

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR  
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA  
INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN,  
CALLAO-2020**

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

**DINA CONCEPCIÓN LINO LÓPEZ**

**Callao - 2020**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

**ASESORA:** DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 107-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 16 de Abril del 2020

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

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. Descripción de la situación problemática .....	5
2. Marco teórico.....	9
2.1 Antecedentes del estudio .....	9
2.2 Bases teóricas .....	16
2.3 Marco conceptual .....	20
3. Desarrollo de actividades para el plan de mejoramiento en relación a la situación problemática .....	29
3.1. Valoración.....	29
3.2. Diagnóstico de enfermería.....	38
3.3 Esquema de diagnóstico de enfermería: .....	39
3.4. Planificación .....	40
3.5. Ejecución y Evaluación.....	45
4. Conclusiones .....	49
5. Recomendaciones. ....	50
6. Referencias bibliográficas.....	51
7. ANEXOS.....	56

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico trata de los cuidados del profesional de enfermería al paciente adulto mayor hospitalizado por hipertensión arterial en el servicio de medicina interna del 6° piso A, del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, período 2020.

El propósito del estudio fue conocer si los procedimientos y cuidados de enfermería brindados al adulto mayor que sufre de hipertensión arterial son humanizados e idóneos, para su cuidado holístico.

La importancia radica en que por ser una enfermedad crónica degenerativa y de muchas complicaciones, los cuidados brindados al paciente tienen que ser muy específicos y debe monitoreárseles constantemente, considerando que los pacientes son adultos mayores y por su edad las complicaciones pueden agravarse. Por lo tanto: debe brindársele además de un cuidado de calidad y calidez, una educación adecuada para el autocuidado de su enfermedad cuando se les da de alta.

El presente estudio fue desarrollado en el servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión, Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otras Universidades Públicas y privadas. El Hospital ha ido mejorando su Infraestructura y equipamiento, componentes fundamentales para brindar una mejor calidad de atención y servicio a nuestros usuarios.

Actualmente el Hospital Carrión tiene una capacidad de 565 camas para hospitalización, 01 amplio y moderno servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 109 consultorios Externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontoestomatología, 01 Unidad de Cuidados Intensivos, 01 Unidad de Cuidados Intermedios, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 05 Salas Quirúrgicas Electivas y 03 Salas de Emergencia, 01 Unidad de Quemados, 01 Moderno Departamento Oncológico, y una Unidad de Neuro intervencionismo de última generación, 01 Servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades), un moderno servicio de Gineco Obstetricia y un nuevo sistema de atención denominado Hospital de día.

Dentro de las instalaciones en el 6° piso hay 32 camas destinadas para atender a los pacientes adultos y adultos mayores con diferentes padecimientos, incluyendo la hipertensión arterial. Este padecimiento afecta a un promedio de un tercio de la población adulta y adulta mayor, la presión arterial puede conducir a muchas afecciones médicas. Estas incluyen padecimientos del corazón, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, problemas en oftalmológicos y otros (1), por esta razón es necesario atender a los pacientes de forma integral, brindando educación y orientando además a las familias para el consecutivo cuidado del paciente

Como enfermera asistencial los cuidados que deben brindarse a los pacientes están basados en la vigilancia de controles vitales ya que el adulto mayor hipertenso es propenso a sufrir un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o muerte prematura, y estos padecimientos también pueden deberse al estrés, el cual aumenta cuando el paciente se encuentra internado. Dentro de estos cuidados está el educarlos en

cómo se debe controlar la hipertensión, pues al comprender mejor su padecimiento conocerá mejor sus consecuencias y colaborará con su tratamiento para obtener al final una adecuada calidad de vida.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería en el paciente adulto mayor que presenta hipertensión arterial realizando un plan de cuidados individualizado; identificando sus principales diagnósticos utilizando Nanda NIC y NOC.

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial, en México está dentro del 73% de causas de mortalidad por padecimientos no transmisibles, junto a la diabetes y el cáncer (2). Las consecuencias de la hipertensión arterial son causa de muerte y severa discapacidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, (3) en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% del total de las muertes registradas a nivel mundial; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a accidentes cerebrovasculares afectando por igual a ambos sexos; más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. El incremento de la presión arterial ya sea sistólica o diastólica, representa un factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares o cardiopatía isquémica, se estima que es responsable del 51% de accidentes cardiovasculares y del 45% de muertes por coronariopatía (4). Lo anterior representa de 35 a 55% de las 800,000 defunciones anuales registradas en América Latina y el Caribe. (5)

Según un estudio hecho en Argentina, existe una prevalencia de hipertensión arterial del 33.5%, con un desconocimiento del padecimiento en el 37.2% y un 6.6% de sujetos que conocía no recibía tratamiento. También, se observó que el 56,2% de pacientes con hipertensión estaban tratados, pero que solo 1 de cada 4 hipertensos estaban controlados Otro estudio hecho en Argentina, acerca del conocimiento, tratamiento encontró que la prevalencia de hipertensión fue 33.5% y fue mayor en hombres 41.7% que en mujeres 25.7%. El 37.2% conocían su enfermedad, el 56,2% de las personas hipertensas estaban tratadas, pero sólo el 26,5% de ellos se encontraban bien controlados hombres 19,8% y mujeres 36,8%. (6)

La hipertensión arterial es la enfermedad más prevalente y prevenible que afecta entre el 20% al 50% de los adultos, en países desarrollados, este es uno de los factores de riesgos más conocidos y atribuidos a desarrollar enfermedades cardiovasculares y su prevalencia se incrementa dramáticamente con la edad, representando un importante problema de salud pública. En el Perú según un estudio realizado, considerando las regiones naturales, se estimó que la mayor prevalencia de hipertensión arterial es en la Costa (27.3%) y en la Sierra presenta mayor afectación (18.8%). Las políticas del MINSA de nuestro país a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el modelo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos en los establecimientos de salud y la sociedad civil implementando iniciativas que contribuyan a crear una cultura de salud mejorando la calidad de vida en los poblados. (6)

En la encuesta demográfica y especialmente sobre la Salud Familiar, realizada en 24 departamentos del Perú, por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2012); resultó que, de cada cinco hipertensos, solamente uno sigue su tratamiento, el 34% de los adultos de más de 60 años del país sufre de hipertensión arterial, representando un alto porcentaje de la población. También el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al 11 de junio del 2012, estimó 29 millones 798 mil habitantes en el Perú. Los adultos mayores de nuestro país, integrada por personas de 60 años a más, asciende a 2´ 711, 618 que representan el 9.1% del total de pobladores. Según el INEI la población mayor de 60 años era el 6,1% en 1990, 7,1% en el 2000, se estimó en 9,4% para el 2014 y se proyecta en 11,2% para el 2021. (7)

En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la principal causa de consulta ambulatoria en el MINSA y ESSALUD, debido a que es el padecimiento crónico más frecuente en gente de esta edad y en muchas ocasiones termina en hospitalización. Educar al paciente hipertenso es el

elemento primordial para el adecuado control de la hipertensión arterial; pues le permite comprender mejor este mal y las consecuencias, facilitando una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida, de ahí la importancia del estudio, porque a partir de dicho conocimiento se podrá sensibilizar a los pacientes ancianos y a sus familiares y comprometerlos a cuidar su salud una vez que salgan de alta de la hospitalización, considerando el hecho de que hoy en día se vive más que antes. (6)

El personal profesional de enfermería es responsable de promover, conservar y contribuir al restablecimiento de la salud de las personas que padecen enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, por ello es urgente estudiar el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Los resultados del presente trabajo proporcionan información sobre el conocimiento y la aplicación de prácticas de autocuidado en la hipertensión arterial, que permite al personal de enfermería adquirir datos relevantes y dar inicio a otras investigaciones de intervención.

La hipertensión arterial es el primordial factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de manera prematura y es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Además es la principal causante de la enfermedad isquémica cardíaca y del accidente cerebrovascular.

La hipertensión arterial en la gente adulta y adulta mayor de la mayoría de los países es la principal causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de afecciones del aparato circulatorio. Además, es considerada como el factor de riesgo prevenible más frecuente de enfermedades cardiovasculares (incluidos enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, infarto de

miocardio, enfermedad vascular periférica y fibrilación auricular), de nefropatía crónica y de deterioro cognitivo y el factor de riesgo de mayor importancia para la enfermedad cardio cerebro vascular, a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

El Hospital Daniel Alcides Carrión es el único establecimiento con nivel de atención III-1 de la Región Callao en el Perú. Recordemos que un establecimiento de salud del tercer nivel de atención es aquel con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia, de hospitalización y de cuidados intensivos. Cuentan además con Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Hemodiálisis, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización. El nivel de atención está dado a su vez por el nivel de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de distinta magnitud y severidad. Este nivel lo ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional para la atención de patologías complejas que requieren equipos e instalaciones especiales. En el año 2019 la hipertensión arterial era la tercera causa de atención en la consulta externa del hospital Daniel Alcides Carrión con 1903 atenciones (8), demandando múltiples exámenes de ayuda diagnóstica y procedimientos.

