

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CRISIS  
HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL DE APOYO FELIPE HUAMÁN POMA DE AYALA  
PUQUIO LUCANAS, AYACUCHO - 2020**

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

**KEVIN EULOGIO CHICLLA NAVARRO**

**Callao - 2020  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTIILLO PRESIDENTE
- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ SECRETARIO
- MG. CÉSAR ANGEL DURAND GONZÁLES VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 152-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 20 de Agosto del 2020

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

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>3</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO:.....</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes del estudio.....	8
2.2. Bases teóricas .....	12
2.3. Base Conceptual o referencial.....	15
<b>3. PLAN DE INTERVENCIÓN EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN</b>	
<b>PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>29</b>
<b>PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>29</b>
3.1. Valoracion:.....	29
3.2. Diagnostico de Enfermeria.:.....	32
3.2.1. Planificacion:.....	37
3.2.2. Evaluacion y ejecucion: .....	43
<b>4. CONCLUSIONES:.....</b>	<b>47</b>
<b>5. RECOMENDACIONES: .....</b>	<b>48</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUCCION

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia de la salud pública en el mundo que afecta a todas las edades y se manifiesta en la edad adulta.

Diferentes estudios de diferentes países desde la década 50, han demostrado una correlación directa entre la hipertensión arterial sistémica y la presencia de morbilidad relacionada con afecciones a los órganos blandos como el corazón, cerebro, riñones y vasos sanguíneos. Y que los cuidados de enfermería con la adecuada toma de la presión arterial proporcionan datos invaluable para el tratamiento a seguir.

Según el reporte de la organización mundial de la salud (OMS) 2018 en el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente de 17.5 millones de muertes por año (lo que presenta un 30% de todas las muertes), siendo la hipertensión arterial (HTA) uno de los factores más importantes y frecuentes, así de las 7.4 millones de muertes por enfermedades isquémicas, el 49% son atribuibles a un control sub óptimo de la presión arterial; y de las 6.7 millones de muertes por enfermedades cerebrovasculares, el 62% son como consecuencia de un mal manejo tensional, por consiguiente se ha establecido que las complicaciones de HTA causan anual 9.4 millones de muertes, muchas de ellas prevenibles.

El presente trabajo académico titulado “cuidado de enfermería a pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del hospital de apoyo Felipe Huamán poma de Ayala puquio, lucanas - Ayacucho 2020”, tiene como objetivo describir los cuidado de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva. Y esta organizado de III capítulos, los cuales se detallan a continuación: Capítulo I: descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el Capítulo II: incluye los antecedentes, bases teóricas, bases conceptuales, el Capítulo III: considera el proceso de atención de enfermería.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Según el reporte de la organización mundial de la salud (OMS) 2018 en el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente de 17.5 millones de muertes por año (lo que presenta un 30% de todas las muertes), siendo la hipertensión arterial (HTA) uno de los factores más importantes y frecuentes, así de las 7.4 millones de muertes por enfermedades isquémicas, el 49% son atribuibles a un control sub óptimo de la presión arterial; y de las 6.7 millones de muertes por enfermedades cerebrovasculares, el 62% son como consecuencia de un mal manejo tensional, por consiguiente se ha establecido que las complicaciones de HTA causan anual 9.4 millones de muertes, muchas de ellas prevenibles. (1)

A nivel internacional La hipertensión arterial alcanza una prevalencia comprendida entre un 20% y un 50% de la población adulta, afecta a más de 50 millones de personas en estados unidos, mil millones de sujetos en todo el mundo, y se le atribuyen aproximadamente 7.1 millones de muertes al año. Su prevalencia e incidencia están aumentando en todo el mundo, constituye un importante problema de salud en los países occidentales. (2)

La hipertensión es generalmente definida como una entidad clínica caracterizada por una elevación crónica de la presión arterial, usualmente por encima de 140/90mmHg. El diagnostico de hipertensión se emite solo después de que en tres mediciones de presiones diastólicas seas de 90mmHg o superiores. (3)

La crisis hipertensiva definida como la elevación aguda y grave de la presión arterial diastólica por arriba de los 120 a 130mmhg es considerada

como una complicación de los portadores de hipertensión arterial sistémica esencial. La crisis hipertensiva indica la necesidad inmediata de reducir la presión arterial y divide a las crisis hipertensivas en emergencia y urgencias hipertensiva. (4)

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

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

No existe evidencia de daño agudo a órganos blandos y tratamiento va enfocado a disminuir las cifras tensionales en las primeras 24 horas con tratamiento por vía oral y sublingual. (5)

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

Además, la hipertensión arterial afecta aproximadamente al 30% de la población adulta, también considera como un factor de riesgo constituye uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Las cifras de prevalencia en países desarrollados son, con mucha frecuencia, superiores al 30 % de la población total adulta, y en los mayores de 60 años o más en

ocasiones uno de casa dos, trayendo como consecuencia un crecimiento de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y renales. (6)

Afecciones crónicas más frecuentes, es el factor de riesgo más importante en la génesis de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebro vascular. En muchas personas la primera manifestación clínica es la aparición de un evento agudo: la crisis hipertensiva, que puede deberse a múltiples causas, aparecer en cualquier tipo de HTA y constituye una amenaza para la vida, por lo cual debe reconocerse en forma rápida y darle un tratamiento efectivo para evitar el daño de los órganos blanco (cerebro, sistema cardiovascular y riñón). (7)

Las crisis hipertensivas constituyen una situación clínica que puede poner en riesgo la vida del sujeto hipertenso, estimándose que aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollan una crisis hipertensiva en algún momento de su vida, y su incidencia parece que ha aumentado en los últimos años (8)

Son más habitual en ancianos y en varones, con una relación 2:1. (9) Más del 50% de las crisis hipertensivas son atribuidas al abandono terapéutica en la semana previa. (10) En USA la prevalencia de hipertensión en adultos fue de 29.1% en el periodo 2011-2013, siendo similar en hombres (29.7%) y mujeres (28.5%); (11)

En la Latinoamérica, donde las enfermedades infecciosas están siendo controladas y las enfermedades crónicas no transmisibles están generando



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

En el Perú, hasta fines del año 1993 existían pocos trabajos publicados en revistas científicas sobre las prevalencias de la HTA, los cuales se realizaban en grupos pequeños de habitantes y permitían inferir que la prevalencia en la costa era del orden del 17%, mientras que en la sierra y la selva la cifra alcanzaba el 6%. (12)

Teniendo en cuenta el reporte del instituto nacional de estadística e informática (INEI), en el año 2018 se encontró un 14.8% de prevalencia de HTA en la población de 15 y más años de edad; siendo los hombres los más afectados (18.5%) que las mujeres (11.4%). La prevalencia de HTA es mayor en lima metropolitana (18.2%), seguido por la costa sin lima metropolitana (15.5%). La menor prevalencia se registró en la selva (11.7%) y en la sierra (12.0%). (13)

En el hospital de Apoyo Felipe humana poma de Ayala, se presenta casos de crisis hipertensiva, los cuales reflejan un pobre control bien por parte de los profesionales de la salud o por el incumplimiento terapéutico de los pacientes, siendo esta la causa más frecuente de su aparición.

