

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS
HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA, 2018-2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

ANA MARÍA GOMEZ AGUILERA

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 175-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 10 de Diciembre 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.

DEDICATORIA

A mis amados padres por apoyarme
y enseñarme el camino de la vida
Y que hoy gozan en la presencia de
Dios.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida

A mis amados padres, por su amor incondicional

A mis estimados docentes, por ser el pilar de nuestro desarrollo cognitivo.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCION.....	2
Capitulo I. descripción de la situación problemática.....	3
Capitulo II. Marco teórico.....	5
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	5
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	7
2.2 Bases Teóricas	
2.2.1 Teoría de Virginia Henderson: se basa en las necesidades básicas humanas	15
2.3 Base conceptual.....	12
2.3.1 Crisis hipertensiva	
A. Definición.....	12
B. Clasificación	13
2.3.2 Etiología.....	13
2.3.3 Fisiopatología.....	13
2.3.4 Factores de riesgo.....	13
2.3.5 Manifestaciones clínicas.....	14
2.3.6 Tratamientos de las crisis hipertensivas.....	15
Capitulo III.....	17
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la situación problemática.	
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
ANEXOS.....	37

INTRODUCCIÓN

La crisis hipertensiva “es una enfermedad que se definen como el aumento agudo de la presión arterial que puede producir alteraciones estructurales o funcionales sobre los órganos diana. Clásicamente, las cifras establecidas para definir las crisis hipertensivas son de una presión arterial sistólica ≥ 210 mm Hg y/o una presión arterial diastólica ≥ 120 mm Hg “. (1)

Se caracteriza por la elevación aguda de la PA que puede poner en peligro inminente la vida del paciente.

Entre las causas más importante se tiene la falta de cumplimiento al tratamiento ya sea por interrupción o disminución de la medicación, tratamientos inadecuados, enfermedades renales, embarazo e intoxicación por drogas.

Por lo tanto, la crisis hipertensiva es un motivo de consultas frecuentes en la emergencia hospitalaria.

La tensión arteria normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120mmHg y una tensión diastólica de 80mmHg.

La hipertensión arterial (HTA) es una de las afecciones crónicas más frecuentes en la sociedad que afecta a nivel mundial y la cual se manifiesta en la edad adulta. Su valor de la tensión sistólica >140 mmHg y una tensión diastólica igual o superior a 80mmHg.

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de Enfermería a pacientes adultos con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería a los pacientes adultos con crisis hipertensiva. Asimismo, contribuirá a estimular, potenciar y motivar a la aplicación de nuevos modelos de cuidados de Enfermería en nuestro ejercicio profesional.

Se realizo como parte de la experiencia profesional como enfermero del servicio de emergencia adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Para el desarrollo del trabajo académico se realizó un plan de cuidados a la prevención de crisis hipertensiva, el cual contiene justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los años 2018, 2019 y fue elaborado en su totalidad por el autor y será presentado a la jefatura del servicio.

Finalmente se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; los cuales se detallan a continuación: 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.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica “que la hipertensión arterial es una enfermedad afecta a uno de cada tres adultos, sigue en gran medida oculto. Mucha gente no sabe que tiene hipertensión porque no siempre produce síntomas. La consecuencia es más de nueve millones de muertes anuales, entre las que se encuentran aproximadamente la mitad de las causadas por los ataques cardíacos y cerebral”. (2)

Recientemente la sociedad española de cardiología realizó un estudio donde la cifra la prevalencia de la HTA en el 42,6% de la población española (lo que equivaldría a 16,5 millones de personas). Esta prevalencia es discretamente superior entre los varones que entre las mujeres (el 49,9 frente al 37,1%; $p < 0,001$), especialmente a edades tempranas, ya que la prevalencia de HTA en las mujeres va aumentando claramente con la edad, hasta llegar a rebasar la prevalencia de los varones a partir de los 70 años.

Dada la naturaleza de la HTA, al tratarse de una patología asintomática, es de interés conocer qué porcentaje estaban y no estaban diagnosticados. (3)

El Imperial College de Londres, en Reino Unido realizaron la investigación que reveló que los hombres tenían una presión arterial más alta que las mujeres en la mayoría de los países del mundo en 2015: 597 millones de hombres tenían la presión arterial elevada frente a 529 millones de mujeres. Más de la mitad de los adultos del mundo con hipertensión arterial en 2015 vive en Asia, con alrededor de 226 millones de personas en China que tienen presión arterial alta, junto con 200 millones en India. (4)

Según la Organización Panamericana de la Salud entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada. (5)

Según el MINSA en el Perú uno de cada cuatro peruanos mayores de 40 años tiene hipertensión arterial, y entre el 50 y 60 por ciento de jóvenes y adultos que lo padecen desconocen su diagnóstico y que este mal puede ocasionar ataques cardíacos, derrames cerebrales y hasta la muerte. (6)

En el servicio de emergencia del hospital Dos de Mayo se atiende aproximadamente de 80 a 100 pacientes al mes. En el 2018 se atendió un promedio 1608 pacientes hipertensos. En el 2019 se entiendo 1946 pacientes hipertensos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

HERRERA M., LEMA V., PILATAXI B. (2019). En su investigación “Conocimiento del personal de enfermería sobre adherencia del adulto al tratamiento antihipertensivo. Distrito Guano Penipe.” Ciudad de Ambato. La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar el conocimiento del personal de enfermería sobre adherencia del adulto al tratamiento antihipertensivo en el Distrito Guano Penipe, 2019; la investigación fue de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en la cual se utilizó como instrumento una encuesta validada por expertos, la población de estudio estuvo conformado por 21 profesionales con rangos de edad entre 23 y 47 años, siendo más notable el género femenino con el 90%. Como resultado se identificó que el personal de enfermería en relación al conocimiento sobre definición de hipertensión arterial el 90% la conoce, en cuanto al tratamiento antihipertensivo el 60 % tiene desconocimiento de acuerdo a las tabulaciones; respecto a valores de PA alterados según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud el 53% desconocen; mientras que el 58% no conocen la clasificación de los estadios de la hipertensión según la OMS; y sobre resultados del conocimiento para la adherencia terapéutica se puede evidenciar que el 53% del personal desconoce del mismo, y el 24% desconoce las consecuencias de la falta de adherencia terapéutica; el 63% ignora la valoración de la adherencia terapéutica mediante el test de Morisky-Green; el 100% de profesionales considera necesario implementar una guía educativa para mejorar el nivel de conocimiento. Como resultado del presente estudio el conocimiento sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo

es parcial; por consiguiente, la atención brindada a estos pacientes no contempla todos los elementos establecidos para una buena adherencia. (7)

