHg. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica. Auscultación cardíaca: normal a 80 lpm. Pulmón: normoventilación. Palpación cervical: normal.
- Exploración neurológica: normal. Sin signos de insuficiencia cardíaca. Otoscopia: normal.
- Se administró captopril sublingual (25 mg) y tras 30 minutos la PA descendió a 158/92 mmHg; fue diagnosticada de crisis hipertensiva y se observa su evolución en las consultas programadas.

✓ **Consulta 1**

- Aporta cifras tensionales de 166/94 mmHg y 162/96 mmHg. El cálculo del riesgo cardiovascular fue del 22% y la exploración física normal.

- Se solicitó analítica completa con iones, hormonas tiroideas, orina de 24 horas, electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax.
- Se inició tratamiento con dieta hiposódica e irbesartán 150 mg/día y se programó nueva revisión dentro de un mes.

✓ **Consulta programada**

- A los 10 días acudió al servicio de emergencia por mareo, sudoración fría y visión borrosa con sensación de debilidad. Fue diagnosticada de cuadro vasovagal.
- Las cifras tensionales ambulatorias fueron de 160/96 mmHg. La analítica, el ECG y la radiografía de tórax fueron normales.
- Se añadió hidroclorotiazida 12,5 mg (1-0-0) y se le cita a las tres semanas.
- Antes de cumplir el plazo programado, la paciente acudió a las tres semanas por un nuevo episodio sincopal, con caída y traumatismo en mano derecha. Se realiza radiografía de antebrazo derecho, objetivándose calcificación de arteria radial con callo de fractura en tercio distal de radio.

patológicos que pueda traducir la existencia de placas de ateroma en distintos territorios vasculares.

El caso descrito, diagnosticado finalmente de pseudohipotensión, tiene una prevalencia del 7%. En la actualidad, y dada la incidencia tan elevada de pacientes hipotensos por encima de 70 años en las consultas de Atención Primaria, se debe sospechar la existencia de este tipo de hipertensión cuando exista disociación entre las cifras de PA y la posible repercusión cardiovascular o una evolución tan atípica como la descrita en este caso.

✓ **Innovaciones – Aportes**

- Se implementó la valoración de escala de Glasgow a pacientes que ingresan al servicio de emergencia.
- El personal de salud del servicio de emergencia recibe capacitación permanente de diferentes patologías.
- Se mejoró el sistema de referencia y contrarreferencia a la ciudad de Lima previa coordinación.

✓ **Limitaciones para el Desempeño Profesional**

El exceso de documentación limita el tiempo de trabajo intrahospitalario.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

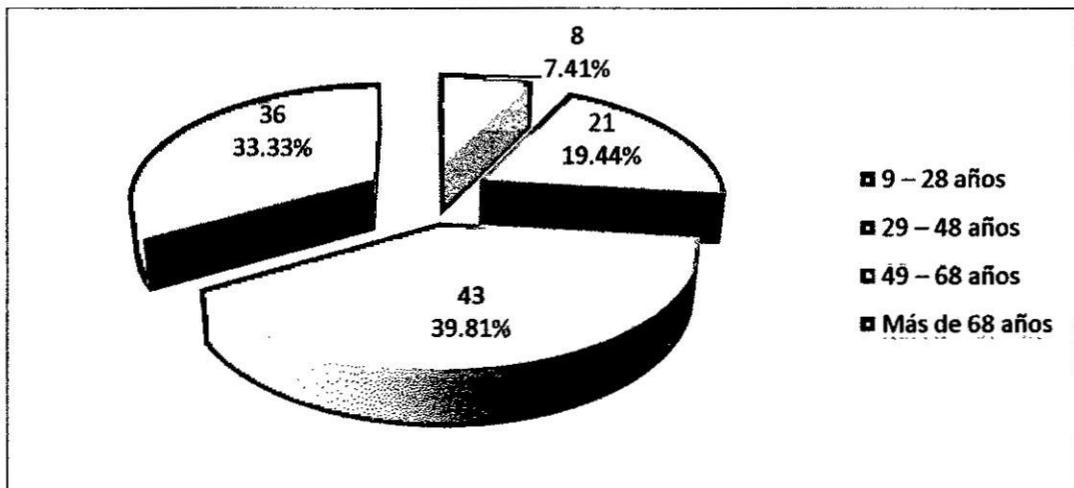
Edad De Los Pacientes Del Servicio De Emergencia Del Hospital II Cañete, 2017

