

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN CRISIS
HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO, 2022**

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

LESLIE MARIBEL CARREÑO MARIN

Callao - 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- DRA. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU VOCAL

ASESORA: DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 063-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:18 de mayo del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El siguiente trabajo está dedicado a mi familia, a mis padres, a mis hijos, que son mi fuente de energía y me apoyan a seguir adelante y a todos los pacientes ya que sin ellos no me permitiría brindar los conocimientos adquiridos en la carrera profesional para mejorar su estado de salud, dándole sentido a nuestra profesión, con vocación y amor al trabajo que se dedica cada día y por ellos se realiza el presente trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme ayudado a forjar mi camino y por ser mi guía en cada desafío que me ha tocado enfrentar en mi ejercicio profesional

A mis amados padres, por ser mi fuerza y mi motivación para lograr todos mis objetivos, así como a mis hijos por ser mi motor a seguir adelante

A mis estimados docentes, por su sabiduría y conocimientos para orientarme en mi proceso de investigación y poder ser los mentores en la elaboración del presente trabajo

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, que mediante su escuela de Enfermería me brindo su casa de estudios para darme la seguridad de seguir creciendo profesionalmente.

ÍNDICE

Introducción.....	03
Capítulo I. Descripción de la situación problemática.....	05
Capítulo II. Marco teórico.....	09
2.1 Antecedentes.....	09
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	09
2.1.2 Antecedentes Nacionales	14
2.2 Bases Teóricas.....	17
2.2.1 Teoría de Virginia Henderson.....	17
2.2.1.1 Sus 14 necesidades básicas.....	17
2.2.1.2 Términos según Henderson.....	19
2.2.2 Teoría de autocuidado de Jean Watson.....	20
2.2.2.1 Las 6 dimensiones.....	20
2.2.3 Teoría del autocuidado Dorothea Orem.....	21
2.2.3.1 Requisitos del Autocuidado.....	22
2.2.3.2 Requisitos del Autocuidado del Desarrollo.....	23
2.2.3.3 Requisitos del Autocuidado en la Desviación de Salud...	24
2.2.3.4 Plan de Atención en los diagnósticos de Enfermería.....	25
2.3 Bases Conceptuales.....	26
2.3.1 Crisis Hipertensiva.....	26
A. Definición	26
B. Etiología.....	26
C. Fisiopatología.....	27
D. Causas.....	28
E. Signos y Síntomas.....	29
F. Tratamiento.....	29
G. Pruebas Complementarias.....	30

H. Factores Desencadenantes.....	30
I. Factores de Riesgo.....	31
J. Complicaciones	31
K. Prevención.....	31
2.3.2 Cuidados de Enfermería en Crisis Hipertensiva.....	32
Capítulo III.....	33
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.....	34
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
Anexos.....	56

INTRODUCCIÓN

Una crisis hipertensiva se define como un aumento repentino de la presión arterial (PA) a niveles considerados demasiado altos, lo que resulta en daño de órgano blanco (o peligro inminente). No existe un consenso absoluto sobre el nivel de la AP que debe considerarse demasiado alto. Se considera hipertensión sistólica entre 180 y 210 mm Hg. Con respecto a la presión arterial diastólica, existe consenso en considerar una presión arterial alta de 120 mm Hg. Estas limitaciones, si bien son válidas, se basan en estudios que muestran mayores riesgos para valores superiores a los mencionados, no deja de ser aleatorio porque se puede encontrar una verdadera crisis hipertensiva con niveles de presión arterial inferiores a estos valores; Y también, en ocasiones, hay pacientes hipertensos que no presentan ninguna lesión (esto último es más frecuente que el primero). Por lo tanto, en lugar del nivel AP logrado, lo que importa es el nivel sorpresa. Podría ser un aumento de la presión arterial. Por eso, para diagnosticar una crisis hipertensiva se deben cumplir tres criterios: el nivel de presión arterial es muy alto, debe subir repentinamente y el órgano blanco está dañado (o potencialmente adquirido). (1)

El presente trabajo académico titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2022”** se realiza con la necesidad de resaltar la labor del profesional de enfermería en el servicio de emergencia, según las acciones que se realicen mediante el cuidado, inicia a través de la valoración integral donde se asegure el bienestar paciente, brindando dichos cuidados en relación a los protocolos establecidos en cada unidad de salud, al conocimiento científico y a las necesidades del usuario, de tal manera que conozcan los factores de riesgo que pueden dar origen a la patología, y sus posibles complicaciones, por ello existe el término llamado “Cuidado humanizado”, en donde se pondrá a prueba no solo el aporte científico como profesionales, sino sumarlos al cumplimiento de dichas actividades considerando siempre la garantía de un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual.

La enfermera del servicio de emergencia tiene como misión proporcionar una atención óptima a los pacientes potencialmente críticos o procesos críticos que ingresan, a fin de satisfacer sus necesidades y expectativas, por esta razón que se ha creído conveniente realizar la presente monografía con el objetivo de contribuir con el cuidado al paciente con crisis hipertensiva que acude a emergencia del Hospital Regional de Huacho; afín de ayudar a su mejoramiento y evitar complicaciones y posteriormente la muerte.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizará un Plan de cuidados de enfermería con la finalidad de brindar conocimientos para el manejo y el actuar inmediato, así; evitando las posibles complicaciones de la enfermedad, el cual es elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio de Emergencia del Hospital Regional de Huacho.

Cabe mencionar que dentro de los más de 6 años de experiencia profesional en el servicio de emergencia se evidencia a diarios los problemas que aquejan a los pacientes como es la hipertensión arterial, los hechos que se vuelven emergencias y pueden conllevar a la muerte, pues el paciente normalmente no tiene el control y cuidados de su enfermedad originando la complicación de ella, terminando en una urgencia o en el peor de los casos en una emergencia hipertensiva poniendo en riesgo su vida.

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

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, y generalmente es una enfermedad que no presenta ningún síntoma, además de que no puede ser determinada por una sola etiología conocida, debido a muchos factores. Actualmente, la crisis hipertensiva es una complicación común en los pacientes hipertensos. (2)

Se estima que 1280 millones de adultos entre 30 y 79 años tienen presión arterial alta en todo el mundo, y la mayoría (alrededor de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medios. Se estima que el 46% de los adultos con presión arterial alta no saben que tienen la afección. Menos de la mitad de los adultos con esta afección (solo el 42 %) tienen presión arterial alta diagnosticada y tratada. Solo uno de cada cinco adultos con presión arterial alta (21%) tiene un problema bajo control. La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte prematura en todo el mundo. Uno de los objetivos mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25 % para 2025 (en comparación con una línea de base en 2010). (5)

La prevalencia de la hipertensión en las Américas es alta y, aunque la enfermedad es relativamente fácil de diagnosticar y tratar a tasas razonables, existen importantes carencias en la atención. En 2019, aunque se han logrado algunos avances en la última década, en América Latina y el Caribe, el 28 % de las mujeres y el 43 % de los hombres no sabían que tenían presión arterial alta. Además, millones de las personas con hipertensión arterial no reciben el tratamiento que necesitan. Entre los tratados, el 29% de las mujeres y el 24% de los hombres no fueron examinados. Como resultado, solo el 35% de las mujeres y el 23% de los hombres controlan su presión arterial alta. (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud, la hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de dolor y muerte prematura después de eventos

cardiovasculares, la segunda causa de discapacidad en el mundo y la primera causa de muerte por cardiopatía isquémica. Arritmia. (7)

Entre el 20% y el 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe sufre hipertensión arterial. El número de personas con presión arterial alta está aumentando en los últimos años y muchas personas no son conscientes de su condición. Según un estudio en cuatro países de América del Sur (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), solo el 57,1% de la población adulta estimada con presión arterial alta sabe que tiene presión arterial alta, lo que contribuye a los niveles de presión arterial alta. Control: sólo el 18,8%. De las personas con presión arterial alta en estos cuatro países, su presión arterial estaba controlada. (4)

En Cuba hay más de dos millones de hipertensos, lo que representa más del 30 % de la población mayor de 15 años. En 2017, la tasa de hipertensión arterial era de 450,1 por 1000 habitantes, y la primera causa de muerte eran las enfermedades del corazón a una tasa de 241,6 por cada 100.000 habitantes, según el anuario estadístico del Ministerio de Salud. (6)

En Ecuador, en 2019 según el INEC, la hipertensión arterial ocupó el quinto lugar con 2.810 muertes, convirtiéndose así en una de las cinco principales causas de muerte, representando el 28,7% de todas las muertes. País de todas las edades. (7)