En cuanto a la causa de morbilidad ocupa un 12.7% en un solo servicio de medicina, incrementándose esto en los demás servicios de medicina siendo un total de 16.3 % en el 2019. (9)

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

#### Antecedentes internacionales

**ORELLANA MACANELA, María & PUCHA COLLAGUAZO, Mercy**, 2016 Ecuador, realizaron la tesis: **“El autocuidado en personas hipertensas del club “Primero Mi Salud” UNE - Totoracocha, Cuenca 2016”**, el objetivo fue Determinar el nivel de autocuidado en las personas hipertensas pertenecientes al Club “Primero Mi Salud” de UNE-Totoracocha. Cuenca 2016. Investigación cuantitativa – descriptiva cuya muestra fue de 134 pacientes hipertensos, la técnica fue la encuesta. Resultados: El manejo del autocuidado en las personas del Club es: 89,6% no consumen más de 2gr/día de sal, el 74,6% realiza actividad física, el 50,0% duerme entre 5 a 7 horas, el 100% cumple con el tratamiento farmacológico, el 99,3% acude al control médico y un 98,5% toma su medicación a diario. Se evidenció que casi la totalidad de pacientes hipertensos del Club adoptan actividades de autocuidado que benefician su salud y bienestar (14)

**PÉREZ PUPO, Randy; RODRÍGUEZ LAZO, Marisol**. 2015. **Venezuela**, Realizaron un estudio titulado **“Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela”**, cuyo objetivo fue identificar los conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos y caracterizar la población según edad, sexo, nivel de conocimientos sobre HTA, sus factores de riesgo y las medidas de control de esta enfermedad. Es un estudio transversal, el universo fue de 202 pacientes hipertensos siendo la muestra de 146 pacientes. Su instrumento fue un cuestionario

anónimo sobre los conocimientos que el hipertenso debe tener sobre su enfermedad. Predominaron los pacientes adultos mayores para el 32,19 %. De los pacientes estudiados, el 52,74 % fueron mujeres. El 55,47 % conocían qué era la hipertensión, sin embargo, el 51,36 % reflejaron conocimientos regulares sobre la evolución crónica de la enfermedad. El 67,80 % de los pacientes (99) reconocieron como factor predisponente los antecedentes familiares de hipertensión, además, distinguieron la obesidad con 112 (76,71 %), el sedentarismo con 105 (71,91 %) y el tabaquismo con 88 pacientes (60,27 %). El 58,22 % cumplió con el tratamiento. La mayoría de los pacientes identificaron entre las medidas de control de la hipertensión, el control del peso con 76,71 %, la práctica de ejercicios físicos (71,91 %) la eliminación de hábitos tóxicos (60,27 %) y la eliminación de condiciones de estrés (51,37 %). **Conclusiones** La hipertensión predominó en los mayores 65 años sin diferencias de género. La mayoría de los pacientes precisaron los principales factores de riesgo de HTA, cumplieron el tratamiento prescrito y las medidas básicas de control de este mal. (10)

**QUINTUÑA CARANGUI, Erika; ROMERO ROMERO, Jessica & SACOTO ABAD, Ana, 2015** en Ecuador, en su tesis: **“Aplicación del proceso de atención de enfermería en los adultos mayores con problemas crónico-degenerativos hospitalizados en el área clínica del Hospital Homero Castanier Crespo Azogues, 2014-2015”**, cuyo objetivo fue evaluar la aplicación del PAE en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas hospitalizados en el área clínica del hospital Homero Castanier, Azogues, 2014-2015. La investigación fue cuali-cuantitativa, de tipo descriptivo. Las técnicas fueron grupo focal, observación y entrevistas al personal de enfermería y a los adultos mayores. Los

instrumentos fueron guía de grupo focal, guía de observación y formulario de entrevista. El universo estuvo formado por 8 enfermeras, 6 internas y 50 adultos mayores. El 71.4% de enfermeras aplican siempre el PAE, el 100% maneja los protocolos; el 100% piensa que los adultos mayores están satisfechos con la atención brindada; la percepción de la mayoría de adultos mayores es de satisfacción, **Conclusión** los resultados muestran que el personal de enfermería aplica el PAE en su mayoría reflejada en la satisfacción que tienen los adultos mayores con el cuidado recibido. (11)

**CHACHA CHACHA, Isabel**, 2015. Ecuador, realizó una tesis titulada: “**Cumplimiento del seguimiento de enfermería a pacientes con hipertensión arterial del Subcentro de Salud Tarqui de Puyo. año 2013 – 2014**”. El objetivo del presente estudio es cumplir con el seguimiento de enfermería a los pacientes con hipertensión arterial, usuarios del subcentro “Tarqui” del Cantón Puyo, Provincia de Pastaza. El problema observado fue la alta demanda de atención de pacientes que acuden con presiones elevadas. El objetivo es determinar el nivel de cumplimiento del seguimiento de enfermería, a fin de mejorar la calidad de vida, fomentando también el ejercicio físico como tratamiento complementario de la hipertensión arterial en usuarios del subcentro. Estudio de tipo experimental, transversal, bibliográfica, de campo y descriptivo. Se obtuvo los datos aplicando la encuesta previa la elaboración de un cuestionario para evaluar la intervención de enfermería en pacientes con hipertensión arterial. Resultó que el nivel de cumplimiento en el seguimiento a los pacientes con hipertensión arterial fue bajo, con un porcentaje del 62%, el 22%, es mediano, y el 15% es excelente. Dio como conclusión de que el seguimiento de enfermería no se realiza en un

óptimo nivel. Por ello se ha elaborado una propuesta de autocuidado con la difusión de estilos de vida saludables, ejercicio, musicoterapia y taichi. La actividad educativa fue realizada en función del manual. Finalmente, se entregó el manual a la licenciada coordinadora de enfermería, luego de culminar con la actividad educativa. (12)

**PEÑARRIETA DE CÓRDOVA, María; REYES Giovanna y colaboradores** 2015. México realizaron un estudio titulado **“Automanejo de la enfermedad crónico en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer México, 2015”**, objetivo; describir las características del automanejo de la enfermedad crónico en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer. Estudio exploratorio con el que se seleccionó un total de 562 personas: 400 usuarios diagnosticados con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, y 162 usuarios diagnosticados con cáncer, aplicando el instrumento de automanejo de Parthers. Los resultados muestran deficiente automanejo de su enfermedad con una media de índice general de 69, en conocimiento 65 y en adherencia y manejo de signos y síntomas 69; como diferencias de sexos en aspectos de conocimientos de la enfermedad. **Conclusión** presenta dilemas de orden físico, emocional y social; con mayor índice fueron los emocionales y sociales. Esto confirma la importancia de un enfoque holístico, la promoción del automanejo de síntomas emocionales y la adherencia del cumplimiento con tomar las medicinas, así como la comunicación paciente – médico tratante. (13)

## **Antecedentes nacionales**

**TAFUR PAREDES, Cinthia; VÁSQUEZ SUITO, Lucía; y cols,** en el 2017, en Iquitos, realizaron la tesis: **“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”**, El 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. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La población fue de 89 ancianos hombres y mujeres y la muestra de 52 adultos, aplicando dos instrumentos: Cuestionario sobre conocimiento con una validez de 89.32% y confiabilidad de 87.3% y la Escala de actitud tipo Lickert sobre Prácticas de Autocuidado sobre hipertensión arterial con validez de 89.3% y confiabilidad de 88%. Los datos se analizaron con el SPSS versión 22.0. La prueba estadística para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ( $p < 0,05$ ). La edad media en adultos de sexo femenino es de 72.8 y en los masculinos es de 69.8. Con respecto al conocimiento sobre la hipertensión arterial el 78.8% (41) tiene un nivel de conocimiento inadecuado acerca de hipertensión arterial y el 21.2% (11) tienen un nivel de conocimiento. Mientras que el 84.6% (44) hacen prácticas de autocuidado inadecuado y el 15.4% (8) 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. **Conclusión** es que 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. (15)

**ALEJOS GARCÍA, Mireyllé; MACO PINTO, Jessica** en el 2017, en Lima, realizaron una tesis titulada: **“Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos”**, 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. Se realizó un estudio descriptivo, transversal. 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 su instrumento el cuestionario. Se mostró que solo el 26.0% definió correctamente la Hipertensión Arterial, a pesar de que el tiempo promedio de diagnóstico de enfermedad fue de 13.27 años (*IC: 0.81*), la mayoría fueron mujeres con un 64.5% y que el 73.5% desconoce sobre los factores de riesgo no modificables. **Conclusión** Existen factores educativos que necesitan ser reforzados para lograr un empoderamiento sobre control de la hipertensión y prevención de las complicaciones. (16)

