

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS CON CRISIS
HIPERTENSIVA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
MARINO MOLINA SCIPPA COMAS 2015 - 2016**

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

ESTEFANÍA CACHAY CASTAÑEDA

Quis & Polus de Souza

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA | PRESIDENTA |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIO |
| ➤ MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 119

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02/03/2018

Resolución Decanato N° 573-2018-D/FCS de fecha 22 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	24
IV. RESULTADOS	27
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIALES	35
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

La crisis hipertensivas (CH) constituye un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Emergencia hospitalarios, pues posee una clara tendencia al aumento de su incidencia conforme el paciente descuida su hipertensión. En algunas ocasiones, pueden llegar a constituir una emergencia médica muy grave e inclusive la muerte.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad multifactorial en la que participan factores ambientales, genéticos e intrínsecos, como raza y de género en su desarrollo. La HTA es una elevación de la presión sistólica igual o mayor a 140mmHg, así como una elevación de la presión arterial diastólica igual o mayor de 90 mmHg. Un incremento dentro del rango normal de la presión sistólica y diastólica tienen impacto continuo sobre enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud es un agravante de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares a nivel mundial

El informe titulado "Cuidado de enfermería en pacientes adultos con crisis hipertensiva del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa Comas 2015-2016.", tiene por finalidad el determinar los cuidados precisos que los enfermeros debemos tener con los pacientes en edad adulta y muy adulta que vienen al servicio de emergencia con crisis hipertensiva.

El informe se realizó con el deseo de demostrar cuál es el cuidado adecuado que se tiene o se debe tener con estos pacientes y así fortalecer los conocimientos del personal de enfermería.

Consta de VII capítulos, en **El capítulo I**: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III**: considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** : resultados ; **capítulo V** : conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La hipertensión (HTA) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, afectando aproximadamente a un 25% de la población general en edad adulta, a nivel mundial es responsable de casi 7 millones de muertes anuales. Se estima que el 1% de los pacientes hipertensos desarrollarán en algún momento a lo largo de su evolución al menos un episodio de HTA severa de presentación aguda que necesitará, en la mayoría de las ocasiones, de tratamiento antihipertensivo intravenoso (OMS, 2013).

La Organización Mundial de la Salud estima que el 12,8% de todas las muertes a nivel mundial se deben a esta enfermedad; y se calcula que en personas de 25 años a más, alrededor del 40% padecen hipertensión, y 35% para la región de las Américas, siendo algo mayor en hombres (39%) que en mujeres (32%) (World Health Organization, 2011).

A nivel de América Latina, se calcula que una cuarta parte de los pacientes que consultan al Servicio de Urgencias, lo hacen debido a la presencia de cuadros con crisis hipertensivas, hecho más frecuente en aquellos individuos que en los meses anteriores habían precisado de modificación de su tratamiento antihipertensivo farmacológico por mal control de las cifras tensionales. Estos cuadros sitúan a los pacientes que los padecen en un riesgo orgánico y vital, con porcentajes de un 4% de mortalidad y de un 19% de aparición o empeoramiento de lesión orgánica (Chávez, J.; Almendárez, C., 2008).

Sin embargo en el Perú en relación a la prevalencia de la HTA la información oficial está registrada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2013 (ENDES 2013), la cual obtuvo sus datos en personas de 15 años a más, con una prevalencia de la presión arterial alta de 16,6% (IC 95%; 15% - 18,2%); siendo esta de 21,5% (IC 95%; 19% - 23,9%) en hombres y 12,3% (IC 95%; 10,5% — 14,2%) en mujeres. Además, encontró que solo el 12,2% de estos fueron diagnosticados por un médico. De este total, el 62% recibe tratamientos (INEI, 2013).

La crisis hipertensiva (CH) constituye un síndrome clínico que tiene muchas variantes, pero se manifiesta principalmente con cifras tensionales elevadas, capaces de producir síntomas alarmantes en el paciente. Aproximadamente el 1% de los pacientes hipertensos desarrolla una crisis hipertensiva. El común denominador en esos casos es el dolor precordial, que en un número significativo de casos, el dolor precordial no difiere del producido por el infarto agudo del miocardio. Es por ello, que los primeros exámenes que se deben indicar son el electrocardiograma y las enzimas cardíacas, para poder establecer con certeza la diferencia entre ambas situaciones. Es útil diferenciar la urgencia de la emergencia hipertensiva (2).

Es difícil establecer cifras capaces de crear síntomas alarmantes al paciente, por ser muy personales. En la urgencia hipertensiva se deben bajar rápidamente, por lo menos en una hora, las cifras tensionales, tratando de que sea aproximadamente del 20 al 25% de la presión diastólica que es la que más pone en peligro a los órganos blancos. Las crisis hipertensivas constituyen un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una crisis hipertensiva en

algún momento de su vida (Coll de Tuero G.; Dalfo I.; De la Figuera M.; Gilberti E.; Isnard M.; Martínez A., 2012).

En lo que se refiere al Hospital Marino Molina Scippa, se desconoce a ciencia cierta la cantidad de pacientes que ingresan al servicio de emergencia con un cuadro de Crisis Hipertensiva, pues si bien es cierto que existen las fichas de observación y las historias clínicas, también es cierto que las cifras de las cuales se realizan la estadísticas del hospital son a nivel genérico, no poniendo en sí dentro del análisis los motivos de ingreso, esto repercute en que no se sabe cuántos pacientes ingresan al servicio de emergencia a causa de Crisis Hipertensiva. Por tal motivo puede fallarse en los cuidados respectivos que se deben dar a estos pacientes, corriendo el riesgo de que pueda complicarse la situación.

Para un adecuado cuidado es necesario conocer el tiempo de evolución de la enfermedad, los síntomas concretos, los medicamentos que deben utilizarse en cada caso, de esa forma será más sencillo transmitir en nuestros pacientes la seguridad y confianza necesaria para que estos sientan que se les está brindando el cuidado necesario.

1.2 Objetivo

Demostrar un adecuado cuidado de enfermería a pacientes adultos con Crisis Hipertensiva del servicio de Emergencia del Hospital "Marino Molina Scippa.2015-2016.

1.3 Justificación

La crisis hipertensiva abarca un amplio espectro de síndromes clínicos con variada expresividad, desde los pacientes asintomáticos hasta manifestaciones multisistémicas. Su denominador común es la

constatación de unas cifras de Presión Arterial (PA) elevadas, definiéndose por una Tensión Arterial Diastólica (TAD) mayor de 120 mmHg. Debido a esto solemos encontrar en el servicio de emergencia a través de una clínica neurológica, respiratoria, cardíaca e incluso compleja, pero también en ausencia de cualquier manifestación sintomática.

De acuerdo a un modelo lineal, el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia; y constituye base importante para futuros informes vinculados al tema.

Logrará precisar aspectos a considerar en la metodología estudiada y trabajada por el personal de enfermería en el cuidado de los pacientes con crisis hipertensiva así como también contribuir en su pronta recuperación.