En el servicio de emergencia del hospital de apoyo Felipe Huamán poma de Ayala puquio, lucanas Ayacucho la frecuencia de casos de hipertensión es duradera la lucha contra el tiempo y las exigencias para alcanzar un adecuado nivel de eficacia y eficiencia, requiere de una adecuada capacitación científica y técnica del personal que conforma el equipo de salud. En este tipo de servicio es donde cobra su mejor sentido de utilidad y de rendimiento, el trabajo en equipo; una razón más, para contar con un instrumento como el protocolo de crisis hipertensiva que permita su uso en forma rápida, objetiva y real para actuar sobre el estado del paciente

declarado en urgencia y/o emergencia hipertensiva, tanto para el diagnóstico clínico rápido y adecuado, como para la terapéutica oportuna.

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

## **1.2 OBJETIVO**

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del hospital Felipe Huamán poma de Ayala – Puquio, Lucanas 2020.

## **1.3 JUSTIFICACION**

El presente trabajo académico tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del hospital Felipe Huamán poma de Ayala – puquio, Lucanas en el periodo 2020.

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

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

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

##### **2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

- Figueredo RR, Proenza FL, Gallardo SY, et al. Realizaron la investigación. Factores de riesgos asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud manzanillera. Mul Med. Pag. 372-387. (2018) Objetivo: determinar el comportamiento de las crisis hipertensivas en pacientes dispensarizados con hipertensión arterial pertenecientes al consultorio médico de la familia No. 30 del policlínico Hermanos Labrada del municipio Manzanillo-Granma en el período de diciembre 2015 a diciembre 2016. Material y método: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. El universo de estudio estuvo constituido por 157 pacientes mayores de 18 años; mediante el uso del muestreo probabilístico aleatorio simple quedó la muestra constituida por 50 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, grado de hipertensión arterial, factores de riesgo, así como tipo de crisis hipertensiva. Los datos se recogieron mediante una encuesta de recolección de datos. Resultados: predominaron los pacientes de 49-53 años de edad (28 %), masculinos (31,4 %), trabajadores con hipertensión grado II (52 %); la ingestión de alcohol y el hábito de fumar fueron los factores de riesgo modificables predominantes e incidieron en las urgencias hipertensivas con un 42,5 % y 27,5 %; respectivamente. Conclusiones: se determinó la prevalencia de los factores de riesgo sobre las crisis hipertensivas en el Policlínico Hermanos Labrada

que ayudaría a la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y en otros contextos clínicos similares.(14)

- Rocha Velázquez María Elena, Ruiz Paloalto Ma. Laura, Nicolás Padilla Raygoza Ma. Laura Realizaron la investigación. titulada Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área rural de México (2017). El objetivo es describir la correlación de los factores socioculturales con la capacidad de autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial en una comunidad rural de México; a través de un estudio transversal, observacional. Se encuestaron 60 pacientes registrados en comunidad rural de Cerro de Ortega, Colima, México, seleccionados por disposición, con el instrumento de factores socioculturales e instrumento de capacidades de autocuidado. Se calculó  $r$  de Pearson y ecuación de regresión lineal. La edad promedio fue de 50.9 años; el 75% fueron mujeres, el 83.3% católicos, 42% con primaria incompleta, 80% casados, 60% trabajo de hogar, 57% tienen de 2 a 4 años de tratamiento. Las puntuaciones de factores socioculturales y puntuaciones de capacidad de autocuidado tienen una correlación de  $r= 0.44$  y relación lineal significativa ( $p < 0.05$ ). Hubo relación lineal significativa entre religión y costumbres y tradiciones con capacidad de autocuidado ( $p < 0.05$ ). Los factores socioculturales se asocian significativamente con la variable capacidad de autocuidado. También la correlación fue significativa entre religión con costumbres y tradiciones con la capacidad de autocuidado. Se puede concluir que dentro de los factores socioculturales, las dimensiones que se asociaron con la capacidad de autocuidado fueron: religión, costumbres y tradiciones.(15)

### 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- Huancahuaman Ccorimanya, Jenny. Realizo la investigación. Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes del programa integral de hipertensión arterial Centro de Salud Echarati, La Convención Cusco (2019). Objetivo determinar los estilos de vida y la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al Programa Integral de prevención y control de Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, la Convención- Cusco 2019; la metodología de estudio fue descriptivo y transversal; aplicada en una población de 80 pacientes con hipertensión arterial, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados 79% de los pacientes con hipertensión arterial tiene más de 51 años, 51% son de sexo masculino, 45% casados, 40% tiene nivel de instrucción primaria. En cuanto a los estilos de vida de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial un 16% nunca come frutas y verduras, 56% consume comidas a sus horas, 71% frecuentemente come comida chatarra, 76% consume agua con frecuencia, 76% consume con frecuencia agua fuera de las comidas, 61% consume menos de 4 vasos al día, 46% nunca realiza caminatas, 47% realiza actividad física menor de 30 minutos, 65% duerme entre 6 a 8 horas, 39% disfruta de la televisión frecuentemente, 61% a veces consume de alcohol, 47% consume alcohol en cumpleaños, 69% su inicio de consumo es 21 a 30 años, 69% no fuma. Sobre la Adherencia terapéutica 33% de los pacientes no presenta adherencia al tratamiento, 28% no toma la medicación a las horas debidas, el 25% deja de tomar la medicación al sentirse bien, un 78% deja de tomar el medicamento si le sienta mal. (16)
- Carbajal Huarcaya, Laura realizo la investigación. Nivel de Conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique Comas – Lima (2018). El objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado del adulto mayor

hipertenso del “Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique Comas – Lima durante el 2018”. El tipo de investigación fue aplicado, el nivel relacional y el diseño no experimental y de corte transversal. La población de estudio correspondió a 998 adultos mayores hipertensos y mediante un muestreo probabilístico, se ha determinado la muestra en 277 adultos mayores hipertensos. La técnica de estudio fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados muestran que el 92% de los adultos mayores hipertensos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique-Comas, no conoce del autocuidado que deben tener los pacientes hipertensos y el 80% no pone en práctica el autocuidado como paciente hipertenso. Concluyendo que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del “Hospital Nacional Sergio E. Bernales” de Collique Comas – Lima 2018. ( $r=0.844$ ;  $p=0.015<0.05$ ). (17)

- Campojo Salazar, Mily Danith Realizo la investigación. tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencia (2017).Objetivo: Analizar y sintetizar los resultados de la revisión sistemática de los estudios realizados referente al tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencia. Material y Métodos: Revisión Sistemática observacional, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación para identificar su grado de evidencia. Resultados: en la selección definitiva se eligieron 11 artículos se evidencia que el medicamento más eficaz en el tratamiento de las crisis hipertensivas fue el Captopril, el segundo medicamento de elección fue el Enalapril (ECA) así como también el Isosorbide. Otros medicamentos de elección también tenemos la Furosemida, la nitroglicerina,

amlodipino y sulfato de magnesio. Conclusiones: Se concluye que después de la revisión sistemática de los artículos sobre el tratamiento más eficaz en la crisis hipertensiva; el medicamento de elección es el captopril, teniendo como universo muestral los 11 artículos revisados llega a constituir el 27.3 % del total de estudios revisados.(18)

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **2.2.1 TEORIA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO HUMANIZADO**

La teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía De Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.

“Escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal basado en la Teoría de Jean Watson”, el cual presentan 6 dimensiones:

1. **Satisfacer las necesidades.** Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades

humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

2. **Habilidades, técnicas de la enfermera.** Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera.
3. **Relación enfermera-paciente.** La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.
4. **Autocuidado de la profesional.** El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud
5. **Aspectos espirituales del cuidado enfermero.** En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte.
6. **Aspectos éticos del cuidado.** La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la



profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud. (19)

### **2.2.2 TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTOCUIDADO: DOROTHEA OREM**

Orem desarrolló su teoría dividida en la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

La teoría del autocuidado se refiere al autocuidado, los requisitos terapéuticos y los requisitos para el autocuidado. El autocuidado se define como la práctica de actividades realizadas por un individuo para su propio beneficio, buscando mantener la vida, la salud y el bienestar. Cuando un individuo tiene habilidades para desarrollar acciones que satisfagan sus necesidades, él / ella es apto para el autocuidado. Esta aptitud se adquiere a través del aprendizaje y está influenciada por la edad, las experiencias de la vida, la cultura, las creencias y la educación, entre otros factores.

Los requisitos terapéuticos se clasifican en requisitos universales, que buscan mantener la vida, la estructura y el funcionamiento humanos; requisitos de desarrollo: ofrecer las condiciones necesarias para promover cambios a lo largo de los ciclos de vida, permitiendo adaptaciones para su propio desarrollo; desviaciones de salud: son necesidades de autocuidado que aparecen en

presencia de enfermedades, discapacidades y tratamientos necesarios para la recuperación del individuo.

Las acciones necesarias para mantener la vida y promover la salud y el bienestar se denominan requisitos terapéuticos de autocuidado. Sin embargo, cuando el requisito es mayor que la capacidad del individuo, surge un déficit de autocuidado. Este es el tipo de situación en la que se insertan los profesionales de enfermería para actuar de acuerdo con diferentes sistemas: un sistema totalmente compensatorio: la capacidad de autocuidado es limitada o ausente. En este caso, las enfermeras deben tomar decisiones y desarrollar acciones para cumplir con los requisitos de autocuidado; sistema parcialmente compensatorio: las acciones las llevan a cabo tanto la enfermera como la persona que las necesita; Hay una rotación en el desempeño del autocuidado.

El proceso de enfermería propuesto por Orem es un método que busca determinar los déficits de autocuidado, así como el papel desempeñado por la enfermera (o el individuo) para proporcionar los requisitos necesarios para cumplir con el autocuidado. (20)

## **2.3 BASES CONCEPTUAL O REFERENCIAL**

### **1. CRISIS HIPERTENSIVA**

Se da cuando la presión arterial (PA) es superior a 220/120mmHg. Son situaciones poco frecuentes que requieren la disminución de cifras tensionales (no necesariamente a límites normales) para prevenir o limitar la lesión de órganos diana. Se dividen en urgencia y emergencia hipertensiva:

#### **a. Urgencia hipertensiva**

Elevación de la presión arterial, sin evidencias de daño agudo de un órgano blando, pero que requiere tratamiento urgente ya

que constituye un riesgo inminente de daño. Habitualmente solo son necesarios medicamentos vía oral.

**b. Emergencia hipertensiva**

Hipertensión que se asocia a daño agudo de un órgano blando. La aplicación de pautas de conducta adecuadas puede suponer la salvación del individuo y evitar las lesiones irreversibles a las que pueden dar lugar dichas crisis. Utilizaremos medidas ambientales y endovenosas. Requieren el descenso de las cifras de PA en pocas horas. Puede originar: Encefalopatía hipertensiva, edema agudo de pulmón, angina o infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular (hemorragia intracraneal o infarto cerebral), aneurisma de aorta, hipertensión maligna complicada, pre eclampsia y eclampsia. (21)

**2. ETIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

**a. Interacción genética-ambiente**

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial.

**b. Historia familiar de hipertensión arterial**

Se ha comprobado que la correlación entre la PA de hermanos naturales es muy superior a la de hermanos adoptados, así como la correlación de los valores de PA entre padre e hijo y madre e hijo son muy superiores en los hijos naturales que en los adoptados.

**c. Papel de la genética en la hipertensión arterial**

Los estudios de familias han indicado que menos de la mitad de las variaciones de la presión arterial en la población general son explicadas por factores genético

**d. Factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial**

Se han descrito los siguientes factores.

- Obesidad.
- Resistencia a la insulina.
- Ingesta elevada de alcohol.
- Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal.
- Edad y Sexo
- Sedentarismo.
- Estrés.
- Ingesta baja de potasio.
- Ingesta baja de calcio.

Muchos de estos factores son recurrentes, tal como ocurre con la obesidad y la ingesta de alcohol.

### **3. FISIOPATOLOGÍA DE LA CRISIS HIPERTENSIVA**

Uno de los primeros mecanismos fisiopatológicos es la alteración de la autorregulación de ciertos problemas vasculares, en especial los cerebrales y renales. Esta falta de autorregulación puede llevar a la isquemia de estos órganos.

La autorregulación es la habilidad que tienen los vasos sanguíneos para dilatarse o vaso constreñirse para mantener la perfusión adecuada en cada momento. Este mecanismo permite mantener perfusiones buenas con un rango de presión arterial media (habitualmente entre 70 y 105 mmHg). Esta situación de equilibrio en las curvas de presión/flujo permite que en situaciones crónicas de hipertensión, se siga manteniendo una perfusión aceptable evitando fenómenos isquémicos. Cuando la presión arterial se eleva por encima del rango que permite la autorregulación, se presenta daño tisular debido a una excesiva autorregulación, a la pérdida completa de la autorregulación o a la pérdida de la integridad vascular. Los cambios estructurales compensatorios pueden explicar a veces porque los pacientes hipertensos tienen más tolerancia y no presentan problemas graves con tensiones

mantenida mente elevadas y porque los normo tensos o aquellos a los que se les eleve de forma relativamente rápida los niveles de presión arterial, pueden presentar crisis hipertensivas, con niveles que a veces mantienen los pacientes hipertensos crónicamente. Esto es la autorregulación presión-flujo. Este paradigma fisiopatológico es el que explica porque si bajamos demasiado rápidamente la presión en una crisis hipertensiva se puede agravar la isquemia de los órganos comprometidos (cerebro o riñón). Está perdida la capacidad de regular y la caída de la presión súbita hace que disminuya más la perfusión. En casos fatales de crisis hipertensiva se ha demostrado edema cerebral e inflamación aguda y crónica de las arterias y arteriolas, a veces incluso con necrosis de la pared muscular.