**LEIVA ESPINOSA, Jhyna** en el 2017, en Lima, realizó una tesis titulada: **“Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra- Lima- Perú 2017”**. Objetivo: Determinar el automanejo en adultos hipertensos del consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra Lima Perú 2017. Metodología: Estudio realizado fue enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 60 pacientes con hipertensión arterial; se empleó el instrumento de

automanejo. Partners in health Scale. Resultados: El automanejo de pacientes hipertensos fue en un 63% regular, 34% deficiente y 3% adecuado. Los pacientes afectados con hipertensión arterial tuvieron un nivel de automanejo regular en conocimiento 93%, manejo de signos y síntomas 88% y adherencia al tratamiento 79%. El nivel bajo de automanejo se registró primero en adherencia al tratamiento 22%, manejo de signos y síntomas 10% y conocimiento 5%. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes hipertensos presentó un nivel de automanejo regular. (17)

**MENDOZA PACOTAYPE, Claudia** en el 2015, en Ayacucho, realizó una tesis titulada: "**Nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, Ayacucho 2015**". El objetivo fue determinar el nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de Medicina del Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno". De tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida por 80 adultos hipertensos que acuden al consultorio externo de Medicina del Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno", con edades de 35 a 59 años de ambos géneros que cumplieron los criterios de exclusión e inclusión. La técnica usada fue la entrevista y su instrumento un cuestionario. Se usó el programa SPSS versión 20 y el programa EXCEL. Resultado: Del 100% (80) de los adultos hipertensos tienen un nivel de autocuidado regular, nivel de autocuidado bueno en la dimensión alimentación, hábitos nocivos y descanso. Nivel de autocuidado malo en la dimensión actividad física y adherencia al tratamiento. **Conclusión,** no existe relación entre el nivel de autocuidado y el género. (18)

**ORDOÑEZ CRIOLLO, Claudia; AGUILAR CHÁVEZ, Josselyn; y colaboradores**, en el 2018, en lima, realizaron un estudio titulado **“Intervención de enfermería en la conducta terapéutica y el conocimiento en pacientes con hipertensión arterial”**

**Objetivo:** determinar la eficacia de la enseñanza del proceso de enfermedad en la conducta terapéutica y el nivel de conocimiento en pacientes hipertensos de pabellones de hospitalización de un hospital público de Lima. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio de diseño cuasiexperimental con método de intervención (pre y post) con seguimiento de una semana. La muestra estuvo constituida por 40 pacientes entre 60 y 85 años residentes en Lima. **Resultados:** se encontraron cambios significativos en los grupos post intervención, mejorando de 3.54 a 3.72 en cuanto a la variable de conducta terapéutica en el grupo control en comparación del grupo intervención que tuvo un mayor aumento de 2.98 hasta 4.06. Mientras que en la variable nivel de conocimiento, el grupo control presentó una mejora de 3.0 a 3.02 en tanto que en el grupo intervención mejoró de 2.56 a 3.56. **Conclusión:** la intervención influyó en el aumento tanto del nivel de conocimiento como en la conducta terapéutica. Así mismo, tuvo un efecto positivo en los indicadores de las variables principales (precauciones recomendadas, rango normal de la presión sistólica y la diastólica). (19)

## **2.2 Bases teóricas**

### **Teoría de enfermería de Dorotea Orem del autocuidado**

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general de tres teorías relacionadas entre sí:

Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (20)

Según Dorotea Orem, en su Teoría del Autocuidado, expone que enfermería desde sus inicios está considerada como un producto social relacionado al arte de cuidar, respondiendo a la ayuda de las personas, cuando estas no pueden cuidarse o cuidar a quienes dependen de ellas, ni la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero. (21)

### ***La teoría del autocuidado***

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (22)

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo conforma la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y se define como la actividad que deben realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo

### 3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

#### ***La teoría del déficit de autocuidado.***

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

La agencia de autocuidado es la capacidad de las personas para participar en su propio cuidado. Las personas que conocen la forma de satisfacer sus propias necesidades de salud poseen una agencia de autocuidado desarrollada. En otros, la agencia de autocuidado aun se está desarrollando, como en los niños. Otras personas pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada no funcional. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita (23).

**El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado que se inicia tomando conciencia del propio estado de salud.

**Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posibles, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre su persona y quizás no tenga deseos de adquirirlos.

**El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. (24)

### ***La teoría de los sistemas de Enfermería.***

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica a adoptar con el fin de satisfacer las necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo. (25)

Sistema totalmente compensador: Es el que se requiere cuando la enfermera realiza el papel principal compensatorio para el enfermo.

Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el anterior.

Sistema de apoyo educativo: Este sistema es el apropiado para el paciente capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y se adapta a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, en ocasiones esto solo significa alertarlo. (25)

## **2.3 Marco conceptual**

### **Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial, se conoce como la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg.<sup>1</sup> Sin embargo, en el anciano, algunos autores sugieren cifras de PAS  $\geq 160$  mmHg y PAD  $\geq 90$  mmHg para hipertensión sisto-diastólica. (26)

### **Hipertensión Primaria (Esencial) Y Secundaria**

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no puede identificarse ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria, se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria.

El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por mecanismos subyacentes, detectables. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. (27)

### **Fisiopatología**

El sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo pese a numerosas perturbaciones, por tanto, una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las delicadas interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio. La hipertensión arterial esencial, o hipertensión de causa no determinada, es responsable de más del 90% de los casos de hipertensión vistos en la práctica médica. El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anormalidades dependientes de una interacción ambiente genotipo, y en consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición. Como efecto la vasoconstricción, la noradrenalina y la vasodilatación de la Acetilcolina. Toda esta inervación vasomotora se supervisa fundamentalmente a la acción del centro vasomotor (en el bulbo), el cual, al mismo tiempo recibe influencias diversas: la del centro respiratorio, la del seno carotideo, la de los nervios aórticos y otros estímulos quimio y preso receptores arteriales y venosos. Asimismo, influye la tensión de anhídrido carbónico circulante. También se le da importancia a la acción de centros corticales

superiores y del encéfalo para una buena regulación del centro vasomotor. (28)

### **Etiología de la Hipertensión Arterial**

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, la presión arterial está causada por disposiciones hereditarias y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos.

**Edad.** Existe el criterio de que las cifras de presión diastólica y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad de manera progresiva, es siempre mayor para la sistólica, que pueden aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica.

**Sexo.** De modo general, se acepta que la prevalencia de HTA es mayor en el hombre que en la mujer, la relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad, así las mujeres después de 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de hombres.

**Raza.** Existen evidencias de que hay mayor prevalencia en la raza negra y un pronóstico menos afortunado, dada la repercusión sobre los órganos diana en este grupo.

**Herencia.** La aparición de hipertensión arterial es más frecuente si los padres son hipertensos. Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la HTA. Se conoce que esta tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla.

**Obesidad.** Se calcula que la prevalencia de hipertensión arterial es el 50% mayor entre personas obesas que entre las que están en su peso normal. El hipertenso obeso tiene un mayor gasto cardiaco y menor **resistencia periférica total**, por tanto, este hipertenso tiene un estado circulatorio hipercinético con un aumento progresivo de las cifras tensionales.

**Dietas ricas en sodio.** El concepto de "sensibilidad a la sal" tiene su origen y fundamentos en estudios que demuestran que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta a medida que se hace más importante el consumo de sal en la población.

**Factores psicosociales.** Las tensiones emocionales mantenidas / reiteradas pueden desencadenar reacciones vasopresoras con hipertensión arterial, condicionadas por múltiples factores que van desde la personalidad hasta el régimen socioeconómico en que se vive.

**Oligoelementos.** Algunos investigadores plantean que la ingestión crónica de cadmio en pequeñas cantidades es otro factor predisponente a la aparición de hipertensión arterial. Así mismo, se conoce que el déficit de otros oligoelementos: cobre, zinc, selenio, manganeso y hierro, como forman parte del núcleo activo de las enzimas antioxidantes, pueden favorecer o agravar el proceso hipertensivo. (29)

### **Clasificación de la Hipertensión Arterial**

Normal: menos de 120/80 mmHg

Prehipertensión: 120/80 a 139/89 mmHg

Estadio 1 de hipertensión: 140/90 a 159/99 mmHg

Estadio 2 de hipertensión: 160/109 a 179/109 mmHg

Estadio 3 de hipertensión: mayor de 179/109 mmHg (30)

### **Signos y Síntomas**

**Los signos y síntomas de la hipertensión son muy variados, desde la** ausencia total de sintomatología por lo que se le conoce como “el enemigo silencioso”, hasta la pérdida de memoria, hemorragia nasal, dificultad respiratoria, dolor de cabeza, zumbidos de oídos, ver destellos de luz, temblores lentos y náuseas y vómitos. Su tratamiento consiste en mantener la presión arterial dentro de límites normales con tratamiento a base de fármacos y cambios en el estilo de vida. (27)

### **Componentes**

La tensión arterial tiene dos componentes:

Tensión sistólica: Es el número más alto, representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.

