

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL SERVICIO DE CLINICA DE OFICIALES Y ALMIRANTES
DEL CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA.
CALLAO. 2019-2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y
GERIATRÍA**

ADELA FLORES CHAMAY

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 154-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática.....	4
Capítulo II. Marco teórico.....	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	7
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Bases Conceptuales.....	12
Capítulo III.	23
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.....	23

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial afecta habitualmente a hipertensos conocidos de larga data, pero también pueden producirse en paciente con diagnóstico reciente o de corta evolución. El 50% de emergencias arterial se producen en pacientes con hipertensión esencial en relación con una deficiente atención médica o con el abandono del tratamiento. La prevalencia de emergencia arterial es mayor en pacientes del sexo masculino, alcohólico, fumadores, toxicómanos e individuos de raza negro o amarilla.

El presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidados de Enfermería en Pacientes con hipertensión arterial” en el servicio de medicina de la Clínica de Oficiales y Almirantes del Centro Médico Naval, ubicado en el Distrito de Bellavista Callao 2019-2020.

Siendo el Centro Médico Naval un hospital de las fuerzas armadas que atiende solo a la familia naval, contando con una población aproximadamente de 15000 personas de los cuales un 70% están en Lima con su familia, en el año 2019 fueron atendidos 500 casos en consultorios externos, 300 casos en la Clínica de Día de Geriatría y 640 casos hospitalizados por problemas hipertensivos en la Clínica de Oficiales y Almirantes del Centro Médico Naval.

Siendo un hospital de alto prestigio brinda a sus asegurados la tranquilidad de contar con buenos profesionales de la salud y cubrir con las hospitalizaciones, medicinas, exámenes de laboratorios y exámenes especiales, para una buena atención del adulto mayor.

El peligro de una hipertensión arterial es la afección del funcionamiento de los órganos DIANA (cerebro, corazón y vasos), pudiendo dar lugar a una lesión irreversible de los mismos. Tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial, así mismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo, lo cual es un paso muy importante para prevenir la

hipertensión arterial y disminuir los costos en salud, a fin de tener mejores resultados terapéuticos, disminuir la instancia hospitalaria, la re hospitalización, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

OMS. La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear (2).

Se han realizado múltiples esfuerzos para clasificar la hipertensión en base a valores específicos. En EE.UU. el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure ha clasificado la hipertensión de acuerdo al grado de elevación de la presión arterial. De acuerdo al informe más reciente de este comité (JNC 7 Report), los pacientes con hipertensión (1).

Estadio 1 tienen una presión arterial sistólica de 140-159 mmHg o una presión arterial diastólica de 90-99 mmHg. Los pacientes con hipertensión. Estadio 2 tienen una presión arterial sistólica de 160-179 mmHg o una presión arterial diastólica de 100-109 mmHg, mientras que el Estadio 3 corresponde a pacientes con una presión arterial sistólica de 180 mmHg o más o una presión arterial diastólica de 110 mmHg o más (2)

El Estadio 3 también se conoce como de hipertensión severa o acelerada. Aunque se han utilizado una serie de términos para clasificar a la hipertensión severa, la clasificación más útil es la que se basa en los requerimientos clínicos para reducir la presión arterial. Muchos autores han definido las crisis o emergencias arterial como el brusco incremento en la presión arterial sistólica y diastólica asociado con daño orgánico del sistema nervioso central, corazón o riñón; el término urgencias arterial se utiliza para pacientes con elevación severa de la presión arterial sin daño orgánico. Es importante

destacar que la diferenciación clínica entre emergencias arterial y urgencia arterial depende de la presencia de daño de órganos blanco, más que del nivel de presión arterial (3).

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión (tensión arterial elevada). La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas (4).

En relación a la información oficial de nuestro país, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014 (ENDES 2014), indica que el 14.6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en hombres (18.5%) que en mujeres (11.3%) (3). Además, encontró que solo el 10.3% de estos fueron diagnosticados por un médico. De este total de diagnosticados, el 60.3% recibe tratamiento (5).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Son la principal causa de defunción en todo el mundo. Las enfermedades cardiovasculares afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países (6).

Sin embargo, podemos deducir que la hipertensión arterial es un factor de riesgo a dañar los órganos blanco (corazón. Cerebro, riñón y sistema nervioso) (7)

En el Centro Médico Naval ubicado en la Av. Venezuela S/N del Distrito de Bellavista - Callao en el servicio de Clínica de Oficiales y Almirantes, unos de los problemas que evidencie en mi experiencia profesional al momento de administrar tratamiento a pacientes en la mayoría adultos mayores presentan signos de afasia y falta de fuerza o debilidad, rigidez, dolor. El familiar

manifiesta que el paciente es hipertenso. O en pocas ocasiones ellos manifiestan que "soy hipertenso" asociados a comorbilidades (enfermedades cardiacas, diabetes, enfermedades renales, etc.) (8)

Por ello, para evitar y/o prevenir la incidencia de hipertensión arterial tenemos que recurrir a la prevención y recuperación frente a este factor de riesgo y una vez que se presentan juegan un papel fundamental los cuidados de Enfermería que constituyen un elemento fundamental en la calidad de vida de los pacientes con riesgos a daños reversible e irreversible de órganos blanco, así como en la preparación y orientación a los cuidadores dentro de la familia (9).

Por ello la prevención y los cuidados de la hipertensión arterial se convierte en un tema de interés para los profesionales, por el riesgo potencial a la muerte del paciente o complicaciones irreversibles. He aquí la relevancia de valorar en forma oportuna los factores que intervienen y favorecen el desarrollo de la prevención de hipertensión arterial, para minimizar al máximo el costo personal, social y gubernamental (10).

Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos a nivel local de la hipertensión arterial y sus complicaciones en pacientes hospitalizados; identificaremos factores predisponentes, demostrando el impacto personal, familiar y social que tiene esta complicación; con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo y a su vez fomentar en el profesional de Enfermería la Gestión del Cuidado más humanizado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

JETÓN BALAREZO D, PASATO ÁLVAREZ.S (2017) realizaron un estudio titulado “FACTORES PREDISPONENTES A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DE 40 A 65 AÑOS DE EDAD, CENTRO DE SALUD “SAN FERNANDO”. CUENCA 2016”, demostrando que la hipertensión arterial constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país y a nivel mundial, situándose como uno de los problemas más relevantes en la Salud Pública, es un enemigo silente en sus inicios, clínicamente presenta síntomas cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente, afectando órganos principales como el cerebro, corazón, riñones y retina (11).

ZUBELDIA L, QUILES J, MAÑES J, REDON J. (2016) realizaron un estudio titulado “PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DE SUS FACTORES ASOCIADOS EN POBLACIÓN DE 16 A 90 AÑOS DE EDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA”, REALIZADA EN EL AÑO 2016”, hallando que la prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2% [IC95% 34,9-41,5]; 40,7% en hombres [IC95%35,0-45,5] y 35,7% en mujeres [IC95% 31,1-40,3]. La edad [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2)], la categoría ponderal [sobrepeso OR 2,1 IC95% 1,3-3,2; obesidad OR 5,3, IC95% 3,3-8,5] y padecer diabetes mellitus [OR 2,4, IC95% 1,2-4,8] se constituyeron como variables asociadas con hipertensión. (12)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

TAFUR PAREDES, Cinthia Bach. Enf. VÁSQUEZ SUITO, Lucia Bach. Enf. NONAKA REYNA, Margarita Keiko Sachico (2017) realizaron un estudio titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO

DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO, DEL CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS-2017” , cuyo objetivo fue Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017, los resultados que se obtuvieron fueron que,. La edad media en adultos de sexo femenino es de 72.8 mientras que en los masculinos la edad promedio es de 69.8. Con respecto al conocimiento sobre la hipertensión arterial el 78.8% (41) presentan nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial y el 21.2% (11) tienen adecuado nivel de conocimiento. Mientras que el 84.6% (44) realizan prácticas de autocuidado inadecuado y sólo el 15.4% (8) de los adultos realizan prácticas de autocuidado adecuado. Al realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtiene un valor de $X^2 c = 16.435$ y un $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, 2017 (13).

PAMELA CINTHIA ALARCÓN VILLAN (2018), realizó un estudio titulado “PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN LAS GUÍAS CLÍNICAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION-2017 Y JNC-7 EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, FEBRERO 2018.” Demostrando que, la hipertensión arterial es la condición clínica más común en el cuidado médico primario, conlleva un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares, disminuye la calidad de vida y la supervivencia de la población. El propósito de este trabajo fue Determinar la prevalencia de hipertensión arterial según Guías clínicas de la AHA-2017 y de la JNC-7 en pacientes que acuden a los consultorios externos del Hospital Regional Honorio Delgado (14).