Si esto ocurre además en la circulación renal, la isquemia sobre el aparato yuxtaglomerular lleva a que se incrementen los niveles de renina plasmática incrementándose la presión arterial. Los lugares más habituales para quedarse isquémicos durante la crisis hipertensiva son el cerebro, riñón, corazón y retina. (22)

#### **4. CUADRO CLÍNICO**

Las manifestaciones clínicas de las crisis hipertensivas se relacionan a la disfunción de un órgano afectado por lo que el cuadro clínico es variable:

##### **a. Daño cerebral**

Las manifestaciones cerebrales pueden incluir cefalea intensa, pérdida del estado de alerta, alteraciones de la movilidad de las extremidades (paresia, plejía), agitación psicomotriz, déficit neurológico, vértigo.

##### **b. Daño cardiaco**

Las manifestaciones cardiacas pueden ser dolor precordial del tipo infarto agudo de miocardio, arritmias, así como disnea.

**c. Daño renal**

Las principales son edema y oliguria/ anuria.

**5. DIAGNÓSTICO**

La adecuada clasificación del paciente requiere de una correcta evaluación diagnóstica inicial, para lo cual se recomienda seguir los siguientes pasos:

**a. Medición correcta de la presión arterial**

Siempre que sea posible, se recomienda respetar los siguientes Puntos:

- Paciente en posición sentada con apoyo dorsal, con el brazo colocado a nivel del corazón.
- Realizar la medición luego de un período de 3 a 5' de reposo.
- No conversar con el paciente o familiares del mismo, antes, durante ni entre mediciones.
- Medir la PRESIÓN ARTERIAL en ambos brazos con el manguito adecuado y registrar la de mayor valor. En caso de no poseer el manguito adecuado al tamaño del brazo del paciente (sobre todo en pacientes obesos), se recomienda medir la PRESIÓN ARTERIAL sobre arteria radial con manguito de adultos convencional manteniendo el antebrazo a la altura del corazón.
- Al realizar el registro debe tomarse en cuenta la presencia de fenómenos (síntomas, particularmente dolor, ansiedad o temor manifiesto, disnea, urgencia miccional o retención urinaria, confuso-excitación, etc.) por cuanto la persistencia de los mismos puede ser causa de la elevación de la PRESIÓN ARTERIAL.

## **b. Anamnesis**

Siempre que resulte posible se deberá interrogar al paciente sobre lo siguiente:

- Antecedentes relacionados con la HIPERTENSIÓN ARTERIAL: tiempo de evolución, uso de fármacos antihipertensivos, cumplimiento del tratamiento, episodios previos de Emergencia Hipertensiva o cuadros similares, presencia de signos y síntomas sugestivos de HTA secundaria.
- Antecedentes Clínicos: enfermedades que puedan actuar como predisponentes para la aparición de emergencias hipertensivas (vasculitis, esclerosis sistémica progresiva, lupus eritematoso, síndrome de Guillan Barré, traumatismo craneoencefálico reciente), uso de drogas que puedan actuar como desencadenantes de la crisis (ergotamínicos, descongestivos nasales, cortico esteroides, anticolinérgicos, antiinflamatorios no esteroides, metoclopramida, etc.), y comorbilidades en general.
- Uso previo o actual de drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, éxtasis, crack, etc.
- - Antecedentes de enolismo: ingesta de alcohol en las horas previas al desarrollo de la crisis, síndrome de abstinencia.

## **c. Examen Físico**

Se debe priorizar en primer lugar la búsqueda de compromiso agudo de órgano blanco, y en segundo término la individualización de signos compatibles con la presencia de HTA Secundaria, tomando en cuenta que esta última representa uno de los principales factores predisponentes para el desarrollo de emergencias hipertensivas. Los principales signos a pesquisar son:

- Examen Neurológico: nivel de conciencia, signos deficitarios de focos motores o sensitivos, signos meníngeos (rigidez de nuca, etc.).

- Examen Cardiovascular: taquicardia, presencia de 3º ó 4º ruido, soplos de insuficiencia aórtica, arritmias, asimetría en los pulsos periféricos, edema en miembros inferiores.
- Examen Respiratorio: insuficiencia respiratoria, broncoespasmo.
- Examen Abdominal: dolor a la palpación, soplos aórticos o renales, riñones palpables, tumoraciones, estrías rojizas.
- Examen del estado de hidratación: la depleción hidrosalina es frecuente en la mayor parte de las emergencias hipertensivas, mientras que en otras como el edema agudo de pulmón y la insuficiencia renal aguda puede existir sobre hidratación.

#### **d. Exámenes complementarios**

- **Fondo de Ojo:** La realización del fondo de ojo, sin la utilización de midriáticos, resulta fundamental en la evaluación inicial de cualquier cuadro de HTA severa tanto en el ámbito prehospitalario como hospitalario. La presencia de hemorragias, exudados blandos o papiledema identifica una Emergencia Hipertensiva, y por ende, una situación de alto riesgo para la vida del paciente.
- **Electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG):** Se debe realizar un ECG convencional de 12 derivaciones para la detección de:
  - Isquemia Miocárdica.
  - Arritmias.
  - Hipertrofia Ventricular Izquierda.
- **Exámenes de Laboratorio:** Su realización resulta optativa en casos de HTA Severa Aislada pero resulta importante en pacientes con HTA Severa en los cuales, los hallazgos del mismo pueden ser de gran utilidad en la conducta diagnóstica y terapéutica.

El examen mínimo sugerido debe contener las siguientes determinaciones:

- Hematocrito.



- Glucemia.
  - Creatinina
  - -Urea.
  - AGA y Electrolitos.
  - Enzimas Cardíacas (según antecedentes).
  - Sedimento Urinario.
  - Test de embarazo.
- **Estudios Diagnósticos:** Su indicación depende de la situación clínica individual, con el propósito de identificar cuadros compatibles con Emergencia Hipertensiva o Emergencia Clínica Asociada a HTA.
- **Rx de Tórax:** descartar edema pulmón. Se debe solicitar TAC de cerebro en aquellos pacientes con alteración del estado de conciencia o signos focales. Si existe sospecha de uso de drogas ilícitas se debe solicitar examen toxicológico de orina para cocaína o anfetaminas para confirmar el diagnóstico. (23)

## 6. TRATAMIENTO

El objetivo es la reducción gradual de las cifras de TA hasta una TA diastólica de 100 a 110 mm Hg en un periodo de pocos minutos a pocas horas, para posteriormente, manteniendo la perfusión de órganos vitales normalizarla con tratamiento oral.

Los pacientes que no se encuentran en situación orgánica crítica deben ser ubicados en una habitación confortable y reevaluarse cuidadosamente. Más del 25 % de los pacientes con cifras tensionales elevadas, disminuyen sus valores después de éste procedimiento de relajación.