Para los enfermeros, los resultados obtenidos en el informe será de importancia en el desempeño de sus funciones y en el cuidado de los pacientes ya que aumentará los conocimientos al personal de enfermería en cuanto a pacientes adultos que sufren de crisis hipertensiva, logrando un cuidado más dedicado. Toda la información que se recabe será valorada como herramientas para mejor bienestar del paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Montes, E.. Protocolo de atención de enfermería de crisis hipertensivas, atendidas en el área de emergencia del hospital "Rodríguez Zambrano De Manta", 2012. Guayaquil. Objetivo: Proponer un Protocolo, el mismo que servirá como un medio de manejo al personal de Enfermería para disminuir las complicaciones y mortalidad. Investigación de tipo descriptivo, no experimental. La muestra estuvo conformada por 280 pacientes diagnosticados con Crisis Hipertensivas ingresados en el área de Emergencia. Los resultados evidenciaron la prevalencia y filiación de los pacientes, se registraron 9 defunciones que equivalen al 3.21%, los hábitos alimenticios fueron la principal causa y factor de riesgo de desarrollo de crisis hipertensiva, el 18.93% de pacientes registró que la atención de Enfermería es buena, el área no cuenta con los equipos e insumos necesarios. En el personal del área el sexo que predomina es femenino, cuenta con poco personal profesional en enfermería, el personal auxiliar no posee conocimiento del tema, ni cuenta con un Protocolo, por lo que se realizó la respectiva propuesta (Montes E., 2012).

Ponce, A.. Manejo clínico de la crisis hipertensiva en pacientes mayores de 50 años Hospital Provincial de Latacunga enero - agosto 2011, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba – Ecuador", 2012. Objetivo: Demostrar un correcto manejo clínico de la crisis hipertensiva en pacientes mayores de 50 años. Estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, en una muestra de 60 Historias Clínicas, obteniéndose información mediante la aplicación de fichas estructuradas con utilización del programa Microsoft Excel para la tabulación de los datos. Resultados: La edad

comprendida para la aparición de la Crisis Hipertensiva fue mayor de 70 años 51% y entre 61 a 70 años 27%; grupo étnico, predominó la raza mestiza 89 %, seguida por la indígena y negra en un 8 % y 3 %. El Tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10 años en el 68%; el 62 % de los pacientes no tomaba ningún antihipertensivo y apenas el 38% utilizaba uno o más antihipertensivos. Por lo que es prioritario el fortalecimiento teórico práctico al personal médico en el manejo terapéutico de la Crisis Hipertensiva, así como la necesidad de crear consciencia en nuestros pacientes hipertensos en relación a que el tratamiento médico debe ser de forma estable y permanente (Ponce A., 2012).

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 presentada Como requisito para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, de la Universidad Peruana Unión. Objetivo: 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. Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 22. Conclusión. 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 Vi moderada correlación indirecta (Rho= -.408) y significativa (sig.= .000) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial (Zela, L.; Mamani, W., , 2015).

Fanarraga J., "Conocimiento y práctica de auto cuidado domiciliario en pacientes Adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD", 2013. Objetivo: determinar la relación que existe entre el conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario de los adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten a consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. Estudio de tipo cuantitativo. Investigación descriptiva, correlacional de corte transversal. Resultados: el mayor porcentaje 99% conocen los alimentos que debe de consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98 % conocen que deben de realizar caminatas durante el día, el 94% conocen que debe de descansar durante el día y un porcentaje significativo de 70% desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo y el 28% desconocen que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad. En la tabla, se observa que el 93% de los pacientes que tienen nivel de conocimiento es alto, y la mayoría de ellos 66% su nivel de autocuidado fue también alto (Zela L.; Mamani W., 2015).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Enfermedades coronarias

La enfermedad coronaria, conocida también como enfermedad de las arterias coronarias, es una afección en la que la placa se deposita dentro de las arterias coronarias. Estas arterias suministran sangre rica en oxígeno al músculo cardíaco, que es el músculo del corazón. La placa está formada por grasa, colesterol, calcio y otras sustancias que se encuentran en la sangre. Cuando la placa se deposita en las arterias produce una enfermedad llamada aterosclerosis. El depósito

de placa se produce en el transcurso de muchos años (Chilton, R., 2004).

2.2.2 Complicaciones

La práctica diaria ha demostrado que el factor predisponente más frecuente es la transgresión medicamentosa, hasta la suspensión. Por ello se hace indispensable la relación médico-paciente con miras a obtener mejor aquiescencia de parte del enfermo y sus familiares (Protocolo de atenciónl de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud, 2006).

Manifestaciones menores de daño a órgano blanco.

- Sistema nervioso central Cefalea, acúfenos, fosfenos, mareo
- Cardiovasculares Cuarto ruido
- Riñón Proteinuria
- Oftálmica Retinopatía (Protocolo de atenciónl de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud, 2006)

Indicadores clínicos de riesgo.

- Antecedentes de: Cardiopatía isquémica o daño miocárdico
- Enfermedad vascular cerebral de menos de 6 meses
- Riñón único
- Aneurisma aórtico o de vasos cerebrales
- Uso de anticoagulantes o diátesis hemorrágica
- Embarazo
- Cirugía reciente (cuatro a ocho semanas) Mayor: angiológica, cardiaca, renal o angiológica
- Trasplante renal reciente (hasta ocho semanas) (Protocolo de atenciónl de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud, 2006)

Manifestaciones mayores de daño a órgano blanco.

- Sistema nervioso central Encefalopatía hipertensiva
- Hemorragia subaracnoidea o parenquimatosa
- Isquemia vascular aguda
- Cardiovasculares Insuficiencia cardiaca aguda
- Angina inestable o infarto agudo de miocardio
- Disección aórtica aguda
- Riñón Insuficiencia renal aguda
- Oftálmica Edema de papila
- Vascular periférico Enfermedad arterial periférica (Protocolo de atenciónl de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud, 2006)

Factores predisponentes.

- Transgresión de medicamentos antihipertensivos (la causa más frecuente)
- Hipertensión renovascular
- Eclampsia
- Glomerulonefritis aguda
- Feocromocitoma
- Traumatismo craneoencefálico
- Tumores secretores de renina
- Enfermedad renal parenquimatosa
- Quemaduras extensas
- Esclerosis sistémica progresiva
- Lupus eritematoso sistémico
- Otras vasculitis (Protocolo de atenciónl de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud, 2006).

2.2.3 Hipertensión arterial

Es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. Para entenderlo mejor es importante definir la presión arterial. El corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. Esta acción es lo que se conoce como presión arterial. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación (Hipertensión Arterial. , 2010).

La hipertensión supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias (Hipertensión Arterial. , 2010).

En aquellos pacientes que ya han tenido un problema cardiovascular, la hipertensión puede intensificar el daño (Hipertensión Arterial. , 2010).

Propicia la arterioesclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (pueden producir infarto de miocardio o infarto cerebral). En el peor de los casos, la hipertensión arterial puede reblandecer las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte) (Hipertensión Arterial. , 2010).

2.2.4 Crisis hipertensiva

Las crisis hipertensivas se definen como elevaciones agudas de la presión arterial capaces de producir alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión. Históricamente se han dividido en 2 tipos, urgencias y emergencias hipertensivas, con diferente clínica, tratamiento y pronóstico. En esta revisión se sigue dicha clasificación pero considerando un tercer tipo, las llamadas seudocrisis o falsas crisis hipertensivas. Las urgencias hipertensivas no provocan afectación de los órganos diana o si esta se produce es leve-moderada, permitiendo un descenso tensional lento y progresivo (horas-días) con fármacos por vía oral, habitualmente en el ámbito extrahospitalario (Forat, G.; García, F., 2006).