Tensión diastólica: Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón. (28)

### **Complicaciones de la presión arterial alta**

Cuando la presión arterial se mantiene alta por mucho tiempo, puede causar daños al cuerpo y provocar complicaciones, como: Aneurismas, enfermedad renal crónica, cambios cognitivos, lesiones en los ojos, ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica accidente cerebrovascular. (29)

## **Tratamiento**

**Tratamiento no farmacológico.** Las medidas no farmacológicas encaminadas a cambiar el estilo de vida se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Las medidas no farmacológicas son:

- Reducción de peso
- Reducción del consumo excesivo de alcohol
- Abandono del tabaco
- Reducción del consumo de sal
- Aumento de la actividad física
- Ingesta de potasio
- Otros factores relacionados con la dieta.

**Tratamiento farmacológico.** La decisión de iniciar tratamiento farmacológico depende de los niveles de presión arterial y del riesgo cardiovascular global del paciente.

- Fármacos antihipertensivos
- Diuréticos (tiazida y derivados; diuréticos del asa; ahorradores de potasio)
- Betabloqueantes (cardioselectivos; bloqueadores alfa; no cardioselectivos)
- Calcioantagonistas
- Inhibidores de la enzima de conversión (IECA; Antagonistas de los receptores AT; IECA con acción sobre la endopeptidasa)

- Antagonista de los receptores de la angiotensina II (losartán, valsartán, irbesartán, candesartán, telmisartán y eprosartán)
- Bloqueantes alfa 1 adrenérgicos (Doxazosina)
- Inhibidores alfa y betabloqueantes combinados
- Hipotensores centrales.
- Inicio y elección de los fármacos antihipertensivos.
- Descenso o retirada de medicación.
- Seguimiento del paciente hipertenso. (31)

### **Modelos de enfermería para el cuidado del paciente con hipertensión arterial**

Los modelos teóricos proporcionan los fundamentos a la hora de elegir las intervenciones enfermeras que facilitan el cambio de conducta en las enfermedades crónicas. A continuación, se muestran los modelos teóricos seleccionados que las enfermeras pueden utilizar para facilitar el cambio de conducta y promover la adherencia en los pacientes con hipertensión. (33)

#### ***Modelo del autocuidado o automanejo***

El autocuidado o automanejo es específico para cada situación y cultura; supone capacidad de actuar y hacer elecciones; está influido por el conocimiento, las habilidades, los valores, la motivación, el lugar de control externo y la eficacia; y está enfocado en aspectos del cuidado en salud bajo el control de la persona. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Dorotea Orem (1991) define tres roles principales para las enfermeras:

1. Compensar la incapacidad de una persona para realizar el autocuidado por él o ella misma;

2. Trabajar con el paciente para encontrar sus necesidades de cuidados.
3. Apoyar y educar la paciente que está aprendiendo a llevar a cabo su propio autocuidado en el marco de una enfermedad o lesión. Este es el rol clave para facilitar la adherencia del paciente y mantener el autocuidado. (35).

### **Cuidados de Enfermería**

Los cuidados de Enfermería son un proceso fundamental, en el cual se puede dar un mejor servicio en el tratamiento y recuperación del paciente, así como identificar las diversas complicaciones que pueda tener. A continuación, nombramos los cuidados enfermeros:

- Toma de signos vitales (tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura).
- Mantener en reposo absoluto y con respaldo a 45°.
- Llevar Balance Hídrico y Diuresis.
- Proporcionar dieta hiposódica.
- Restricción de visitas y de ser posible mantenerlo aislado.
- Cuidados higiénicos en cama.
- Administración de medicamentos prescritos.
- Orientar a familiares sobre la patología y su tratamiento.

Los cuidados de Enfermería en pacientes con hipertensión se basarán en dos aspectos fundamentales. Por un lado, vigilar las constantes vitales del paciente y controlar la dieta y la

administración de los medicamentos prescritos. Por otro, favorecer el bienestar y la autoestima del paciente. Para ello, se le informará de la evolución y cambios que puedan producirse. También se hará necesario intervenir en un posible déficit en cuanto a la higiene y favorecer un clima de tranquilidad la hospitalización. (37)

**3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE  
MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN  
PROBLEMÁTICA  
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**3.1. Valoración**

**Datos de Filiación**

Paciente: Iris Aranguren de Salas

Sexo Femenino

Edad: 79

Estado civil : viuda

Fecha de Nac.: 12/11/1940

Fecha de ingreso: 08 /03 / 2020

Grupo sanguíneo y factor : O Rh +

Nº. H. Clínica: 1302318

**Motivo de consulta:**

Paciente refiere que el malestar empieza en casa cuando dormía, se despertó con dolor de pecho, dolor de cabeza, dolor abdominal malestar general, sensación de falta de aire e hinchazón de piernas por eso es traída al hospital. Familiar refiere, que su mama a veces no quiere tomar a veces su medicación. Paciente refiere “creo que me voy a morir, tengo miedo.

## Enfermedad actual

- Hipertensión arterial
- d/c Síndrome coronario
- Trastorno del ritmo cardíaco.
- Síndrome doloroso abdominal

## Antecedentes

- **Personales** : Alergia al metamizol, toma café de vez en cuando, licor ocasional, antes fumaba ocasional hasta hace 5 años, hipertensión arterial con toma de lbersartan, amlodipino que toma casi siempre y cuando siente que se le sube la presión. Arritmia cardíaca toma bisoprolol, Warfarina
- **Familiares**: Madre con presión alta y padre falleció del corazón.
- **Antecedentes Socioeconómicos**: vive con su hija y nieto, depende económicamente de su hija; vive en casa alquilada que cuenta con los servicios básicos agua y desagüe.

## Examen Físico

### Funciones Vitales

- T °= 36.6 °C
- P. A= 180/100
- FC= 140x´
- FR= 24x´
- satO2= 94 %

### Funciones Biológicas

- **Apetito**: Conservado.
- **Sueño**: Normal.
- **Diuresis**: Disminuido antes del evento.

- Deposiciones: 1 vez por día.
- Sed: Conservado
- Peso: 66 Kg.
- Talla: 1.50 cm.
- I.M.C.: 29.3.

### **Examen Físico: (Céfalo – Caudal)**

#### Cabeza

- Cráneo: Normocefálico, simétrico, móvil de consistencia uniforme, ausencia de nódulos y masas.
- Cuero cabelludo: sin lesiones.
- Cabello: distribuido uniformemente, seborrea, presencia de canas.

#### Cara

- Ojos: ptosis palpebral, conjuntivas pálidas.
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Boca: mucosa oral seca, lengua saburril, caries dental.

#### Cuello

- Simétrico, no se palpan nódulos ni masas, no ingurgitación yugular.

#### Tórax

- Tórax simétrico, presencia de ambas mamas simétricas, se observa uso de músculos accesorios de la respiración, dolor torácico.
- Corazón: ruidos cardiacos arrítmicos, con taquicardia, buena intensidad, no soplos audibles.

- Pulmones: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares no estertores.
- Abdomen: Blando, depresible, presencia de RHA., dolor difuso a la palpación profunda
- Riñones: no doloroso, micción en pocas cantidades antes del evento.
- Extremidades superiores: Simetría en ambas extremidades.
- Extremidades inferiores: edema de miembros inferiores +/-
- Genitales: Escaso vello pubiano, sin alteraciones.
- Ano: Sin alteraciones.
- Piel: Pálida

### **Tratamiento**

- NPO ,Excepto medicación.
- ClNa 9% 1000cc a XV gotas x´
- Aspirina 300mg VO. Statt
- Cedilanid 0.4mg EV. Statt
- Hioscina 20mg., Omeprazol 40 mg, CL 9% 100cc, EV Lento
- Pantoprazol 40mg EV C/24 h
- Clopidrogel 75mg VO c/24h 4 tab. Statt; luego c/24h
- Atorvastatina 40mg c/24h.
- Enoxaparina 50mg. SC c/ 24 h.
- Isorbide 5mg SL Statt.
- Nitroglicerina 50mg 1amp. ClNa 9% 100cc perfundiendo a 5cc/tituable
- Cabecera 30°
- BHE