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se propaga a una tasa del 25 % en todo el mundo y afecta a más de mil millones de personas. Solo en México, una de cada tres personas padece esta condición. Diversos autores informan que una de cada tres personas con esta condición no es consciente de que la padece. Del mismo modo, una de cada tres personas que reciben tratamiento de control de la presión arterial no alcanza un nivel de presión arterial inferior a 140/90 mmHg, por lo que se espera que aproximadamente el 3% de los pacientes hipertensos experimenten al menos un episodio de hipertensión. su vida. (8)

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas más comunes, afecta a más del 30% de la población adulta mundial y es el factor de riesgo más importante en el origen de las enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular y demencia. Solo en Perú, la tasa de mortalidad por hipertensión aumentó del puesto 15 en 1986 al 10 en 2015 y las muertes específicas de 9,6 a 14,2 Cada 100 mil en el mismo período. Más de 3 millones de peruanos sufren de hipertensión arterial. Incluso, según los resultados de la ENDES de 2014 a 2017, solo el 60% de las personas con hipertensión arterial recibieron tratamiento. Aunque el número de Perú en comparación con otros países es promedio, todavía es Tasa muy alta y otro aspecto relevante a considerar es que la gran mayoría de los pacientes hipertensos no saben que tienen hipertensión arterial, ya que esta es una enfermedad que puede pasar desapercibida mientras no se controla. (9)

La hipertensión arterial (HTA) se define como una enfermedad fatal, invisible y silenciosa que a menudo se presenta sin síntomas. Se considera un trastorno grave que aumenta gradualmente el riesgo de desarrollar enfermedades como enfermedades renales, cardíacas o cerebrales; Así, se ha convertido en una de las principales causas de muerte prematura en el mundo. (7)

La crisis hipertensiva es una complicación de la hipertensión arterial, un cuadro patológico altamente concomitante con muy diversos desencadenantes y que puede clasificarse como urgencia o emergencia hipertensiva, y amerita un diagnóstico oportuno y certero e identificación de la causa, con intervención terapéutica inmediata. (6)

Una crisis hipertensiva se define como un aumento súbito o repentino de la presión arterial a niveles muy elevados que supone peligro o daño en los órganos (cerebro, corazón, riñones, retina y arterias). Puede ocurrir a cualquier edad y por una variedad de razones. Porque alrededor del 1-7% de las personas con presión arterial alta tendrán al menos un episodio de crisis hipertensiva durante su vida. (7)

La crisis hipertensiva incluye una variedad de síndromes clínicos con una variedad de manifestaciones que van desde pacientes asintomáticos hasta

manifestaciones multisistémicas. Por eso, estos casos los vemos más a menudo en los servicios de urgencias hospitalarios y donde es importante que los profesionales de la salud saben identificar con precisión esta condición con una correcta historia clínica, exploración física y cuidados y tratamientos, de esta forma se puede mejorar la atención y reducir los tiempos de espera. Evita largas e innecesarias estancias en el hospital. (8)

En el Hospital Regional Huacho, hoy por hoy los pacientes en crisis hipertensiva no muestran complicaciones donde afecten parte de sus órganos, gracias al actuar de la enfermera en el área de emergencia, por su pronta participación, asistencial en los pacientes que acuden con este mal. En el servicio de emergencia en el tópico de shock trauma en el año 2021 se han presentado 16 casos de crisis hipertensiva que no ha causado daños de órganos y que ha sido pronta recuperación, aun así; las complicaciones causadas por la hipertensión arterial son continuas en nuestro servicio por lo menos en todo el año se han presentado más de 300 casos atendidos por el tópico de medicina y en este año 2022 se han presentado 2 casos con crisis hipertensiva estos dos meses que han llegado al tópico de shock trauma que luego han sido trasladado a observación de medicina y dados de alta.

La enfermera actúa oportunamente ante la emergencia presentada mediante sus intervenciones inmediatas en la cual médico- enfermera ayudaran al paciente a estabilizarla.

El cuidado de enfermería en servicio de emergencia es monitorizar la presión arterial, las funciones vitales, control de diuresis, colocación de una vía endovenosa, soporte de oxígeno si fuera necesario.

La enfermera del servicio de emergencia aplica sus conocimientos científicos y apoyo emocional para su pronta recuperación del paciente que son el objetivo de personal de salud.

Si no se trata la crisis hipertensiva puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales, la enfermera vigila, controla la presión arterial y los demás signos vitales donde la prioridad es la presión arterial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

UTRERA DIAZ G., PÉREZ RODRIGUEZ L. & TOLEDO YANES P., (Cuba, 2021), las enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión, son una de las principales causas de complicaciones y muerte en todo el mundo. En su estudio “Crisis hipertensivas: caracterización clínico-epidemiológica y estratificación de riesgo cardiovascular”, **OBJETIVO:** Determinar las características clínicas, epidemiológicas y el riesgo cardiovascular global de los pacientes con hipertensión en Clínica Comunitaria Universitaria Cecilio Ruíz de Zárata de Cienfuegos de junio de 2018 a mayo de 2019. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal realizado en el servicio de urgencias de la Clínica Comunitaria Universitaria Cecilio Ruíz de Zárata de Cienfuegos durante el período de junio de 2018 a mayo de 2019. Las variables analizadas fueron: grupo etáreo, sexo, tipos de crisis hipertensiva, tiempo de progreso de la enfermedad, estadio clínico, tratamiento médico, tabaquismo, presencia de diabetes y niveles de colesterol para determinar el riesgo cardiovascular global categorizado como bajo (=40%). Los datos se procesan utilizando SSPS v. paquete de estadísticas 19.0 y presentado en forma tabular con números y porcentajes. **RESULTADOS:** 91,7% emergencia hipertensiva y 8% emergencia hipertensiva. Predomina el grupo de edad de 50-59 años, el 72,6% son fumadores, el 39,7% tienen diabetes y el 31,5% colesterol alto. Sobre todo, en la segunda etapa. Enfermedad y tratamiento médico inadecuado o inadecuado en un gran número de pacientes con riesgo moderado a alto de enfermedad cardiovascular. **CONCLUSIÓN:** Existe un vacío en el manejo y control de la hipertensión arterial, así como un número significativo de pacientes con mayor riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares después de 10 años. (6)

En nuestro servicio el manejo de la crisis hipertensiva es rápida, y normalmente se presenta en paciente mayores de 50 años que no han tenido un control de la presión arterial.

RODRÍGUEZ ZUÑIGA J. (Potosí-Bolivia, 2021). La crisis hipertensiva es una complicación mayor de la hipertensión arterial sistémica, que se define como un aumento brusco de la presión arterial, con una lectura superior a 180/120 mm Hg, dividida en urgente y urgente, y que ocurre en presencia de daño de órgano blanco. La variante más común es la emergencia hipertensiva, que se reporta en el 80% de los casos, esta última no requiere un rápido descenso de la presión arterial, demora hasta 48 horas en controlarse, por lo que debe ser atendida en una unidad de atención primaria. Sin embargo, se han detectado un gran número de derivaciones a urgencias por urgencias tipo crisis hipertensivas, que no son Prueba de presentación. EN SU ESTUDIO “Referencia no justificada de pacientes adultos con diagnóstico de crisis hipertensiva de un primer nivel de atención al servicio de urgencias del HGZ no 50”, OBJETIVO PRINCIPAL: Determinar la frecuencia de derivaciones inadecuadas de pacientes adultos con hipertensión arterial al servicio de urgencias de un hospital de segunda línea. MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, descriptivo, tipo de muestreo no probabilístico, tamaño de muestra computado en base a Fórmula de población limitada. Pacientes remitidos desde unidades primarias con diagnóstico de hipertensión arterial, en los que se identificó la causa de la derivación, así como las características clínicas del paciente, observado como urgencia o urgencia hipertensiva (en este caso, valoración de daño agudo en órganos diana). RESULTADOS: La mayoría de las derivaciones fueron urgencias hipertensivas con un 78,9% y urgencias 21,1%, 58,3% femenino y 41,7% masculino, lo que indica que, en la gran mayoría de los pacientes de este caso, tanto los hipertensos como los hipertensos de emergencia fallaron a la sangre para acatar lo que atacaban. tratamiento en proporciones similares. CONCLUSIÓN: El 78,9% de las derivaciones desde las unidades de primera línea al servicio de urgencias hospitalarias no fueron justificadas. La prevalencia de hipertensión es mayor en las mujeres. La mayoría de los

pacientes que tienen una crisis hipertensiva no se adhieren a su tratamiento habitual. Un alto porcentaje de pacientes no recibe tratamiento farmacológico en atención primaria. (10)

En nuestro hospital la mayor prevalencia de pacientes con hipertensión arterial es mas en mujeres, la mayoría de ellos no reciben tratamiento ya que no asisten a sus controles, pudiendo ser un causante de posibles complicaciones.