Las emergencias hipertensivas provocan lesiones agudas y graves de los órganos diana, con riesgo de compromiso vital, precisando un descenso tensional rápido (minutos-horas) pero muy controlado con fármacos por vía intravenosa en el ámbito hospitalario. Las elevaciones tensionales agudas que no pueden llegar a clasificarse ni como urgencias ni como emergencias se consideran seudocrisis hipertensivas (Forat, G.; García, F., 2006).

Etiología

El paciente que sufre una crisis hipertensiva es el hipertenso crónico que suspende o reduce su tratamiento sin control posterior. Hay una mayor prevalencia de hipertensión renovascular o feocromocitoma entre los pacientes con emergencias hipertensivas, por lo que es necesario realizar un estudio de hipertensión arterial secundaria tras el control clínico inicial. Ocasionalmente la ingesta de determinadas sustancias o drogas puede ser la causa subyacente (Forat, G.; García, F., 2006).

Fisiopatología

Comprender la fisiopatología subyacente que mantiene la regulación normal de la presión arterial nos permite entender las Crisis Hipertensivas. La Presión arterial sistémica depende del gasto cardíaco (GC) y la resistencia vascular periférica (RVP), y a su vez, el gasto cardíaco depende de la contractilidad del miocardio y de la cantidad de sangre bombeada en cada latido (volumen –latido). (Guía De Tratamiento De La HTA , 2010)

Cuando se produce un aumento de la presión arterial, existe un mecanismo conocido como autorregulación, el cual protege, de lesión el endotelio de los vasos por el incremento de tensión; este mecanismo está muy bien descrito en los vasos sanguíneos, en el cual, al producirse un aumento de presión arterial media ($PAM:(PAS+2PAD)/3$), se da una vasoconstricción refleja y una vasodilatación en la disminución de la tensión arterial. Este cambio mantiene un flujo sanguíneo constante en el cerebro a pesar de los cambios en la presión arterial. (Guía De Tratamiento De La HTA , 2010)

En aquellos pacientes que presentan un aumento súbito de presión arterial, que sobrepase el mecanismo de autorregulación, se produce una vasodilatación local, la fuerza y tensión del flujo es transmitida al endotelio del vaso, provocando un aumento de la permeabilidad, y depósito de proteínas y fibrinógeno del plasma en la pared del vaso (Guía De Tratamiento De La HTA , 2010).

2.2.5 Tratamiento de la crisis hipertensiva

Abordaje del paciente con crisis hipertensiva.

Antes de iniciar el tratamiento con fármacos hipotensores es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La reducción de la presión arterial de forma brusca puede provocar una isquemia en órganos diana.
- En ningún caso la presión arterial deberá descender por debajo de las cifras habituales del paciente.
- Los fármacos antihipertensivos se utilizarán, acorde a la dosis recomendada.

Antes de iniciar el tratamiento se descartará cualquier enfermedad, asociada o no a la hipertensión, que contraindique administrar un determinado fármaco. El objetivo inicial del tratamiento en las Crisis hipertensivas es reducir la presión arterial en no más de un 25%, en un lapso de dos horas, y luego intentar acercarnos a cifras < 160/100 mmHg desde las 2 hasta 6 horas, evitando un excesivo descenso de las cifras tensionales que pueda precipitar una isquemia renal, cerebral o coronaria (Pérez, T.; Juárez A., 2005).

Por convención se considera que las manifestaciones clínicas de la Crisis hipertensiva no se presentarán por debajo de PAD de 130 mm Hg, se debe recordar, que paciente hipertensos crónicos toleran estas presiones sin manifestaciones y sin embargo en el caso de la preeclampsia con PAD de 100 mmHg la paciente puede desarrollar manifestaciones de Encefalopatía Hipertensiva. Por tanto, no es la cifra tensional lo importante sino la presentación clínica asociada a la presión arterial (Otero, M., 2005).

El descenso brusco de la PA puede tener consecuencias graves sobre en el paciente hipertenso crónico cuya curva de autorregulación

esta desviada a la derecha, un cambio abrupto a una presión arterial media normal, se traduce en ISQUEMIA (Shusterman, NH.; Elliot W.; , 2004).

Abordaje de la Emergencia hipertensiva:

1. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos
2. Colocación de vía central.
3. Monitoreo continuo.
4. Determinar la causa.
5. Iniciar el tratamiento con drogas parenterales. (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003)

Abordaje de la Urgencia hipertensiva:

1. Reposo de 30 minutos.
2. Si hay descenso adecuado: Alta, más ajuste de tratamiento y control en 24 o 48 horas.
3. No hay descensos; Reposo por 60 minutos, antihipertensivo por vía oral (repetir dos o tres veces a intervalos de 30 min hasta conseguir una respuesta satisfactoria), si no hay respuesta y continua el paciente sintomático se procede a la Internación (Aspectos epidemiológicos y clínicos de la crisis hipertensiva en pacientes del hospital obrero nro 2 – cns cochabamba (Bolivia). , 2010).

2.2.6 Cuidados de enfermería

“Son aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana” (Kozier, B.; Conceptos y temas en la Práctica de la

Enfermera. 2ª. Edición, Editorial Interamericana. MG Graw-Hill. México 1999., 1999).

El concepto reafirma la necesidad e importancia de aplicar los protocolos y procedimientos adecuados a cada situación. La Enfermería tiene como finalidad el cuidado de la salud, el cuidado es la ciencia y el campo central, unificador y dominante que caracteriza a la enfermería, la cual es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos (Potter, Patricia.; Griffin A.;, 1996)

Otro concepto de enfermería: "es un servicio humano destinado a vencer las limitaciones humanas del autocuidado por razones relacionadas con la salud" y Virginia Henderson la define como "ayudar al individuo enfermo o sano al desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte pacífica), que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimiento necesarios, y hacerlo de tal forma que se le ayude a alcanzar la independencia lo antes posible" (Woolf SH.;, Grol R.; Hutchinson A.; et al., 1999)

El proceso de atención de enfermería es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular, es un modo sistemático y racional de planificación y de prestación de cuidados de enfermería, es cíclico; es decir, que sus elementos integrantes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir simultáneamente más de uno de estos elementos. El plan de cuidados ayuda a organizar las intervenciones para asegurar la continuidad e integralidad en el abordaje de la atención del paciente. El personal de enfermería, en algunas

circunstancias, desarrolla planes estandarizados para garantizar que se prestan los cuidados mínimamente aceptables y para favorecer un empleo más eficiente del tiempo " (Woolf SH.;, Grol R.; Hutchinson A.; et al., 1999).

La enfermera por la naturaleza de su trabajo provee atención no solo asistencial sino también de carácter educativo, situación que es de vital importancia en los pacientes con hipertensión arterial. El cuidado de la enfermera, se da al ser humano, que es el resultado de la integración biológica, espiritual, socio- cultural psíquico y moral.

2.2.7 Teoría de Dorothea Orem

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

Teoría del Autocuidado: En la que explica: "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".

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- 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 actua 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 entrono para el desarrollo.

Supone trabajar con aspectos relacionandos 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.