ALEJOS GARCÍA M, MACO PINTO J (2017) realizó un estudio titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS” Se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre Hipertensión Arterial en pacientes adultos hipertensos que acudieron a la consulta ambulatoria del Hospital Cayetano Heredia, en los meses de junio a Setiembre, 2015. La muestra fue constituida por 200 pacientes hipertensos, entre 20 y 65 años, con diagnóstico de hipertensión arterial primaria. A los cuales se les pidió contestar el cuestionario que contiene la variable nivel de conocimiento, la técnica empleada fue la entrevista y como instrumento el cuestionario. Los resultados mostraron que solo el 26.0% de la población encuestada definió correctamente la Hipertensión Arterial, a pesar que el tiempo promedio de diagnóstico de enfermedad fue de 13.27 años (IC: 0.81), la mayoría fue del sexo femenino con un 64.5% y que el 73.5% desconoce sobre los factores de riesgo no modificables. Existen factores educativos que necesitan ser reforzados para lograr un empoderamiento sobre control de la hipertensión y prevención de las complicaciones (15).

ENCISO SAMAME M. (2017) realizó un estudio titulado “ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS “SAN FERNANDO” EN EL PERÍODO 2013 – 2017” Se analizaron las historias clínicas de 132 pacientes, tomándose 66 casos (fallecidos) y 66 controles (vivos). La edad promedio fue de $61,8 \pm 16,1$ años. El tiempo de hemodiálisis promedio fue de $3,22 \pm 2,79$ años. Predominó el sexo masculino (56,8%). La causa principal de la enfermedad renal crónica fue la nefropatía hipertensiva (44,7%), seguida de la nefropatía diabética (21,2%). La prevalencia de hipertensos fue de 83,3%. No se halló asociación significativa entre la hipertensión arterial y la mortalidad (OR = 1,95; IC 95%: 0,75 – 5,02). Tampoco hubo asociación significativa entre un mayor nivel de presión arterial prediálisis ($\geq 140/90$ mmHg) y la mortalidad (OR = 1,27, IC 95%: 0,64 – 2,52) (16).

FLORES FARFÁN L (2017) realizó un estudio titulado “PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y OTROS FACTORES DE RIESGO EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO PAUCARPATA, AREQUIPA”. en Arequipa en el mes de enero y febrero del año 2017 realizó un estudio de prevalencia de hipertensión arterial y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en conductores del servicio público del distrito de Paucarpata, Arequipa 2017. Hallando como prevalencia de hipertensión de un total de 157 conductores de transporte público modalidad colectiva el 14.01% de hipertensos todos ellos del tipo I, el 43.31% prehipertensos, el 59.09% de hipertensos se encontraban entre 54 a 65 años (17).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Teoría de enfermería

Virginia Henderson

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado- Persona-Entorno desde una perspectiva holística. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales (18).

- 1) Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- 2) Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- 3) Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- 4) Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

- 5) Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
- 6) Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- 7) Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
- 8) Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- 9) Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- 10) Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
- 11) Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
- 12) Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
- 13) Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- 14) Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para ja

modificación de sus comportamientos.

Metaparadigmas

- **Cuidado:** Está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- **Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.
- Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

2.3 BASE CONCEPTUAL

2.3.1 Hipertensión arterial

Se define la hipertensión arterial (HTA) como aquella elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede producir lesiones en órganos diana. Arbitrariamente se han establecido cifras de PA sistólica > 180-210 mmHg y PA diastólica > 110-120 mmHg (que varían en función del documento de consenso consultado) (19).

Hallado un nuevo mecanismo contra la hipertensión arterial. La proteína

GRK2 está implicada en el desarrollo de patologías como fallo cardiaco, resistencia a insulina y obesidad. Un trabajo, llevado a cabo por investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y publicado en la revista Hipertensión, ha establecido ahora que esta proteína juega también un papel relevante en los procesos que desembocan en hipertensión arterial (20).

Concretamente, los autores han observado una resistencia al aumento de la presión sanguínea al reducir los niveles de dicha proteína en ratones. “Los animales con menores niveles de GRK2 son resistentes al aumento en la presión sanguínea producido por infusión de angiotensina II, un modelo experimental que imita los rasgos de la hipertensión arterial observada en humanos” (9).

De acuerdo con el trabajo, el efecto beneficioso se produce gracias a la mejora de las capacidades contráctiles, la estructura y las propiedades mecánicas de las arterias. “Después de la infusión de angiotensina II, los animales con menores niveles de GRK2 presentan menor contracción arterial, tienen la pared vascular menos engrosada y menos rígida que los animales de control, lo que indica una mejoría en el daño vascular provocado por angiotensina II”, especifica Cristina Murga, coautora del trabajo e investigadora de la Facultad de Ciencias de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (21).

2.3.2. Fisiopatología de la Hipertensión arterial

Dado que la presión arterial depende del gasto cardíaco (GC) multiplicado por la resistencia vascular periférica total (RVPT), debe haber mecanismos patogénicos asociados

- Aumento del GC
- Aumento de la RPT
- Ambos

En la mayoría de los pacientes, el GC es normal o está algo aumentado y la

RVPT está incrementada. Este patrón es típico de la hipertensión arterial primaria y de la hipertensión debida a aldosteronismo primario, feocromocitoma, enfermedad renovascular y nefropatía parenquimatosa.

En otros pacientes, el GC está aumentado (lo que puede deberse a la constricción de las grandes venas) y la RVPT es inapropiadamente normal para el valor del GC. Más adelante, la RVPT se eleva y el GC se normaliza, tal vez como resultado de la autorregulación. Algunas enfermedades que aumentan el GC (tirotoxicosis, fístula arteriovenosa, insuficiencia aórtica), en particular cuando se eleva el volumen sistólico, causan hipertensión arterial sistólica aislada. Algunos pacientes ancianos presentan una hipertensión sistólica aislada con GC normal o bajo, lo que puede ser el resultado de la rigidez de la aorta y sus ramas principales. Los pacientes con hipertensión diastólica fija suelen presentar una reducción del GC.

El volumen plasmático tiende a descender a medida que la tensión arterial aumenta, aunque rara vez permanece normal o aumenta. El volumen plasmático tiende a elevarse en la hipertensión arterial secundaria a aldosteronismo primario o a nefropatía parenquimatosa y puede descender bastante en la hipertensión secundaria a feocromocitoma. El flujo sanguíneo renal (FSR) disminuye gradualmente a medida que aumenta la tensión arterial diastólica y empieza a desarrollarse una esclerosis arteriolar. El FSR permanece normal hasta un período avanzado de la enfermedad; como consecuencia, la fracción de filtración aumenta. El flujo sanguíneo coronario, cerebral y muscular se mantienen, salvo en presencia de aterosclerosis grave en estos lechos vasculares (22).

A. Transporte anormal de sodio

En muchos pacientes con hipertensión, el transporte de sodio a través de la pared celular es anormal porque la bomba de sodio-potasio (Na^+ , K^+ -ATPasa) funciona en forma defectuosa o está inhibida o porque se produce un aumento de la permeabilidad a los iones sodio. El resultado es una elevación de la concentración intracelular de sodio, que determina

que la célula sea más sensible a la estimulación simpática. El calcio sigue al sodio, de manera que la acumulación intracelular de calcio puede ser responsable del aumento de la sensibilidad. Como la Na^+ , K^+ -ATPasa puede bombear la noradrenalina en forma retrógrada hacia las neuronas simpáticas (y, de esta manera, inactivar al neurotransmisor), la inhibición de este mecanismo también puede incrementar el efecto de la noradrenalina, con elevación de la tensión arterial. Pueden identificarse defectos en el transporte del sodio en niños normotensos cuyos padres son hipertensos (23).

B. Sistema nervioso simpático

La estimulación simpática incrementa la presión arterial, en general más en pacientes con presión arterial elevada e hipertensión que en pacientes normotensos. No se definió si esta mayor capacidad de respuesta reside en el sistema nervioso simpático o en el músculo liso vascular. El aumento de la frecuencia del pulso en reposo, que puede ser el resultado de la mayor actividad del sistema nervioso simpático, predice el desarrollo de hipertensión. En algunos pacientes hipertensos, las concentraciones plasmáticas de catecolaminas circulantes en reposo son más elevadas que las de las personas normales (24).

❖ Sistema renina-angiotensina-aldosterona

El sistema renina-angiotensina-aldosterona contribuye a la regulación del volumen sanguíneo (volemia) y, en consecuencia, de la presión arterial. La renina, una enzima que se sintetiza en el aparato yuxtaglomerular, cataliza la conversión del angiotensinógeno en angiotensina I. La enzima convertidora de la angiotensina (ECA) degrada este producto inactivo sobre todo en los pulmones, aunque también en los riñones y el encéfalo,

y lo convierte en angiotensina II, un vasoconstrictor potente que también estimula los centros autónomos encefálicos para aumentar el tono simpático y la liberación de aldosterona y vasopresina. La aldosterona y la vasopresina promueven la retención de sodio y agua, lo que eleva la tensión arterial. Asimismo, la aldosterona estimula la excreción de potasio y la hipopotasemia ($< 3,5$ mEq/L) incrementa la vasoconstricción a través del cierre de los canales de potasio. La angiotensina III, presente en la circulación, estimula la liberación de aldosterona en la misma magnitud que la angiotensina II, pero con actividad presora mucho menor. Dado que las enzimas quimasas también convierten a la angiotensina I en angiotensina II, los fármacos que inhiben a la ECA no suprimen por completo la producción de angiotensina II (25).