SAAVEDRA FLORES B., (Cuenca-Ecuador, 2019). Los episodios hipertensivos son una complicación aguda de la hipertensión, causando 9,4 millones de muertes por estas exacerbaciones. En Latinoamérica, destacamos un estudio colombiano de 2015 que concluyó que el género femenino es predominante, con un promedio a los 63 años, la categoría de crisis hipertensiva fue urgente, concluyendo que el diagnóstico y tratamiento oportunos eran fundamentales. Encontramos un estudio en Azuay, que encontró una mayor frecuencia en mujeres de mediana edad que tenían emergencias por presión arterial alta, lo que sugiere que se necesita más investigación. Policéntrico en nuestro medio. En su estudio “Caracterización de las Crisis Hipertensivas en Adultos de la Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso, enero 2016 a diciembre 2018”. El objetivo principal. Caracterizar una crisis hipertensiva en adultos del servicio de urgencias del Hospital José Félix Valdivieso Santa Isabel, enero 2016 a diciembre 2018. Métodos. Este es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, con un límite científico de 151 pacientes, y un muestreo aleatorio simple de 122 pacientes, lo que nos permite Conoce tu personalidad. Los datos se procesan con Excel 2016 y luego se interpretan con tablas y gráficos. Resultados: sexo femenino 57%, edad 40-65 es 49%, nivel de instrucción primaria 67%, procedencia rural 65%; Aumento de peso con IMC 50%, antecedentes de hipertensión 70%, tratamiento antihipertensivo 56%; Clasificación de crisis hipertensiva, urgencia 93%, daño cerebral 89%; Cefalea episódica 59%, tratamiento que inicia captopril 61%, excreción 93% en domicilio. CONCLUSIÓN: El sexo fue predominantemente femenino, indicando más

urgencias que emergencias, el órgano diana más afectado fue el cerebro, y el tratamiento inicial utilizado fue captopril. (11)

En nuestro servicio se presentan en mayor afluencia pacientes con urgencias hipertensivas que no han causado daños a órganos y se ha logrado una pronta recuperación.

TERCERO OSORIO B. & TERCERO RAMÍREZ M., (Nicaragua, 2018). En su estudio “Comportamiento epidemiológico de las crisis hipertensivas en relación al aumento de las temperaturas entre noviembre 2016-abril 2017, en los centros de salud del sector urbano de la ciudad de León”. MÉTODOS: Los registros diarios de temperatura máxima y el número diario de casos de crisis hipertensiva se combinaron para crear una estructura gráfica que muestra el comportamiento de la crisis hipertensiva a lo largo del tiempo. Se calcularon tasas de incidencia por sexo, edad, industria y comorbilidades. Para determinar el cambio de escala con la temperatura, se utilizó la regresión de Poisson, lo que permitió determinar si existe asociación ($p < 0.05$) entre las variables y un aumento en la incidencia de la variable dependiente por cada unidad de aumento en la variable independiente. Resultados: se registraron 228 casos de crisis hipertensiva entre noviembre de 2016 - abril de 2017. La prevalencia fue mayor entre las mujeres, el grupo etario más afectado fue el de 45 a 64 años y las mayores comorbilidades que acompañan al inicio de las convulsiones son la hipertensión crónica. La incidencia de la enfermedad comienza a aumentar dramáticamente a partir de los 32 °C, y la incidencia casi se triplica cuando la temperatura supera los 37 °C. (12)

En nuestro servicio se presentan los casos de crisis hipertensiva se presentan de manera más esporádica, pero se han visto más casos en los meses de enero, febrero.

FIGUEREDO REMÓN R., PROENZA FERNÁNDEZ L., GALLARDO SÁNCHEZ Y. & TABERNILLA GUERRA O. (Cuba, 2018). La hipertensión arterial hoy en día es un problema de salud pública y un desafío en todos los países debido a su alta prevalencia. En su estudio “Factores de riesgos

asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud Manzanillera”. OBJETIVO: Determinar el comportamiento de las crisis hipertensivas en pacientes ambulatorios con hipertensión arterial en la práctica médica para 372 versión online: ISSN 1028-4818 Revista de Medicina Multimedia. Familia Granma RPNS-1853 No. 30 del dispensario Hermanos Labrada de la localidad de Manzanillo-Granma de diciembre de 2015 a diciembre de 2016. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. El mundo del estudio incluyó a 157 pacientes mayores de 18 años. Mediante el uso de una muestra de probabilidad aleatoria simple, la muestra residual Incluye 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, grado de hipertensión arterial, factores de riesgo y tipo de crisis hipertensiva. Los datos se recopilan a través de una encuesta de recopilación de datos. Resultados: El paciente tenía entre 49-53 años (28%), principalmente del sexo masculino (31,4%). Trabajadores con hipertensión tipo 2 (52%); El consumo de alcohol y el tabaquismo fueron los principales factores de riesgo modificables y se asociaron con emergencias relacionadas con la hipertensión en un 42,5% y un 27,5%; homogéneo. CONCLUSIÓN: Se determinó la razón de factores de riesgo para crisis hipertensiva en la Clínica General Hermanos Labrada, la cual ayudará en la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y en otros fundamentos clínicos similares (13)

En nuestro servicio los casos que mas se presentan son aquellos que no han tenido control de la hipertensión arterial, asociados a ella comorbilidades y consumos de tabaco y alcohol.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

RAMOS REYES J. (Arequipa, 2019). En su estudio “Factores de Riesgo y Crisis Hipertensiva Pacientes del Servicio de Emergencia Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud - Ica, 2017”. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los factores de riesgo y la crisis hipertensiva en

pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud - Ica. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con diseño asociativo, con una población de 25 pacientes. Para ello se utilizó como herramienta un modelo con 15 valoraciones de factores de riesgo modificables de tres vías y de crisis hipertensiva de dos vías, siendo esta técnica la correspondiente. Se puede constatar que existen factores de riesgo asociados a la crisis hipertensiva, obtenidos a partir de la prueba chi-cuadrado de la tabla, que son de significancia relativa mayor a 0,005; Se concluye que los factores de riesgo están vinculados con los antecedentes familiares del paciente, los hábitos adversos y el manejo del estrés no se relacionaron con el conocimiento de la variable crisis hipertensiva. Se encontró una relación significativa entre los antecedentes familiares y el manejo del estrés relacionado con los medicamentos utilizados por los pacientes durante una crisis hipertensiva. (14)

Em nuestro servicio los pacientes no tienen control de su tratamiento antihipertensivo, y no tienen un régimen en su alimentación.

CÁRDENAS GAMBOA C. & RIVAS JALLO, S. (Arequipa, 2019). El tema tiene como objetivo “Conocimiento y Manejo de Crisis Hipertensiva, Enfermeras del Servicio de Emergencia Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2019” pretende determinar la relación de las intervenciones terapéuticas con el modelo Por Virginia Henderson, 14 citas utilizadas, las citas utilizadas son consistentes con los métodos descriptivo, correlativo y transversal, las variables de investigación son: conocimiento de la crisis hipertensiva y su manejo. Grupo objetivo: 26 enfermeras que laboran en el servicio de urgencias, quienes aplicaron las siguientes herramientas: La primera entrevista para el logro de datos generales y específicos, la segunda prueba mide la comprensión de una crisis hipertensiva y la tercera es una guía observacional para detectar el manejo de la crisis hipertensiva de un paciente. Analizar el nivel de comprensión de la crisis de la hipertensión arterial, que es alta en la población de estudio que muestra una gravedad moderada y su manejo, es parcialmente dominante. Se concluye que existe

relación entre el nivel de conocimiento sobre la presión de una crisis hipertensiva y su atención. (15)

En nuestro servicio la atención de pacientes en crisis hipertensivas es mínima es por ello que el personal a pesar de sus conocimientos le falta ampliar el manejo de ella.