GRUPO DE EDAD	N°	%
9 – 28 años	8	7.41
29 – 48 años	21	19.44
49 – 68 años	43	39.81
Más de 68 años	36	33.33
TOTAL	108	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO N° 4.1

Edad De Los Pacientes Del Servicio De Emergencia Del Hospital II Cañete, 2017



Interpretación: En el cuadro 4.1 podemos observar que la mayoría de pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar crisis hipertensiva fueron del grupo de edad de 49 a 68 años de edad y representa el 39.81% y una minoría de pacientes tuvieron edades que oscilaban de 9 a 28 años representando el 7.41%.

CUADRO N° 4.2

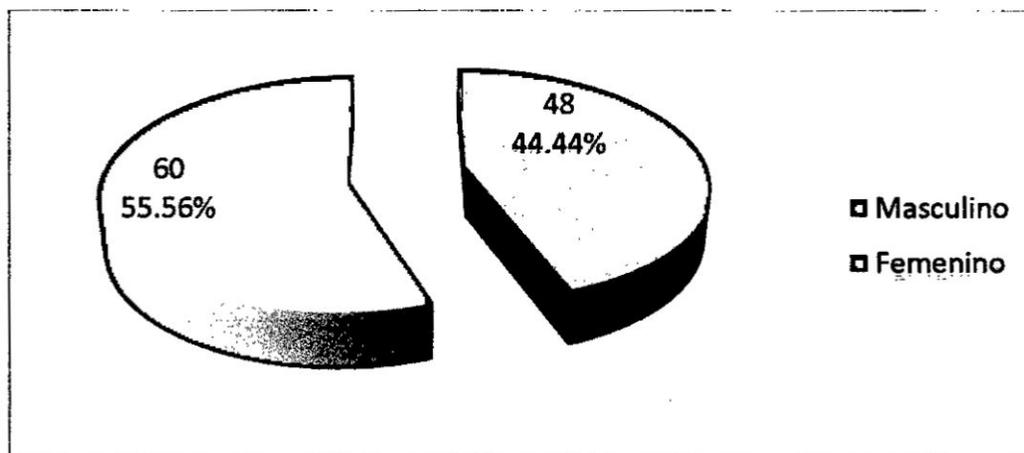
Sexo De Los Pacientes Del Servicio De Emergencia Del Hospital II Cañete, 2017

SEXO	N°	%
Masculino	48	44.44
Femenino	60	55.56
TOTAL	108	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO N° 4.2

Sexo De Los Pacientes Del Servicio De Emergencia Del Hospital II Cañete, 2017



Interpretación:

En el cuadro 4.2 podemos observar que de los pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar crisis hipertensiva la mayoría fueron del sexo femenino y representan el 55.56% y el 44.44% está representado por pacientes del sexo masculino.

CUADRO N° 4.3

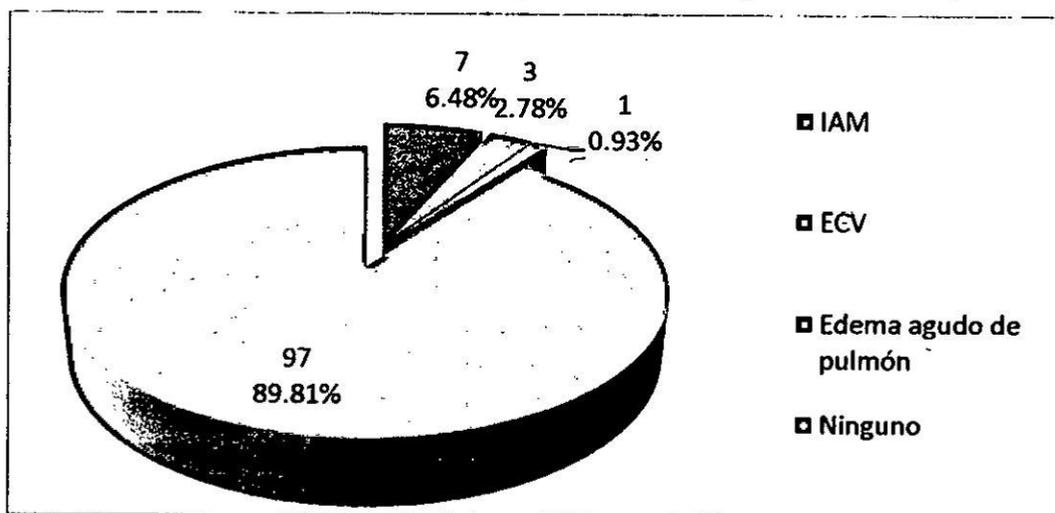
Complicaciones Presentadas Posterior A Crisis Hipertensivas Por Pacientes Del Servicio De Emergencia Del Hospital II Cañete, 2017