La secreción de renina está controlada al menos por 4 mecanismos, que no se excluyen mutuamente:

- Un receptor vascular renal responde a los cambios de tensión en la pared de las arteriolas aferentes
- Un receptor de la mácula densa detecta los cambios en la velocidad de administración o la concentración de cloruro de sodio en el túbulo distal
- La angiotensina circulante tiene un efecto de retroalimentación negativa sobre la secreción de renina
- El sistema nervioso simpático estimula la secreción de renina mediada por los receptores beta (a través del nervio renal)

La angiotensina suele considerarse responsable de la hipertensión renovascular, al menos en la fase inicial, aunque aún no pudo documentarse con precisión el papel del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la hipertensión primaria. No obstante, en los pacientes de etnia negra y mayores con hipertensión arterial, las concentraciones de renina tienden a ser bajas. Los ancianos también suelen presentar concentraciones bajas de angiotensina II.

La hipertensión arterial provocada por la nefropatía parenquimatosa crónica (hipertensión renopriva) se produce como resultado de la combinación de un mecanismo dependiente de la renina y otro dependiente del volumen. En la mayoría de los casos, no se evidencia un aumento de la actividad de la renina en una muestra de sangre periférica. La hipertensión arterial suele ser moderada y sensible a los balances de sodio e hídrico.

Deficiencia de vasodilatadores (26).

La hipertensión puede deberse a la deficiencia de un vasodilatador (p. ej., bradicinina, óxido nítrico) más que al exceso de un vasoconstrictor (p. ej., angiotensina, noradrenalina).

La reducción en el óxido nítrico debido a rigidez de las arterias está vinculada a la hipertensión sensible a la sal, que es un aumento desmedido de > 10 a 20 mmHg en la presión arterial sistólica después de una gran carga de sodio (p. ej., una comida china).

Si los riñones no producen cantidades adecuadas de vasodilatadores (como resultado de una nefropatía parenquimatosa o una nefrectomía bilateral), la presión arterial puede elevarse.

En las células endoteliales, también se sintetizan vasodilatadores y vasoconstrictores (sobre todo endotelina). En consecuencia, la disfunción endotelial afecta significativamente la tensión arterial (27).

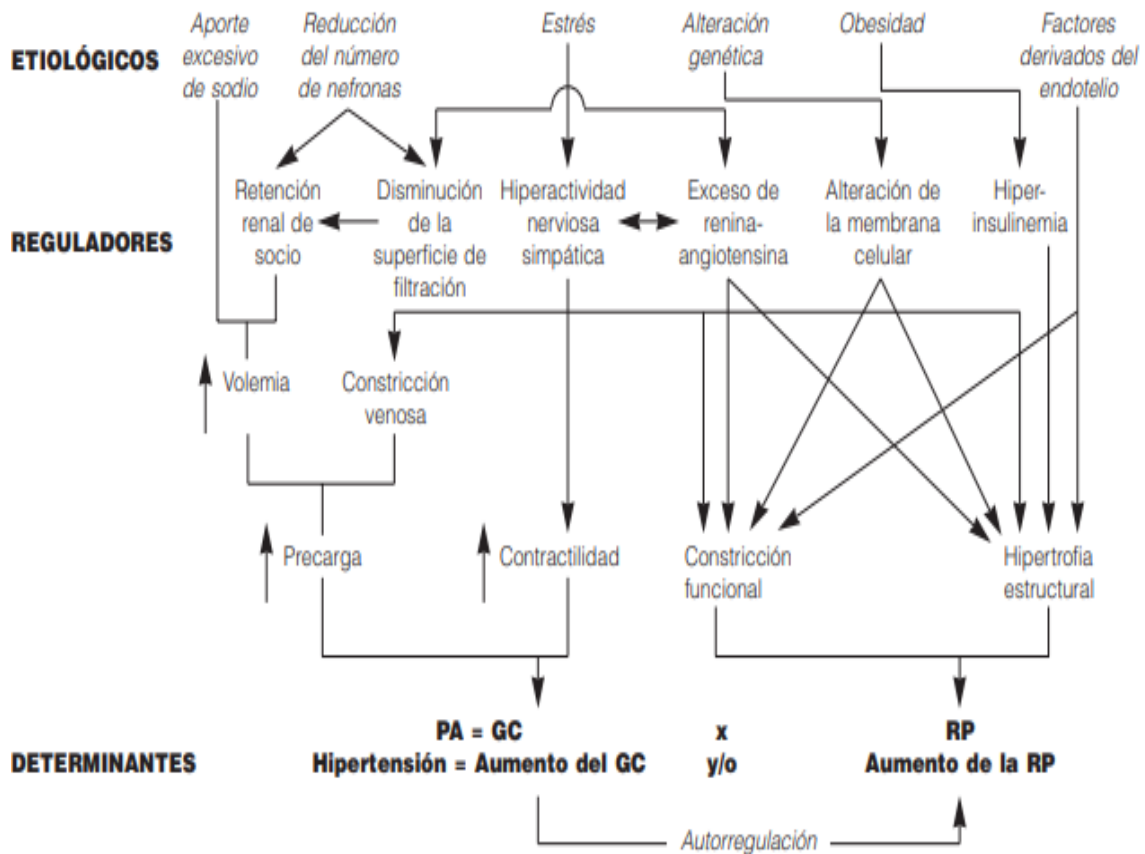
2.3.3. Factores Etiológicos

Se han descrito los siguientes factores hipertensinogénicos (fig. 1): (28)

- Genética
- Obesidad.
- Resistencia a la insulina.
- Ingesta elevada de alcohol.
- Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal.
- Edad y Sexo.

- Sedentarismo.
- tabaquismo
- Estrés.
- Ingesta baja de potasio.
- Ingesta baja de calcio.

Figura N°1



2.3.4. Clasificación de la hipertensión arteria

Las mediciones de presión arterial entran en cuatro categorías generales:

- **Presión arterial normal.** Tienes presión arterial normal si el número está por debajo de 120/80 mm Hg.
- **Presión arterial elevada.** La presión arterial elevada es una presión sistólica entre 120 y 129 mm Hg y una presión diastólica por debajo de 80 mm Hg. La presión arterial elevada tiende a empeorar con el tiempo a no ser que se tomen medidas para controlarla.

- **Hipertensión en etapa 1.** La hipertensión en etapa 1 es una presión sistólica entre 130 y 139 mm Hg o una presión diastólica de 80 a 89 mm Hg.
- **Hipertensión en etapa 2.** La hipertensión en etapa 2, una hipertensión más grave, es una presión sistólica de 140 mm Hg o mayor, o una presión diastólica de 90 mm Hg o mayor (29).

2.3.5. Manifestaciones clínicas

En la mayoría de los casos, no se presentan síntomas. En la mayoría de las personas, la hipertensión arterial se detecta cuando visitan a su proveedor de atención médica o se la hacen medir en otra parte.

Debido a que no hay ningún síntoma, las personas pueden sufrir enfermedad cardíaca y problemas renales sin saber que tienen hipertensión arterial (30).

La hipertensión maligna es una forma peligrosa de presión arterial muy alta.

Los síntomas incluyen:

- Cefalea sobre todo la parte occipital
- Náuseas o vómitos
- Confusión
- Cambios en la visión
- Sangrado nasal
- Vision borrosa
- Sensación de bochorno

2.3.6. Complicaciones

La presión arterial alta no controlada puede ocasionar complicaciones como las siguientes:

- Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. La presión arterial alta puede endurecer y engrosar las arterias (aterosclerosis), lo cual puede ocasionar un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular u otras complicaciones (31).

- Aneurisma. El aumento de la presión arterial puede causar el debilitamiento de los vasos sanguíneos y la aparición de protuberancias en ellos, lo que forma el aneurisma. Si se rompe un aneurisma, puede poner en peligro la vida (31).
- Insuficiencia cardíaca. Para bombear la sangre contra la presión de los vasos sanguíneos que subió, el corazón debe realizar mayores esfuerzos. Esto hace que las paredes de la cámara cardíaca encargada del bombeo se engrosen (hipertrofia ventricular izquierda). Con el tiempo, el músculo engrosado tiene más dificultades para bombear la cantidad suficiente de sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo, lo que puede ocasionar insuficiencia cardíaca (31).
- Vasos sanguíneos debilitados y estrechados en los riñones. Esto puede provocar el funcionamiento anormal de estos órganos (31).
- Vasos sanguíneos engrosados, estrechados o desgarrados en los ojos. Esto puede ocasionar la pérdida de la vista (31).
- Síndrome metabólico. Este síndrome es un grupo de trastornos del metabolismo corporal que incluyen la disminución de la circunferencia de la cintura; triglicéridos altos; colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL), el “colesterol bueno” bajo; presión arterial alta y niveles altos de insulina. Estos trastornos pueden incrementar las posibilidades de que tengas diabetes, enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular (31).
- Problemas con la memoria o el entendimiento. La presión arterial alta sin controlar también puede afectar tu capacidad para pensar, recordar y aprender. Los problemas con la memoria o con la comprensión de conceptos son más frecuentes entre las personas con presión arterial alta (31).
- Demencia. Las arterias estrechadas o bloqueadas pueden limitar el flujo de sangre hacia el cerebro, lo que puede ocasionar un tipo de demencia

(demencia vascular). Un accidente cerebrovascular que interrumpe el flujo sanguíneo hacia el cerebro también puede causar demencia vascular (31).