ASMAT AGREDA A. & MORILLAS BULNES A. (Trujillo, 2018). Este estudio descriptivo de asociación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre los “Factores Demográficos y las Prácticas de Autocuidado de los pacientes adultos con Crisis Hipertensiva atendidos en el Hospital de Cacas entre marzo y octubre de 2017”. precisa respetando los principios éticos sobre la relación de variables y ajustando el estadístico chi-cuadrado, dando las siguientes conclusiones: El 53,8% de los pacientes adultos tenían más de 60 años, el 42,3% tenían entre 40 y 59 años y solo el 3,8% tenían entre 20 y 39 años. El 51,3% de niños y el 48,7% de niñas, el 53,8% no tiene estudios, el 35,9% no ha egresado de primaria, el 7,7% ha egresado de primaria y solo el 2,6% ha egresado de bachillerato. El 78,2% informó practicar un autocuidado regular, el 12,8% practicarlo bien y solo el 9% practicar un autocuidado deficiente. Existe una relación significativa entre la edad, el nivel educativo y las prácticas de autocuidado. (16)

En nuestro servicio la edad que normalmente presenta esta enfermedad ahora en estos tiempos inicia a partir de los 40 años a más.

MUÑOZ MORALES D. (Moquegua, 2017). En su estudio “Crisis Hipertensiva”. La hipertensión arterial (HTA), una potencial complicación del anciano, presenta un riesgo en esta población vulnerable, especialmente a partir de los 65 años. A menudo comienza como episodios de presión arterial alta por diversas razones, convirtiéndose en una amenaza para la supervivencia. Esto significa que se debe realizar el diagnóstico precoz para prevenir futuras complicaciones. Se trata de una investigación de crisis hipertensiva en adultos, cuyo propósito es determinar la importancia de un plan de cuidados de enfermería como guía y correlacionar conocimientos científicos en crisis hipertensivas en pacientes adultos. La información se

recolectó de la historia clínica del paciente, y fue un estudio descriptivo, retrospectiva no experimental. La muestra es un varón adulto de 60 años que ingresó en una consulta médica por hipertensión arterial. La conclusión es que el uso adecuado del proceso de enfermería (PAE) significa brindar cuidados de calidad. para el paciente y su satisfacción; Además de brindar los conocimientos para actuar con eficacia y responsabilidad, el bienestar físico, mental y social de las personas, familias y comunidades. (17)

El manejo científico y el uso adecuado del proceso de enfermería nos va a permitir brindar una buena atención logrando la satisfacción del paciente,

SANCHEZ QUISPE D. & VASQUEZ BUSTAMANTE, R. (Lima, 2017). En su estudio “Eficacia del Tratamiento con Captopril en Pacientes con Crisis Hipertensivas”. Los objetivos de este trabajo son: Organizar y analizar la evidencia sobre la eficacia de la terapia con captopril en episodios hipertensivos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión sistemática retrospectiva y observacional, la búsqueda se limitó a artículos de texto completo y los artículos seleccionados fueron sometidos a lectura crítica. De 11 artículos lo encontramos el 28% (03) corresponden a Cuba, un 18% (02) México, mientras el 18% (02) corresponde a Brasil, el 9% (01) a EEUU, el 9% (01) a Irán, el 9% (01) a Turquía, el 9% (01) a Bosnia respectivamente. Revisión Sistemática con el 9%, Brasil, cuasi experimental, con 9%, México y Bosnia respectivamente. Ensayo Clínico, con 9%. País Cuba, Irán y México respectivamente y con un 18% estudios descriptivos transversales pertenecientes a Cuba, 9% Brasil, 9% Turquía y 9% EEUU. Donde el 100% de los artículos analizados confirmaron que el captopril fue eficaz en el tratamiento de episodios hipertensivos. **RESULTADOS:** E. Karakilic et al. Captopril es un tratamiento eficaz, fácil de aplicar y seguro para los episodios de presión arterial alta, que comienza a funcionar de 15 a 120 minutos después de la dosificación y reduce la presión arterial. 25% en promedio, como es proporcionado por guías de Europa y América del Norte, en conjunto con Maleki A, et al. ¿Qué nifedipina, captopril o nitroglicerina

sublingual, que pueden bajar más la presión arterial? Conclusión Captopril ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de episodios hipertensivos. (18)

En nuestro servicio el manejo de la crisis hipertensiva la elección del medicamento por su rápida acción es el captopril.

2.2. Base Teórica

2.2.1. Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson

El papel de la enfermera es único en el sentido de que brinda educación especializada sobre la salud del paciente. Las actividades e intervenciones de una enfermera son los pasos que ella o la enfermera toman para lograr un resultado deseado. Las intervenciones de enfermería independientes son actividades en las que las enfermeras pueden aplicar sus conocimientos y habilidades para iniciarse en la enfermería. Estos incluyen: apoyo físico, evaluación continua, apoyo y salud mental, educación, asesoramiento y referencias a otros profesionales de la salud. (17)

El trabajo de Henderson se basa en la teoría de la definición de enfermería clínica, reflejando el modelo integrador. Es un paradigma que se considera humanista y tiende a sustituir o asistir, y es un paradigma muy difundido por sus características generales, sencillez y claridad. (17)

2.2.1.1. Sus 14 necesidades básicas:

1. Respira libremente: puedes aportar oxígeno y eliminar dióxido de carbono.
2. Comer bien: Consumir una alimentación de calidad basada en nutrientes permite un desarrollo y crecimiento saludable.
3. Excreción de desechos del organismo: eliminación de sustancias nocivas para el metabolismo.
4. Mantener un correcto movimiento y postura: El movimiento y mantenimiento del cuerpo es muy importante para el correcto funcionamiento del cuerpo y la circulación sanguínea.

5. Descanso y sueño: Es fundamental una vida organizada, en la que se respete la hora diaria de acostarse.
6. Vestimenta adecuada: llevar ropa adecuada según la situación y moverse con comodidad.
7. Temperatura corporal adecuada: La comida y la ropa deben ser adecuadas para la temperatura ambiente.
8. Higiene corporal diaria: La higiene es importante para mantener la salud, esto incluye el baño diario, el lavado de manos, etc.
9. Evitar situaciones de peligro: prevenir acciones agresivas, para mantener la salud física y psíquica.
10. Mantener la comunicación a través de emociones, necesidades, miedos o sentimientos: comunicación verbal y no verbal.
11. Respeta a Dios, según tu religión: La fe es la clave para la curación.
12. El trabajo les permite elevar su autoestima y sentirse lo más útiles posible.
13. Participar activamente en el ocio y la relajación.
14. Desarrollar integralmente la conciencia, estudiar mucho, cambiar hábitos, costumbres y hábitos (aprender). (17)

Henderson construyó un sistema basado en organizar al paciente, evaluando las situaciones que lo modifican y las que encuentra de acuerdo a las necesidades del paciente, como parte fundamental de su visión como unidad familiar. Esta organización tiene tres niveles:

1. De sustitución: el paciente es completamente reemplazado.
2. De ayuda: acciones realizadas que el paciente no puede realizar por sí mismo.
3. De acompañamiento: Constantemente al lado del paciente para asesorar al paciente. (17)

Henderson define el cuidado de enfermería como "el apoyo continuo de personas sanas o enfermas para contribuir o restaurar su salud". (17)

2.2.1.2. TÉRMINOS SEGÚN HENDERSON

- ❖ Salud: es la cualidad que permite a un individuo percibir la vida desde el punto de vista material y espiritual, hasta el más alto nivel de satisfacción en su vida.
- ❖ Cuidado: destinados a compensar la falta de independencia del Sujeto a ser capaz de actuar de forma independiente para satisfacer las necesidades básicas.
- ❖ Entorno: factores externos que tienen un impacto positivo o negativo en las personas. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye las relaciones con la familia, así como las responsabilidades de la comunidad para brindar atención.
- ❖ Persona: Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que se esfuerzan por mantener su equilibrio. Estos componentes son indivisibles y, por lo tanto, se dice que el hombre es una entidad inseparable. 17)

Sostuvo que las enfermeras no solo deben evaluar las necesidades del paciente, pero a medida que se modifican condiciones y condiciones patológicas, se puede cambiar el entorno cuando sea necesario y se debe identificar al paciente y su familia como uno solo. (19)

Sustenta que la enfermera no solo tiene que evaluar las necesidades del paciente, sino que a medida que cambian las condiciones y las enfermedades, el entorno puede cambiar según sea necesario y el paciente y la familia deben identificarse como una unidad. (19)

2.2.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE JEAN WATSON

La teoría de Watson J, la teoría del cuidado humano, se basa en la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma a través de una relación de ayuda y confianza entre el receptor y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (fenomenología existencial), tiene un fundamento espiritual, se preocupa por un ideal moral y ético. La filosofía de Jean Watson cree que el cuidado humano incluye: obligaciones morales (protección y mejora de

la dignidad humana; más allá del juicio médico), experiencias, percepciones y relaciones: (mostrando un fuerte interés en el individuo). El cuidado humano requiere el compromiso ético de los profesionales médicos. Todos necesitan mejorar su calidad de vida, estén sanos o enfermos. Sumérgase en la educación sobre cada atención brindada, aumentando así la conciencia del paciente sobre la atención humana. (20)