CERON A. (2016). En su investigación “Guía de manejo para pacientes con crisis hipertensivas en emergencias aplicado en el Centro de Salud Chimbacalle en el año 2016”. Ciudad de Quito. Se realizo con la finalidad de diseñar una Guía de Manejo para pacientes con crisis hipertensivas que asisten al servicio de emergencias del Centro de Salud Chimbacalle para que el personal de enfermería contribuya con la valoración y administración del tratamiento adecuado y oportuno. Metodología: El enfoque es cualitativo, permitiendo determinar en una población de 35 enfermeras, las falencias relacionadas al proceso de atención de pacientes con crisis hipertensivas. Resultados: Se identificaron el poco conocimiento del personal de enfermería para el manejo de pacientes con crisis hipertensivas en emergencia siendo varias las respuestas incorrectas ofrecidas ante la actuación de enfermería, motivo de la falta de capacitación evidenciado por el 80% de las encuestas y a la necesidad de contar con una guía para el manejo de pacientes con crisis hipertensivas. Conclusiones: La atención de enfermería relacionada al manejo del paciente con crisis hipertensiva que asiste a emergencias está relacionada a la forma de presentación, tipos, valoración clínica, terapéutica y tratamiento farmacológico de estas complicaciones. Existe un nivel inadecuado de conocimientos en el personal de enfermería para el manejo de pacientes con crisis hipertensivas en emergencia y se diseñó una guía de manejo para pacientes con crisis hipertensivas que asisten al servicio de emergencias del Centro de Salud Chimbacalle. (8)

GONZALES Z., MUÑOZ C., RAMIREZ H., CONESA G. (2015). En su investigación “Resultados del cuidado-enfermero en pacientes con crisis hipertensiva. Unidad de Cuidados Intensivos Especiales. Año 2015”. Ciudad La Habana. Se realizo con el objetivo de Mostrar los resultados del cuidado-enfermero en pacientes con crisis

hipertensiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Especiales durante el año 2015. Métodos: Estudio descriptivo transversal-prospectivo. Del universo constituido por 1023 pacientes, se escogió una muestra aleatoria simple de 72 casos con crisis hipertensiva. Los datos obtenidos de encuestas agruparon las variables: edad, sexo, factores de riesgo, síntomas y signos presentados, respuestas del paciente antes y después de aplicado el protocolo de actuación de Enfermería. Resultados: Predominó la edad entre 55-65 años: 23(39.9%), el sexo femenino: 38(58,2%), la obesidad como factor de riesgo: 61(84.7%), el síntoma más frecuente fue el mareo: 70(97.2%), antes de aplicado el protocolo de actuación de Enfermería en la etapa valorativa presentaron alteraciones de las constantes vitales, síntomas neurológicos y afectación en la esfera psicológica: 69(95.8%), identificándose como diagnósticos enfermeros: ansiedad, alteración de la perfusión tisular, alto riesgo de infección. Después de la intervención de Enfermería se normalizaron las constantes vitales, con desaparición de los síntomas neurológicos y mejora del estado general del paciente: 57(79,1%). Conclusiones: La crisis hipertensiva es una de las emergencias más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Especiales de esta institución condicionada por factores de riesgo modificables como la obesidad, la identificación oportuna de los síntomas y signos que la acompañan, así como la implementación del protocolo de actuación de Enfermería permitió satisfacer las necesidades y problemas de los pacientes y la mejora de los cuidados continuos que se brindan. (9)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

VARGAS C. (2018). En su investigación “Actitud de enfermería y la percepción del cuidado en los pacientes con crisis hipertensiva Hospital Belén de Trujillo”. Ciudad de Trujillo. Se realizo con la finalidad de determinar la relación entre la actitud de enfermería y la Percepción del cuidado en los pacientes con crisis hipertensiva en una población muestral de 80 pacientes entre 60 y 90 años de edad, de ambos sexos; con diagnóstico

de crisis hipertensiva entre los meses de abril a julio 2018. El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Belén Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos tipo escala diseñado para tal fin, para medir la relación entre las variables se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios Chi cuadrado, llegando a las siguientes conclusiones: El 85 por ciento de los pacientes del servicio de emergencia refieren que la enfermera muestra una actitud desfavorable frente al paciente con crisis hipertensiva y solo el 15 por ciento actitudes favorables. El 67.5 por ciento de los pacientes del servicio de emergencia con crisis hipertensiva perciben un cuidado de enfermería deficiente, el 20 por ciento regular y solo el 12.5 por ciento buena. Existe relación altamente significativa entre la actitud de la enfermería y la percepción del cuidado por parte del paciente con crisis hipertensiva $p = 0.000$. (10)

TORRES T. (2017). En su investigación “Tiempo de servicio de las enfermeras y nivel de conocimiento sobre crisis hipertensiva Hospital Belén de Trujillo”. Ciudad de Trujillo. Se realizó con el propósito de determinar la relación que existe entre el tiempo de servicio de las enfermeras y su nivel de conocimientos sobre las crisis hipertensivas en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo. El presente estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el universo muestral, constituido por 32 enfermeras del servicio de emergencia. Se utilizó el cuestionario de medición del nivel de conocimientos sobre crisis hipertensiva y tiempo de servicio elaborado por la investigadora, el mismo que consta de dos partes y ha sido confeccionado en base a los objetivos de la presente investigación, en la primera parte se identificó el tiempo de servicios de las enfermeras, en la segunda parte se determinó el nivel de conocimientos que tienen sobre crisis hipertensiva, mediante un cuestionario de 10 preguntas relacionadas al tratamiento y actuación del profesional de enfermería ante una crisis hipertensiva. Se encontró la

relación que existe entre el tiempo de servicio de las enfermeras y su nivel de conocimientos sobre crisis hipertensiva. Según el tiempo de servicio de las enfermeras se muestra que el 75 por ciento (24 enfermeras) cuentan con más de 3 años de tiempo de servicio, mientras que el 25 por ciento (8 enfermeras) cuentan con menos de 3 años de tiempo de servicio. El nivel de conocimientos sobre crisis hipertensiva de las enfermeras corresponde a un grado de 94 por ciento (30 enfermeras) tiene un grado de conocimiento bueno, un 6 por ciento (2 enfermeras) tienen un grado regular de conocimiento y un 0 por ciento tienen un bajo grado de conocimiento. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre crisis hipertensiva y el tiempo de servicio de la enfermera. (11)