2.3 Definición de términos

- Crisis hipertensiva.- La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede ser asintomática y suele tener consecuencias graves si no se controlan por el cuerpo médico. La crisis hipertensiva es una situación clínica

que puede amenazar la vida del paciente hipertenso e incluso puede aparecer en personas que no tengan el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). Las crisis hipertensivas constituyen una causa de consulta frecuente en los servicios de Urgencias ” (Woolf SH., Grol R.; Hutchinson A.; et al., 1999).

- Cuidados de enfermería.- Los cuidados de enfermería abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. Los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas ” (Woolf SH., Grol R.; Hutchinson A.; et al., 1999).
- Factores de riesgo.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene ” (Woolf SH., Grol R.; Hutchinson A.; et al., 1999).
- Servicio de emergencia.- Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada (Potter, Patricia.; Griffin A., 1996).

- Tratamiento.- El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas (Potter, Patricia.; Griffin A., 1996).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

El presente informe es un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, en el cual se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la ficha de recolección de la información de los pacientes del servicio de emergencia que llegaron a nuestro hospital con cuadros de crisis hipertensiva, y con ello poder elaborar un protocolo de cuidado de enfermería con la finalidad de preservar su salud brindándoles servicio de calidad y calidez.

3.2 Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

La experiencia profesional como Licenciada en Enfermería data del año 2009 en la clínica Stela Maris en el departamento de Lima, la cual duró 3 años y realizando actividades asistenciales en cuidados intensivos. Luego trabajé en el hospital Marino Molina Scippa donde vengo desempeñando la labor asistencia de enfermería en el servicio de emergencia hasta la fecha.

Toda esta experiencia hospitalaria hasta la actualidad ha fortalecido mi desarrollo profesional y ha sido objeto de estudio de la enfermera que es el Cuidado del paciente, lográndose así velar por la por su adecuada salud.

La experiencia profesional empezó en este hospital que se encuentra ubicado en el distrito de Comas en el servicio de Emergencia, donde se evidencia de manera continua la asistencia de muchos pacientes, siendo la mayoría de ellos atendidos por diagnósticos de hipertensión, lo cual los lleva a atenderse por el servicio de emergencia, ya sea por incumplimiento del tratamiento u otros.

- **Prestaciones**

Otorgamos servicios de emergencia de avanzada tecnología de última generación y de forma organizada así como también se da un servicio de calidad y calidez al paciente.

3.3 Procesos Realizados en el tema del informe

El servicio de emergencia ofrece un tratamiento inicial de pacientes diferentes enfermedades y lesiones, algunas de las cuales son mortales necesitando atención inmediata. El servicio de emergencia opera las 24 horas del día los siete días de la semana día. El horario en donde existe mayor cantidad de pacientes es generalmente en horas de la tarde, noche y madrugada. El servicio de emergencia debe contar con diversas áreas las cuales son personalizadas para los pacientes con niveles de gravedad o tipos de enfermedad. Es por ello que el servicio de emergencia utiliza variados equipos que la mayoría de divisiones del hospital. Los pacientes llegan mayormente en condiciones inestables por lo que se debe actuar de forma inmediata. Pueden estar incluso inconscientes, lo cual hace más difícil nuestra labor, por cuanto el personal de enfermería que laboramos en este servicio debe estar capacitado para trabajar de forma rápida.

Descripción del Área Laboral

Con Resolución de presidencia ejecutiva Nro. 142- PE-ESSALUD-2000, con fecha 16 de mayo 2000, Resuelve crear el Hospital I de Comas, como parte de la Red Asistencial de la Gerencia Departamental de Lima, el cual se denominará "HOSPITAL I MARINO MOLINA SCIPPA". Se inauguró el 24 de mayo de 2000.

En Homenaje al Doctor Marino Molina Scippa, quien En 1969 luego de muchos años de investigación, en 1972 realiza el primer trasplante de Corazón, en el entonces Hospital del Empleado.

El Hospital Marino Molina Scippa es el Hospital de ESSALUD, que atiende a la numerosa y creciente población asegurada del Cono Norte de Lima, comprende Distritos de : Comas, Carabayllo, Puente Piedra, los Olivos e inclusive Ventanilla, Ancón e Independencia.

Es un Hospital que por categorización es nivel I, por ello su capacidad resolutive tiene limitaciones; sin embargo la desbordante demanda sobrepasa sus escasos recursos humanos, así como los equipos médicos de soporte y las áreas físicas de atención.

El Hospital no cuenta con un Servicio de Emergencia de alta complejidad, hay déficit de médicos especialistas, limitaciones en ayuda al diagnóstico, espacio físico ya desbordado para ubicar a los pacientes internados; a pesar de ello trata de atender mucho más allá de sus posibilidades.

Diariamente se atiende patologías que requieren atención de mayor nivel, y se encuentra obstáculos para ser referido a otro hospital de mayor complejidad, por falta de disponibilidad de camas, esto hace que sigamos atendiendo a estos pacientes, con las limitaciones del caso.

El Hospital Marino Molina Scippa Nivel I, se encuentra ubicado en Av Guillermo de la fuente 515-545 Urbanización Santa Luzmila segunda 2000, etapa Comas, en el cono norte de Lima y se inauguró el 24 de Mayo del con una población adscrita de 94763 de los distritos de Comas, Canta y Carabayllo, actualmente tenemos 180,739 población adscrita de Comas y la Provincia de Canta , así como también

atendemos las Referencias de otros Centros asistenciales de la Red Sabogal como las UBAP Carabayllo, Puente Piedra y la IPRESS Clínica Universitaria, funcionando actualmente como Micro Red asistencial siendo contención del Hospital Sabogal.

Actualmente se cuenta con un moderno y funcional Pabellón Hospitalario que se inauguró el 23 de mayo 2009.

Servicio de Emergencia: Es un servicio donde se brinda atención las 24 horas del día a la gran demanda de pacientes con problemas de prioridad I, II. Cuenta con una sala de Shock Trauma la misma que esta implementada con material y equipo necesario, donde se brinda la atención requerida y luego pasan a la unidad de cuidados de emergencia (UCE) o son referidos según criterio medico a Hospital de mayor nivel o complejidad.

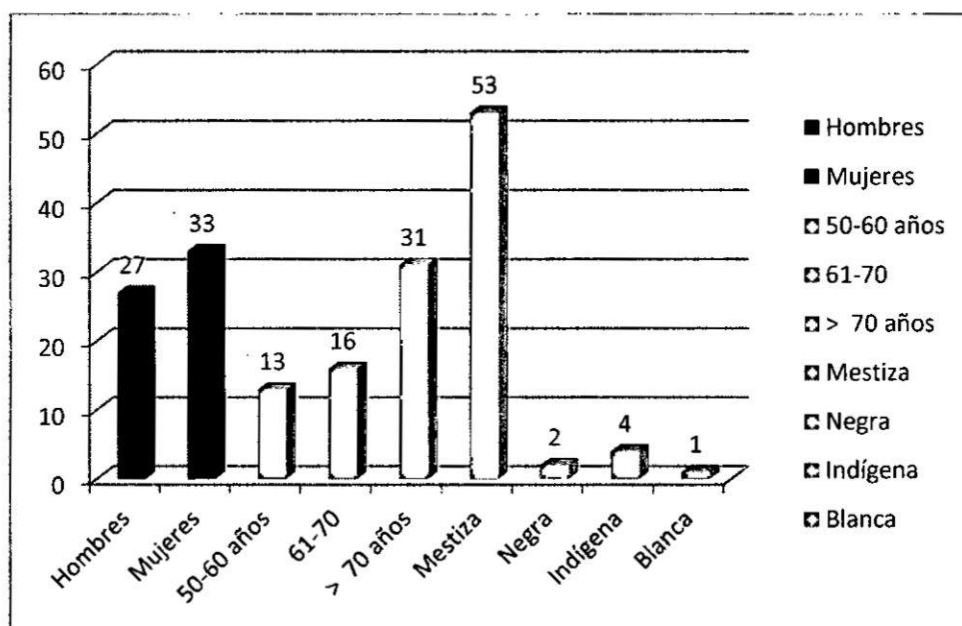
Cuenta con admisión, triaje, tópicos de inyectables, tópicos de hidratación y nebulización, tópicos de medicina, cirugía, ginecología, pediatría, además de la sala de observación de adultos I (15 pacientes), sala de observación II (10 pacientes), sala de observación III (15 pacientes), sala de observación IV (8 a más pacientes) y la sala de observación de pediatría (4 pacientes a mas).