2.2.2.1. Las 6 Dimensiones de la Escala de Atención Humana de Watson:

1. Satisfacer las necesidades: Las necesidades humanas se dividen en capas. Por lo tanto, brindar atención es un trabajo especializado para satisfacer las necesidades humanas en el campo de la salud de un individuo, comunidad o población, además de ser integral e integral, porque incluye diferentes niveles de necesidades.
2. Habilidades y técnicas de enfermería. Se apoya en la organización de un cuidado de enfermería o de un procedimiento bajo la responsabilidad de una enfermera.
3. La relación entre enfermera y paciente. La comunicación es una necesidad para los pacientes y sus familias, y permite que los pacientes conozcan su estado de salud y se mantengan informados sobre su enfermedad. Para ello hace falta sensibilidad, apertura y altruismo, pero también constancia, que incluye la honestidad, la conciencia de la realidad y el compromiso con la verdad.
4. Cuidado personal profesional. El cuidado profesional es el núcleo de la enfermería e incluye procedimientos desarrollados de mutuo acuerdo entre dos personas, un cuidador y una persona apoyada. El cuidado ocupacional es el cuidado desarrollado por expertos con conocimiento científico en el campo de la medicina, con habilidades técnicas para ayudar a las personas, familias y comunidades a mejorar o restaurar la salud.
5. Aspectos espirituales de la enfermería. En esencia, la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente, vital para el desarrollo de una rehabilitación de calidad para los pacientes. Además, fuerza, motivación y búsqueda del sentido de la vida. Por eso, el apoyo mental del

profesional de enfermería debe estar basado en el sentido de la responsabilidad, el respeto y la dedicación hacia el paciente, especialmente cuando éste se está muriendo.

6. Aspectos éticos del cuidado. La ética de enfermería estudia las causas del comportamiento en el contexto de la profesión, los principios que rigen esos comportamientos, motivaciones y valores. De lo anterior, podemos concluir que el cuidado humano debe estar integrado en la filosofía de vida de los deberes de enfermería del cuidado y que se debe brindar un cuidado que asegure la calidad de la atención brindada en las diferentes situaciones del sector salud. (20)

2.2.3. TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Para Orem, las enfermeras deben identificar las habilidades potenciales de autocuidado del individuo para que puedan satisfacer sus propias necesidades de autocuidado para mantener la vida y la salud, recuperarse del daño y la enfermedad y lidiar con sus efectos. El objetivo de la enfermería es identificar la brecha entre la capacidad potencial de un paciente para cuidarse a sí mismo y la necesidad del paciente de cuidarse a sí mismo. El objetivo es deshacerse de él, de modo que se cubran los requisitos/necesidades generales de desarrollo y se reduzcan los sesgos de salud. (21)

La enfermería se guía por los sistemas de enfermería, que se caracterizan por tres niveles de participación:

- a) Remuneración total (la enfermera realiza todas las tareas de autocuidado).
- b) Sistema de compensación parcial (autocuidado de enfermera y paciente).
- c) Apoyo educativo (las enfermeras ayudan a superar las limitaciones en el autocuidado). (21)

Las enfermeras brindan apoyo especializado a las personas con discapacidad que necesitan más ayuda de la habitual para cubrir sus necesidades diarias de autocuidado y para participar de forma inteligente en los cuidados que reciben de un profesional sanitario. (21)

Para Orem, “El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en beneficio propio para mantener la vida, la salud y la felicidad”. (21)

En particular, se puede considerar que una persona se cuida a sí misma si realiza activamente las siguientes actividades:

1. Apoya los procesos y actividades normales de la vida.
2. Mantener un crecimiento, madurez y desarrollo normales.
3. Prevención o control de procesos patológicos o dolorosos.
4. Prevención o compensación de la invalidez.
5. Promover el bienestar. (21)

2.2.3.1. Necesidades de autocuidado

Orem identificó y describió ocho actividades que son necesarias o esenciales para realizar el cuidado personal, independientemente de la salud, la edad, el nivel de desarrollo o el entorno de un individuo. Estas actividades, por su propia naturaleza, se conocen como necesidades generales de asistencia e incluyen:

Mantener un suministro adecuado de aire, mantener un suministro adecuado de agua, mantener un apoyo nutricional adecuado, proporcionar cuidados relacionados con la eliminación de excrementos y heces, mantener un equilibrio entre la actividad y el descanso, mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevenir los peligros para la vida, la actividad humana y el bienestar humano y promover la actividad humana y el desarrollo en grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y los deseos humanos normales (el estado natural). Estas populares actividades de autocuidado incluyen los elementos físicos,

psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para la actividad humana. (21)

2.2.3.2. Necesidades de autocuidado para evolucionar

Además de las actividades de autocuidado integral, que son necesarias para todas las personas en todas las etapas de desarrollo, Orem identificó un segundo tipo de actividad relacionada con el desarrollo humano, que se da en condiciones específicas y en determinadas etapas, como la niñez. Durante estos períodos, se debe prestar especial atención a los aspectos de los cuidados de soporte vital que están específicamente dirigidos a promover el crecimiento. (21)

Este segundo grupo se ocupa de la prestación de cuidados asociados a condiciones que pueden afectar negativamente al desarrollo humano. Este grupo se divide en dos subcategorías; El primero se refiere a la provisión de atención para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, y el segundo se refiere a la provisión de atención para reducir o superar los efectos negativos de estas condiciones adversas. La polaridad actual (o potencial) de una situación particular o evento de vida. (21)

Situaciones relevantes que pueden obstaculizar el desarrollo humano o el autocuidado y por lo tanto deben ser consideradas son:

1. Falta de educación.
2. Problemas de ajuste social.
3. Pérdida de familiares, amigos o compañeros.
4. Pérdida de propiedad o negocio.
5. Las condiciones de vida cambian repentinamente.
6. Cambio en el estatus social o económico.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o discapacidad.
8. Enfermedad en etapa terminal o muerte esperada.
9. Riesgos ambientales. (21)

2.2.3.3. Necesidades para el autocuidado en la derivación médica

Cuando una persona está enferma, lesionada, discapacitada o recibe asistencia médica, tiene los siguientes requisitos para recibir atención médica adicional: (21)

Buscar y garantizar atención médica adecuada, si se expone a condiciones ambientales específicas o factores físicos o biológicos relacionados con eventos y condiciones médicas humanas, o cuando tiene signos o condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que identifican o se correlacionan con enfermedades humanas. Conciencia y preocupación por los efectos y resultados de las condiciones y estados de enfermedad, incluidos los efectos del desarrollo. (21)

Ejecución efectiva de las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación funcional prescritas, para la prevención de determinados tipos de patología, de la propia patología, para la regulación de las actividades humanas en general, corrección de deformidades, desfiguraciones o compensación por invalidez. Ser consciente de los efectos adversos de las medidas médicas tomadas o prescritas, incluidos sus efectos sobre el desarrollo, y anotar o corregir estos efectos. (21)

Cambiar su percepción de sí mismo (y su propia imagen) aceptándose que tiene ciertas condiciones de salud y necesita ciertas formas de atención médica. Aprenda a vivir con los efectos de las condiciones médicas y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el crecimiento personal continuo. (21)

Líneas de base para el autocuidado, las necesidades de autocuidado para el autotratamiento de las personas cuya salud se encuentra dentro de los elementos esenciales del autocuidado se denominan líneas de base. Factores regulatorios, incluidos los requisitos integrales de autocuidado (actividad) y los requisitos evolutivos de autocuidado. Los elementos básicos del autocuidado se basan en la naturaleza humana, tales como: edad, género, etapa de desarrollo, estado de salud, Orientación sociocultural, factores del sistema de salud, factores del sistema familiar, estilo de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos. (21)

De acuerdo con estos enfoques centrales y dado que los estudios en adultos mayores de 85 años son insuficientes, se ha sugerido que la terapia individual es algo que debería implementarse en la práctica clínica. (21)

2.2.3.4. Plan de atención según el diagnóstico de la enfermera

Como se mencionó, la teoría general del autocuidado de Dorothea Orem consta de tres teorías; Teoría del autocuidado de la que seleccionamos las afirmaciones generales más relevantes, afirmaciones de desarrollo y afirmaciones de desviación de la salud en la enfermedad de Alzheimer causada por hipertensión, teoría de la deficiencia, falta de autocuidado El autocuidado se refiere a los asistentes y agencias de autocuidado que serían las enfermeras en este caso, y la teoría de los sistemas de enfermería que pueden ser totalmente compensados, parcialmente compensados y de apoyo/educación se utiliza para desarrollar un plan de atención para la hipertensión. (21)