COMPLICACIONES	N°	%
IAM	7	6.48
ECV	3	2.78
Edema agudo de pulmón	1	0.93
Ninguno	97	89.81
TOTAL	108	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO N° 4.3

Complicaciones Presentadas Posterior A Crisis Hipertensivas Por Pacientes Del Servicio De Emergencia Del Hospital II Cañete, 2017



Interpretación: En el cuadro 4.3 podemos observar que de los pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar crisis hipertensiva la mayoría no presentó complicaciones representando el 89.81%, el 6.48% presentó infarto agudo de miocardio seguido por los pacientes que presentaron enfermedad cerebro vascular con un 2.78% y un 0.93% presentó edema agudo de pulmón.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

1. El 6.48% presentó infarto agudo de miocardio seguido por los pacientes que presentaron enfermedad cerebro vascular con un 2.78% y un 0.93% presentó edema agudo de pulmón.
2. En la gran mayoría de pacientes no hubo registro de reacciones adversas por la utilización de estos medicamentos 55%, y entre los mínimos efectos adversos que se presentaron fueron la cefalea 18% y la tos 17%.
3. Los pacientes que acudieron al servicio de emergencia por presentar crisis hipertensiva el 32.41% pasó a hospitalización, el 27.78% fue dado de alta, el 25.93% pasó a observación, el 11.11% pasó al servicio de UCI y un porcentaje mínimo falleció representando el 2.78%.

CAPÍTULO VI:

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de enfermería, contar con especialización que permita brindar un cuidado adecuado y oportuno en el paciente con Crisis Hipertensivas, siendo fundamental para ayudar a establecer las estrategias adecuadas en la terapéutica inicial, en un esfuerzo por limitar la morbilidad, y mortalidad de dicha población.

2. A la institución, fortalecer el conocimiento teórico práctico de la enfermera especialista del servicio de emergencia acerca del abordaje terapéutico de la Crisis Hipertensiva, a fin de resaltar la necesidad de mantener controlada la Hipertensión, y evitar la aparición de complicaciones posteriores.

3. Que las autoridades del servicio gestionen con la institución la realización de estudios que permitan realizar análisis comparativos objetivos en la población que presenta dicha patología, conocer su incidencia, caracterizar el grupo más vulnerable, e identificar la actitud terapéutica asumida ante su presencia.

CAPÍTULO VII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan NM. Manejo de la Hipertensión. 5ª ed. México. Mercadotecnia de Innovación y desarrollo; 2004
2. Leiva P JL, Saucedo MJF, Muñiz GA, Gaxiola LA, Najjar LS. Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª ed. México. Mc Graw-Hill Interamericana 2006, 179-185.
3. Akaki JL, D´Achiardi RD, Pérez CD, Juárez HV. Hipertensión Arterial. 1ª ed. México. Intersistemas S.A. 2000, 7-9; 12–59
4. Llanio Navarro, R. Propedéutica Clínica y semiología. Tomo I. Editorial Ciencias Médicas. 2003. p. 216-38.
5. Shomaker WC, Ayres SM, Grenvik A, Holbrook PR. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana S.A., 2006, 522–527.
6. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra 2015
7. Chobanian AV, Bakris GI, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. Hypertension. 2003; 42:1206-52.

8. Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. *N Engl J Med.* 1990; 323:1177-83.
9. Bennett NM, Shea S. Hypertensive emergency: case criteria, sociodemographic profile, and previous care of 100 cases. *Am J Public Health.* 1988; 78:636-40.
10. Tumlin JA, Dunbar LM, Oparil S, buckalew V, Ram CV, Mathur V, Ellis D, Mc Guire D, Fellmann J, Luther RR. Fenoldopam, a dopamine agonist, for hypertensive emergency: a multicenter randomized trial. Fenoldopam Study Group. *Acad Emerg Med.* 2000; 7:653-62.
11. Seguro L, Agusti R, Parodi J, y cols. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. *Revista Peruana de Cardiología,* 2006; 32: 82-128
12. Gamboa R. La hipertensión arterial esencial en el Perú. *Revista Peruana en Cardiología.* 2003; 19 (2): 92-99
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014. Lima, Abril 2015
14. Molina S.; Coro A.; Procel J. Dimensión de autocuidado para la atención paliativa al adulto hipertenso Pungala-Puruhuay, 2017. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. 2017

15. Corrales A.; Quintero W.; González Y.; Semino B.; Arencibia L. Factores de riesgo y desarrollo de crisis hipertensivas en hipertensos, Pinar del Río. (Tesis para optar el título profesional de Primer Grado en Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas) Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río, Pinar del Río, Cuba. 2012
16. Yerovi D. Crisis hipertensiva en la sala de emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y Hospital Abel Gilbert Pontón y su clasificación de acuerdo a los antecedentes de hábitos y clínicos previos de los pacientes para elección del mejor tratamiento basado en la evidencia. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. 2014
17. Fanarraga J. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. 2013
18. Zela L.; Mamani W. Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) Universidad Peruana Unión, Juliaca, Perú. 2015

19. Campojó M. Tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencia. (Trabajo académico para optar el título de enfermero especialista en emergencias y desastres) Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú. 2016
20. Torres M. Impacto de un protocolo de crisis hipertensiva en el servicio de urgencia en la Clínica Geriátrica del Ejército; Marzo 2012 – Marzo 2014. (Tesis para optar el grado académico de Doctor en Medicina) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2015
21. Alcázar de la Ossa JM. Crisis hipertensivas. Hipertensión 2000;17:149-153
22. Canobbio MM: Trastornos Cardiovasculares.1ª edición. Barcelona. Mosby Doyma 1993, 32-33; 132-138.
23. Cárdenas LM: Procedimientos del Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria. 1ª edición. México. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", 1985, 81-83.
24. Sobrino J et al. "Urgencias y emergencias Hipertensivas". Medicina Integral 1998; 31: 3-7
25. Sobrino J y Coca A. "Manual de Crisis Hipertensivas". Ed MRA.SL. 1999

ANEXOS

ANEXO 01
EVIDENCIAS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

Foto N°1

Valoración de la presión arterial, en el servicio de emergencia



Foto N°2

Unidad móvil para traslado a hospital IV



Foto N°3

Puerta de ingreso al servicio de emergencia



ANEXO 02
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Disminución del gasto cardiaco R/C resistencia vascular periférica + alteración de la frecuencia cardiaca M/P taquicardia + aumento de la presión arterial.</p>	<p>Recuperar paulatinamente el GC del paciente, evidenciándose en la disminución de la TA. cerca de los niveles normales (130/80mmHg) y FC cerca de los valores normales (60-80 pul/min), apoyados en el tratamiento farmacológico y las intervenciones de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control continuo de SV: T , P , FR , TA con mayor énfasis en la TA Y la FC. c/2 horas. • Canalizar vena de grueso calibre. Coniabocath 18. • Administración de antihipertensivos, orales SOM (metoprolol 50mg VO, captopril 25mg SL. • Valoración de llenado capilar y pulsos periféricos c/2 horas. • Realizar control de la diuresis c/ 6 hrs. • Vigilar el estado neurológico del paciente. • Proporcionarle tranquilidad y reposo en cama al paciente en posición semifowler. • Orientar al paciente y sus familiares sobre el tratamiento que recibirá y el estado actual de su patología, indicando los cuidados que debe tener. • Indicarle al paciente y familiares sobre la importancia de mantenerse en reposo. 	<p>El paciente ha mejorado de manera considerable el GC, evidenciándose con TA de 140/85 mmHg., pulso de 83 p/min y manifestaciones del paciente de sentirse mejor.</p>

DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Dolor agudo R/C aumento de la presión de los capilares cerebrales M/P respuestas autónomas (aumento de la presión arterial, aumento de la respiración, aumento de la frecuencia cardiaca), mascara del dolor	El dolor disminuirá a los niveles tolerables evidenciado por valoración en la escala del dolor 4/10, manifestado por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales TA, P FR c/2horas. • Valoración del dolor según escala. • Administración de analgésicos (dipirona 2.5 g i.v. c/'8h) S.O.M. • Proporcionar ambiente tranquilo y cómodo. • Manejo de la ansiedad a través de la comunicación con el personal de salud y su acompañante. 	El paciente tuvo disminución del dolor, manifestado verbalmente y mediante la escala 4/10
Patrón respiratorio ineficaz R/C ansiedad S/C cefalea intensa 8/10 M/P disnea + taquipnea	El paciente mejorara su patrón respiratorio evidenciado por una frecuencia respiratoria cerca a los límites normales (16-20 Resp/min),	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales • Administración de O₂ a 2lts/min por cánula nasal • Cuidados de los sitios de presión de la cánula • Disminución de la ansiedad • Posición semifowler • Valorar llenado capilar • Vigilar coloración de la piel • Auscultar campos pulmonares 	El paciente presentó mejoría del patrón respiratorio encontrándose FR: 20 Resp/min, se observó más tranquilo y comunicativo.
Ansiedad R/C estado de salud M/P inquietud, angustia, palpitaciones,	el paciente disminuirá los niveles de ansiedad a los límites funcionales	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la escucha activa. • Brindar información acerca de su estado y tratamiento para ello. 	Los niveles de ansiedad disminuyeron

<p>sequedad bucal, aumento de la respiración</p>	<p>, lo cual se evidenciará con respiraciones dentro de rangos normales (16 - 20 resp/min), Fc: normal (60 - 100 latidos/min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas de relajación. • Orientar a la familia en cuanto a la comunicación para mantenerlo distraído. 	<p>notablemente. Se observó una conversación más tranquila con el paciente</p>
<p>Desequilibrio nutricional por exceso R/C ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas M/P IMC aumentado</p>	<p>El paciente obtendrá un equilibrio nutricional a largo plazo I.M.C de 24</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescribir y educar en cuanto al manejo de una dieta baja en grasa, sal, y harina • Orientar y concientizar a la familia en la importancia de una buena alimentación del paciente. • Concientizar en cuanto a los factores de riesgo que posee(fumador, obeso) 	<p>Se educó al paciente sobre la importancia de mantener una alimentación balanceada el paciente devolvió la información.</p>
<p>Riesgo de lesión (irritables, cardiovascular, cerebral) R/C aumento brusco de las cifras arteriales S/A Emergencia hipertensiva y complicaciones.</p>	<p>El paciente no presentara ninguna complicación durante su estancia en el servicio de urgencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Administración de tratamiento farmacológico SOM (captopril 25 mg v.o c/6h, metoprolol 50mg c/12h). • Vigilancia continua de los efectos secundarios a los medicamentos. • Vigilar y analizar exámenes de laboratorio. • Brindar información al familiar sobre la patología y las complicaciones. 	<p>El paciente no presentó ninguna complicación durante su estancia en el servicio de urgencias.</p>

ANEXO 03
MINSA RM N° 031/2015
GUIAS PARA EL MANEJO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

1. DEFINICIÓN

Se caracteriza por una elevación aguda y severa de la presión arterial (sea sistólica o diastólica) que pone en riesgo la vida del paciente, si no es controlada eficazmente.

Se consideran 02 presentaciones clínicas.

Emergencia Hipertensiva: Existe evidencia de daño agudo de órgano blanco.

Urgencia Hipertensiva: No existe evidencia de daño agudo de órgano blanco.