### **Exámenes Auxiliares**

Examen de laboratorio

Examen solicitado	Valores encontrados	Valores normales
Glucosa	110 mg/dl	70 y 110 mg por decilitro
Urea	62 mg/dl	7 y 20 mg por decilitro
Creatinina	1.15mg/dl	hombres: 0,7 y 1,3 mg/
Hematocrito	35.5%	Hombres: 47+-6 % Mujeres: 42+- 5 %
Hemoglobina	11gr/dl	Hombre: de 13.8 a 17.2 gr Mujer: de 12.1 a 15.1 g/dl
PaO2	70mmhg	75 - 100mmHg
A PaCO2	50mmhg	35 - 45mmHg
G pH	7.40	7.35 - 7.42
A O2	94%	94 - 100%
HCO3	24 mEq/litro	22 - 26 mEq/litro

Bilirrubina total	0.28 mg/dl	Hasta 1.2
Bilirrubina directa	0.13 mg/dl	0.1 a 0.3
Bilirrubina indirecta	0.14 mg/dl	0.2 a 0.7

BIOQUIMICA	RESULTADO	Val. referenciales
CREATINFOSFOQUINASA-MB	24.0 UL	<= 24.0
INMUNOLOGIA		
TROPONINA T	0.147 mg/ml	según <u>OMS:IAM</u> >0.1 mg/dl

### **Radiografía de tórax**

Cardiomegalia

### **Electrocardiograma:**

Ritmo de la FA: 125 LPM, 0.08 “, 0, 32”, QRS: 60° HVI, Infra desnivel ST: I, II, III, aVF V3, V4,V5, aumento Avr

## **Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases**

Se realizó la valoración de enfermería por dominios y clases de la NANDA

### **Dominio 1: Promoción y gestión de la salud**

Clase 1: Toma de conciencia de la Salud,

Clase 2: Gestión de la Salud.

Paciente no tiene conciencia de su enfermedad, con tratamiento irregular, paciente no cumple con indicaciones médicas.

### **Dominio 2: Nutrición**

CLASE 1: Ingestión. Paciente con sobrepeso, Peso: 66 Kg, talla: 1.50 cm.

CLASE 4: Metabolismo: hemoglucotest = 100 mg/dl

CLASE 5: Hidratación, la piel húmeda, pálida, mucosa oral seca

### **Dominio 3: Eliminación**

CLASE 1: Función urinaria: oliguria, Urea: 62mg/dl. Creatinina: 1.5 mg/dl

CLASE 2: Función Gastrointestinal, evacuación normal 1 vez al día.

CLASE 4: Función Respiratoria, oxígeno cánula binasal , satO<sub>2</sub>= 94 %

### **Dominio 4: Actividad y Reposo:**

CLASE 1: Reposo/Sueño: alterado por dolor

CLASE: 2 Actividad/ ejercicio: paciente con debilidad generalizada .

CLASE 3: Equilibrio/Energía: No estimable

CLASE 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Pulso periférico presente, P.A 180/100 mmHg, FR: 24 x` satO2= 94%

CLASE 5: Autocuidado: dependiente

### **Dominio 5: Percepción – Cognición**

CLASE 4: Cognición

Paciente, lucido orientado en tiempo, espacio y persona; Glasgow 15/15. Con conocimiento de su enfermedad y tratamiento, pero sin interpretación efectiva.

### **Dominio 6: Autopercepción.**

CLASE 1: Autoconcepto: paciente piensa que ya no mejorara.

### **Dominio 7: Rol/ Relaciones**

CLASE 1: Rol de cuidador : familiar refiere que a veces no hace caso para tomar sus medicinas.

### **Dominio 8: Sexualidad**

CLASE 1: Identidad sexual, sin alteraciones.

### **Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés**

CLASE 2: Respuesta al afrontamiento: miedo a morir.

### **Dominio 10: principios vitales**

CLASE 2: Creencias, católica; con la ayuda de Dios mejorara.

### **Dominio 11: Seguridad y protección**

CLASE 1: Infección: el paciente presenta catéter venoso periférico en miembro superior derecho.

**Dominio 12: Confort**

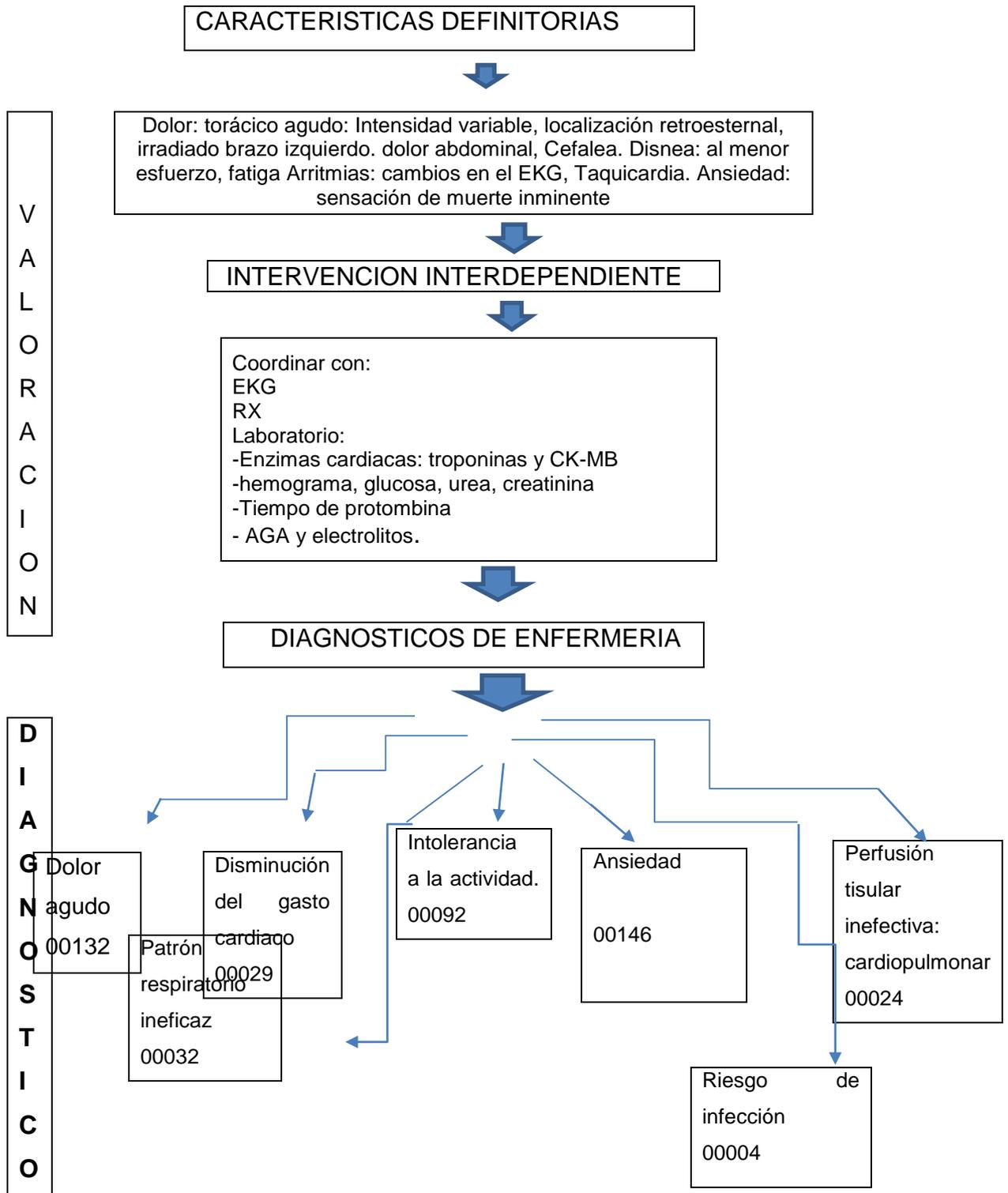
CLASE 1: Confort Físico: según escala ENV 6/10 (38)

**Dominio 13: Crecimiento /desarrollo**

No alterado

## Esquema de valoración

### Flujograma



### **3.2. Diagnóstico de enfermería.**

#### **Lista de hallazgos significativos**

- Catéter venoso Periférico
- Edema miembros inferiores
- Paciente en NPO
- Elevación de la presión arterial
- Dependencia parcial
- Disnea al esfuerzo
- Saturación de oxígeno 94 %
- Taquicardia
- Sobrepeso
- Dolor

#### **Diagnósticos de enfermería según datos significativos**

- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos
- Disminución del gasto cardiaco
- Dolor agudo
- Patrón respiratorio ineficaz
- Intolerancia a la actividad
- Ansiedad
- Exceso de volumen de líquidos

- Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar.

### **Priorización de diagnóstico.**

- Disminución del gasto cardiaco r/c resistencia vascular periférica m/p aumento de la presión arterial.
- Dolor agudo r/c agente biológico m/p facies algicas.
- Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar r/c deterioro del transporte de oxígeno m/ p alteración de la frecuencia respiratoria, dolor torácico, arritmias.
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
- Ansiedad r/c temor a morir.