2.3.7. Diagnostico

- Evaluación con un mapa donde se hace seguimiento a la presión arterial por 24 horas
- Ecocardiograma
- Electro cardiograma
- Estilo de vida

2.3.8. Cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial

Todo paciente diagnosticado con una hipertensión arterial se controlará una vez transcurridas 24-48 horas de la intervención terapéutica. Se valorará su estado, el plan de tratamiento y las condiciones idóneas para el nuevo control:

- No comer en abundancia, no fumar, no beber alcohol ni café, no hacer ejercicio físico media hora antes de la visita.
- No tomar agentes simpaticomiméticos, incluidos los midriáticos.
- Vejiga urinaria vacía antes de la visita.
- Preguntar cuándo se ha tomado el último comprimido antihipertensivo. En condiciones ideales, la medida de la PA debería realizarse antes de la ingesta de la medicación (período «valle») y no en plena fase de acción farmacológica del producto (período «pico») (32).

Postura Del Paciente

- Colocar el brazo sin ropa que lo presione.
- Sentado cómodamente con el brazo apoyado sobre la mesa a la altura del corazón, o bien en decúbito supino con el brazo apoyado a la altura del corazón.
- Esperar 5 minutos.
- En embarazadas, a partir de las 20 semanas de gestación, medir la PA en decúbito lateral izquierdo o sentadas ((32).

Entorno

- Estar en una consulta tranquila, temperatura ambiental De unos 20 °C. y Evitar ruidos o sonidos de alarma (32).

CAPÍTULO III.

3.1. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente : R. C. V.

Sexo : Masculino

Estado civil : Casado

Edad : 88 años

Fecha de nacimiento : 10/10/1932

Fecha de ingreso al servicio: 12/08/2020

Fecha de valoración 01/09/2020

Historia clínica : 04828276

1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente adulto mayor acude a la consulta del "Centro Medico Naval" por presentar dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, para control de presión arterial mal controlada.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente ingresa al servicio de oficial y almirante 12/08 por presentar presión arterial 170 / 100 mg, con vía periférica permeable sonda Foley, orina colurica

1.4. ANTECEDENTES:

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES: No refiere

1.4.2. ANTECEDENTES POSTOPERADO: De vesícula en el año 2015, obesidad mórbida

1.4.3. ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre hipertensa, padre con insuficiencia renal (Fallecido) hermanos sanos.

1.4.4. ANTECEDENTES PERSONALES: Con hipertensión arterial desde hace 10

años con tratamiento interrumpidos

Niega: Alergias y hábitos tóxicos (refiere que fumaba cuando era joven)

1.4.5. ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES: Paciente de religión católica y Trabajo en la Marina de Guerra como Comandante

1.5. EXAMEN FÍSICO:

1.5.1. Control de signos vitales

- Presión arterial: 170/100 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 110 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
- Temperatura: 38.4 °C
- Sat. O₂ 97%
- Peso: 110
- Estatura: 168

1.5.2. Exploración céfalo caudal:

- Cabeza: Normo cefálico (no se palpa ganglios ni masas)
- Oreja: Simétricas no escucha
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico.
- Tórax: Simétrico, pulmones ventilan bien sin ruidos alterados; pulso cardiaco presenta taquicardia (fiebre); no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: Distendido a predominio de flanco derecho superior, con dolor difuso a la palpación.
- Genito urinario: Normal con presencia de catéter urinario.
- Columna vertebral: Normal, "refiere leve dolor por estar en esta cama".
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con edemas piel oscura y seca.
- Fuerza muscular: Disminuida

1.6. INDICACIONES MÉDICAS

1.6.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

DROGA	DOSIS	VÍA
Omeprazol	40 mg c/24 h	EV
Bisoprolol	5mg c/24h	VO
Atorvastatina	40mg c/24h	VO
Ciprofolxacino	400mg c/12h	EV
Metronidazol	500mg c/8h	EV
Enalapril	20 mg c/24 h	VO
Metamizol	1gr PRN T 38.3	VO
Paracetamol	1gr PRN T 38	VO
Aspirina	100mg c/24 h	VO
Furacemida	40 mg c/ 24 h	EV
	TRATAMIENTO	
BHE	c/6h	-----
Hemoglucotex	c/8h	-----
CFV	c/6h	-----
DIETA:	Blanda severa	FE: 100 cc/h x S.N.G

Fuente: Historia Clínica paciente atendido en la Clínica de oficiales y Almirante del Centro Medico Naval,2020

EV: Endovenoso

SF: Sonda Foley

FE: Formula enteral

CFV: Control de funciones vitales

PRN: Condicional

VO: Vía oral

BHE: Balance Hídrico Estricto

1.6.7. EXÁMENES AUXILIARES:

Hematológicos

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	16.14 cel/ μ L
Hematíes	2 480,000 cel/ μ L

Hemoglobina	8.2 g/dL
Hematocrito	37.8 %
Linfocitos	1.2
Tiempo de protrombina	15 seg
INR	1.26

INR: Índice Internacional Normalizado.

BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	110
Urea	40
Creatinina	1
Sodio	136
Potasio	4.97
Cloro	101

Fuente: Historia Clínica paciente atendido en la Clínica de oficiales y Almirante del Centro Medico Naval,2020

ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Oscuro
Densidad	1.05
pH	7.00

Fuente: Historia Clínica paciente atendido en la Clínica de oficiales y Almirante del Centro Medico Naval,2020

1.7. VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

- **Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: por insuficiente conocimiento del diagnóstico que tenía.
- **Clase 2.** Gestión de salud.

DOMINIO II. Nutrición

- **Clase 1. Ingestión:** Dieta blanda por vía oral.
- **Clase 2. Digestión:** Normal
- **Clase 3. Absorción:** Parcial se evidencia eliminación
- **Clase 4. Metabolismo:** Hemoglucotex = 110 mg/dL
- **Clase 5. Hidratación:** Piel seca edema marcado de miembros superiores e inferiores

DOMINIO III. Eliminación

- **Clase 1. Función urinaria:** Presencia de catéter urinario (orina colorica). Balance hídrico = -1,670 cc
- Edema de miembros superiores e inferiores.
- **Clase 2. Función gastrointestinal:** Normal
- **Clase 3. Función tegumentaria:** Presencia de lesiones por venopunción en miembros superiores no tiene úlceras por presión.
- **Clase 4. Función respiratoria:** ventilando espontáneamente con Sat O₂ 95%

DOMINIO IV. Actividad y reposo

- **Clase 1.** Reposo/sueño: Fatiga, cansancio
- **Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo forzado por presencia de catéteres, parcialmente dependiente.
- **Clase 3.** Equilibrio/energía: Se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga.
- **Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: Tiene hipertensión arterial controlada con medicación presión arterial = 14/80

mm Hg; frecuencia cardiaca con taquicardia = 102 x min por tener la temperatura = 38.4°C, frecuencia respiratoria = 22 x min, saturación = 97% con oxígeno ambiental.

- **Clase 5.** Autocuidado: Asistido por el personal técnico, para el baño. Si se lava las manos y los dientes con ayuda.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

- **Clase 1.** Atención: Responde al interrogatorio.
- **Clase 2.** Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona, presenta pequeña hipoacusia
- **Clase 3.** Sensación-percepción: Evacuaciones normales
- **Clase 4.** Cognición: No alterado conocimiento deficiente y control emocional inestable.
- **Clase 5.** Comunicación: Por momentos con deterioro de la comunicación se muestra irritable.

DOMINIO VI. Autopercepción

- **Clase 1.** Autoconcepción: Desesperanza.
- **Clase 2.** Autoestima: Riesgo de baja autoestima por no tener mucha visita.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

- **Clase 1.** Rol de cuidador: Riesgo de cansancio de la hermana quien la visita siempre.
- **Clase 2.** Relaciones familiares: Hermana refiere que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo.
- **Clase 3.** Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

DOMINIO VIII. Sexualidad

- **Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.
- **Clase 2.** Función sexual: No refiere.
- **Clase 3.** Reproducción: tiene 2 hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- **Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere que nunca pensó pasar por todos estos eventos (baño, sonda Foley). Riesgo de síndrome post traumática.
- **Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Siente ansiedad por salir del hospital, estrés con sobrecarga. Deterioro de la regulación del estado de ánimo.
- **Clase 3.** Estrés neuro-compartmental: Riesgo de disreflexia autónoma.

DOMINIO X. Principios vitales

- **Clase 1.** Valores: Por momentos reacción a la atención y trata mal al personal de salud.
- **Clase 2.** Creencia: Refiere tener religión católica.
- **Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: Se aprecia riesgo de deterioro de la religiosidad, hay sufrimiento espiritual y moral. Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

- **Clase 1.** Infección: Febril, Leucositosis y procedimientos invasivos: Sondas Foley, catéter periférico.
- **Clase 2.** Lesión física: Heridas por venopunción, no roncantes, no sibilantes, no crépitos, alteración de la coordinación de la marcha, mareo al cambio de posición.
- **Clase 3.** Violencia: Riesgo de agresión al personal que lo asiste cuando no acepta un procedimiento.
- **Clase 4.** Peligros del entorno: Riesgo de contaminación por sonda Foley.
- **Clase 5.** Procesos defensivos: Se observa irritación en glande como respuesta al látex
- **Clase 6.** Termorregulación: Alza térmica 38.4 °C.