2. OBJETIVO

- Diagnosticar y tratar en forma precoz y oportuna la descompensación hipertensiva arterial.
- Investigar, diagnosticar y tratar la causa que origina la crisis hipertensiva.
- Identificar, evitar y tratar los daños irreversibles de órganos blancos.

3. NIVEL DE ATENCIÓN

Servicios de Hospitalización y/o Emergencia de Centros Asistenciales de Nivel I a IV: Cualquier CAS realizará, inicialmente, el monitoreo de funciones vitales y manejo de la Urgencia Hipertensiva. Se efectuará la referencia hacia unidades de atención para pacientes críticos:

- Unidades de Vigilancia Intensiva en Hospitales de Nivel II,
- Unidades de Cuidados Intensivos en Hospitales de Nivel III y IV y/o Unidades de Cuidados Coronarios.

Hospitales de mayor Nivel de complejidad: realizarán el diagnóstico y Tratamiento de la Emergencia Hipertensiva y monitoreo hemodinámico de acuerdo a la capacidad de resolución del Centro Asistencial.

4. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Criterios Clínicos

A. Para Emergencia Hipertensiva:

- Presión arterial Diastólica > 120 mm Hg.
- Papiledema
- Disfunción Renal: oliguria, azotemia.
- Disfunción Neurológica: cefalea, confusión, somnolencia, convulsiones, coma.

B. Para Urgencia Hipertensiva:

- PAD \geq 120 mm Hg.

- No compromiso agudo de órgano blanco

5. MANEJO

5.1. Procedimientos Auxiliares

A. Urgencia Hipertensiva:

- a. La regla es reducir la Presión Arterial dentro de las primeras 24-48 horas.
- b. La terapia es vía oral.
- c. La hospitalización es innecesaria si es controlada la Presión Arterial.
- d. Manejo en Tópico de Urgencias.

Esquema de Terapia:

Manejo Inicial

- Pacientes con antecedentes cardiovasculares o con antecedentes de reacción al nifedipino se recomienda utilizar: captopril 25 mg. vía oral y control de Presión Arterial en 30 minutos.
- Pacientes con antecedentes de Insuficiencia Renal Crónica, hiperkalemia, alergia a inhibidores de ECA o hipertensión renovascular, se recomienda utilizar: nifedipino 10 mg. vía oral y control de PA en 30 minutos.

Reevaluación:

- Control de la Presión Arterial en 30 minutos.
- De persistir elevación de P.A. repetir una 2° dosis.
- Reevaluar en 30 minutos, si persiste con P.A. elevada y sospecha de compromiso de órgano blanco, se evalúa en Tópico de Emergencia de Medicina para definir posibilidad de hospitalización.
- Si la Presión Arterial es controlada, se indica terapia ambulatoria para 48 a 72 horas y se indica la necesidad de continuar control en Consulta Externa.

B. Emergencia hipertensiva

En todo paciente catalogado en estado de Emergencia Hipertensiva se realizarán los siguientes exámenes:

- a. Laboratorio Básico: Hemograma, Hematocrito, Creatinina, Urea, Sodio, Potasio, Sedimento Urinario, Glucosa.
- b. Radiografía de Tórax pósterio-anterior.
- c. Electrocardiograma de 12 derivaciones.
- d. Ultrasonido, Tomografía si el caso lo amerita.

Reevaluación de los exámenes:

- a. Si son negativos, se evaluará cada 24 horas en los 02 primeros días del estado de Emergencia Hipertensiva.
- b. Si son positivos o anormales, se evaluará cada 08 a 12 horas dependiendo del órgano o sistema comprometido.

5.2. Medidas Generales

Toda Emergencia Hipertensiva debe ser manejada en la Unidad de Shock Trauma.