ASMAT A. (2017). En su investigación “Factores demográficos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con crisis hipertensiva que acuden al hospital Cascas”. Ciudad de Trujillo. Se realizó con la finalidad de determinar la relación entre los factores demográficos y las prácticas de autocuidado del paciente adulto con crisis hipertensiva que acuden al hospital Casca entre los meses de marzo a octubre 2017. La presente investigación de tipo descriptivo correlacional, se utilizaron dos instrumentos relacionados con las variables aplicándose en un tiempo de 20 minutos, respetando los principios éticos, para la relación de variables se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado llegando a las siguientes conclusiones: el 53.8 por ciento de los pacientes adultos fueron mayores de 60 años, 42.3 por ciento entre las edades de 40 a 59 años de edad y solo el 3.8 por ciento edades entre 20 a 39 años de edad. El 51.3 por ciento de sexo masculino y el 48.7 por ciento femenino, el 53.8 por ciento sin grado de instrucción, el 35.9 por ciento primaria incompleta, el 7.7 por ciento primaria completa y solo el 2.6 por ciento secundaria completa. El 78.2 por ciento presentaron regulares prácticas de autocuidado, el 12.8 por ciento buenas prácticas y solo el 9 por ciento bajas

prácticas de autocuidado. Existe relación altamente significativa entre la edad y grado de instrucción y las prácticas de autocuidado. (12)

HUAMANI T. (2017). En su investigación “Factores de riesgo asociados a crisis hipertensiva en adultos mayores. Hospital María Auxiliadora. Lima, 2017”. Ciudad de Lima. Se realizó con la finalidad de determinar los factores de riesgo asociados a crisis hipertensiva de los usuarios atendidos en el servicio de emergencia del hospital María Auxiliadora. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal porque se realiza en un tiempo y espacio determinado, cuantitativo, nivel aplicativo porque va servir para estudios de investigación posteriores. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario. La población en estudio estuvo constituida por 50 pacientes adultos mayores con crisis hipertensiva, según criterios de inclusión y exclusión establecidos. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo asociados a crisis hipertensiva fueron la edad, sexo, raza, obesidad, nutrición, consumo de alcohol, cigarro, genéticos, psicológicos, actividad física, estrés, etc. El presente trabajo de investigación sugiere desarrollar en el hospital estrategias y actividades de promoción y prevención, así mismo la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que se asocian a la crisis hipertensiva, de esta manera se contribuirá a mejorar la calidad de vida de los usuarios. (13)

2.2 Base Teórica

2.2.1 La teoría de Virginia Henderson: se basa en las necesidades básicas humanas.

El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica, es muy importante poder integrar

junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC.

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. Para Henderson la enfermera es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona.

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona. (14)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Crisis hipertensiva

A. DEFINICION

Se conoce como toda elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión arterial (HTA), corazón, cerebro, retina, y arterias. No existe un consenso absoluto a qué nivel de PA debe considerarse muy alto. Una PA sistólica entre 180 y 210 mmHg y una PA diastólica a partir de 120 mmHg .

B. CLASIFICACION

La crisis hipertensiva se clasifica en diferentes tipos.

URGENCIA HIPERTENSIVA: Es la elevación de presión arterial (PA) en ausencia de lesión aguda de los órganos diana (cerebro, corazón, y riñón), asintomática o con síntomas leves. Se requiere un descenso gradual de 24 a 48 horas, evitando así la hipoperfusión tisular, el tratamiento es vía oral y tiene un control ambulatorio.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA: Es una elevación tensional que se acompaña de alteraciones graves en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón) con riesgo de lesión irreversible, que pueden comprometer la vida del paciente. Se requiere el descenso de la presión en la brevedad posible de minutos a pocas horas. El tratamiento es vía parenteral y en una institución hospitalaria.

FALSAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS: Llamada también seudocrisis hipertensiva, son elevaciones producidas en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor intenso, uso de drogas, estrés, etc. Y que no conllevan daño en órganos diana. En lo posible no necesitan un tratamiento específico, ya que las cifras de la presión arterial se controlarán cuando el efecto del estímulo termine o se controle. (15)

2.3.2 ETIOLOGIA

La hipertensión arterial es la causa más peligrosa de las enfermedades cardiocerebrovasculares, también se asocian otras causas tales como la dieta, obesidad, tabaquismo, inactividad física, elevación de los lípidos sanguíneos, Diabetes Mellitus.

Las crisis hipertensivas pueden presentarse en pacientes con antecedentes de HTA o sin antecedentes, eventos estresantes, la cual es capaz de alterar los mecanismos de reguladores de la presión arterial. (sistema nervioso autónomo, equilibrio endotelio-óxido nítrico, eje renina-angiotensina-aldosterona, sustancias vasoconstrictoras, vasodilatadoras, resistencias periféricas.)

2.3.3 FISIOPATOLOGIA

Un incremento abrupto de las resistencias vasculares sistémicas como consecuencia del aumento de los niveles de sustancias vasoconstrictoras (Noradrenalina, Angiotensina II y Vasopresina). Como resultado del incremento en la presión arterial en las arteriolas ocurre necrosis fibrinoide que precipita daño endotelial, depósito de fibrina o plaquetas, pérdida de la función de autorregulación y finalmente, isquemia a órganos blanco. (16)

2.3.4 FACTORES DE RIESGOS:

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para las patologías cardiovascular isquémica y accidentes cerebrovasculares. La elevación de la presión arterial aumenta

de manera significativa con la edad y se asocia de manera frecuente a otros factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:

- Dieta.
- Sedentarismo.
- Aumento de colesterol.
- Obesidad.
- Aumento de sodio.
- Diabetes mellitus.
- Uso frecuente de cigarrillo.
- Alcohol.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:

- Género masculino
- Nacimiento prematuro
- Síndrome de apnea del sueño
- Estado socio económico bajo
- Antecedentes familiares
- Enfermedad renal crónica
- Aumento de la edad
- Estrés psicosocial (17)

2.3.5 MANIFESTACIONES CLINICAS

Los encuentros clínicos en pacientes con crisis hipertensivas muchas veces son imprecisos y pueden estar relacionados con una enfermedad oculta o secuelas relacionadas con los órganos blanco de la hipertensión. La evaluación clínica del paciente comienza con la confirmación de los valores de la presión arterial en ambos brazos utilizando un manguito del tamaño apropiado. Luego realizamos una evaluación rápida y completa de los órganos blanco.