DOMINIO XII. Confort

- **Clase 1.** Confort Físico: Con facies de malestar por alza térmica.

- **Clase 2.** Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

- **Clase 1.** Crecimiento: Riesgo de retraso en el crecimiento desproporcional.
- **Clase 2.** Desarrollo: Incremento del desarrollo para su edad (aparenta más edad).

1.8. ESQUEMA DE VALORACION

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

- Paciente adulto mayor
- Hipertensión arterial severa
- abdomen distendido a predominio de flanco derecho superior, con dolor difuso a la palpación
- catéter urinario permeable, con orina colurica
- se observa irritación en glande como respuesta al látex
- Extremidades: Superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca, Balance hídrico = -1,670 cc
- Fuerza muscular: Disminuida, alteración de la coordinación de la marcha, mareo al cambio de posición.
 - Se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga
- obesidad mórbida
- Presión arterial: 170/100 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 110
- Temperatura: 38.8 °C,
- Peso: 110, Estatura: 168
- Antecedente personal, presenta hipertensión mal controlada desde hace 10 años
- Leucocitos 16.14 cel/μL
- Hematíes 2 480,000 cel/μL
- Hemoglobina 8.2 g/dL

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

Sugerir Hemograma completo, Urea- Creatinina y Glucosa, interconsulta Cardiología, Nutrición, Terapia física.

- Desequilibrio nutricional por exceso
- Ansiedad (00146)
- Termorregulación ineficaz (00008)
- Déficit de autocuidado en el baño (00108)
- Cansancio del rol de cuidador (00061)
- Gestión ineficaz de la salud (00078)

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Paciente adulto mayor
- Hipertensión arterial severa
- abdomen distendido a predominio de flanco derecho superior, con dolor difuso a la palpación
- catéter urinario permeable, con orina colurica
- se observa irritación en glande como respuesta al látex
- Extremidades: Superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca, Balance hídrico = -1,670 cc
- Fuerza muscular: Disminuida, alteración de la coordinación de la marcha, mareo al cambio de posición.
- Se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga
- obesidad mórbida
- Presión arterial: 170/100 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 110
- Temperatura: 38.8 °C,
- Peso: 110, Estatura: 168
- Antecedente personal, presenta hipertensión mal controlada desde hace 10 años
- Leucocitos 16.14 cel/ μ L
- Hematíes 2 480,000 cel/ μ L
- Hemoglobina 8.2 g/dL
- Hematocrito 37.8 %
- Refiere que no tiene mucha visita; en tanto la hermana manifiesta que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo. Paciente muestra manifestaciones de ansiedad ya que refiere querer salir del hospital.
- Presenta hipertensión mal controlada desde hace 10 años

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Obesidad (00232)
- Ansiedad (00146)
- Termorregulación ineficaz (00008)
- Déficit de autocuidado en el baño (00108)
- Cansancio del rol de cuidador (00061)
- Gestión ineficaz de la salud (00078)
- Exceso de volumen de líquidos (00026)
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
- Riesgo de caídas (00155)

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Termorregulación ineficaz	Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos-externos	Catéter urinario permeable, con orina colorica, se observa irritación en glande como respuesta al látex, temperatura: 38.8 °C, Leucocitos 16.14 cel/ μ L	Termorregulación ineficaz r/c Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos-externos e/p Catéter urinario permeable, con orina colorica, se observa irritación en glande como respuesta al látex, temperatura: 38.8 °C, Leucocitos 16.14 cel/ μ L
Exceso de volumen de líquidos	Aumento de la presión hidrostática capilar secundario a aumento de presión arterial	Hipertensión arterial severa, Presión arterial: 170/100 mm Hg, extremidades: superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca, balance hídrico = -1,670 cc	Exceso de volumen de líquidos r/c Aumento de la presión hidrostática capilar secundario a aumento de presión arterial e/p Hipertensión arterial severa, Presión arterial:

			170/100 mm Hg, extremidades: superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca, balance hídrico = - 1,670 cc
Gestión ineficaz de la salud	Conocimientos deficientes sobre el cuidado de su salud	hipertensión mal controlada desde hace 10 años obeso con índice de masa corpora de 39 superior a lo normal	Gestión ineficaz de la salud r/c Conocimientos deficientes sobre el cuidado de su salud e/p hipertensión mal controlada desde hace 10 años
Ansiedad	cambios en el estado de salud	Paciente muestra manifestaciones de ansiedad ya que refiere querer salir del hospital.	Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p Paciente muestra manifestaciones de ansiedad ya que refiere querer salir del hospital.
Desequilibrio nutricional por exceso	Ingesta de calorías que excede el gasto	IMC 39 Superior a los normal	Desequilibrio nutricional por exceso r/c Ingesta

	de energía		de calorías que excede el gasto de energía e/p IMC 39 Superior a los normal
Cansancio del rol del cuidador	Falta de tiempo para necesidades personales	la hermana manifiesta que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo.	Cansancio del rol del cuidador r/c Falta de tiempo para necesidades personales e/p la hermana manifiesta que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo.
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	fuerza ejercida contra las paredes de las arterias secundario a hipertensión arterial	Hipertensión arterial severa, Presión arterial: 170/100 mm Hg, extremidades: superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c fuerza ejercida contra las paredes de las arterias secundario a hipertensión arterial
Riesgo de caídas	Movilidad limitada y cambios en la	Fuerza muscular: Disminuida, alteración de la	Fuerza muscular: Disminuida, alteración de la

	coordinación	coordinación de la marcha, mareo al cambio de posición, se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga	coordinación de la marcha, mareo al cambio de posición, se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga
--	--------------	---	---

Fuente: Elaboración propia

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: (0008)</p> <p>Termorregulación ineficaz r/c</p> <p>Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos-externos e/p</p> <p>Catéter urinario permeable, con orina colurica, se observa irritación en glande como respuesta al látex, temperatura: 38.8 °C, Leucocitos 16.14 cel/μL</p>	<p>Código: 0800</p> <p>Mantener la termorregulación dentro de los parámetros</p> <p>Escala: sustancialmente comprometido,</p> <p>Indicadores</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Frecuencia cardiaca</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Malestar general</p> <p>Temperatura corporal</p> <p>Presión arterial</p>	<p>Código: 3900</p> <p>Regulación de la temperatura.</p> <p>Monitorización de temperatura y características de la piel.</p> <p>Aligerar cobertores.</p> <p>Colocación de compresas frías.</p> <p>Perfusión de líquidos vía intravenosa.</p> <p>Administración de antipirético según indicación médica.</p> <p>Metamizol 1 g EV</p> <p>Paracetamol 1g VO</p> <p>Administración de antibiótico.</p> <p>Ciprofloxacino</p>	<p>Paciente con la piel tibia, con sueño conservado.</p> <p>Temperatura de 37.3 c°</p> <p>Frecuencia cardiaca de 84 x minuto</p>

		<p>400 mg EV. c/ 12 h Metronidazol 500 mg EV. c/ 8 h</p> <p>Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsión</p> <p>Monitorizar el equilibrio de los electrolitos.</p> <p>Balance hídrico estricto. Registrar y graficar la temperatura.</p> <p>Sugerir un recuento de leucocitos. Interconsulta a infectología.</p>	
<p>Código: 00026</p> <p>Exceso de volumen de líquidos r/c Aumento de la presión hidrostática capilar secundario a aumento de</p>	<p>Código: 00601</p> <p>Mantener Equilibrio hídrico Sustancialmente comprometido Indicador: Peso corporal</p>	<p>Código: 2080</p> <p>Manejo de líquidos y electrolitos</p> <p>Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso.</p>	<p>Paciente con balance hídrico positivo</p> <p>Disminución de edema de miembros superiores e inferiores +(+++)</p>

<p>presión arterial e/p Hipertensión arterial severa, Presión arterial: 170/100 mm Hg, extremidades: superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca, balance hídrico = - 1,670 cc</p>		<p>Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.</p> <p>Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos.</p> <p>Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).</p> <p>Valora las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia).</p>	<p>PA: 130/80 mmg</p> <p>Funciones vitales estables.</p>
--	--	---	--

		<p>Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.</p> <p>Código 4120 Manejo de líquidos Administración de diuréticos: Furacemida 40 mg c/ 24 h EV Atrovastatina de 40 mg c/24 hrs vo</p> <p>Manejo de balance hídrico estricto.</p> <p>Control de bioquímica: Na, Cl, k.</p> <p>Control del estado nutricional</p> <p>Monitorización de funciones vitales.</p>	
<p>Código: 0001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c Ingesta</p>	<p>Código: 01004 Estado nutricional</p>	<p>Código: 1100 Manejo de la nutrición Ajustar la dieta al estilo</p>	<p>Paciente comprometido a mejorar su hábito</p>