Conducta:

1. Mantener vía aérea permeable.
2. Vía venosa periférica permeable.
3. Reposo absoluto.
4. Posición semisentada
5. Monitoreo de funciones vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, diuresis horaria.
6. Balance hídrico
7. Oxigenoterapia a demanda
8. EKG

Metas:

Metas terapéuticas en Emergencia Hipertensivas:

A. Disfunción de Órgano Blanco:

Variará según el órgano blanco afectado

- A.1. En Emergencia Hipertensiva con compromiso neurológico, serán:
 - a. Encefalopatía hipertensiva: Reducir la PAM en un 25%, en el lapso de 2 a 3 horas.
 - b. Hemorragia subaracnoidea: Reducir la PAM en un 25% en el lapso de 6 a 12 horas.

c. Hemorragia intraparenquimal: No se recomienda antihipertensivos si la Presión Arterial de presentación es menor de 180/105 mmHg.

Si la Presión Arterial de presentación es mayor de este valor reducir en pacientes normotensos a 160-170 / 95 - 100 mmHg y en hipertensos crónicos a 180 - 185 / 105 - 110 mmHg.

A.2. En Emergencia Hipertensiva con compromiso cardiovascular:

a. Insuficiencia ventricular izquierda: disminuir la P.A.M. en 10 - 15% en el lapso de 30 a 60 minutos.

b. Síndrome coronario agudo: reducir la PAM en 10 - 15% en el lapso de 30 a 60 minutos.

c. Disección de Aorta: reducir la PA a 100 - 120 / 80 mmHg (si no ocurre otro evento desfavorable) en el lapso de 30 minutos.

B. No disfunción de Órgano Blanco:

- Estado de conciencia: despierto y asintomático.
- Diuresis > 40 cc/hora
- No papiledema

5.3. Medidas Específicas

b. Nitroglicerina de Sodio o Dinitrato de Isosorbida

- Indicado en Emergencia Hipertensiva y Síndrome Coronario Agudo.
- Uso endovenoso continuo. Aplicar dosis respuesta cada 5 a 10 minutos hasta llevar la P.A. a valor deseado.
- Margen terapéutico: 5 a 1000 ug/min
- Uso de Bomba de Infusión o Microgotero
- Preparación:
Dextrosa 5% AD 500cc y 02 amp. de Nitroglicerina

c. Inicio simultaneo de antihipertensivos orales.

Evitar llevar a la normotensión bruscamente por peligro de isquemia o infarto de órganos blancos.

B. Tratamiento Coadyuvante

Se utilizarán aquellos medicamentos que a criterio del especialista, sean necesarios para el manejo de los órganos comprometidos y siguiendo las guías respectivas.

Reevaluación:

- Si hay respuesta a tratamiento establecido: Mantener infusión.
- Si no hay respuesta a tratamiento establecido: Titular microgoteo a dosis convencionales, hasta lograr respuesta.

6. HOSPITALIZACIÓN, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.1. Hospitalización:

a. Urgencia Hipertensiva: Todo paciente en estado de Urgencia Hipertensiva quedará en control y observación por un período que asegure su estabilidad. Si el caso lo amerita se indicará alta con tratamiento hasta 72 horas y se informará la necesidad de control obligatorio en Consulta Externa. En casos necesarios se realizará referencia a otro Centro Asistencial.

b. Emergencias Hipertensivas: Todo paciente en estado de Emergencia Hipertensiva iniciará su tratamiento en la Unidad de Shock Trauma y luego de ser controlado será transferido a las áreas críticas:

- Unidades de Vigilancia Intensiva en Hospitales de Nivel II.
- Unidades de Cuidados Intensivos en Hospitales de Nivel III y IV.

6.2. Criterios de Alta

a. En Urgencia Hipertensiva: Obtener respuesta adecuada al control.

b. En Emergencia Hipertensiva:

- Estabilización Hemodinámica
- Control de la Presión Arterial

- Estabilización de daño de órganos blancos.

6.3. Referencia

El manejo inicial se realizará en todo centro hospitalario debiendo ser transferido de acuerdo a la complejidad del manejo y daño del órgano blanco y de los recursos humanos y materiales disponibles.

Las Unidades de Vigilancia Intensiva transferirán los siguientes casos:

- a. Necesidad de procedimientos especializados
- b. Monitoreo hemodinámico especializado
- c. Tratamiento del factor descompensante especializado

6.4. Contrareferencia

Todo paciente estabilizado hemodinámicamente y controlado en factor causante de la descompensación, retornará al Centro Asistencial de origen con indicaciones claras y precisas.