Se han desarrollado cuatro escenarios de manejo ambulatorio de HTA y se construyen herramientas en torno a las cinco etapas del proceso de atención; en la etapa de evaluación se han identificado las necesidades educativas más comunes de esta categoría de pacientes; en el diagnóstico se eligieron los rótulos de estas necesidades, y elaboran diagnósticos de enfermería basados en el formato de etiqueta diagnóstica (pregunta), correlación r/c (causa) y presentación m/p (síntoma y síntoma); luego, durante la fase de planificación, se muestra "Puntuación de enfermería" con las métricas correspondientes. Correlación con la escala y consistencia con la firma diagnóstica y/o factores asociados. (21)

La fase de implementación utiliza la "intervención de enfermería" como ejemplo de las actividades e intervenciones más adecuadas para facilitar la realización del tratamiento de enfermería, y esta investigación incluirá la autoeducación del cuidado para enfrentar la crisis hipertensiva del paciente. (21)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 CRISIS HIPERTENSIVA

A. Definición

Una crisis hipertensiva es un aumento repentino de la presión arterial o presión arterial (PA) que puede provocar un accidente cerebrovascular. La hipertensión grave tiene una presión arterial diastólica de más de 210 mm de mercurio (mm Hg) y una presión arterial sistólica de más de 120 mm de mercurio (mm Hg). Existe el riesgo de daño a los vasos sanguíneos, que pueden inflamarse y perder líquido o sangre, impidiendo que el corazón bombee sangre de manera efectiva. Una crisis hipertensiva es una emergencia médica que requiere un tratamiento inmediato para evitar consecuencias graves y también puede requerir hospitalización para cuidados intensivos y un mejor control del paciente. Por lo general, afecta al 1% de las personas con presión arterial alta. (22)

Existen 2 formas de crisis hipertensivas:

- Crisis hipertensiva de urgencia: cuando la presión arterial es muy alta pero no se sospecha daño de órganos.
- Crisis hipertensiva de emergencia: Ocurre cuando la presión arterial se eleva demasiado y los órganos se dañan. Puede tener consecuencias nefastas e incluso conducir a la muerte. (22)

B. ETIOLOGIA

Una crisis hipertensiva puede ocurrir en pacientes con hipertensión primaria (esencial) o en pacientes con hipertensión secundaria. (23)

HTA PRIMARIA

- Falta de cumplimiento de la terapia antihipertensiva.
- Un aumento repentino de la presión arterial sin un desencadenante claro. (23)

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

- Hipertensión renovascular.
- Endocrino (feocromocitoma, síndrome de Cushing, tumores productores de renina o aldosterona).
- Drogas (AINE, eritropoyetinas, ciclosporina, simpaticomiméticos, corticoides), drogas de abuso (cocaína, anfetaminas, fenciclidina) o drogas tóxicas (intoxicación por plomo).
- Efecto rebote por suspensión de fármacos antihipertensivos (betabloqueantes y antiadrenérgicos de acción central).
- Embarazo (preeclampsia y eclampsia).
- Enfermedad del parénquima renal (glomerulonefritis aguda, vasculitis, síndrome urémico hemolítico, púrpura trombocitopénica trombótica).
- Sistema nervioso simpático hiperactivo (síndrome de Guillain-Barré, síndrome agudo de la médula espinal).
- Trastornos del SNC (lesión en la cabeza, accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, tumor cerebral).
- Coartación de la aorta.
- Trastornos del colágeno, especialmente lupus eritematoso sistémico.
- Porfiria intermitente aguda.
- Hipercalcemia.
- Pseudocrisis hipertensiva.
- Dolor y estrés.
- Crisis de pánico.
- Síndrome de hiperventilación. (23)

C. FISIOPATOLOGÍA

Uno de los principales mecanismos fisiopatológicos es la modulación de la autorregulación de algunos problemas vasculares, en particular los que afectan al cerebro y los riñones. Esta falta de autorregulación puede conducir a la isquemia de estos órganos. La autorregulación es la capacidad de los vasos sanguíneos de dilatarse o estrecharse para mantener una perfusión adecuada en todo momento. Este mecanismo permite mantener una buena

perfusión con un rango moderado de presión arterial (habitualmente de 70 a 105 mmHg). esto es El equilibrio de las curvas de presión/flujo permite la continuación de una perfusión tolerable en estados hipertensivos crónicos, evitando la isquemia. Cuando la presión arterial supera el rango que permite la autorregulación, se produce daño tisular como resultado de una autorregulación excesiva, pérdida total de la capacidad de autorregulación o pérdida de la integridad vascular. Los cambios esqueléticos compensatorios a veces pueden explicar por qué los pacientes hipertensos tienen una mejor tolerancia No hay problemas graves con la hipertensión persistente, y debido a que los pacientes con hipotensión o aquellos cuyos niveles de presión arterial aumentan relativamente rápido, pueden desarrollar hipertensión, con niveles que a veces se mantienen en pacientes con hipertensión crónica. Esta es la autorregulación de la línea de presión. Este patrón fisiopatológico explica por qué si bajamos demasiado rápido la presión arterial durante una crisis hipertensiva, la isquemia de órganos puede empeorar Insuficiencia (cerebral o renal). Se pierde la capacidad reguladora y la caída brusca de la presión reduce la perfusión. Se ha demostrado edema cerebral y arteritis aguda y crónica, incluyendo ocasionalmente necrosis arterial, en casos fatales de crisis hipertensiva en los músculos Si esto también ocurre en la circulación renal, entonces la isquemia en el sistema glomerular conduce a un aumento en la concentración de renina en el plasma, lo que aumenta la presión arterial. Los sitios más comunes de isquemia durante una crisis hipertensiva son el cerebro, los riñones, el corazón y la retina. (20)

D. CAUSAS

- Olvidar tomar el medicamento para la presión arterial.
- Accidente cerebrovascular.
- Ataque cardíaco.
- Insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia renal.
- Rotura de la arteria principal del cuerpo (aorta).
- Interacción entre medicamentos.
- Convulsiones durante el embarazo (eclampsia). (9)

E. SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor de pecho intenso.
- Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa.
- Náuseas y vómitos.
- Ansiedad grave.
- Dificultad para respirar.
- Convulsiones.
- Falta de reacción. (9)

F. TRATAMIENTO

La mayoría de las crisis hipertensivas necesita tratamiento en urgencias:

- Use medicamentos antihipertensivos de acción rápida para bajar lentamente la presión arterial a un nivel seguro. Estos medicamentos se administran por vía intravenosa, oral o debajo de la lengua.
- En el caso de hipertensión arterial urgente, se puede tratar según indicación médica con medicamentos orales hasta estabilizar la presión y seguimiento integral.
- Durante emergencias hipertensivas, se requiere hospitalización para oxígeno, medicación intravenosa y monitoreo de frecuencia cardíaca y presión arterial. (22)

Los medicamentos que se utilizan con frecuencia en una crisis hipertensiva son:

- **Inhibidores** de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) como el Captopril o el Enalapril.
- Calcioantagonistas como el Amlodipino.
- Bloqueantes alfa y beta, como el Labetalol.
- Diuréticos como la Furosemida.
- Betabloqueantes como el Atenolol.
- Vasodilatadores como la nitroglicerina o el Urapidilo. (22)

G. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Inicialmente no requiere pruebas específicas, pero lo primero que hay que hacer es:

- Exploración clínica: Conocer qué síntomas tiene el paciente, qué medicamentos está tomando, si le han diagnosticado hipertensión arterial, qué actividad física y dieta realiza en su día a día, etc. Es importante saber si tiene alguna condición médica como diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, obesidad o cualquier otra enfermedad. (22)
- Exploración física:
 - ✓ Valore su presión arterial, primero acostado, luego de pie, usando ambos brazos. Para ello se utiliza un esfigmomanómetro, que se coloca en el brazo, a 2 cm al ras del corazón. Codos doblados arriba. Después de palpar la arteria, coloque un estetoscopio sobre ella.
 - ✓ Auscultación cardiopulmonar pulso, auscultación pulmonar, auscultación cardíaca, ritmo cardíaco. Esto se hace para descartar soplos y disección aórtica.
 - ✓ Electrocardiograma para evaluar el ritmo cardíaco.
 - ✓ Análisis de laboratorio.
 - ✓ Radiografía de tórax. (22)

H. FACTORES DESENCADENANTES

Los desencadenantes pueden ser presión arterial alta mal controlada o cambios en el tratamiento. (22)

I. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más frecuentes:

- Hipertensión arterial.
- Obesidad.