<p>de calorías que excede el gasto de energía e/p IMC 39 Superior a los normal</p>	<p>Mejorar habito alimentario</p> <p>Ingestión de nutrientes (2)</p> <p>Masa corporal (2)</p> <p>Peso (2)</p>	<p>del paciente, según cada caso.</p> <p>Proporcionar una dieta blanda severa FE: 100 cc/h x S.N.G</p> <p>Pesar al paciente a intervalos adecuados.</p> <p>Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p> <p>Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.</p> <p>Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.</p> <p>Código: 200</p>	<p>alimentario.</p> <p>A realizar ejercicios.</p> <p>Control periódico de su salud</p> <p>Cumplimiento del régimen terapéutico.</p>
--	---	--	---

		<p>Fomento del ejercicio (después del alta)</p> <p>- Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p> <p>Código: 4360</p> <p>Modificación de la conducta</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</p> <p>Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.</p>	
<p>Código 00061</p> <p>Cansancio del rol del cuidador r/c</p> <p>Falta de tiempo para necesidades personales e/p la</p>	<p>Código 2506</p> <p>Salud emocional del cuidador</p> <p>Mejorar salud emocional del</p>	<p>Código 7040</p> <p>Apoyo al cuidador principal</p> <p>determinar el nivel de conocimiento del</p>	<p>Cuidador principal concientizado con la salud e su paciente</p>

<p>hermana manifiesta que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo.</p>	<p>cuidador sustancialmente comprometido (2) Indicador Temor Frustración</p>	<p>cuidador apoyar en las decisiones tomadas por el cuidador principal</p> <p>Admitir las dificultades del rol del cuidador. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</p> <p>Crear puentes de comunicación.</p> <p>Importancia del cuidado de su familiar.</p> <p>Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.</p> <p>Enseñar al cuidador a sacar beneficio de de los recursos del cuidado de la salud</p> <p>Código: 5240 Asesoramiento Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el</p>	<p>Comprometida a continuar con el cuidado</p> <p>Se muestra más comunicativa y receptiva frente a los requerimientos de su paciente</p>
---	--	---	--

		<p>respeto.</p> <p>Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.</p> <p>Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.</p> <p>Establecer metas.</p> <p>Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.</p> <p>Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p>	
<p>Código: 0146</p> <p>Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p Paciente muestra manifestaciones de ansiedad ya que refiere querer</p>	<p>Código: (01300)</p> <p>Aceptación estado de salud</p> <p>Disminuir ansiedad</p> <p>Escala:</p>	<p>Código: 5820</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Valorar los niveles de ansiedad en el paciente.</p> <p>Utilizar un enfoque sereno que de</p>	<p>Paciente disminuye la duración de la ansiedad</p> <p>Utiliza estrategias para superar situaciones</p>

salir del hospital.	Moderada 2 Indicadores: Tranquilidad (2) Calma (2) Expresa sentimientos sobre el estado de salud (2) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (2)	seguridad Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados Ayudar al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan Administre medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas Código: 5270 apoyo emocional Comentar la experiencia emocional con el paciente Facilitar la identificación por parte del paciente de	estresantes Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad
---------------------	--	---	--

		<p>esquemas de respuestas habituales a los medios</p> <p>Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional</p> <p>Permanecer más tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</p>	
<p>Código: 00239</p> <p>Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c fuerza ejercida contra las paredes de las arterias secundario a hipertensión arterial</p>	<p>Código: 1617</p> <p>Autocontrol: enfermedad cardiaca</p> <p>Mantener función cardiovascular dentro de parámetros normales.</p> <p>Sustancialmente comprometido (2)</p> <p>Indicador:</p> <p>Acepta el diagnóstico (2)</p>	<p>Código: 4050</p> <p>Manejo del riesgo cardiaco.</p> <p>Control y monitorización de la FC, PA.</p> <p>Administración de antihipertensivos indicados por el médico.</p> <p>Atorvastatina 40 mg VO c/24horas</p> <p>Aspirina 100 mg 1tab. Vo c/24 horas</p> <p>Bisoprolol 5 mg</p>	<p>Paciente con PA de 130/80 mmhg</p> <p>recibiendo blanda estricta</p> <p>Colabora con el régimen terapéutico.</p> <p>Continúa con la toma de antihipertensivos.</p>

	<p>Participa en las decisiones de los cuidados sanitarios (2)</p>	<p>vo c/ 24 horas</p> <p>Proporcionar una blanda severa por SNG.</p> <p>Valorar la función renal, volumen de diuresis, características.</p> <p>Control de HGT C/8h</p> <p>Brindarle educación sobre la perjudicial en el organismo del cigarrillo y el alcohol.</p> <p>Brindar educación sobre la importancia de los hábitos de salud y los beneficios que este le proporcione.</p> <p>Sugerir una orden de EKG interconsulta a cardiología.</p> <p>Sugerir datos de laboratorio de G.U-C y perfil lipídico.</p>	
--	---	--	--

		Monitorización de la presión arterial	
		Registro de enfermería.	

IV. EJECUCION Y EVALUACION

REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

PACIENTE: R. C. V.

EDAD: 88 AÑOS

SERVICIO: CLINICA DE OFICIALES Y ALMIRANTES “CENTRO MEDICO NAVAL”

<p>S</p>	<p>Refiere que no tiene mucha visita; en tanto la hermana manifiesta que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo. Paciente muestra manifestaciones de ansiedad ya que refiere querer salir del hospital.</p> <p>Como antecedente personal, presenta hipertensión mal controlada desde hace 10 años</p>
<p>O</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente adulto mayor ● Hipertensión arterial severa ● abdomen distendido a predominio de flanco derecho superior, con dolor difuso a la palpación ● catéter urinario permeable, con orina colurica ● se observa irritación en glande como respuesta al látex ● Extremidades: Superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca ● Fuerza muscular:Disminuida ● Se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga ● obesidad mórbida ● Presión arterial: 170/100 mm Hg ● Frecuencia cardiaca: 110 ● Temperatura: 38.8 °C, ● Peso: 110, Estatura: 168 ● Antecedente personal, presenta hipertensión mal controlada desde hace 10 años ● Leucocitos 16.14 cel/μL

	<ul style="list-style-type: none"> ● Hematíes 2 480,000 cel/μL ● Hemoglobina 8.2 g/dL ● Hematocrito 37.8 % ● Linfocitos 1.2
A	<ul style="list-style-type: none"> ● Termorregulación ineficaz r/c Cambios a nivel hipotalámico secundario a agentes internos- externos e/p Catéter urinario permeable, con orina colurica, se observa irritación en glande como respuesta al látex, temperatura: 38.8 °C, Leucocitos 16.14 cel/μL ● Exceso de volumen de líquidos r/c Aumento de la presión hidrostática capilar secundario a aumento de presión arterial e/p Hipertensión arterial severa, Presión arterial: 170/100 mm Hg, extremidades: superiores e inferiores con edemas piel oscura y seca ● Desequilibrio nutricional por exceso r/c Ingesta de calorías que excede el gasto de energía e/p IMC 39, Superior a los normal ● Cansancio del rol del cuidador r/c Falta de tiempo para necesidades personales e/p la hermana manifiesta que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra utilices de aseo. ● Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p Paciente muestra manifestaciones de ansiedad ya que refiere querer salir del hospital. ● Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c fuerza ejercida contra las paredes de las arterias secundario a hipertensión arterial
P	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener la termorregulación dentro de los parámetros ● Mantener Equilibrio hídrico ● Mejorar habito alimentario ● Mejorar salud emocional del cuidador ● Disminuir ansiedad ● Mantener función cardiovascular dentro de parámetros normales.