Aquellos que se sospecha de lesión en órgano blanco el tratamiento debe ser por vía EV. (24)

<b>Droga</b>	<b>M. de Acción</b>	<b>Dosis</b>	<b>Comentarios</b>
Nitroprusiato de Sodio. Frasco amp. de 50 mg.	Vasodilatador inorgánico arterio-venoso.	0.5 – 10 mgrs/kg/min Se administra mediante infusión EV. Su acción es rápida entre 3 – 5 min	Toxicidad por altas dosis o por el uso prolongado. Su exceso puede removerse por diálisis. Útil en casi todas las crisis hipertensivas. Puede provocar aumento de la presión endocraneana. Diluir solamente con Dx 5%. Se inactiva en exposición a la luz.
Nitroglicerina Amp. 5mg/m en 5cc. Frasco amp. 50 mg/10cc	Vasodilatador inorgánico: venoso, arterial coronario y sistémico	5 – 200 mgr/min Se administra en infusión EV con bomba infusora. Su acción comienza entre 2 -5 min. Con una duración de 5 a 10 min.	Preferido en síndromes coronarios agudos. Entre los efectos colaterales se registra la cefalea y la taquicardia .Al igual que el nitroprusiato puede provocar vasodilatación cerebral con aumento de la presión intracraneal. Para infusión IV diluir en S.F. o Dx 5%. No utilizar la vía IV sin diluir. Proteger de la luz, evitar su congelación.
Enalapril fco. ampolla: 2,5 mg	Es un IECA disponible para su administración por vía endovenosa.	Se usa en dosis de 1-5mg y su efecto comienza a los 15 minutos y dura entre 12 y 24 horas.	Por sus efectos sobre la autorregulación cerebral previene la disminución del flujo sanguíneo cerebral al disminuir la presión sistémica. Presenta contraindicación absoluta para su uso durante el embarazo por lo que no debe usarse en la preeclampsia o la eclampsia.

			Soluciones para su preparación: Dx 5%, 10%, SF.
Labetalol Ampolla 100mg/20m	Bloqueante mixto de los receptores b1 – a.	0.5 – 2 mg/min (Infusión EV) 0.25 – 1 mg/kg Minibolos EV. Su acción comienza en menos de 5 min. y dura entre 3 y 6 hrs.	Útil en crisis hiperadrenérgicas y como opción en otras crisis hipertensivas. Es altamente efectivo y puede proseguir el tratamiento por vía oral. Tiene indicación en el manejo de la disección aórtica y puede ser usado en casi todas crisis hipertensivas, excepto en presencia de insuficiencia cardíaca por su efecto beta
Hidralazina ampolla 20 mg/ 1ml	Vasodilatador arterial directo de acción arteriolar.	IM: 10 – 50 mg EV: 5 – 20 mg cada 20'. Su comienzo de acción en 10-30 minutos y una duración por 2 a 4 hrs.	Droga de elección en las crisis hipertensivas asociadas al embarazo. La hidralazina puede causar infarto de miocardio o angina de pecho. Formalmente contraindicado en el tratamiento de la disección aórtica. Soluciones: Dx 5%, 10%, SF.
Furosemida Ampolla de 20 mg/2ml	Diurético de asa	20 – 120 mg EV.	Efecto venodilatador inicial además del rápido efecto diurético. Si se administra con Dx 5%, Dx 10% por varias horas , puede disminuir el efecto de la furosemida, por lo que es conveniente diluir con solución fisiológica

## **7. PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La mejor solución para cualquier enfermedad en general es la prevención. El VI Reporte del Comité Nacional Conjunto (JNC) de prevención, detección, evaluación y tratamiento de HTA de los Estados Unidos de Norteamérica otorga notable importancia al manejo de la Presión Arterial en pacientes hipertensos. No se recomienda el uso rutinario de suplementos de K o de sustitutos de sal común por sal potásica.

### **1. Moderación de la ingesta de alcohol**

No cambiar los alimentos procesados con alto contenido de Na y bajo de K por los alimentos naturales bajos en Na y altos en K. La ingesta excesiva de alcohol -más de 1 a 2 onzas de etanol por día- está asociada a una prevalencia incrementada de HTA y se ha demostrado que provoca resistencia a la terapia antihipertensiva y aumenta el riesgo de ACV. Se recomienda no excederse de los límites antes mencionados, los que equivalen a 24 onzas (720 ml) de cerveza, 10 onzas (300 ml) de vino o 2 onzas (60 ml) de whisky. Las mujeres y las personas delgadas deben reducir estos límites a la mitad, por la mayor absorción de alcohol y la mayor susceptibilidad a sus efectos que los caracteriza.

### **2. Sensación del tabaco**

Se ha observado que al fumar cada cigarrillo se produce una elevación significativa de la PA. Por ello aquellos que continúan fumando no reciben la protección completa de la terapia antihipertensiva y estarían más expuestos a presentar síndromes coronarios agudos o ACV. Por ello la suspensión del tabaco es una medida necesaria para el mejor control de la PA. Se puede recurrir a los parches de nicotina, pues no elevan la PRESION ARTERIAL.

## **8. COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN**

### **a. Riñones**

Una manifestación temprana de daño renal por la hipertensión es la presencia de proteína en la orina, llama proteinuria. Estas proteínas se pueden detectar fácilmente a través de un examen de orina simple. Pequeñas cantidades de proteína son asintomáticas. Lesiones renales avanzadas llevan a grandes proteinurias, que se manifiestan con una formación de gran cantidad de espuma en la orina (tipo de cuello de la cerveza). Otro signo de enfermedad avanzada es la elevación de la creatinina en la sangre. La presión arterial alta no tratada puede a largo plazo, conducir a la insuficiencia renal y hemodiálisis.

### **b. Ojos**

La hipertensión causa daño a los vasos que irrigan los ojos causando pérdida progresiva de visión. Un examen del fondo de ojo puede revelar lesiones tempranas que no causa síntomas.

### **c. Corazón**

El corazón es tal vez el órgano que más sufre con la presión arterial alta. 35 Con la hipertensión, el corazón tiene que bombear sangre con más fuerza para superar esta resistencia y provoca una hipertrofia del músculo cardíaco (aumentar la masa muscular). Un corazón con mayor masa muscular, tiene un espacio más pequeño en su cavidad para recibir la sangre. Por lo tanto, la hipertrofia ventricular izquierda es el primer signo de estrés cardíaco por la hipertensión. Puede ser detectada en el electrocardiograma, pero se ven mejor en la ecocardiografía. Como una banda de goma que ha sido tensa y con el tiempo pierde su elasticidad, el corazón después de años de esfuerzo por la presión arterial, comienza a dilatarse y perder la capacidad de

bombear sangre. En esta etapa le da el nombre de la insuficiencia cardíaca.

#### **d. Cerebro**

Uno de los factores de riesgo más importante para el accidente cerebrovascular es la hipertensión. A veces, los infartos son pequeños y no causan secuelas neurológicas agudas. A medida que pasa el tiempo y la hipertensión no se controla, estas pequeñas lesiones se multiplican, siendo responsable de la muerte de miles de neuronas. El paciente empieza a presentar una pérdida progresiva de las capacidades intelectuales que a menudo pasan desapercibidos por la familia en las primeras etapas, pero al final, conduce a llamada demencia multi-infarto o demencia vascular.

En la mayoría de las veces estas lesiones descritas anteriormente se pueden revertir si se trata a tiempo. Pero para ello es necesario ser conscientes de que la hipertensión debe ser tratada antes de que los síntomas de lesiones de órganos diana aparezcan. (24)

### **9. ROL DEL ENFERMERO EN LA CRISIS HIPERTENSIVA**

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 cardíaca y temperatura).

- Mantener en reposo absoluto y con respaldo a 45°.
- Llevar Balance Hídrico y Diuresis.
- Proporcionar dieta hipo sódico.
- 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.