Evaluación neurológica:

Valoración inmediata del sistema nervioso central, presencia de cefalea, náuseas, vómitos, confusión, convulsiones alteraciones visuales y déficit neurológico. Realizar un

examen de fondo de ojos para descartar retinopatía hipertensiva y edema de papila. En lo posible una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral para hacer el descarte de una lesión isquémica, hemorragias intracraneales, edemas cerebrales como encefalopatía hipertensiva.

Evaluación cardiovascular:

Pueden presentarse consecuencias severas como angina al pecho, disnea, dolor intenso por una disección aguda de la aorta, insuficiencia cardiaca izquierda, etc. Se solicitará un electrocardiograma y una radiografía de tórax, dosaje de enzimas cardiacas.

Evaluación del sistema renal:

Puede presentar un compromiso renal causado por la hipertensión severa, y causar síntomas inespecíficos como: edema maleolar, astenia, oliguria, poliuria y hematuria.

(18) anexos. tabla n°1

2.3.6 TRATAMIENTO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

El tratamiento de la crisis hipertensiva consiste en lograr una reducción de la presión arterial al mismo tiempo que se mantiene la perfusión orgánica y se evitan las complicaciones.

El principal objetivo del tratamiento de la crisis hipertensiva es disminuir las cifras de PA y para ello podemos contar con una serie de estrategias farmacológicas.

TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS

E factible administrar un tratamiento vía oral para disminuir la presión arterial media en un 20 -25% entre 24 a 48 horas. No reducir bruscamente ya que puede causar un cuadro isquémico tanto cerebral como cardiaco.

Colocar al paciente decúbito supino en un ambiente tranquilo y en reposo durante 15 a 30 minutos. Si el paciente demuestra ansiedad o nerviosismo, evaluar leve sedación (clonazepam o alprazolam). Indagar si el paciente ya estaba bajo un tratamiento antihipertensivo, si hubo abandono para reiniciar fármaco previo, si es posible agregar otros fármacos. De no recibir ningún tratamiento antihipertensivo se administrará un fármaco cuya acción sea lenta, últimas investigaciones concuerdan con el captopril, más ampliamente utilizado.

El captopril es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) que actúa disminuyendo las concentraciones de angiotensina II, disminuyendo la actividad vasopresores y secreción reducida de aldosterona. Su presentación es de 25 mg vía oral o sublingual. tabla n°3

TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Los tratamientos que reciben los pacientes serán en un área de hospitalización, en una unidad de shock trauma. Los fármacos empleados serán por vía parenteral.

En una emergencia hipertensiva se sugiere una disminución de la presión arterial en un plazo de 1 a 2 horas para evitar mayores lesiones irreversibles de los órganos diana. La reducción será un 20 a 25% del valor inicial.

Activar protocolos ABC, para garantizar un adecuado soporte vital, asegurar una vía aérea permeable, oxigenoterapia, canalización de vías periféricas, monitorizar constantemente la presión arterial (ambos brazos) electrocardiograma, sondajes vesicales, valorar signos de alarma. El abordaje farmacológico debe ser individualizado, adecuado para cada situación. (19) tabla 4

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

I.VALORACION

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y Apellidos: H.P.A
- Establecimiento de salud: HNDM
- Etapa de vida: Adulto
- Edad: 64años.
- Lugar de nacimiento: Huancayo.
- Fecha de nacimiento: 17/06/1956
- Estado civil: Casado
- Religión: Católico.
- Grado de instrucción: Primaria
- Ocupación: Independiente
- Procedencia: Lima
- Historia clínica: 1006733

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 65 años, ingresa al servicio de emergencia acompañado de familia, quien “refiere que su padre está mal, se siente, nauseoso, dolor de cabeza”. Se controla Presión Arterial 210/120mmHg.Familiar refiere “que hace una hora se sintió mal” focalidad neurológica sin especificar.

1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente ingresa a la unidad de shock trauma por una Emergencia hipertensiva

Presión arterial 210//120mmHg, nauseoso, cefalea, piel fría, diaforético, disminución de la fuerza brazo izquierdo y extremidad inferior izquierda, despierto, responde a preguntas, se controla funciones vitales. Paciente, en reposo absoluto, en N.P.O., portador de catéter venoso central en subclavia derecha, con sonda foley permeable.

1.4 ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

Niega

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiares aparentemente sanos.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Hipertensión arterial desde hace aproximadamente 6 meses,

Paciente refiere que no tomaba su amlodipino 5mg

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Paciente natural de Huancayo, con estudios secundaria completa, religión católica. económicamente independiente.

1.5 EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales:

- . Temperatura: 36.8°C
- . Presión arterial: 210/120 mmHg
- . Frecuencia cardiaca: 88 X´
- . Frecuencia respiratoria: 24X´
- . Sat O2: 95%
- . Scala de Glasgow 13 puntos.

Anexos tabla N°5

1.5 2. Exploración céfalo caudal:

- . **cabeza:** Normocéfalo, cuero cabelludo sin lesiones, ausencia de masas
- . **ojos:** Simétricos, conjuntivas pálidas, pupilas fotoreactivas.
- . **orejas:** Simétricas en ambos lados.
- . **Nariz:** fosas nasales permeables.
- . **Boca:** mucosa ora hidratada, lengua saburral, caries dental.
- . **Cuello:** Cilíndrico, no presencia de masa, no nódulos, no ganglios inflamados, no Ingurgitación yugular, presencia de catéter venoso central en subclavia derecha
- . **Tórax:** Simétricos, ambas mamas simétricas, pulmones pasaje de aire normal en ambos campos pulmonares, corazones latidos rítmicos, no soplos.
- . **Abdomen:** Blando depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, no dolorosas.
- . **Extremidades:** Simétricas, déficits de extremidad superior e inferior izquierda
- . **Piel:** Pálida fría, diaforética, sin lesiones.
- . **Somatometría:** Peso 75 Kg. Talla 1.65cm