I	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorización de temperatura y características de la piel. ● Aligerar cobertores. ● Colocación de compresas frías. ● Perfusión de líquidos vía intravenosa. ● Administración de antipirético según indicación médica. ● Metamizol 1 g EV ● Paracetamol 1g VO ● Administración de antibiótico. ● Ciprofloxacino 400 mg EV. c/ 12 h ● Metronidazol 500 mg EV. c/ 8 h ● Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsión ● Monitorizar el equilibrio de los electrolitos. ● Balance hídrico estricto. ● Registrar y graficar la temperatura. ● Sugerir un recuento de leucocitos. ● Interconsulta a infectología. ● Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso. ● Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. ● Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos ● Valora las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia). ● Administración de diuréticos: ● Furosemida 40 mg c/ 24 h EV ● Atrovastatina de 40 mg c/24 hrs vo ● Control de bioquímica: Na, Cl, k. ● Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso. ● Proporcionar una dieta blanda severa FE: 100 cc/h x S.N.G ● Pesar al paciente a intervalos adecuados. ● determinar el nivel de conocimiento del cuidador ● apoyar en las decisiones tomadas por el cuidador principal
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● Admitir las dificultades del rol del cuidador. ● Valorar los niveles de ansiedad en el paciente. ● Utilizar un enfoque sereno que de seguridad ● Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias ● Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados ● Ayudar al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan ● Control y monitorización de la FC, PA. ● Administración de antihipertensivos indicados por el médico. ● Atorvastatina 40 mg VO c/24horas ● Aspirina 100 mg 1tab. Vo c/24 horas ● Bisoprolol 5 mg vo c/ 24 horas ● Proporcionar una blanda severa por SNG. ● Valorar la función renal, volumen de diuresis, características. ● Control de HGT C/8h ● Brindarle educación sobre la perjudicial en el organismo del cigarrillo y el alcohol. ● Brindar educación sobre la importancia de los hábitos de salud y los beneficios que este le proporcione. ● Sugerir una orden de EKG interconsulta a cardiología. ● Sugerir datos de laboratorio de G.U-C y perfil lipídico. ● Monitorización de la presión arterial
E	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente con la piel tibia, con sueño conservado. ● Temperatura de 37.3 c° ● Frecuencia cardiaca de 84 x minuto ● Paciente con balance hídrico positivo ● Disminución de edema de miembros superiores e inferiores +(+++) ● PA: 130/80 mmg ● Funciones vitales estables. ● Paciente comprometido a mejorar su hábito alimentario. ● A realizar ejercicios.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">● Control periódico de su salud y cumplimiento del régimen terapéutico.● Cuidador principal concientizado con la salud e su paciente● Comprometida a continuar con el cuidado● Se muestra más comunicativa y receptiva frente a los requerimientos de su paciente● Paciente disminuye la duración de la ansiedad● Utiliza estrategias para superar situaciones estresantes● Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad● Paciente con PA de 130/80 mmhg● Recibiendo blanda estricta● Colabora con el régimen terapéutico.● Continúa con la toma de antihipertensivos |
|--|--|

CONCLUSIONES

- a) Es de vital importancia que los profesionales de Enfermería nos impliquemos en ejecutar una correcta educación para la salud, e indicar las mejores pautas con el fin de contribuir el restablecimiento de la salud tanto física como psíquica.
- b) La edad, el sexo, el sobrepeso, el tabaco, el alcohol, y la falta de actividad física, contribuyen directamente a elevar la PA, por lo que la recomendación de mantener hábitos de vida saludables se ha convertido en la piedra angular de los programas de prevención de la HTA.
- c) El mayor problema del tratamiento de la HTA es el bajo nivel de cumplimiento terapéutico.
- d) La presión arterial alta no controlada puede ocasionar complicaciones como, insuficiencia cardiaca, infarto (cerebral, miocardio), demencia, resistencia metabólicos.
- e) Se aplicó el proceso de atención de enfermería de una manera sistematizada y ordenada partiendo desde la valoración donde se empleó el examen cefalocaudal seguido de la priorización del diagnóstico de enfermero, continuando con la planificación donde se plasmó el objetivo propuesto, y en la ejecución se realizaron las intervenciones y actividades, culminando con la evaluación donde se conoció la eficacia positiva de los cuidados

RECOMENDACIÓN

- a) Promover un buen programa de prevención como los estilos de vida saludable el cual disminuya el riesgo de padecer hipertensión arterial y en consecuencia el gasto público que la enfermedad conlleva.
- b) Implementar estrategias educativas en enfermería para contribuir al cuidado de los pacientes del Centro Médico Naval.
- c) Favorecer la relación enfermera-paciente y contexto sociocultural, para llevar el cuidado hasta una concepción sistémica que permita el seguimiento y control de la enfermedad en la Atención Primaria Salud.
- d) Optimizar la comunicación con el paciente a través de contacto telefónico.
- e) Sugerir a la institución guías clínicas y planes estandarizados, para cuidado especializado y de alta calidad en las intervenciones de enfermería proporcionadas a la persona con hipertensión arterial arterial.
- f) Sugerir la actualización de los nuevos diagnósticos de enfermería para fortalecer los conocimientos del profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso LM. Emergencia hipertensiva. Complicación de la hipertensión arterial. [En línea].; 2007 [citado en el 2017 marzo 12]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11355/Emergencia-hipertensiva-Complicacion-hipertension-arterial.html>.
2. OPS. Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. [En línea].; 2010 [citado en el 2017 marzo 3]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf.
3. MINSA. Detección temprana de hipertensión evita daños cardiovasculares hasta derrame cerebral. [En línea].; 2015 [citado en el 2017 febrero 29]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51 ¬a=16554>.
4. Aguado, A, María Arias-Guisado, Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos Perú 2014. [Citado 24 Setiembre 2016]. disponible:<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/2563/2468>.
5. Leyva, R, Jiménez. Capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. México; 2013. [Citado 24 octubre del 2016]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn114g.pdf>
6. Álvarez, E. "Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. Perú, 2014. [Citado 24 Setiembre 2016]. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%81Ivarez_re.pdf descargado el 11/11/16 9.
7. David, R; Rodríguez. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial. Venezuela; 2015. [Citado, 15 octubre 2016]. Disponible en: [57](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-</div><div data-bbox=)

43812015000300003 49

8. Estrada D., Jiménez. Nivel de conocimientos de la hipertensión (HTA) y el riesgo cardiovascular. España; 2014. [Citado, 25 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl010/tl010.PDF>.
9. Fanarraga, J. Conocimiento y Practica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorio Externo de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– ESSALUD. Perú. 2013. Disponible
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [En línea].; 2015 [citado en el 2017 Marzo 5]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
11. Jetón Balarezo, Doris Paola, Pasato Álvarez, Sonia Guadalupe. Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos de 40 a 65 años de edad, Centro de Salud San Fernando. Cuenca 2016 [Tesis en línea] 2016 [citado el 10 de octubre] Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://192.188.48.14/handle/123456789/26692>
12. Zubeldia Lauzurica Lourdes, Quiles Izquierdo Joan, Mañes Vinuesa Jordi, Redón Más Josep. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2020 Oct 10] ; 90: e40006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406&lng=es. Epub 01-Abr-2016.
13. Tafur Paredes, Cinthia; Vásquez Suito, Lucía Francesca; Nonaka Reyna, Margarita Keiko Sachiko. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2017[Tesis en línea] 2017 [citado el 10 de octubre] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4871>
14. Alarcón Villanueva, Pamela Cinthia. Prevalencia de hipertensión arterial según

las Guías clínicas de la American Heart Association-2017 y JNC-7 en pacientes que acuden a los consultorios externos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, febrero 2018” [Tesis en línea] 2017 [citado el 10 de octubre] Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5526>

15. Alejos García Mireylle Lisbette. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Tesis en línea] 2017 [citado el 10 de octubre] Universidad Cayetano Heredia Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y

16. Enciso Samame A. Hipertensión arterial como factor de riesgo para la mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en el centro de diálisis “San Fernando” en el período 2013 - 2017 [Tesis en línea] 2017 [citado el 10 de octubre] Universidad Ricardo Palma: Disponible: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1151>

17. Flores Farfan. Prevalencia de hipertension arterial sistémica y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en conductores de servicio público paucarpata, arequipa 2017 [Tesis en línea] 2017 [citado el 10 de octubre] Universidad Nacional San Agustín de Arequipa: Disponible:

18. rigibel-Uriz Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 2020 Oct 10] ; 16(57): 55-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es.

19. Robles, B. H. (s.f.). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf> Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O. Zanchetti., A. (2010).

20. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext. 15 Soca, P. E., & Teruel, Y. S. (2009).
21. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Scielo, http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102494352009000900007&script=sci_arttext&lng=en.
22. Wagner-Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial. An Fac Med [Internet]. 2010;71(4):225–9. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a03v71n4>
23. .Aparecida C, Radovanovic T, Dalva M, Carvalho DB, Marcon SS. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos 1 Introducción. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2014;22(4):547–53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf
24. Medsalud. Bradicardia: síntomas y tratamiento. Portal médico [Internet]. 2018; Available from: <http://medsaludin.es/bradicardia-sintomas-ytratamiento-lo-que-las-pildoras.html>.
25. Villatoro Martínez Alejandr. Algoritmos ACLS. Recur Educ en español para la Med en Emerg REEEME [Internet]. Available from: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Algoritmos ACLS 2000.pdf> 42
26. Sans-atxer L. Hipertensión arterial en el anciano. NefroPlus [Internet]. 2011;4(3):35–44. Available from: <http://www.revistanefrologia.com/espublicacion-nefroplus-articulo-hipertension-arterial-el-ancianoX1888970011001117>
27. Salcedo-Álvarez Rey Arturo, González-Caamaño Blanca Consuelo, Jiménez Mendoza Araceli, Nava Ríos Vanessa, Cortés Olguín Dheeni Azyade, Eugenio Retana Martha Belem. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-

- NIC. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado el 10 de octubre] ; 9(3): 25-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004&lng=es
28. Conterno O, Lobo JA, Masson W. Uso excesivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011;45(5):1089–96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a09>
29. RNAO. Manejo de la hipertensión en enfermería. Guía de práctica clínica. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/D0018_Guia_Hipertension_reducido.pdf. 2015
Acceso: 7/05/2018
30. Stegen Ahumada. Esquema de sohjvevi: tratamiento de la hipertensión arterial y del edema. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v20n1/art03.pdf>
31. Janampa Auccasi F. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2012. Lilaos - 713887. 2013; s.n.
32. Báez H. F, Nava N. V, Ramos C. L, Medina L. OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009 junio.