IV. RESULTADOS

Se escogió para el análisis de resultados las fichas de observación de 60 pacientes con diagnóstico de Crisis Hipertensiva del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa. Dicho estudio arrojó lo siguiente:

Gráfica N° 4.1

Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según sexo, edad y raza



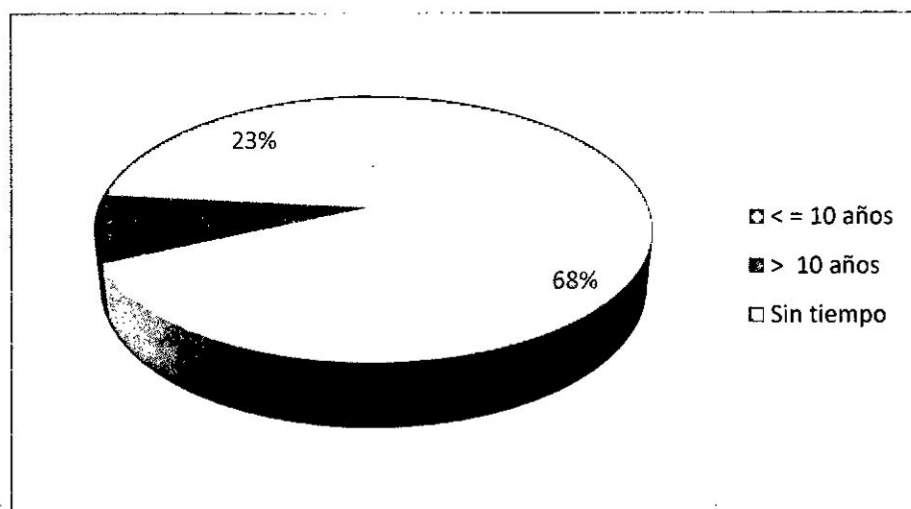
Fuente: Elaboración propia

En lo referente a la edad, 33 de los pacientes fueron hombres y 27 mujeres. 31 de los pacientes estudiados eran mayores de 70 años de edad, 16 sus edades oscilaban entre los 61 y 70 años, mientras que 13 sus edades eran entre los 50 y 60 años. Asimismo en lo referente a raza, 53 personas fueron mestizas, 4 eran indígenas, 2 de raza negra y 1 blanco.

Estos datos nos demuestran que los pacientes que son adultos mayores (+ de 70 años) mujeres y mestizas son las más propensas a sufrir una crisis hipertensiva que los nombrados en las otras opciones. Tal vez esto se deba a tensiones de su vida cotidiana, las labores realizadas a lo largo de sus vidas o una alimentación inapropiada.

Gráfico N° 4.2

Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según tiempo de evolución de enfermedad.



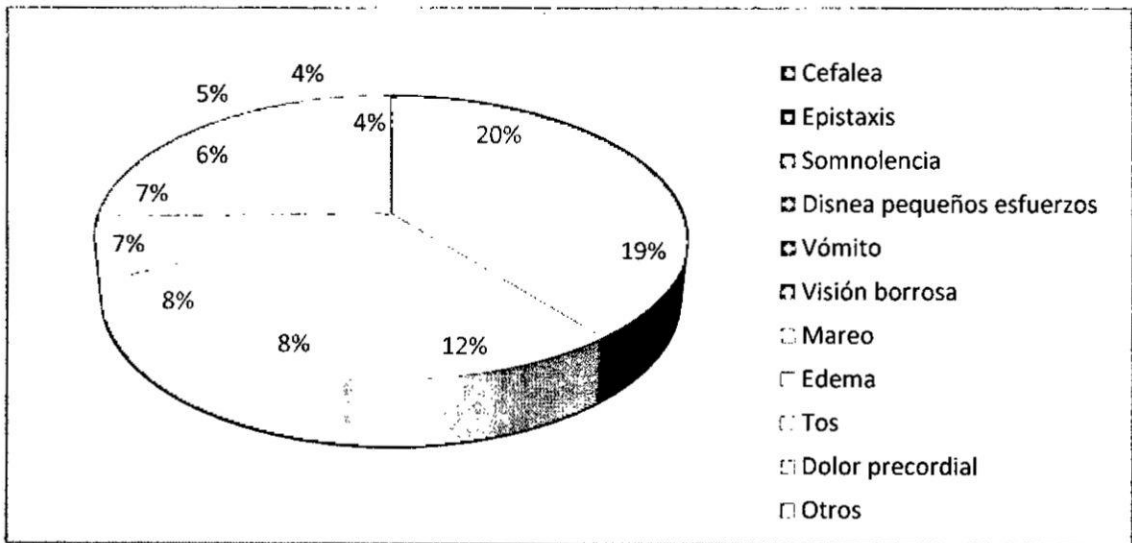
Fuente: Elaboración propia

Según las fichas de datos escogidas, el 68% de los pacientes tiene menos de 10 años de enfermedad, el 23% no tiene un tiempo definido y el 9% la evolución de su enfermedad tiene más de 10 años.

Aquellos pacientes que tienen menos de 10 años de enfermedad, si los comparamos con la mayoría que posee hipertensión arterial del total tomado en cuenta para los resultados, se puede afirmar que esta enfermedad empezó ya dentro de la tercera edad, mientras que solo hay un mínimo cuya enfermedad ha empezado tal vez en su etapa adulta o adolescente. En lo que respecta a los pacientes que no saben a qué edad empezó a sufrir de hipertensión arterial, se puede añadir que dentro de ese 23% existen pacientes que empezaron dentro de la tercera edad y pacientes que empezaron antes.