## CAPITULO III

### PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

#### 3.1 Valoración

##### 3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN

Paciente: Acco castillo teodoro

Sexo: Masculino

Edad: 64 años

Fecha de ingreso: 16/01/2020

Diagnóstico de ingreso: hipertensión arterial, IR.

##### 3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 64 años que presenta cifras actuales de Tensión Arterial de 167 – 89 mm Hg Presenta crisis convulsiva por lo que es remitido al servicio de Emergencia del hospital.

En estos años presentó como cifra máxima sistólica de tensión arterial de 178 (73) (Noviembre 2015) y una máxima diastólica de 100 (Diciembre 2015).

##### Anamnesis por Aparatos

- Neurológico: cefalea, vértigos, inestabilidad, déficits focales temporales motores / sensitivos.
- Cardiovascular: palpitaciones, disnea, fatigabilidad, dolor precordial de esfuerzo, edemas.
- Renal: insuficiencia renal aguda (Crp 4 mg/dl y urea 139 mg/dl). Hematuria

##### Antecedentes Personales.

El paciente refiere caminar regularmente y dieta hiposódica, aunque en los últimos controles TA 162/70 y 167/69. Ha cogido peso en los últimos meses.



No consume tabaco ni alcohol.

#### Antecedentes Familiares.

Madre muere a los 64 años: ACVA + TA. No antecedentes de diabetes o hipercolesterolemia en la familia.

#### Exploración física

TA: 167 – 69, Peso: 89 kg, Talla: 1,65 m, IMC: 33

- ACP: Taquicardia, No soplos cardiacos ni vasculares.
- A Respiratorio: taquipnea.
- Abdomen: blando, depresible.
- Neurológica: crisis convulsiva, deterioro de la memoria.
- 

### **3.1.3 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES**

#### **DOMINIOS Y CLASES**

##### **DOMINIO I: Promoción y gestión de la salud.**

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad de funcionamiento.

Calse1: Toma de conciencia de la salud: no toma conciencia

Clase 2: Gestión de la salud: no evaluable.

##### **DOMINIO II: Nutrición**

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión: Dieta hipo sódica.

Clase 2: Digestión: Abd distendido, RHA +, Presencia de residuo gástrico

Clase 3: Absorción: No evaluable.

Clase 4: Metabolismo: Normal.

Clase 5: Hidratación: Piel hidratada.

### **DOMINIO III: Eliminación**

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Función urinaria: Insuficiencia renal.

Clase 2: Función gastrointestinal: ruidos hidro aéreos +.

Clase 3: Función tegumentaria: hidratada y elástica.

Clase 4: Función respiratoria. Taquipnea.

### **DOMINIO IV: Actividad y reposo**

Producción, conservación del gasto o equilibrio de los recursos o inactividad.

Clase 1: Reposo/sueño: intermitentes.

Clase 2: Actividad/Ejercicio: Tono muscular disminuido.

Clase 3: Equilibrio/Energía: Hipoactivo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/ pulmonar: HTA, MV pasa bien ACP,

Clase 5: Autocuidado: Deficiente.

### **DOMINIO V: Percepción – cognición**

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición, y comunicación.

Clase 1: Atención: normal.

Clase 2: Orientación: normal.

Clase 3: Sensación – percepción: normal.

Clase 4: Cognición: Normal.

Clase 5: Comunicación: Normal.

### **DOMINIO VI: Autopercepción**

Conciencia del propio ser.

Clase 1: Autoconcepto: manifiesta estar cansado de este enfermedad.

Clase 2: Autoestima: Normal.

Clase 3: Imagen corporal: Normal para la edad.

### **DOMINIO VII: Rol- relaciones**

Conexión y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestra tales conexiones.

Clase 1: Rol del cuidador: Normal.

Clase 2: Relaciones familiares: visita de familiares.

Clase 3: Desempeño de rol: Normal.

### **DOMINIO VIII: Sexualidad**

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual: normal (masculino).

Clase 2: Función sexual: Normal.

Clase 3: Reproducción: 3 hijos.

### **DOMINIO IX: Afrontamiento y tolerancia al estrés**

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 1: Respuesta post traumática: se evidencia.

Clase 2: Respuesta de afrontamiento al estrés: tristeza, Muecas, llanto, FC: 100

Clase 3: Estrés neurocompartimental: se evidencia.

### **DOMINIO X: Principios vitales**

Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplando como verdades o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 1: Valores: Normal.

Clase 2: Creencias: Normal.

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores y creencias, evaluable.

### **DOMINIO XI: Seguridad y protección**

Ausencia de peligro. Lesión física o trastorno del sistema inmunitario. Evitación de pérdidas y preservación de la producción y seguridad.

Clase 1: Infección afebril, procedimientos invasivos: VP.

Clase 2: Lesión física: herida por venopunción.

Clase 3: Violencia: No evaluable.

Clase 4: Peligros ambientales: aire acondicionado.

Clase 5: Proceso defensivos: No evaluable.

Clase 6: Termorregulación: T° 37°C

### **DOMINIO XII: Confort**

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico: fascia de dolor ante procedimientos.

Clase 2: Confort ambiental: aire acondicionado, T° adecuada.

### **DOMINIO XIII: Crecimiento y desarrollo**

Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1: Crecimiento: Aumento de peso en los últimos meses.

Clase 2: Desarrollo: Tono muscular flácido.

### **3.2DIAGNÓSTICO**

#### **3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:**

- Paciente adulto mayor de 64 años de edad.
- Hipertensión arterial 167 – 89 mm Hg.
- Fatiga en la caminata.
- Taquipnea.
- Taquicardia.
- Apoyo ventilatorio por CBN 2 Lts por minuto.
- Crisis convulsiva.
- Procedimientos invasivos.
- Problemas renales.
- Aumento de peso.
- Dificultad en su auto cuidado.

#### **3.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS**

- 00267 Riesgo de tensión arterial inestable r/c aumento de la presión arterial m/p taquipnea, taquicardia.
- 0032 Patrón respiratorio ineficaz r/c crisis convulsiva m/p, taquipnea.
- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas (ingesta de dieta hipercalórico y con gran cantidad de grasa) m/p sobrepeso.
- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c insuficiencia renal M/p micción a chorro.
- 00108 Déficit del autocuidado R/c deterioro neuromuscular M/p olor corporal desagradable.
- 00095 Deterioro del patrón del sueño r/c urgencia urinaria m/p preocupación de intentar miccionar.

- 00070 Deterioro de la adaptación r/c Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida. m/p Negación del cambio en el estado de salud.
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimientos. m/p elevación de la presión arterial.