ANEXOS

Anexo 1: Evidencias estadísticas

Grafico N°1 Hipertensión arterial según edad en España ,2015

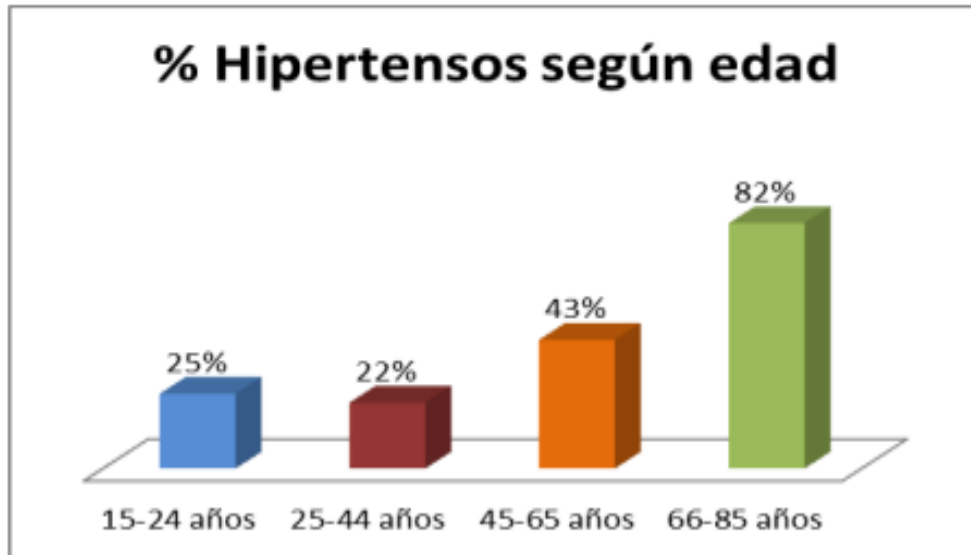


Grafico N°2 Hipertensión arterial según Factores de riesgo– España,2015

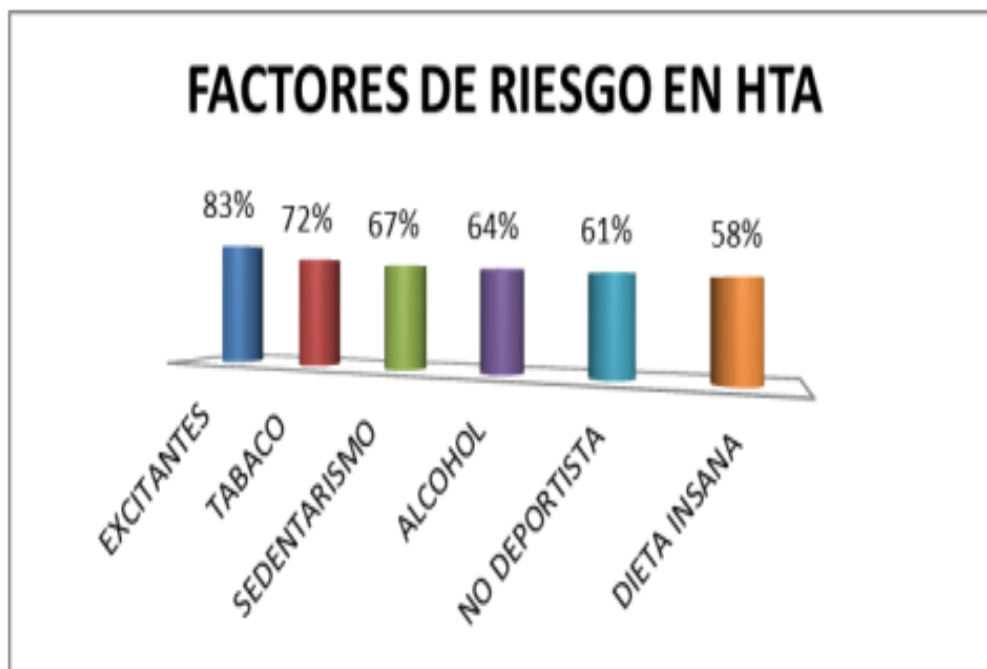


Grafico N°3 Hipertensión arterial según género y edad, Perú, 2016

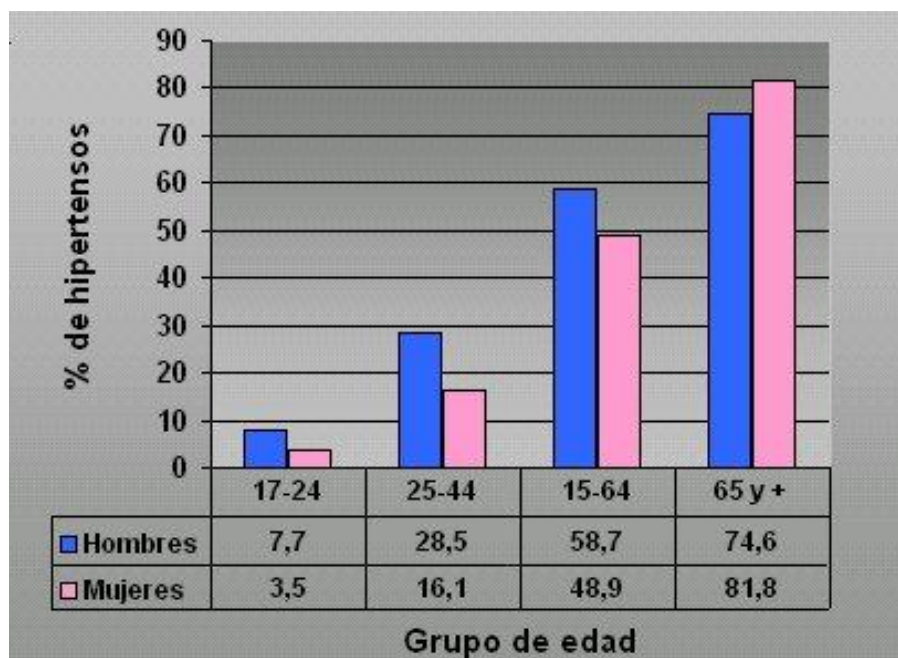
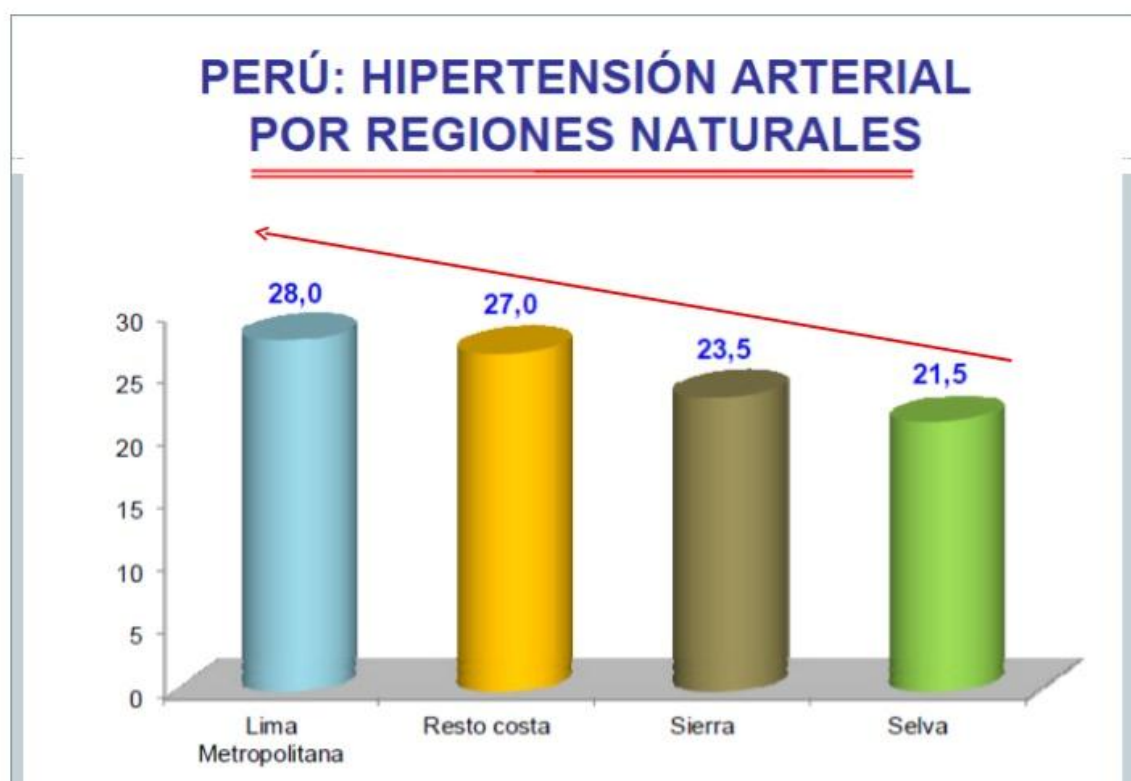


Grafico N°4 Hipertensión arterial según género y edad, Perú, 2014



Anexo 2: evidencias fotográficas