Gráfico N° 4.3

Síntomas por los que acude al tiempo de guardia



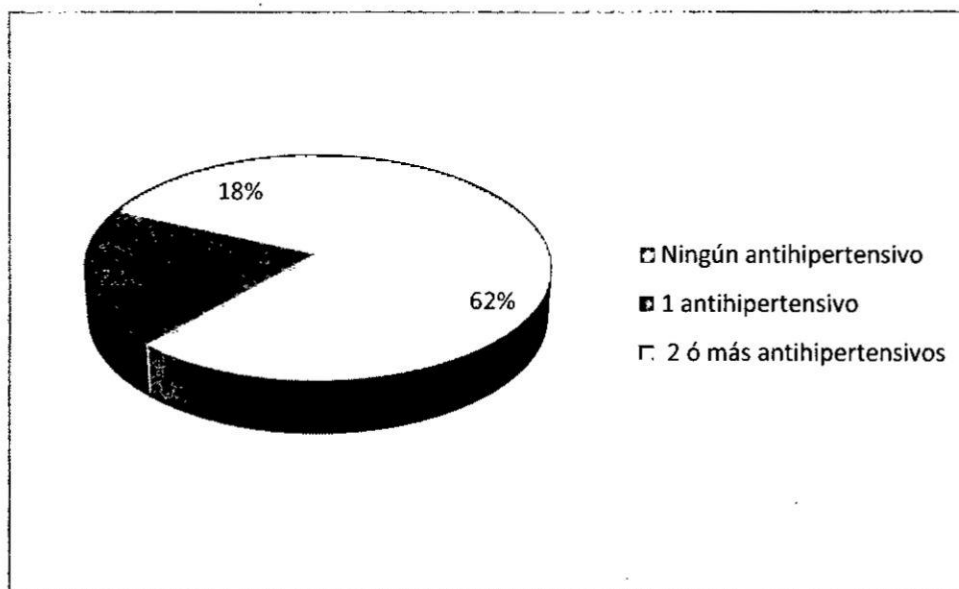
Fuente: Elaboración propia

En la presente tabla y gráfico se debe tomar en cuenta que los pacientes registrados con crisis hipertensivas vinieron al hospital con por lo menos dos síntomas de los que se señalan. Esto da como resultado que el 20% de los pacientes presentaba cefalea, el 19% epistaxis, el 12% somnolencia, el 8% disnea a pequeños esfuerzos y vómitos, el 7% visión borrosa y mareos, el 6% edemas, el 5% tos y el 4% dolor precordial y otros.

Los resultados no solo demuestran que los pacientes que vienen por crisis hipertensiva sienten por lo menos dos de los síntomas especificados, sino que también los síntomas más comunes son la cefalea, epistaxis y somnolencia por lo cual se hace sencillo reconocer un cuadro de crisis hipertensiva en un paciente. No solo eso, sino que se conoce de antemano el procedimiento a seguir para la estabilidad del mismo, brindándole un cuidado de mejor calidad y mayor rapidez.

Gráfico N° 4.4

Distribución de pacientes con crisis hipertensivas según número de antihipertensivo utilizado



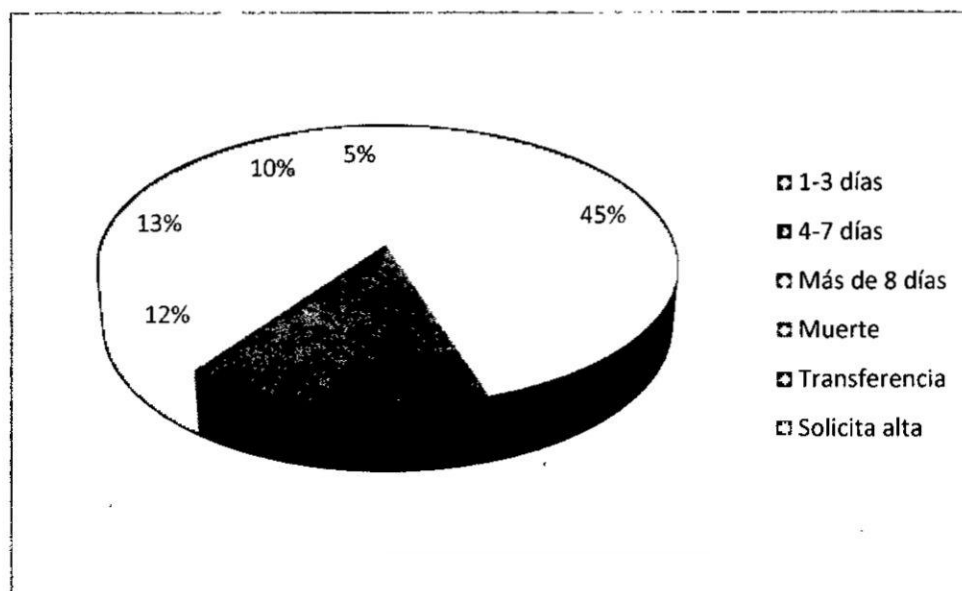
Fuente: Elaboración propia

De la tabla y gráfico anterior, podemos ver que el 62% de los pacientes no fueron tratados con medicamentos antihipertensivos, el 20% fueron tratados con 1 medicamento antihipertensivo y 18% fueron tratados con 2 antihipertensivos.

Esto demuestra que la mayoría de pacientes con crisis hipertensivas que entraron al servicio de emergencia no fueron tratados con hipertensivos de manera directa, sino con diuréticos, como es el caso de la furosemida, la cual es administrada generalmente por vía intravenosa.

Gráfico N° 4.5

Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según Estadía Hospitalaria



Fuente: Elaboración propia

De la tabla y gráfico se demuestra que del total de pacientes, el 45% tuvo una estadía de 1-3 días, 15% tuvo una estadías de 4-7 días, 12% una estadía de más de 8 días, 13% de los pacientes con crisis hipertensiva murieron, 10% hizo transferencia y 5% solicitó su alta el mismo día.

Aquí se puede ver que aquellos pacientes que son tratados por crisis hipertensiva tienen una estadía relativamente corta dentro del hospital en comparación con otras enfermedades, son casos muy remotos en los cuales un paciente puede quedarse más días por este suceso.

V. CONCLUSIONES

- a) Considerando los resultados de la ficha de observación obtenidos a través de los gráficos, nos indican que la mayoría de pacientes que sufrió crisis hipertensiva fueron varones los cuales oscilaban más o menos entre los 70 años de edad, la mayoría de ellos de raza mestiza, siendo estos los más propensos a padecer de esta enfermedad. Coinciden además de que el 68% de los pacientes estudiados tienen menos de 10 años de enfermedad, presentando en su gran mayoría por lo menos dos de los síntomas más comunes como son la cefalea, epistaxis, somnolencia, disnea a pequeños esfuerzos y vómitos, visión borrosa y mareos, edemas, tos, dolor precordial, entre otros siendo tratados con medicamentos por vía intravenosa siendo el medicamento más común la furosemida, que es un potente diurético, el cual sirvió para disminuir la hipertensión adquirida.

- b) La estadía más común de los pacientes en el área de emergencia del hospital es de 1-3 días, siendo en menor porcentaje aquellos que solicitaron su alta voluntaria el mismo día. En estos casos las estadías de los pacientes no suelen ser tan largas, salvo que el paciente se complique con otra enfermedad o sus síntomas no desaparezcan completamente, lo cual no solo obliga a la transferencia sino además a aplicarle una mayor serie de estudios clínicos a fin de establecer con cuál cuadro de diagnóstico se complicó su actual estado.

- c) Se ha demostrado que la mayoría de pacientes a pesar de la crisis hipertensiva no fue tratada con antihipertensivos sino que se utilizaron diuréticos para una mejor disminución de la hipertensión arterial. Los diuréticos se dan generalmente en la segunda fase de la enfermedad, es decir, cuando los antihipertensivos no han funcionado. El diurético más usado es la furosemida la cual generalmente se medica por vía intravenosa.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se debe estar pendientes de los adultos mayores para descartar en primera instancia un cuadro de crisis hipertensiva, esto ayudará a su pronto tratamiento y a averiguar lo antes posible cuánto tiempo padece de hipertensión para brindarle al paciente las charlas pertinentes al autocuidado.