### 3.2.3 3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Paciente con diagnóstico de emergencia.	Crisis hipertensiva.	Presión arterial elevada	- 00267 Riesgo de tensión arterial inestable r/c aumento de la presión arterial m/p taquipnea, taquicardia. -
Paciente con oxígeno 2 Lts por minuto. FR. 42	crisis hipertensiva	Taquipnea	- 0032 Patrón respiratorio ineficaz r/c crisis convulsiva m/p, taquipnea.
Paciente con sobrepeso.	Aumento de la frecuencia cardiaca 100 por minuto.	Fatiga en la caminata.	- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas (ingesta de dieta

			hipercalórico y con gran cantidad de grasa) m/p sobrepeso.
Insuficiencia renal aguda.	Hipertensión arterial	Obstrucción de la orina.	- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c insuficiencia renal M/p micción a chorro. -
Cuidado personal inadecuado.	Hipertensión arterial.	Mal olor corporal.	- 00108 Déficit del autocuidado R/c deterioro neuromuscular M/p olor corporal desagradable.
Dificultad para dormir	Hipertensión arterial.	Niuria.	- 00095 Deterioro del patrón del sueño r/c urgencia urinaria m/p preocupación de intentar miccionar.
Estilo de vida inadecuado.	Hipertensión arterial.	Aumento de peso en los últimos meses. (sobre peso)	- 00070 Deterioro de la adaptación r/c Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un



			cambio en el estilo de vida. m/p Negación del cambio en el estado de salud.
Déficit de conocimiento.	Hipertensión arterial	Aumento de la presión arterial de sus valores normales.	- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimientos. m/p elevación de la presión arterial.

### 3.3 PLANIFICACIÓN

#### 3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION.
- 00267 Riesgo de tensión arterial inestable r/c aumento de la	- Mejorar el estado cardiovascular	- Manejo de medicación. - Control de signos vitales.	Paciente con presión arterial estable.

presión arterial m/p taquipnea, taquicardia		- Disminución de la presión arterial	
0032 Patrón respiratorio ineficaz r/c crisis convulsiva m/p, taquipnea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cod. Noc</li> <li>- 403 Estado respiratorio: ventilación</li> <li>- 410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</li> <li>- 802 Estado de los signos vitales</li> </ul> <p>1402 Control de la ansiedad</p>	<p>3140 Manejo de las vías aéreas</p> <p>3320 Oxigenoterapia</p> <p>3350 Monitorización respiratoria</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad</p>	Paciente con patrón respiratorio estable.
00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas (ingesta de dieta hipercalórico y con gran cantidad de grasa) m/p sobrepeso	<p>Cod. Noc</p> <p>1004 Estado nutricional</p>	<p>200 Fomento del ejercicio</p> <p>1100 Manejo de la nutrición</p> <p>1280 Ayuda para disminuir el peso</p>	Paciente se compromete a tener buen estilo de vida.

	<p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p>1612 Control de peso</p> <p>1802 Conocimiento: dieta</p>	<p>4360 Modificación de la conducta</p> <p>4420 Acuerdo con el paciente</p> <p>5246 Asesoramiento nutricional</p> <p>5614 Enseñanza: dieta prescrita</p>	(alimentación balanceada).
- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c insuficiencia renal M/p micción a chorro.	<p>Cod. Noc</p> <p>502 Continencia urinaria</p> <p>503 Eliminación urinaria</p>	<p>580 Sondaje vesical</p> <p>590 Manejo de la eliminación urinaria</p> <p>610 Cuidados de la incontinencia urinaria</p> <p>1876 Cuidados del catéter urinario</p>	Eliminación de orina adecuada por sonda vesical.

<p>00108 Déficit del autocuidado R/c deterioro neuromuscular M/p olor corporal desagradable</p>	<p>300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria</p> <p>302 Cuidados personales: vestir</p> <p>304 Cuidados personales: peinado</p>	<p>1630 Vestir</p> <p>1670 Cuidados del cabello</p> <p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal</p> <p>5606 Enseñanza: individual</p> <p>7040 Apoyo al cuidador principal</p>	<p>Paciente aprende la importancia de los cuidados personales.</p>
<p>00095 Deterioro del patrón del sueño r/c urgencia urinaria m/p preocupación de intentar miccionar.</p>	<p>Cod. Noc</p> <p>3 Descanso</p> <p>4 Sueño</p> <p>1402 Control de la ansiedad</p> <p>2100 Nivel de comodidad</p> <p>2102 Nivel del dolor</p>	<p>200 Fomento del ejercicio</p> <p>1400 Manejo del dolor</p> <p>1850 Fomentar el sueño</p> <p>2380 Manejo de la medicación</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>5880 Técnica de relajación</p> <p>6482 Manejo ambiental: confort</p>	<p>Paciente fomentara el sueño con técnicas de relajación.</p>

<p>00070 Deterioro de la adaptación r/c Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida. M/p Negación del cambio en el estado de salud.</p>	<p>1300 Aceptación estado de salud</p> <p>1302 Superación de problemas</p> <p>1303 Muerte digna</p> <p>1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida</p> <p>1601 Conducta de cumplimiento</p> <p>1606 Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria</p> <p>1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</p> <p>2002 Bienestar</p>	<p>Cod. Nic</p> <p>4360 Modificación de la conducta</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>5240 Asesoramiento</p> <p>5250 Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>5880 Técnica de relajación</p> <p>6160 Intervención en caso de crisis</p>	<p>Paciente compromete a tener un buen estilo de vida saludable.</p>
--	--	--	--

<p>00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimientos. m/p elevación de la presión arterial.</p>	<p>1601 Conducta de cumplimiento</p> <p>1605 Control del dolor</p> <p>1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</p> <p>1802 Conocimiento: dieta</p> <p>1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad</p> <p>1808 Conocimiento: medicación</p> <p>1813 Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos</p>	<p>Cod. Nic I</p> <p>200 Fomento del ejercicio</p> <p>2120 Manejo de la hiperglucemia</p> <p>2130 Manejo de la hipoglucemia</p> <p>2300 Administración de medicación</p> <p>4360 Modificación de la conducta</p> <p>4410 Establecimiento de objetivos comunes</p> <p>4420 Acuerdo con el paciente</p> <p>4490 Ayuda para dejar de fumar</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>5240 Asesoramiento</p> <p>5270 Apoyo emocional</p>	<p>Paciente comprende la importancia de los medicamentos a tomar.</p>
--	--	---	---

	<p>1820 Conocimiento: control de la diabetes</p> <p>2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario</p>	<p>5520 Facilitar el aprendizaje</p> <p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p>5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito</p> <p>5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 7400 Guías del sistema sanitario</p>	
--	---	--	--

### **3.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.**

#### **3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE**

**S:** Paciente refiere sentirse mal y sentir que tiene palpitaciones en el pecho, dificultad para respirar.

**O:** adulto mayor de 64 años de edad llega al servicio de emergencia acompañado de familiares, a la observación encontramos desorientación, facias de preocupación, además con una presión arterial de 167 – 89 mm Hg, se le realizaron exámenes de orina lo cual arroja resultados (Crp 4 mg/dl y urea 139 mg/dl).por lo cual tiene el diagnostico de HTA e Inf. RA.

**A:**

- 00267 Riesgo de tensión arterial inestable r/c aumento de la presión arterial m/p taquipnea, taquicardia
- 0032 Patrón respiratorio ineficaz r/c crisis convulsiva m/p, taquipnea.
- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas (ingesta de dieta hipercalórico y con gran cantidad de grasa) m/p sobrepeso
- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c insuficiencia renal M/p micción a chorro.
- 00108 Déficit del autocuidado R/c deterioro neuromuscular M/p olor corporal desagradable
- 00095 Deterioro del patrón del sueño r/c urgencia urinaria m/p preocupación de intentar miccionar.
- 00070 Deterioro de la adaptación r/c Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida. M/p Negación del cambio en el estado de salud.
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimientos. m/p elevación de la presión arterial.