- Diabetes.
- Dieta alta en sal.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Antecedentes familiares.
- No tener control o regularidad en tomar medicamentos para la presión arterial alta.
- Modificaciones en el tratamiento.
- Enfermedad renal, cardíaca y/o respiratoria. (22)

J. COMPLICACIONES

Las complicaciones de la crisis hipertensiva incluyen:

- Lesión a uno o más órganos, especialmente los riñones, el corazón y el cerebro.
- Daño neuronal.
- Daño ocular.
- ICTUS (infarto cerebral).
- Hemorragia cerebral.
- Necrosis arteriolar (muerte de tejido de un vaso sanguíneo).
- Muerte. (22)

Esta condición es significativamente orgánica y potencialmente mortal, con una tasa de mortalidad del 4% y la aparición o deterioro de daño orgánico en el 19%. (22)

K. PREVENCIÓN

Control continuo de la presión arterial.

- Continuidad en el tratamiento hipertensivo.
- Dieta hiposódica.
- Ejercicios físicos frecuentes.

Evitar el consumo del alcohol y cigarros. (22)

2.3.2. Cuidados de enfermería en crisis hipertensiva

La esencia de la profesión de enfermería es el cuidado de personas sanas o enfermas, utilizando métodos científicos, las herramientas del trabajo de enfermería, en constante interacción con el entorno, viven una experiencia saludable, por lo tanto, la enfermería está fundamentada y tiene sustento propio A cuerpo de conocimiento en el trabajo de enfermería que ayuda a explicar y analizar el cuidado brindado a las personas con hipertensión. (15)

Los cuidados de enfermería son los principales procesos en el cual nos permite brindar una atención de calidad mediante la observación, evaluación, tratamiento y determinación en el reconocimiento de sus distintas complicaciones conllevando a la pronta recuperación del paciente.

ESCUCHE LAS TRES VOCES DE KOROTKOFF

1. El primer sonido es la presión arterial sistólica. A veces el sonido desaparece y reaparece después de 10 a 15 mmHg. Este silencio, llamado intervalo de auscultación, no tiene sentido.
2. El primer tono diastólico, marcado por la amortiguación del primer tono de Korotkoff, es la aproximación más precisa de la presión arterial diastólica.
3. El segundo tono diastólico es el punto en el que desaparecen todos los sonidos. (15)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Valoración de los signos vitales (PA, FC, T°, FR, SATO₂)
- Canalización de una vía periférica de gran calibre.
- Administración de antihipertensivos orales y/o endovenosos, tratamiento según indicación médica.
- Evaluación céfalo caudal.
- Valoración continua del nivel de conciencia y neurológico.
- Monitoreo de diuresis a horario. (si es necesario colocación de catéter vesical).
- Balance hídrico estricto.
- Colocación de oxígeno suplementario según requerimiento.
- Valoración de llenado capilar.
- Toma de electrocardiograma.
- Monitoreo y registro constante de la PRESIÓN ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA.
- Efectivizar exámenes de laboratorio.
- Mantener en reposo absoluto en posición semifowler.
- Vigilar signos de alarma.
- Brindar comodidad y confort.
- Registrar intervenciones de enfermería.
- Verificar patologías alternas para evitar complicaciones.
- Brindar dieta hiposódica.
- Orientación a los familiares sobre los cuidados al paciente.

CAPÍTULO III

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

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1 Valoración

3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

- Paciente: R.M.T
- Sexo: Femenino
- Estado civil: divorciada
- Edad: 61 años
- Fecha de nacimiento 17/06/1960
- Fecha de ingreso al servicio: 08/10/2021
- Fecha de valoración 08/10/2021
- Historia clínica: 175248

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA: Ingresa al servicio de emergencia traída por el SAMU el día 08/10/2021 a las horas 20:10 pm, desorientada, cefalea intensa, con dolor opresivo en el pecho y dificultad para respirar.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente de sexo femenino de 61 años actualmente se encuentra en el tópic de shock trauma, cama 01, en posición semifowler, despierta, desorientada, responde a estímulo doloroso, agitada, quejumbrosa, con apoyo oxigenatorio con un Fio2 0,28% (1 litro) con grado de dependencia III.

3.1.4 ANTECEDENTES:

3.1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES: No refiere

3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES: la madre sufría de artrosis, el padre es hipertenso y diabético, dos de sus hijos son hipertensos.

3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES: hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, obesidad, niega alergias y hábitos tóxicos.

3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES: Paciente de religión católica, ama de casa, estable económicamente.

3.1.5 EXAMEN FÍSICO:

Funciones vitales:

- P.A.: 200/100 mmhg,
- FC: 110-140 X´,
- FR: 28 X´,
- SO₂: 93-95%.
- T°C: Oral 36.8°C

Medidas antropométricas:

- Peso: 70 kilos,
- Talla: 1.52 mts

EXPLORACION FISICA CEFALO CAUDAL

- CABEZA: Normo céfalo

- | | |
|------------|--|
| A. Cabello | : La paciente tiene cabello corto, buena implantación, de color blanco, sin anomalías. |
| B. Fascias | : De dolor, ojerosa y palidez. |
| C. Oído | : Con presencia de cerumen. |

D. Ojos : Marrones claros de aspecto normal.
E. Nariz : Permeable.
F. Boca : Piezas dentarias incompletas, lengua escasa saburra, mucosa oral poco húmeda, labios poco hidratados, buen estado de higiene.
G. Cuello : No presenta tumoraciones, ni ganglios Linfáticos.

- TORAX: Simétrico. Auscultación de ambos campos pulmonares, no presencia de ruidos roncales, sibilantes y crepitantes, con saturación es de 93-95%.
- MAMAS: Aspecto: de consistencia suave y blanda, no presencia de tumoraciones.
- ABDOMEN: A la palpación abdomen blando depresible globuloso con leve dolor a la palpación, se evidencia suturas quirúrgicas anteriores (cesárea – apendicitis).
- GENITALES: A la observación buen estado de higiene, micción espontanea, colúrica.
- MIEMBROS INFERIORES: con presencia de edemas (+/+++).

INDICACIONES MÉDICAS

- Nada por vía oral
- Reposo absoluto
- Colocación de acceso venoso periférico
- Cloruro de sodio 9% 1000cc
- Omeprazol 40mg EV (c/24 h)
- Tramadol 100mg EV (C/8h)
- Metoclopramida 10mg EV (C/8h)
- BHE, balance hídrico estricto.

EXAMENES DE LABORATORIO

HEMOGRAMA

	Valor Encontrado	Valor Referencial
Leucocitos	8950 mm ³	4500 a 11000 mm ³
Hemoglobina	11.8 g/dl	11.0 – 16.0 g/dl
Hematocrito	36 %	33 – 48 %
Plaqueta	151,000 ul	150,000 – 400,000 ul

BIOQUÍMICA

	Valor Encontrado	Valor Referencial
Creatinina sérica	10 mg / dl	0.5 – 0.9 mg / dl
Deshidrogenasa láctica	240.62 u/l	241 – 280 u/l
TGO (Transaminasa glutámica oxalacética)	48.28 u/l	5 – 40 u/l
TGP (Transaminasa Glutámico pirúvica)	40.20 u/l	7 – 56 u/l

	Valor Encontrado	Valor Referencial
TIPO DE SANGRE	O +	

3.1.7 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

- **DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Clase 2: Tiende a involucrarse en conductas de riesgo para la salud, presentando esquemas de tratamiento ineficaces.

- **DOMINIO II: NUTRICIÓN**

Clase 5: Nutrición: falta de consumo de alimentación saludable, disminución en la ingesta de líquidos.

- **DOMINIO III: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

Clase 2: Examen de electrolitos alterado, orina colúrica. Apoyo oxigenatorio.

- **DOMINIO IV: ACTIVIDAD/REPOSO.**

Clase 4: Respuesta cardiovascular, Perfusión tisular periférica ineficaz.

- **DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN.**

Clase 5: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, desorientada, Escala de Glasgow: 13 puntos o: 4, v:4, M:5.

- **DOMINIO VI: AUTO PERCEPCIÓN.**

Clase 1: Auto concepto: Paciente con ansiedad por la soledad en su ambiente, relacionada con el deseo de conectarse con los seres queridos.

- **DOMINIO VII: ROL / RELACIONES.**

Clase 1 Relaciones familiares: condición de su hija para el cuidado.

- **DOMINIO VIII: SEXUALIDAD.**

Paciente se encuentra en etapa de adulto mayor, donde su vida sexual es nula según referencias.

- **DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

Clase 2: En respuesta a la reacción, el paciente parecía angustiado por la enfermedad debido a sus secuelas.