- b) Al estar pendientes de los adultos mayores y averiguar con antelación cuál es su cuadro clínico más habitual, contribuye a disminuir la cantidad de días que pueda quedarse internado, juntamente con el diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato. Esto colabora además con prevenir a que sus diagnósticos puedan complicarse con algún otro malestar.

- c) Se debe tener siempre a mano los medicamentos para los cuadros de crisis hipertensiva en las áreas en donde se atienden mayormente a los adultos mayores, pues en su mayoría de casos entran por aumento de hipertensión arterial. Tener a la mano diuréticos los cuales son muy efectivos para estos casos.

VII. REFERENCIAS

1. (s.f.).
2. (2010). Recuperado el 9 de abril de 2010, de Hipertensión Arterial. : [http://www.elportaldelasalud.com/ 2010-04-09](http://www.elportaldelasalud.com/2010-04-09)
3. (2010). Recuperado el 11 de octubre de 2010, de Aspectos epidemiológicos y clínicos de la crisis hipertensiva en pacientes del hospital obrero nro 2 – cns cochabamba : [http: // www.semes.org/revistaboliviana/vol13_2/8288.pdf](http://www.semes.org/revistaboliviana/vol13_2/8288.pdf) 2010-10-11
4. (2010). Recuperado el 12 de mayo de 2010, de Guía De Tratamiento De La HTA : <http://www.mapaweb.com/hta/guía2/medidas.Htm>
5. (2010). Recuperado el 11 de 10 de 2010, de Aspectos epidemiológicos y clínicos de la crisis hipertensiva en pacientes del hospital obrero nro 2 – cns cochabamba (Bolivia). : [http: // www.semes.org/revistaboliviana/vol13_2/8288.pdf](http://www.semes.org/revistaboliviana/vol13_2/8288.pdf)
6. Chávez, J.; Almendárez, C.;. (Noviembre de 2008). Factores desencadenantes de Crisis Hipertensiva en un grupo de pacientes atendidos en el Hospital Escuela Tegucigalpa. . *Revista Médica UNAH* , 11(2).
7. Chilton, R.;. (2004). *Pathophysiology of Coronary Heart Disease: A Brief Review*» . The Journal of the American Osteopathic Association .
8. Coll de Tuero G.; Dalfo I.; De la Figuera M.; Gilberti E.; Isnard M.; Martínez A. (2012). Obtenido de Hipertension arterial: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/hipertensió/hipertensió.html>

9. Forat, G.; García, F.;. (2006). Crisis Hipertensiva. *Revista de Cardiología*, 81- 93 pp. 2006, 81- 93 pp. .
10. INEI. (2013). Recuperado el 15 de Julio de 2014, de ENDES: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digital/Est/Lib_1152/libro.pdf
11. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289: 2560-257. *JAMA*(289).
12. Kozier, B.; Conceptos y temas en la Práctica de la Enfermera. 2ª. Edición, Editorial Interamericana. MG Graw-Hill. México 1999. (1999). *Conceptos y temas en la Práctica de la Enfermera*. (2º ed.). (E. Interamericana, Ed.) México: Mc Graw Hill.
13. Montes E. (2012). Protocolo de atención de enfermería de crisis hipertensivas, atendidas en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de manta de 1ro. de julio 2009 a 31 de julio del 2010. *Tesis*. Guayaquil.
14. OMS. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. OMS. Obtenido de Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial.
15. Otero, M.;. (2005). *Avances en el Manejo de la Crisis hipertensiva en el Anciano*. (2º ed.). Madrid: Trillas.
16. Pérez, T.; Juárez A.;. (2005). Crisis hipertensivas en los servicios de urgencias hospitalarios. . *Revista médica* , 13(7).

17. Ponce A. (2012). Manejo clínico de la crisis hipertensiva en pacientes mayores de 50 años Hospital Provincial De Latacunga enero agosto 2011. *Tesis*. Perú.
18. Potter, Patricia.; Griffin A.;. (1996). *Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica*. (3° ed.). España: Editorial Harcourt Brace. .
19. Prinzmetal M.; Kennamer R.; Merliss R.; . (1959). *A variant form of angina pectoris*. . Am J Med .
20. *Protocolo de atención de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud* (2° ed.). (2006). El Salvador: San Salvador.
21. Shusterman, NH.; Elliot W.; . (2004). *Fenoldopam, but not nitroprusside, improves renal function in severely hypertensive patients with impaired renal function*. . Am J Med .
22. Woolf SH.; Grol R.; Hutchinson A.; et al. (1999). Recuperado el 15 de 08 de 2008, de Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. : www.tomo1_Cap1-3-2.p.
23. World Health Organization. (2011). (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*,. Recuperado el 25 de Enero de 2014, de Global status report on noncommunicable diseases : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-report-full-en.pdf?ua=1>.
24. Zela L.; Mamani W.;. (2015). Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015. *Tesis*. Juliaca, Perú.
25. Zela, L.; Mamani, W., . (2015). Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015.
26. Zisman DA.; Kawut SM.;. (2008). Idiopathic pulmonary fibrosis. A shot through the heart? Am J Respir Crit Care Med. .

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Edad_____ Sexo _____ Raza_____
2. Tiempo de evolución de la enfermedad
3. Síntomas por los que acude al tiempo de guardia
 - Epistaxis
 - Cefaleas
 - Alteraciones de la conciencia
 - Vómito
 - Tos
 - Otros
 - Sin manifestaciones
4. Presentación clínica
 - Urgencia hipertensiva
 - Emergencia hipertensiva
5. Medicamento utilizado
.....
6. Estada en el hospital
.....

ANEXO 02

Descripción del área laboral

El servicio de Emergencias y desastres cuenta con

- 01 área de triaje,
- 01 área de shock trauma,
- 4 áreas de observación,
- 01 tópico de ginecología,
- 01 tópico de cirugía,
- 02 tópicos de medicina,
- 01 área de pediatría,
- 01 tópico de inyectables
- 01 tópico de procedimientos.

También cuenta con

- Farmacia
- Vestidores
- Área de material contaminado
- Área de material estéril
- Área de inducción
- Área de recepción del paciente
- Un pequeño almacén

▪ **Recursos Humanos**

El personal del área de emergencias y desastres cuenta con:

- 02 Anestesiólogos
- 8 Licenciadas de Enfermería
- 10 Personal Técnico de enfermería
- 01 enfermera Jefe del Servicio
- 01 Químico Farmacéutica
- 02 técnicos de farmacia

- 08 médicos de diferentes Servicios (pediatría, ginecología, traumatología, medicina general, cirugía, cardiología)

ANEXO 03

TABLAS

Tabla N° 4.1

Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según sexo, edad y raza

SEXO	Número	%
Hombres	27	45%
Mujeres	33	55%
EDAD		
50-60 años	13	22%
61-70	16	27%
> 70 años	31	51%
RAZA		
Mestiza	53	88%
Negra	2	3%
Indígena	4	7%
Blanca	1	2%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 4.2

Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según tiempo de evolución de enfermedad.