### **3.3 Esquema de diagnóstico de enfermería:**

<b>PROBLEMA</b>	<b>FACTOR RELACIONADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>DIAGNOSTICOS</b>
Hipertensión	Taquicardia, disnea,	Presión arterial elevada de 160/110mmhg	Disminución del gasto cardiaco r/c resistencia vascular periférica m/p aumento de la presión arterial
Disnea Dolor pulso irregular	Hipertensión	Frecuencia respiratoria aumentada, Fr= 24 res. Por min. Saturación de oxígeno=94%	Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar r/c deterioro del transporte de oxígeno m/ p alteración de la frecuencia respiratoria, dolor torácico, arritmias
Dolor	Cefalea, dolor torácico	-facies algicas -escala de EVA	Dolor agudo r/c agente biológico

		6/10	m/p facies algicas con escala de EVA 6/10
Procedimiento invasivo	Vía periférica permanente	Administración de medicamentos endovenosos, prescritos	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos
Nerviosismo	Miedo a morir	Manifestación de pedido de ayuda	Ansiedad r/c temor a morir

### 3.4. Planificación

DIAGNOSTICO	NOC	NIC	EVALUACION
00029. Disminución del gasto cardiaco r/c resistencia vascular periférica m/p aumento de la presión arterial	: DOMINIO 02 Salud fisiológica. CLASE E: cardiopulmonar. RESULTADO: 0414 Estado cardiopulmonar. DEFINICIÓN: Adecuación del volumen sanguíneo expulsado de los ventrículos e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.	4040. Cuidados cardiacos -Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades. -Observar signos vitales con frecuencia. Observar y registrar si hay arritmias cardíacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción - Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).	El paciente mejora su Gasto Cardíaco, Presión Arterial desciende a 140/80mmhg al cabo de 4 horas, La frecuencia cardiaca disminuye a 90x'. luego de la administración de los medicamentos prescritos antihipertensivos y los cuidados de enfermería.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Administración de tratamiento prescrito, antihipertensivos.</li> <li>-Vigilar el estado neurológico del paciente.</li> <li>- Orientar al paciente sobre el Tratamiento que recibirá y el estado actual de su enfermedad, indicando los cuidados que debe tener.</li> <li>-4044 cuidados cardiacos agudos.</li> <li>-Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio)</li> <li>-Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.</li> <li>-Auscultar los sonidos cardiacos.</li> <li>-Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.</li> <li>- Obtener ECG de 12 derivaciones.</li> <li>-Evitar la formación de trombos periféricos (cambio de posición cada 2 horas y administración de anticoagulantes en</li> </ul>	
--	--	--	--

		<p>dosis bajas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (niveles de PaO<sub>2</sub>, hemoglobina y gasto cardíaco).</li> <li>-Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Valsalva (esfuerzo durante el movimiento intestinal).</li> <li>- Administrar fármacos que impidan episodios de la maniobra de Valsalva (ablandadores de heces, antieméticos).</li> </ul>	
<p>00132. Dolor agudo r/c agente biológico m/p facies algicas con escala de EVA 6/10</p>	<p>1605 Control del dolor el paciente refiere control del dolor</p>	<p>1400. Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa.</li> <li>- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente.</li> <li>- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.</li> <li>- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas como la relajación.</li> <li>- Evaluar la eficacia</li> </ul>	<p>El dolor ha disminuido de a 2/10 escala de EVA.</p>

		de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	
00024. Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar r/c deterioro del transporte de oxígeno m/ p alteración de la frecuencia respiratoria, dolor torácico, arritmias	0405 Paciente mejorará perfusión tisular cardiaca. 0408. Paciente mejorará perfusión tisular pulmonar	0740. Cuidados del paciente encamado. 0840. Cambio de posición. -colocación de oxígeno por cánula binasal a 3 litros p. min. - Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel para evitar zonas de presión. - Colocar al paciente en un colchón terapéutico (neumático). - Movilizar cada 2 horas al paciente. - Posición mantener cabecera a 30 grados. - Vigilar el estado de la piel. - Colocar respaldo. - movilizar en cama al paciente. - Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición. -Aplicar anticoagulantes según prescripción.	La perfusión tisular cardiaca mejoro, PA sistólica:140mHg. y la PA diastólica en 80mHg, y la Frecuencia cardiaca: 90 x´, y disminuyeron las molestias como cefalea, fatiga y disnea.

<p>00004. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos</p>	<p>704. Estado de infección 2411. Control del riesgo</p>	<p>6680 monitorización de signos vitales. 6550 protección contra infecciones. Análisis de laboratorio. 6540 control de la infección. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso. Monitorización de la gasometría. 6480 manejo ambiental -Control de las funciones vitales. - Administrar un agente de inmunización. - Facilitar el descanso. - Inspeccionar el estado de la piel. - Observar signos de alarma. - Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p>	<p>Se logra disminuir el riesgo de infección de catéter invasivo; la integridad de la piel se encuentra intacta no se evidencia signos ni síntomas de infección.</p>
--	--	---	--

<p>00146. Ansiedad r/c temor a morir</p>	<p>1211.Mejora el nivel de ansiedad</p>	<p>5270 apoyo emocional. -Realizar afirmaciones enfáticas y asertivas de apoyo al paciente. -Tocar al paciente para proporcionarle apoyo y ganarse su confianza. -Ayudar al paciente a</p>	<p>se disminuye el temor y la ansiedad. -paciente refiere estar más tranquila.</p>
--	---	--	--

		reconocer sentimientos como ansiedad, temor, ira o tristeza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Favorecer la comunicación o el llanto como el medio de disminuir, la respuesta emocional .	
--	--	---	--

### 3.5. Ejecución y Evaluación

#### 3.5.1. Registro de enfermería SOAPIE

**S:** Paciente refiere “me duele la cabeza, el brazo y mi estomago creo que me voy a morir“

**O:** Paciente se encuentra en su unidad, quejumbrosa, pálida, responde interrogatorio, lucida, orientada en tiempo, espacio y lugar. Al control de signos vitales se evidencia: P.A 180/100 mmHg, FR: 22 resp. /min., FC:140 pul/min, T°: 36,6 °C, SatO2= 94%, se evidencia disnea al esfuerzo, cefalea, dolor torácico 6/ 10 en la escala de EVA, con dolor abdominal que no aumenta a la palpación, edema de miembros inferiores +/- no signos de fóvea y pulsos pedios presentes.

**A:** Disminución del gasto cardiaco r/c resistencia vascular periférica.

- Dolor agudo r/c agente biológico.

- Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar r/c deterioro del transporte de oxígeno.
  - Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos
  - Ansiedad r/c temor a morir.
- P:** - Mejorar la función del corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo
- Disminuir el dolor.
  - Mejorar el aporte de oxígeno, que favorezca la capacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.
  - Evitar la presencia o invasión de microorganismos patógenos.
  - Evitar sensación vaga o intranquilizadora de malestar o amenaza causada por la anticipación de un peligro y favorecer tomar para afrontar la amenaza.
- I:** -Se realiza una valoración exhaustiva de la circulación periférica
- (se comprueba pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
  - Se controlan funciones vitales signos vitales con frecuencia.
  - Se observa y registra, si hay arritmias cardíacas.
  - Se coordina con laboratorio toma de muestras de sangre (enzimas cardíacas, aga y electrolitos).
  - Se administra tratamiento prescrito antihipertensivos.

- Se vigila el estado neurológico del paciente.
- Se orienta al paciente sobre el Tratamiento que recibirá y el estado actual de su enfermedad, indicando los cuidados que debe tener.
- Se evalúa el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio).
- Se monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.
- Se auscultar los sonidos cardiacos.
- Se ausculta los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.
- Se coordina la toma EkG de 12 derivaciones.
- Se administra tratamiento que evitara la formación de trombos (previa prescripción).
- Se valora la intensidad del dolor, se administra tratamiento analgésico según prescripción, se dará comodidad y confort; se enseñará técnicas de relajación.
- Se coloca oxígeno por cánula binasal
- Se moviliza en cama, cambio de posición cada 2 horas.
- Se mantiene en cabecera a 30 grados.
- Se valora el estado de catéter periférico, se realiza cambios según, se valora vía periférica en busca de signos de infección en el lugar de la inserción; se orienta al paciente y familia sobre cuidados de la vía periférica.