**P:**

- presión arterial en valores normales
- Estado respiratorio, frecuencia respiratoria, saturación de O<sub>2</sub>
- Termorregulación adecuada.
- Estado nutricional adecuado dieta hipo sódico.
- Control de riesgo.
- Estilo de vida saludable.

**I**

- Control de signos vitales.
- Control de la diuresis.
- Monitorización de presión arterial.
- Monitorización respiratoria, oxigenoterapia.
- Cuidado de sonda vesical.
- Regulación de la temperatura, manejo ambiental,
- Alimentación hipo sódica.
- Cuidados del manejo del ambiente.
- Cuidados del sitio de incisión: control de infecciones.

**E:**

- Ausencia de elevación arterial.
- Medicación indicada.
- Ausencia de infección del sistema nervioso central y de infecciones agregadas.

## CONCLUSIONES

1. El profesional de enfermería asegura una atención apropiada al saber identificar correctamente las características que presentan un paciente con el diagnóstico de crisis hipertensiva.
2. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta que reconoce el trabajo de los profesionales de enfermería teniendo en cuenta las taxonomías NANDA, NIC Y NOC durante la atención del paciente.
3. Los estudios, indagación respecto a la terminología y generalidades relacionadas a la hipertensión arterial constituyen uno de los pilares en el manejo de la enfermedad en el profesional de enfermería que trabaja en un servicio de emergencias.
4. Triunfalmente se lograron los objetivos planteados, determinando las necesidades básicas del paciente y logrando que este desarrollara el autocuidado como modo rápido posterior a su recuperación. También se aplicaron los planes de cuidados en enfermería donde se logró aminorar el Riesgo de la tensión arterial inestable y el riesgo de adaptación del paciente, siendo estos los más destacados dentro de sus necesidades.

## **CAPITULO V**

### **RECOMENDACIONES**

1. A los profesionales de enfermería, contar con la especialidad que permita brindar un cuidado adecuado y eficaz en el paciente con Crisis hipertensiva, siendo fundamental para ayudar a establecer las estrategias adecuadas en el tratamiento inicial, en un esfuerzo por limitar la morbilidad y mortalidad de dicha población.
2. Al establecimiento, fortalecer el conocimiento teórico práctico de la enfermera especialista del servicio de emergencia acerca del abordaje terapéutico de la Crisis hipertensiva, a fin de resaltar la necesidad de mantener controlada la Hipertensión arterial, y evitar la aparición de complicaciones posteriores.
3. Realizar un modelo sobre los cuidados de enfermería orientados a la crisis hipertensiva con el grupo multidisciplinario del servicio para luego la aprobación e implementación en el servicio.
4. Gestionar con la jefatura de enfermería y oficina de capacitación, formación del hospital para la realización de capacitaciones y/o cursos sobre el manejo de la crisis hipertensiva y la realización de pasantías en hospital de más alta complejidad donde se apliquen cuidados de enfermería orientados a esta enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra; 2018
2. Chobanian AV, Bakris GI, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. Hypertension. 2003; 42:1206-52.
3. Kaplan NM. Manejo de la Hipertensión. 5 ed. México. Mercadotecnia De innovación y desarrollo; 2004
4. Leiva P JL, Saucedo MJF, Muñoz, Gaxiola LA, Najjar LS. Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1 ed. México. Mc Graw-Hill Interamericana 2006; 179-185.
5. Akaki JL, D'Achiardi RD, Pérez CD, Juárez HV. Hipertensión Arterial. 1º ed. México. Intersistemas SA. 2000; 7-9; 12-59
6. Llanio Navarro, R. Propedéutica Clínica y semiología. Tomo I. Editorial Ciencias Médicas. 2003; p. 216-38.
7. Shomaker WC, Ayres SM, Grenvik A, Holbrook PR. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3 ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana S.A., 2006; 522-527
8. Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Engl J Med. 1990; 323:1177-83.
9. Bennett NM, Shea S. Hypertensive emergency: case criteria, sociodemographic profile and previous care of 100 cases. Am J Public Health. 1988; 78:636-40.
10. Tumlin JA, Dunbar LM, Oparil S, buckalew V, Ram CV, Mathur V, EllisD, Mc Guire D, Fellmann J, Luther RR, Fenoldopam, a dopamineagonist, for hypertensive emergency: a multicenter randomized trial. Fenoldopam Study Group. Acad Emerg Med. 2000; 7:653-62.

11. Seguro L, Agusti R, Parodi J, y cols. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Revista Peruana de Cardiología, 2006; 32: 82-128
12. Gamboa R. La hipertensión arterial esencial en el Peru. Revista Peruana en Cardiología, 2003; 19 (2): **92-99**
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Enfermedades transmisibles y no transmisibles Lima, Abril 2018
14. Figueredo RR, Proenza FL, Gallardo SY, et al. Factores de riesgos asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud manzanillera. Mul Med. Pag 372-387 2018;
15. Rocha Velázquez María Elena <sup>1</sup> Ruiz Paloalto Ma. Laura <sup>2</sup> Nicolás Padilla Raygoza Ma. Laura Realizaron la investigación titulada Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área rural de México; 2017
16. Huancahuaman Ccorimanya, Jenny Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes del programa integral de hipertensión arterial Centro de Salud Echarati, La Convención Cusco (2019)
17. Carbajal Huarcaya, Laura Nivel de Conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique Comas – Lima; 2018
18. Campojo Salazar, Mily Danith Tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencia; 2017
19. Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing. New York: National League of Nursing, 1988.p. 158.
20. Orem D. Enfermería: conceptos de práctica. 5<sup>a</sup> ed. St. Louis: Mosby - Libro del año; 1995.
21. The Task Force for the Management of arterial hypertension of the European Society of hypertension and European society Cardioligy; 2007, 28, Pag.1462-1536.

22. Drago J. Rev. Cardiol; Prevención de hipertensión arterial modificación del estilo de vida cap XXIII (3): 76-9. Perú-1997.
23. Guía Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas– Gobierno Federal de México; 2013. En línea: URL disponible en <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/HAS/Dx%20y%20Tx%20de%20la%20HAS%20de%20las%20crisis%20hipertensivas%20en%20los%20tres%20niveles%20de%20atencion%20GER.pdf>
24. B. Eduardo Normas para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Severa en los Servicios de Emergencias. Consejo de Hipertensión Arterial. Argentina; 2001; volumen 69 P. 362- 376
25. Hermosín Ana Alcalde DUE. Centro de diálisis Diaverum(Cartaya). Elena Pereira Jiménez DUE. InterclinikIrene Calviño García. Grado de Enfermería. Clínica los naranjos Huelva. revista médica electrónica cuidados enfermeros en hipertensión; 2017

## **ANEXOS**

Foto N° 01

Frontis del Hospital Felipe Huamán poma de Ayala puquio.



Foto N° 02

Puerta de ingreso del Servicio de emergencia.





Foto N° 03

Valoración de la presión arterial, en el servicio de emergencia.



Foto N° 04

Unidad móvil para traslado del paciente.