1.6 EXAMENES AUXILIARES:

Examen solicitado	Valores encontrados	Valores normales
Glucosa	110 mg/dl	70 - 110 mg/dl
Urea	33 mg/dl	20 - 50mg / dl
Creatinina	0.7mg/dl	hombres:0,7-1,3mg/dl
HEMOGRAMA:		
Hematocrito	45%	34.1 -44.9 %
Leucocitos	9870mm ³	3980-10040mm ³
Plaquetas	311000mm ³	182000-369000mm ³
Monocitos	4.9%	4.7-12.5%
linfocitos	35.2 %	19.3-51.7%
Grupo sanguíneo	0 +	
PCR	< 8.5mg/L	0 – 10mg/L
ELECTROLITOS		
Sodio (Na)	139mEq/dl	135-145mEq/dl
Potasio (k)	4.04mEq/dl	3.50-5.30mEq/dl
Calcio (Ca)	9.72mg/dl	8.4-10.2mg/dl
Tiempo de coagulación	8" 00"	5-12 min.
Tiempo de sangría	2" 30"	0-5 min.
Tiempo de tromboplastina	24 segundos	25 a 35 segundos
Colesterol total	260mg/dl	> 240 alto
Triglicéridos	236mg/dl	(160-400=limite/alto)mg/dl

ORINA :		
Color	Amarillo ambar	
Aspecto	Claro	
Densidad	1,010	
PH	6	
TAC CEREBRAL: Hematoma parenquimatosa de 3x1.1cm localizado lóbulo frontal parte posterior del centro semional. .Impresión diagnostica Accidente cerebro vascular agudo		
TORAX		
Eletrocardiograma		

1.7. INDICACIONES TERAPEUTICAS

- . N.P.O
- . Colocar catéter venoso central
- . Cloruro de sodio al 0.9% a 30gts x min.
- . Omeprazol 40mg e.v cada 24 horas
- . Ceftriaxona 2gramos e.v cada 24 horas.
- . Labetalol 200mg en 200cc dext.5% pasar 20cc/h.
- . Oxigeno suplementario por cánula binasal a 2ltsx´ si Sato2 < 94%
- . Control de signos vitales cada 15min. y luego horario
- . Cabecera 30°
- . Reposo absoluto
- . Colocar sonda vesical, medir diuresis horaria
- . B.H. E
- . Cursar exámenes complementarios.

. Interconsultas a uci, cardiología, nefrología, neurología.

1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase.1 Toma de conciencia de la salud: Paciente reconoce que no tomaba sus medicinas para su presión alta.

Clase. 2 Manejo de la salud: mantenimiento inefectivo de la salud.

DOMINIO II. Nutrición.

Clase 1. Ingestión: Paciente en nada por vía oral

Clase 2. Digestión: no residuos gástricos

Clase 3. Absorción: tratamientos endovenosos

Clase 4. Metabolismo: glucosa basal 110mg/dl

Clase 5. Hidratación: Cloruro de sodio al 0.9% e.v a 30gtas por min. Piel hidratada, no edemas.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Presencia de sonda foley, (orina clara).

Balance hídrico= +500cc

Clase 2. Función gastrointestinal: Deposición cada 2día

Clase 3. Función tegumentaria: Piel pálida, fría, hidratada.

Clase 4. Función respiratoria: Ventilando espontáneamente.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: No concilia el sueño por la bulla

Clase 2. Actividad/ejercicio: Reposo absoluto

Clase 3. Equilibrio/energía: Disminución de la fuerza muscular lado izquierdo

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Presión arterial 210/120mmHg

Frecuencia cardiaca =88x min. frecuencia respiratoria =22xmin.

Temperatura = 36.8°C saturación O2=95%

Clase 5. Autocuidado: Dependiente del personal de salud para su higiene total

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Paciente observa y responde a la interrogación.

Clase 2. Orientación: Orientado en el tiempo, espacio y persona

Clase 3. Sensación-percepción: Presenta buena agudeza visual, auditiva.

Clase 4. Cognición: Desconoce de su enfermedad

Clase 5. Comunicación: poco comunicativo.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepto. Intranquilo, con temor, nervioso en silencio.

Clase 2. Autoestima: Riesgo de bajo autoestima por su enfermedad

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: estrés y agotamiento de la hija que la visita.

Clase 2. Relaciones familiares: Su hija mayor dispuesta ayudar con cariño.

Clase 3. Desempeño del rol: Ayuda efectiva de parte de su hija.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: varón

Clase 2. Función sexual: no refiere

Clase 3. Reproducción: 4 hijos

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: impotencia por su enfermedad.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: paciente ansioso.

Clase 3. Estrés neuro-comportamental:

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: reacción negativa.

Clase 2. Creencia: hija refieren que son católicos

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones:

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: Posible por presencia de catéteres invasivos

Clase 2. Lesión física: Riesgo a caída por déficit de motor en lado izquierdo

Clase 3. Violencia: ninguna

Clase 4. Peligros del entorno: ninguna

Clase 5. Procesos defensivos:

Clase 6. Termorregulación: Temperatura corporal 36.8°C

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Paciente hipertenso, incomodo.

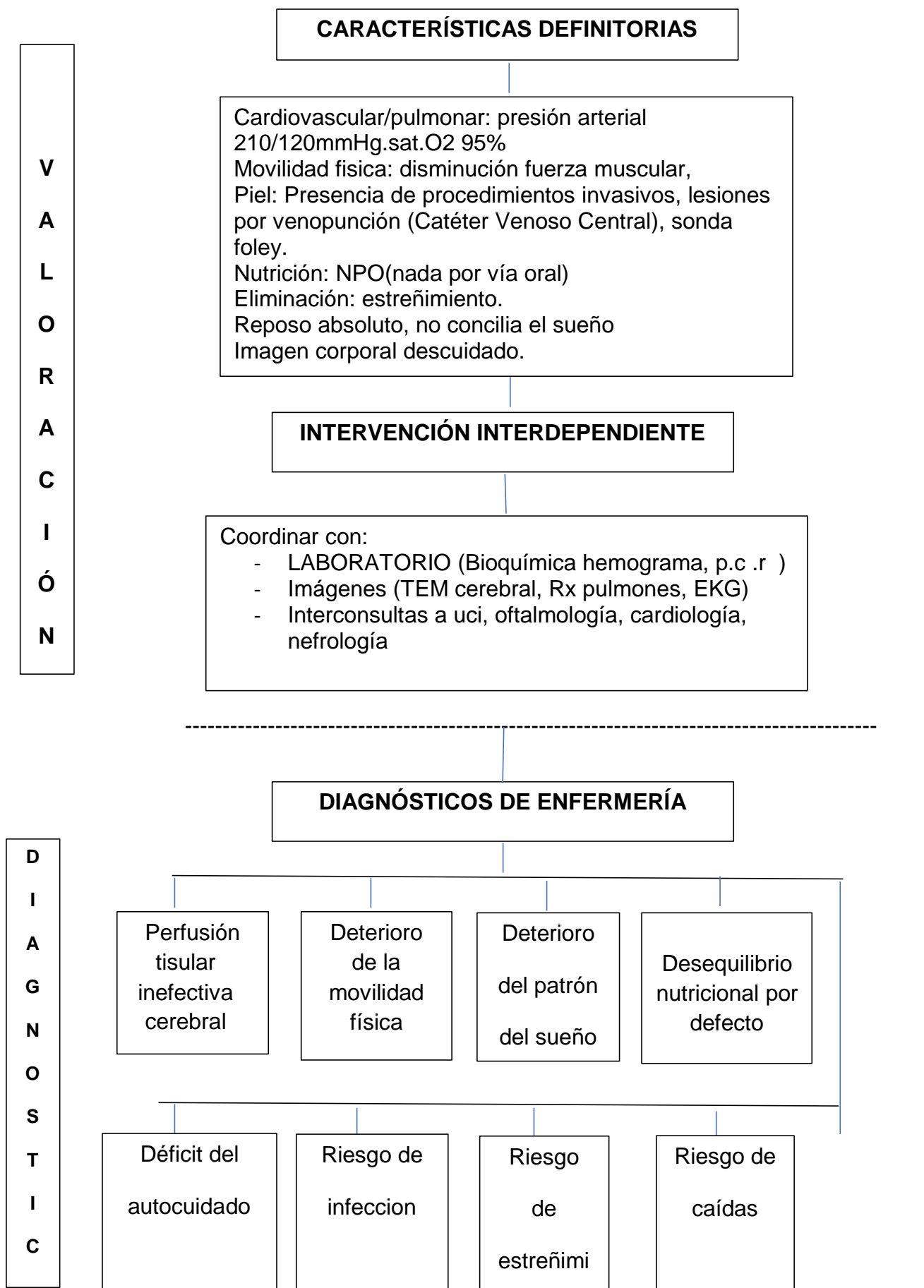
Clase 2. Confort del entorno: cubierto con sabanas