- Se brinda apoyo emocional, se obtiene empatía, se tocar al paciente para proporcionarle apoyo, se ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales: como ansiedad, temor, ira o tristeza.
  - Se escucha las expresiones de sentimientos y creencias favoreciendo la conversación o el llanto como el medio de disminuir, la respuesta emocional.
- E:** - El paciente mejora su Gasto Cardiaco, Presión Arterial desciende a 140/80 al cabo de 4 horas, el pulso disminuye a 90x'. luego de la administración de los medicamentos prescritos antihipertensivos.
- La perfusión tisular cardiaca mejoro, PA sistólica :140mHg. y la PA diastólica en 80mHg, y la Frecuencia cardiaca: 90 x', y disminuyeron las molestias como cefalea, fatiga y disnea.
  - El dolor ha disminuido de a 2/10 escala de EVA.
  - Se logra disminuir el riesgo de infección de catéter invasivo; la integridad de la piel se encuentra intacta no se evidencia signos ni síntomas de infección.
  - se disminuye el temor y la ansiedad, paciente refiere estar más tranquila.

#### 4. CONCLUSIONES:

- a) Mediante el Plan de Cuidados de enfermería se logró que el paciente adulto mayor con hipertensión arterial tuviera una atención oportuna y eficaz compensando su gasto cardiaco evidenciado por una disminución de la presión arterial disminuyendo mortalidad, y no afectando órganos vitales como el riñón, sistema nervioso central, corazón, problemas oftalmológicos y sistema vascular.
- b) Se logró mejorar la perfusión tisular cardiaca favoreciendo la llegada de oxígeno a las células cardiacas, así como a nivel periférico, ya que lo demuestran la frecuencia cardiaca a 90 pulsaciones. por min. La presión arterial a 140 /80mmhg y la disminución de la disnea.
- c) La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, a veces no da ningún síntoma ,o se manifiesta también de forma súbita como la paciente de nuestro caso , con cefalea, disnea al esfuerzo , dolor torácico por ello la valoración de enfermería en los pacientes con hipertensión arterial es muy importante, así como la priorización de los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la necesidad de cada paciente, haciendo una valoración, planeación, ejecución y evaluación de enfermería que ayude y optimice la recuperación de la salud de los pacientes con esta enfermedad
- d) Se logró disminuir la ansiedad y el temor de nuestro paciente debido a su enfermedad utilizando nuestro Proceso de Atención de Enfermería la cual constituye una herramienta básica en el logro de nuestros objetivos.

## **5. RECOMENDACIONES.**

- a) A la jefatura del Servicio, comprometer programar capacitaciones continuas para manejo de la hipertensión arterial en el servicio de medicina interna.
- b) Las Enfermeras y el equipo de salud deben participar en la elaboración de guías y protocolos de hipertensión arterial acorde realidad del hospital.
- c) Brindar educación sobre hipertensión arterial a los familiares de los pacientes por lo menos 2 veces por semana en el servicio de medicina.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medline plus. Hipertensión arterial - adultos. [Online].; 2018. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>.
2. Rosas P, Lara E, Pastelín H, Velázquez M, Martínez R, Méndez O, et al. Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA):Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Archivos de Cardiología de México. 2005; 75(1).
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012.
4. Villarreal-Ríos E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo M, Núñez-Rocha G, Salinas-Martínez A, Gallegos-Handal M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública Méx. 2002; 44(1).
5. Organización Panamericana de la Salud. 14<sup>a</sup> reunión Interamericana a nivel ministerial en salud y agricultura. [Online].; 2005 [cited 2008 Julio 28. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/vp/rimsa14-26-s.pdf>.
6. Instituto Nacional de Estadística. Situación del adulto mayor en el Perú. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 21.
7. MINSA. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. [Online].; 2011 [cited 2016 Octubre 28. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>.
8. Hospital Daniel Alcides Carrion. Sala situacional y virtual. [Online].;

2019 [cited 2019 Julio 13. Available from: <http://www.hndac.gob.pe/sala-situacional-virtual/consulta-externa.html>.

9. Hospital Daniel Alcides Carrion. Indicadores hospitalarios enero 2020. [Online].; 2020 [cited 2020 marzo. Available from: <http://www.hndac.gob.pe/hospitalizaci%C3%B3n.html>.
10. Orellana Macancela M, Pucha Collaguazo M. El autocuidado en personas hipertensas del club Primero mi Salud UNE - Totoracocha, Cuenca 2016. Tesis. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
11. Pérez D, Rodríguez M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 15. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003).
12. Quintuña E, Romero J, Sacoto A. Aplicación del proceso de atención de enfermería en los adultos mayores con problemas crónico degenerativos hospitalizados en el área clínica del Hospital Homero Castanier Crespo Azogues, 2014-2015. Tesis. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas; 2015.
13. Chacha I. Cumplimiento del seguimiento de enfermería a pacientes con hipertensión arterial del Subcentro de Salud Tarqui de Puyo. año 2013 – 2014. Tesis. México: Universidad Nacional de Loja, Facultad de Enfermería; 2015.
14. Reyes G, Krederdt S, Flores f, Reséndiz E, Chávez E. Automanejo de la enfermedad crónico en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer México, 2015. México.; 2015.

15. Tafur Paredes C, Vasquez Suito L, Nonaka Reyna M. 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. Iquitos: UNAP, Facultad de enfermería; 2017.
16. Alejos García M, Maco Pinto J. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Tesis. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de enfermería; 2017.
17. Leyva J. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra - Lima - Perú 2017. Tesis. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de ciencias médicas; 2017.
18. Mendoza C. Nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital de apoyo Jesús Nazareno, Ayacucho, 2015. Tesis. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2015.
19. Ordoñez C, Aguilar J, Ortiz J. Intervención de enfermería en la conducta terapéutica y el conocimiento en pacientes con hipertensión arterial. REv. Casus. 2018; 3(1).
20. Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia. La Habana :, Facultad de Enfermería Lidia Doce.; 2012.
21. Prado L, González Paz N, Gómez Romero K. Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014 Nov-Dic; 36 (6).
22. Vitor A, Lopes M, Araujo T. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de

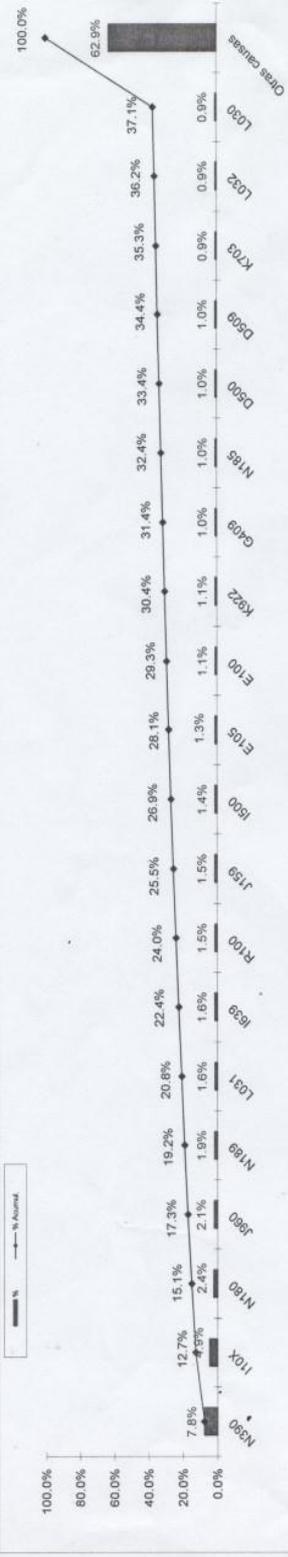
enfermagem. Esc Anna Nery. 2010; 14(3).

23. Mainieri Hidalgo J. Prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud.. Acta Med Costarric. 2011; 53(1).
24. Backes D, Erdmann A, Büscher A. O cuidado de enfermagem como práticaempreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3): p. 341-7.
25. Fortes A, De Olivera M, De Araujo T. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery. 2010 ; 14(3).
26. Plaza P. Hipertensión arterial. Madrid. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 25. Available from: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-ydel-corazon/hipertension-arterial.html>.
27. Harrison , Kasper.. Medicina Interna. 18th ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 2013.
28. Hernández H. Fisiopatología de la hipertensión arterial. Cuba. [Online].; 2012 [cited 2016 Octubre 25. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos15/hipertensionarterial/hipertensionarterial.shtml#fi>.
29. Farreras , Rosman. Medicina Interna. 17th ed. España: Elsevier; 2013.
30. Marín M. Causas Hipertensión Arterial. [Online].; 2011 [cited 2016 Noviembre 9. Available from: [http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta\\_01/hta2ria.pdf](http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta2ria.pdf) f.2011-.

31. Peña J, Mesa. Sdl. Hipertensión arterial. [Online].; 2014 [cited 2016  
Noviembre 9. Available from:  
<http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%9A.Maza.pdf>.
32. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action Geneva: World Health Organization; 2003.
33. Betz N, Hackett G. Manual for the occupational self-efficacy scale. Retrieved. 1998.
34. James P, Oparil S, Carter B, al. e. Guía basada en la evidencia de 2014 para el manejo de la presión arterial alta en adultos: informe de los miembros del panel designados para el Octavo Comité Nacional Conjunto. , JAMA; 2014.