Tiempo de enfermedad	Número
< = 10 años	41
> 10 años	5
Sin tiempo	14

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 4.3

Síntomas por los que acude al tiempo de guardia

Síntomas	Número
Cefalea	26
Epistaxis	25
Somnolencia	16
Disnea pequeños esfuerzos	11
Vómito	10
Visión borrosa	9
Mareo	9
Edema	8
Tos	6
Dolor precordial	5
Otros	5

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 4.4
Distribución de pacientes con crisis hipertensivas según número de antihipertensivo utilizado

Cantidad de medicamentos	Número
Ningún antihipertensivo	37
1 antihipertensivo	12
2 ó más antihipertensivos	11

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 4.5
Distribución de pacientes con crisis hipertensiva según Estadía Hospitalaria

Estadía hospitalaria	Número
1-3 días	27
4-7 días	9
Más de 8 días	7
Muerte	8
Transferencia	6
Solicita alta	3

Fuente: Elaboración propia

ANEXO N° 04

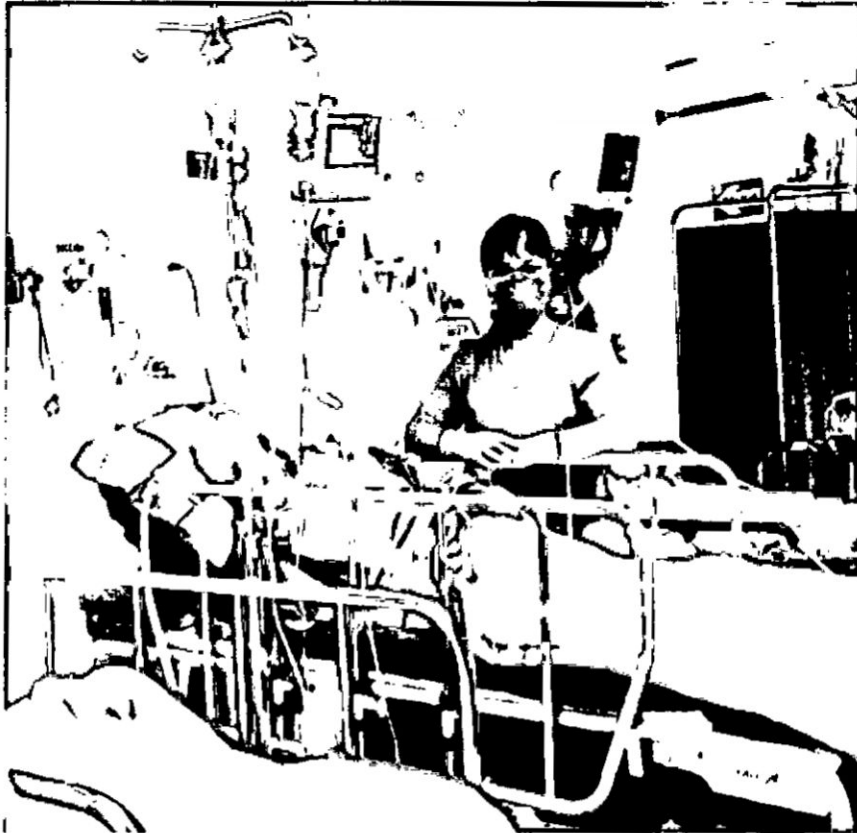
FOTOS



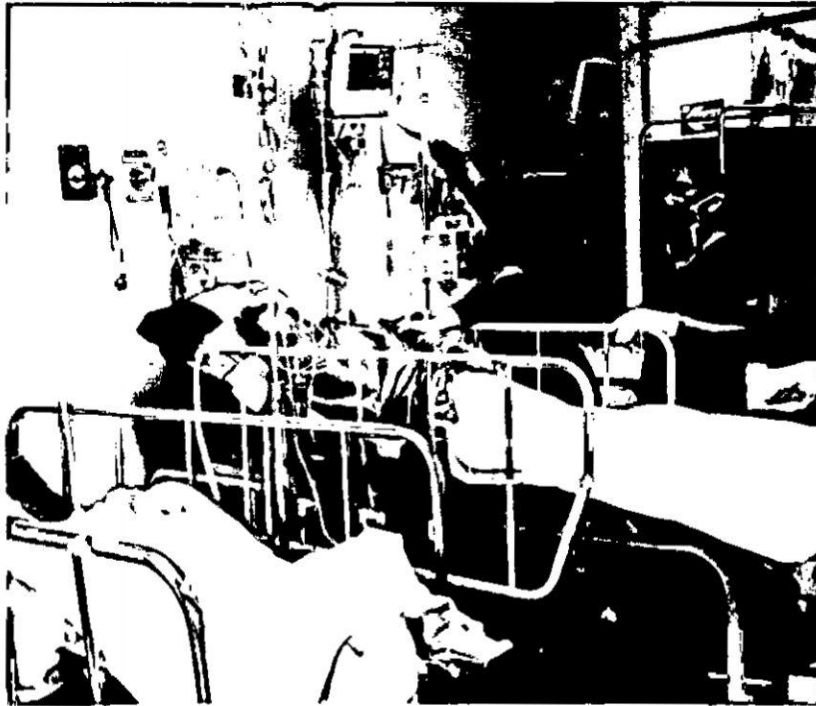
FUENTE: Elaboración propia



FUENTE: Elaboración propia



FUENTE: Elaboración propia

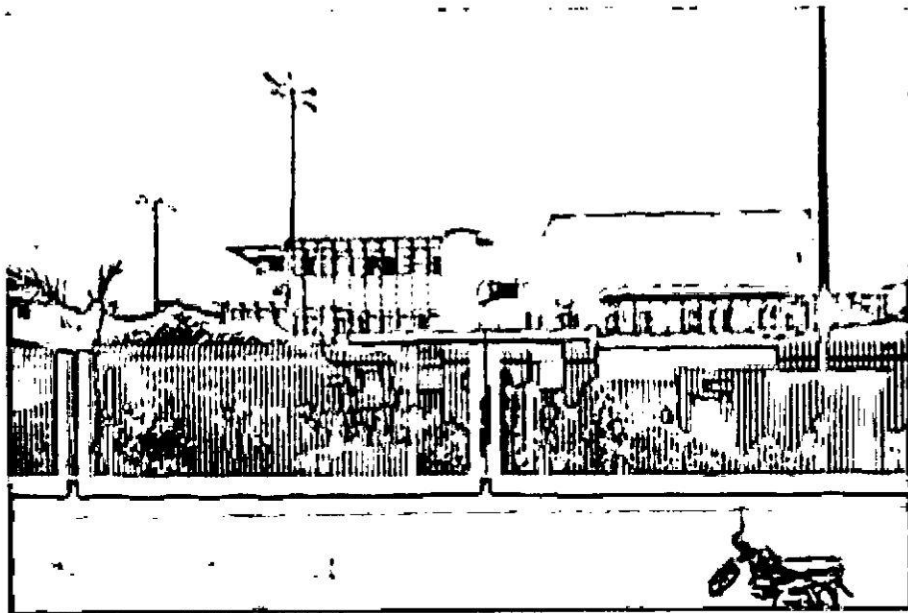


FUENTE: Elaboración propia

Hospital Marino Molina Scippa



FUENTE: Elaboración propia



FUENTE: Elaboración propia