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento:

Clase 2. Desarrollo:

1.9. ESQUEMA DE VALORACION



- . Debilidad física extremidades izquierda
- . Hipertensión arterial 210/120mmHg
- . Catéteres invasivos
- . Alteración del sueño
- . Nada por vía oral
- . Reposo absoluto, estreñimiento, ansiedad.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- . Deterioro de la movilidad física.
- . Perfusión tisular inefectiva cerebral.
- . Riesgo a infección.
- . Riesgo de caídas.
- . Déficit del auto cuidado
- . Deterioro del patrón del sueño

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Debilidad de las extremidades izquierda	disminución de la fuerza	Inestabilidad postural.	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular.
Cambios de respuesta motora	Interrupción del flujo arterial	Debilidad de las extremidades	Perfusión tisular inefectiva (cerebral) relacionado con interrupción del flujo arterial
Infección	Procedimientos invasivos	Presencias de secreciones en zonas de procedimientos	Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos
Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño	Ruidos externos	Facie cansada, Ojerosas, desvelo prolongado.	Deterioro del patrón del sueño relacionados con ruidos externos.
Incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo	Deterioro neuromuscular	Imagen corporal desaseado	Déficit del autocuidado relacionado: baño/higiene r/c deterioro neuromuscular

III. PLANIFICACION

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Codigo:00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza muscular.</p> <p>Codigo00024 Perfusión tisular inefectiva cerebral r/c interrupción del flujo arterial.</p>	<p>Código: 201 . Deambulación: silla de ruedas.</p>	<p>Código: 221 . Terapia de ejercicio deambulación.</p>	<p>.Paciente presenta estímulos para restablecer las funciones corporales.</p>
	<p>Código: 206 . Movimiento articular: activo.</p> <p>Codigo:209 . Función muscular</p>	<p>Codigo:234 . Terapia de ejercicio: movilidad articular.</p> <p>Código 226 . Terapia de ejercicios: control muscular</p>	<p>.Realiza movimientos para restablecer la flexibilidad articular.</p> <p>. Paciente presenta mejoría en el movimiento muscular</p>
	<p>Código: 406 .Perfusión tisular: cerebral</p>	<p>Código 2550 . Mejora la perfusión cerebral.</p>	<p>.Paciente presenta una mejor perfusión tisular cerebral.</p>
	<p>Código: 909 .Estado neurológico</p>	<p>Código 2620 . Monitorización neurológica</p>	<p>.Paciente con scala de Glasgow > 13 puntos</p>
	<p>Código: 802 .Estado de los signos vitales</p>	<p>Codigo:6680 . Monitorización de los signos vitales</p>	<p>.Paciente queda con signos vitales estables.</p>
	<p>Código :401 Estado circulatorio</p>	<p>Codigo:4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial/venosa .Terapias intravenosas .Vasodilatadores .Betabloqueadores</p>	<p>.Paciente presenta una mejor circulación sanguínea cerebral.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00004</p> <p>Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos.</p>	<p>Código 1002</p> <p>. Control del riesgo</p>	<p>Código 6550</p> <p>. Protección contra las infecciones.</p> <p>Código 6540</p> <p>. Control de infecciones</p> <p>Código 3440</p> <p>. Cuidados del sitio de incisión.</p> <p>Código 1876</p> <p>. Cuidados del catéter urinario</p> <p>Código 2440</p> <p>. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso</p>	<p>. El paciente no presenta infecciones</p>
<p>Código: 00095</p> <p>Deterioro del patrón del sueño R/C ruidos externos</p>	<p>Código: 0004</p> <p>. Sueño</p>	<p>Código: 1850</p> <p>. Fomentar el sueño.</p> <p>Código: 6482</p> <p>. Manejo ambiental</p>	<p>. Paciente duerme toda la noche.</p> <p>. Paciente manifiesta que su sueño ha sido bastante reparador.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00108 Déficit de autocuidado: Baño/ higiene</p>	<p>Código 301</p> <ul style="list-style-type: none"> . Cuidados personales: baño. . Cuidados personales: higiene 	<p>Código 1800</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ayuda al autocuidado. <p>Codigo1801</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ayuda con los autocuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> . El paciente presenta piel limpia.