## **7. ANEXOS**

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION - AREA FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD (Segun Diagnostico Principal al Egreso del Paciente) : AÑO 2019**  
 Medicina General 6-A

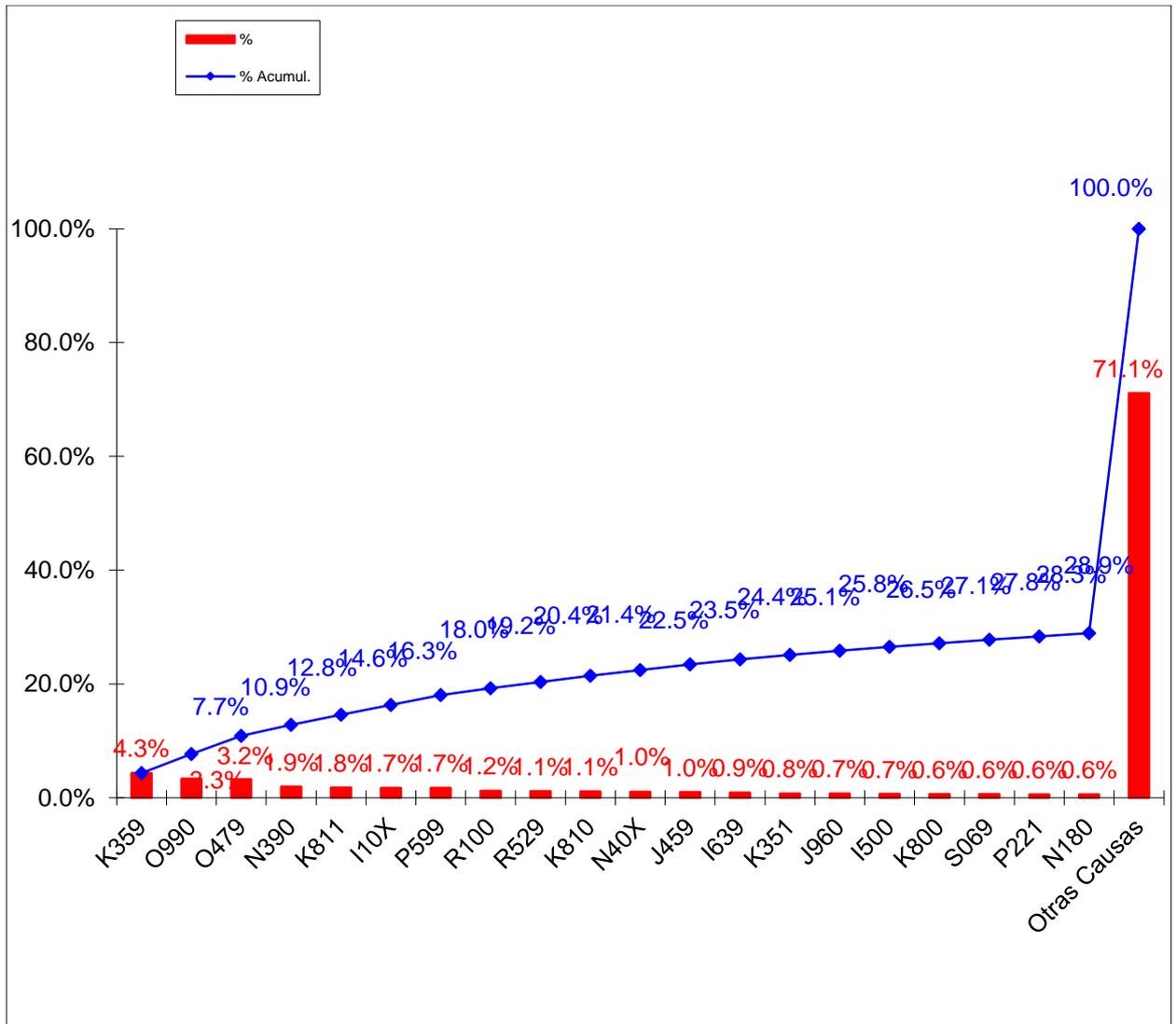


N° ORD.	CIE 10	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD	AÑO 2019												Total	% Acumul.		
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
1°	N390	Infeccion De Vias Urinarias, Sitio No Especificado	9	8	6	6	6	3	6	3	6	1	3	4	4	6	62	7.8%
2°	I10X	Hipertension Esencial (Primaria)	3	2	6	2	5	3	1	2	3	2	1	4	2	4	39	4.9%
3°	J960	Insuficiencia Renal Terminal	1	2	2	2	2	0	3	0	1	1	0	2	1	1	19	2.4%
4°	N189	Insuficiencia Respiratoria Aguda	2	1	2	2	3	2	1	1	0	1	2	1	2	1	17	2.1%
5°	L031	Enfermedad Renal Cronica, No Especificada	1	2	2	3	2	1	1	0	0	1	0	1	1	2	15	1.9%
6°	I639	Celulitis De Otras Partes De Los Miembros	4	0	1	1	0	2	0	1	0	0	2	1	2	3	13	1.6%
7°	R100	Infarto Cerebral, No Especificado	2	1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	2	2	3	13	1.6%
8°	J159	Abdomen Agudo	0	2	2	0	0	2	0	0	3	1	1	0	1	1	12	1.5%
9°	I500	Neumonia Bacteriana, No Especificada	1	1	1	1	0	0	3	2	1	0	0	1	2	12	1.5%	
10°	I500	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	1	1	1	2	0	2	1	0	0	1	1	0	2	11	1.4%	
11°	E105	Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Coma	0	1	0	0	2	2	0	2	0	1	1	1	0	2	10	1.3%
12°	K922	Hemorragia Gastrointestinal, No Especificada	1	1	0	0	3	0	0	2	0	2	0	0	1	1	9	1.1%
13°	G409	Epilepsia, Tipo No Especificado	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	1	0	1	8	1.0%
14°	M185	Enfermedad Renal Cronica, Estado 5	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	0	8	1.0%
15°	D500	Anemia Por Deficiencia De Hierro Secundaria A Perdida De Sangre (Cronica)	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1	1	2	8	1.0%
16°	D509	Anemia Por Deficiencia De Hierro Sin Especificacion	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1	1	8	1.0%
17°	K703	Cirrosis Hepatica Alcoholic	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	7	0.9%
18°	L032	Celulitis De La Cara	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	7	0.9%
19°	L030	Celulitis De Los Dedos De La Mano Y Del Pie	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	1	7	0.9%
20°	Otras causas		40	35	41	59	33	42	39	50	39	43	40	38	68	489	62.9%	
<b>Total general</b>			<b>68</b>	<b>61</b>	<b>71</b>	<b>85</b>	<b>58</b>	<b>66</b>	<b>59</b>	<b>66</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>793</b>	<b>100.0%</b>	

FUENTE: Base de Datos del Episodio - Area de Procesamiento de Datos - UE - OEI - HNDAC  
 ELABORACION: Area de Analisis y Desarrollo - UE - OEI - HNDAC



HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION - AREA FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION  
 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL  
 (Según Diagnóstico Principal al Egreso del Paciente) AÑO 2019  
 HNDAC. EXCLUYENDO PARTOS (O80 - O84) 2019



Base de datos del H.N.D.A.C.2019

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION - AREA FUNCIONAL DE  
HOSPITALIZACION  
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL (Según Diagnóstico Principal al  
Egreso del Paciente) AÑO 2019  
HNDAC. EXCLUYENDO PARTOS (O80 - O84) 2019

CIE 10	PRINCIPALES CAUSAS	%
K359	Apendicitis Aguda, No especifica	4,3
0990	Anemia que complica el embarazo. Parto y/o puerperio	7,7
0479	Falso trabajo de parto, Sn otra especificación	
10,9	N390 Infección de vías urinarias, sitio no especificado	
12,8	k811 Colecistitis crónica	
14,6	I10x hipertensión esencial(primaria)	
16,3	P599 Ictericia neonatal, no especifica	
18,0	R100 Abdomen agudo	
19,2	R529 Dolor, no especificado	
20,4	K810 Colecistitis Aguda	
21,4	N40X Hiperplasia de la próstata	
22,5	J459 Asma no Especificado. Asma de aparición tardía. Bronquitis	
23,5	I639 Infarto Cerebral. No especificado.	
24,4	K351 Apendicitis Aguda con Absceso Peritoneal	
25,1	J960 Insuficiencia Respiratoria aguda	
25,8	I500 Insuficiencia Cardiaca Congestiva	
26,5	K800 Calculo de la Vesícula biliar con colecistitis aguda	
27,1	S069 Traumatismo Intracraneal no especificado	
27,8	P221 Taquipnea transitoria del recién nacido	
28,3	N180 Insuficiencia renal terminal	
28,9	Otras causas	
100,0		

Base de datos, H.N.DAC.2019.