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Paciente varón adulto refiere” Siento que no tengo mucha fuerza mi brazo y pierna izquierda, no puedo caminar, siento débil mi cuerpo, el doctor me ha dicho que no me levante, que todo eso es por mi presión que esta alta y tampoco puedo hacerme mi aseo personal, por las noches no puedo dormir hay mucho ruido, a cada rato hablan, tengo en mi cuello una aguja que me molesta, ya tiene varios días, ahora estoy orinando por una manguerita”
O	Paciente varón adulto, despierto, orientado en tiempo, espacio, y persona ventilando espontáneamente al aire ambiental, hipertenso PA 210/120mmHg, cansado, callado, faz agotado, se observa catéter venoso central en subclavia derecha, permeable pasando tratamientos endovenosos, miembro superior e inferior izquierda con disminución de fuerza muscular, abdomen blando depresible, con presencia de sonda vesical permeable para la eliminación y control de diuresis.
A	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza. Perfusión tisular inefectiva (cerebral) relacionado con interrupción del flujo arterial. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos. Deterioro del patrón del sueño relacionados con ruidos externos. Déficit del autocuidado relacionado: baño / higiene relacionado con deterioro neuromuscular.

<p>P</p>	<p>Paciente será capaz realizar movimientos de las extremidades.</p> <p>Paciente presentara una mejor perfusión tisular (cerebral).</p> <p>Evitar el riesgo de infección durante la hospitalización.</p> <p>Paciente será capaz de mantener un patrón adecuado del sueño.</p> <p>Paciente será capaz de mantener piel limpia.</p>
<p>I</p>	<p>Terapias de ejercicio continuos, programar sesiones de ejercicios en su propia cama.</p> <p>Administrar terapias endovenosas, vasodilatadores, betabloqueadores según prescripción médica. Valoración neurológica scala de Glasgow toma de signos vitales.</p> <p>Lavados de manos antes y después de cada procedimiento, curación de catéter venoso central, control de temperaturas.</p> <p>Brindar comodidad y confort durante la noche, liberar el ruido del ambiente. impedir que duerma durante el día.</p> <p>Apoyar diariamente en el baño total en cama.</p>
<p>E</p>	<p>Realiza movimientos en miembro superior izquierdo</p> <p>Mejora la perfusión tisular</p> <p>Paciente no presenta infecciones</p> <p>Duerme toda la noche.</p> <p>Se observa limpia y ordenada.</p>

CONCLUSIONES

- . La crisis hipertensiva es un problema de salud pública, diagnosticar lo más pronto posible nos ayuda a identificar las verdaderas crisis hipertensivas y así diferenciar si es una emergencia, urgencia hipertensiva.
- . El tratamiento de la crisis hipertensiva debe ser individualizado, el profesional deberá seleccionar los fármacos indicados que mejor se tolere a las circunstancias de cada paciente.
- . En pacientes con crisis hipertensivas la disminución de la presión arterial en los casos de urgencias y emergencias hipertensivas no puede ser acelerados, muy rápidos debido a que produce hipoperfusión de órganos.
- . La enfermera emergencista está preparada para brindar cuidados a pacientes con problemas de salud en situaciones críticas, de alto riesgo como es una emergencia hipertensivas. La aplicación del Proceso de Atención de enfermería nos ayuda para planear la atención adecuada del paciente, con eficiencia y eficaz.
- . En el Plan de cuidados de enfermería se trabajó las taxonomías por DOMINIOS Y CLASES(NANDA), NIC Y NOC. Permitiendo identificar los problemas de salud que presento o pudiera presentar el paciente, y así realizar las actividades que compete a la enfermera, el cual es registrado con el SOAPIE.
- . Se lograron exitosamente los objetivos trazados, las necesidades básicas del paciente en cuanto a su autocuidado, su rehabilitación física evitando riesgos futuros que perjudiquen la vida digna del paciente.

RECOMENDACIONES

- . Realizar los cuidados del paciente basada en el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y la evaluación, donde será registrada por medio del SOAPIE.
- . La enfermera garantizara la calidad del cuidado del paciente con crisis hipertensiva mediante sus conocimientos y su atención integral con el individuo.
- . Educar al paciente sobre la importancia del tratamiento farmacológico y su estilo de vida saludable, su control médico a seguir.
- . Fomentar el ejercicio físico, de esta forma produce la reducción de las presiones arteriales y así se evitará complicaciones o daños de órganos blancos.
- . El profesional de enfermería debe estar siempre preparada para enfrentar cualquier eventualidades que presenta el paciente en una emergencia hipertensiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lombera F, Barrios V, Soria F, Placer L, Cruz JM, Tomás L et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. Rev Esp Cardiol. 2000; 53:66-90. [[Links](#)]
2. OMS. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Dia mundial de la salud 2013. Controlese la tensión arterial.
3. Menendez, E, Delgado E, Fernandez-Vega F, Prieto MA, Bordiu E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio [Di@bet.es](#). Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):572-578.
4. Organización medica colegial de España. Médicos y pacientes .com. Consejo general de colegios oficiales de médicos. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-hipertension-afecta-1130-millones-de-personas-en-el-mundo>.
5. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al., PURE (Prospective UrbanRural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA. 2013; 310: 959-968
6. OPS PERU. Prensa MINS/Comunicaciones OPS.2013. Uno de cada cuatro peruanos mayores de 40 años padece de hipertensión arterial.
7. Lema Villagrán, Joselyn Alexandra; Pilataxi Berrones, Lisbeth Katherine (2019). Conocimiento del personal de enfermería sobre adherencia del adulto al tratamiento antihipertensivo. Distrito Guano Penipe, 2019. Unach. Riobamba. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6099>

8. Cerón A. (2016) Guía de manejo para pacientes con crisis hipertensivas en emergencias aplicado en el Centro de Salud Chimbacalle en el año 2016.
9. Gonzales Z., Muñoz C., Ramírez H., Conesa G. (2015). Resultados del cuidado-enfermero en pacientes con crisis hipertensiva. Unidad de Cuidados Intensivos Especiales. Año 2015. Ciudad La Habana.
10. Vargas C. (2018). Actitud de enfermería y la percepción del cuidado en los pacientes con crisis hipertensiva Hospital Belén de Trujillo. Ciudad de Trujillo.
11. Torres T. (2017). Tiempo de servicio de las enfermeras y nivel de conocimiento sobre crisis hipertensiva Hospital Belén de Trujillo. Ciudad de Trujillo.
12. Asmat A. (2017). Factores demográficos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con crisis hipertensiva que acuden al hospital Cascas. Ciudad de Trujillo.
13. Huamani T. ..Factores de riesgo asociados a crisis hipertensiva en adultos mayores. Hospital María Auxiliadora. Lima, 2017". Ciudad de Lima.
14. Cristina Hernández Martín. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid. España 2016
15. Enrique Martín Rioboo. Emilio I García Criado. Grupo de HTA SAMFyC Miembros de la SAHTA. 2005
16. MARTA JIMENES, JUAN JOSE GAVIRA, CRISIS HIPERTENSIVA, CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, ULTIMA REVISION 2018.
17. Angie Daniela Ceballos, Hilary A. Hurtado Anchico UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI. "FACTORES DE RIESGOS Y ABORDAJES FARMACOLOGICA EN LAS CRISIS HIPERTENSIVAS" 2019

18. Jose Ortellado, Gustavo Arbo (Paraguay) RELAHTA. Foro Internacional de Medicina Interna – FIMI 2018 “**URGENCIAS** Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS”.
19. Hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa” GUIA DE PRACTICA CLINICA: DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA.2018.

ANEXOS:

TABLA N° 01. Causas de emergencias y urgencias hipertensivas.

EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS
<ul style="list-style-type: none">• Encefalopatía hipertensiva• Ictus isquémico o hemorrágico• Insuficiencia cardiaca izquierda• Edema agudo pulmonar• Síndrome coronario agudo• Aneurisma disecante de aorta• Preeclampsia grave -Eclampsia• Traumatismo craneoencefálico o medular• Insuficiencia renal agudos
URGENCIAS HIPERTENSIVAS
<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión perioperatoria• Pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares• Crisis hipertensivas por exceso de catecolaminas• Ingesta de cocaína, anfetamina u otras drogas• Feocromocitoma• Trasplantes renales• Crisis de pánico• Quemaduras extensas

Fuente: Crisis Hipertensivas, medawave-2016

TABLA N° 2 FARMACOS VIA PARENTERAL EMERGENCIAS HIPERTENSIVA.

FARMACO	DOSIS	INICIO	INDICACION	CONTRAINDICACION
Nitroprusiato (Nitroprusiato®) amp 50 mg	50mg/ 500ml 10-30ml/h	0min/ 1-5 min	Todas	Eclampsia
Nitroglicerina (Solinitrina®) amp 50mg	50mg/500ml 5ml/h	1-2min/5- 10min	SCA, ICC	El resto
Nicardipino	5-15mg/h	5-10minutos	Angina al pecho	Hemorragias cerebrales
Labetalol (Trandate®) amp100mg	20-80mg 100mg/100ml en 1-2min	5-10min/ 1-8h	Todas	ICC, Bloqueo AV, bradicardia
Urapidilo (Elgadil®) amp 50mg	25mg en 5-10min 250mg/250ml a 10-30ml/h	2-3min/ 4-6h	Todas	Estenosis subaórtica
Hidralazina (Hydrapres®) amp 20 mg	5-20mg en 20 min 40mg/500ml 4-6ml/h	10-12min/ 4-6h	Eclampsia	ACVA, SCA, aneurisma
Furosemida (Seguril®) amp 20mg	20-40mg	10-20min/ 6-8h	ICC	Depleción de volumen
Fentolamina (Regitine®) amp10mg	5-15mg 5-15min 50-100mg /500ml	1-2min/ 10-15min	Aumento de cate- colaminas	El resto

TABLA 3: Tratamientos antihipertensivos vía oral en urgencias hipertensivas

FARMACO	DOSIS INICIAL
ANTAGONISTAS DEL CALCIO	
Amlodipino	5-10mg
Lacidipimo	4 mg
Nifedipino de liberación retardada	30mg
BLOQUEADORES BETA	
Bisoprolol	2,5 – 5 mg
Carvedilol	12.5-25 mg
Labetalol	100-200 mg
DIURETICOS	
Furosemida	20-40 mg
Torseמידa	5-10 mg
BLOQUEADORES DEL SISTEMA RENINA-AGIOTENSINA (IECA)	
Captopril	25-50 mg
Enalapril	10-20 mg

Tabla 4 Principales emergencias hipertensivas y tratamiento sugerido

INDICACION	Medicamentos	Meta de la presión arterial
Insuficiencia cardiaca aguda con disfunción sistólica	Nitroglicerina, nitroprusiato de sodio, furosemida, nesiritide	Reducir el 15% de la presión arterial basal, hasta la resolución del edema agudo de pulmón.
Insuficiencia cardiaca aguda con disfunción diastólica	Nitroglicerina, furosemida, betabloqueadores, calcioantagonistas no dihidropiridínicos	Reducir el 15% de la presión arterial basal, hasta la resolución del edema agudo de pulmón.
Síndrome coronario agudo	Nitroglicerina, Labetalol, metoprolol, esmolol, nicardipina, nitroprusiato de sodio	Reducir el 25% de la presión arterial basal en 3-4 horas.
Diseccción aortica aguda	Labetalol, nicardipina, betabloqueador intra venosa, clevidipine.	Presión arterial <120/80 mmHg al menos
Accidente cerebrovascular isquémico agudo	Labetalol, esmolol, nicardipina, clevidipine, nitroglicerina, nitroprusiato de sodio (presión arterial diastólica >140mmHg)	Reducir el 15% de la presión arterial basal (si > 220/115 mmHg) en 2 a 3 horas
Accidente cerebrovascular hemorrágico agudo	Labetalol, esmolol, nicardipina, clevidipine	Presión arterial <180/105mmHg
Encefalopatía hipertensiva	Labetalol, esmolol, nicardipina	Reducir el 25% de la presión arterial basal en 2-3 horas
Injuria renal aguda	Nitroprusiato, nicardipina, clevidipine	Reducir el 25% de la presión arterial basal en 2-3 horas
Eclamsia	Hidralacina, Labetalol, nicardipina	Presión arterial diastólica <90mmHg
Crisis simpática	Fentolamina, nitroglicerina, nicardipina, clevidipine, Labetalol	Resolución de síntomas
Feocromocitoma	Labetalol, fentolamina	Resolución de síntomas

TABLA 5: Escala de Glasgow

Escala Glasgow	Puntuación
Apertura de ojos	
Espontánea (ojos abiertos mantenidos)	4
A la llamada (ojos abiertos a la llamada)	3
Al dolor (ojos abiertos al dolor)	2
Ausente (ausencia de respuesta)	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor (protege el dolor con la mano)	5
Retira extremidad (retira la extremidad con defensa imprecisa)	4
Flexión anormal (flexión anormal de la extremidad afecta sola o acompaña de otra: decorticación)	3
Extensión anormal (descerebración)	2
No respuesta	1
Respuesta Verbal	
Orientado	5
Desorientado (desorientación temporo espacial)	4
Habla desordenada o inapropiada (mezcla palabras, sin relación entre sí)	3
Ininteligible (sonidos incompresibles, gemidos)	2
Sin respuesta (sin emisión de sonidos)	1