- **DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES.**

Clase 1: Valores – estímulo para fortalecer la esperanza.

Clase 2: Creencias - Actitud del paciente a la hora de tomar decisiones sobre su salud.

- **DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.**

Clase 1: Riesgo de Infección - Paciente se encuentra expuesto a contraer una infección por colocación de catéteres invasivos. Inmovilización riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilización prolongada.

- **DOMINIO XII: CONFORT.**

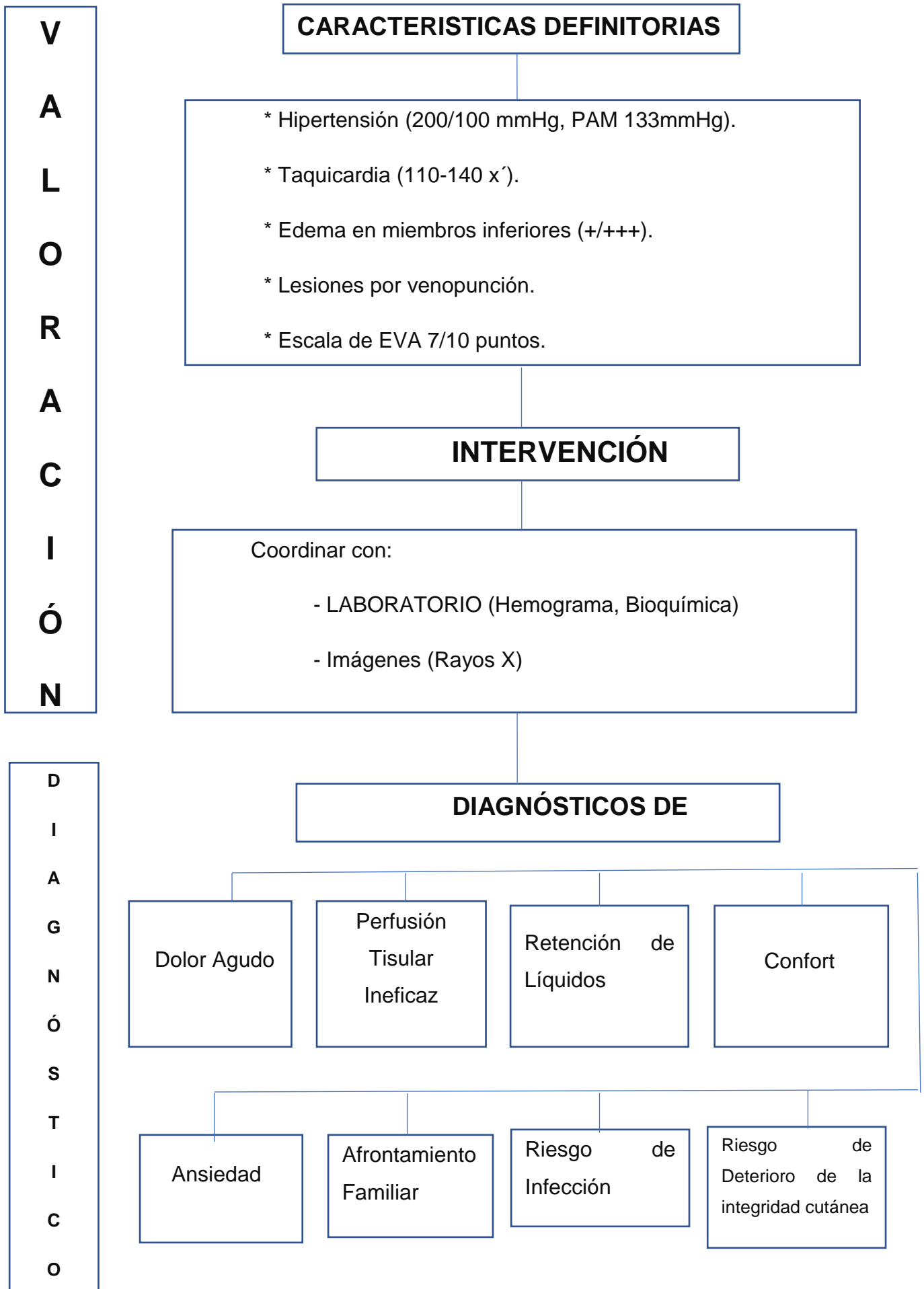
Clase 1: Confort físico - Paciente manifiesta dolor agudo punzante.

- **DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO:**

Clase 1: Crecimiento: Paciente con obesidad.

Clase 2: Necesidad del cumplimiento del tratamiento médico.

3.1.8 ESQUEMA DE VALORACIÓN



3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Hipertensión (PA: 200/100 mmHg, PAM: 133mmHg).
- Taquicardia (110-140 x´).
- Edema en Miembros Inferiores (+/+++).
- Lesión por venopunción.
- Escala de EVA (7/10).
- Ansiedad.
- Inmovilización.
- Control de Riesgo.

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO:

- 00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la pre y poscarga.
- 00026 Exceso de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación.
- 00132 Dolor agudo r/c proceso de la enfermedad.
- 00146 Ansiedad r/c incertidumbre de su estado de salud.
- Deterioro de la comunicación verbal r/c estado fisiológico,
- 00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c hipertensión arterial.
- 00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física.

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA / FACTOR RELACIONADO Y EVIDENCIA	PRIORIDADES	EVIDENCIA CIENTIFICA
<p>00029 Disminución del gasto Cardíaco r/c alteración de la Pre y poscarga. e/p PA 200/100 mmHg, FC: 110-140 x´</p>	<p>1</p>	<p>La capacidad de bombeo del corazón es una función de los latidos por minuto (la frecuencia cardiaca) y el volumen de sangre eyectado por cada latido (volumen sistólico).</p>
<p>00132 Dolor agudo r/c proceso de la enfermedad e/p cefalea y dolor opresivo en el pecho.</p>	<p>2</p>	<p>El dolor agudo complica los movimientos físicos que causan incomodidades en el paciente; Si no se trata a tiempo, crea muchos cambios fisiológicos, como el comportamiento, el sueño y si va en aumento los medicamentos no pueden hacer efecto así se administre.</p>

<p>00026 Exceso de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación e/p edema de miembros inferiores y cambios en la presión arterial.</p>	<p>3</p>	<p>La hipovolemia es una disminución en la cantidad de sangre u otros fluidos que circulan en el sistema cardiovascular. Se caracteriza por un tono de piel claro y un pulso débil. Cuando la sangre cambia, el corazón se ve obligado a trabajar mucho más para aumentar la eficiencia y mantener la sangre circulando.</p>
<p>00004 Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos.</p>	<p>4</p>	<p>En una paciente que se encuentra expuesta a procedimientos invasivos tiene un alto riesgo de adquirir un microorganismo patógeno provocando un proceso infeccioso mientras mas prolongada sea la estadia hospitalaria.</p>

<p>00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c hipertensión arterial.</p>	<p>5</p>	<p>La reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar. Adecuación de flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.</p>
<p>00146 Ansiedad r/c expectativas de la enfermedad e/p expresión de preocupación</p>	<p>6</p>	<p>La ansiedad del paciente no contribuye a la recuperación porque aumenta la frecuencia cardíaca y la respiración, por lo que el personal debe mantener informada a la paciente.</p>

3.2.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION.
<p>00132 Dolor agudo r/c proceso de la enfermedad e/p cefalea y dolor opresivo en el pecho.</p>	<p>GENERAL: Paciente presentar ausencia de dolor durante su estancia hospitalaria.</p> <p>ESPECÍFICO: Paciente disminuirá dolor y alcanzará un nivel óptimo de sus funciones vitales, después de las intervenciones de enfermería durante el turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora funciones vitales. • Se Vigila estado de conciencia • Se Valora escala de dolor (EVA) • Se Administra tramadol 100 mg en 100cc de Cloruro de sodio vía endovenosa c/d 8h. • Se Valora respuesta de medicamento del alivio al dolor. • Se brinda comodidad y confort. • Se vigila signos de alarma. • Se continua monitore constante. 	<p>Paciente presenta disminución del dolor en una Escala de EVA de 3/10 puntos, FC = 80 x", FR = 16 x".</p>

DIAGNOST.	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUAC.
<p>00026 Exceso de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación e/p edema de miembros inferiores y cambios en la presión arterial.</p>	<p>GENERAL: Paciente mantendrá un adecuado nivel de volumen de líquidos durante su estancia hospitalaria.</p> <p>ESPECIFICO:</p> <p>Paciente mantendrá un adecuado equilibrio de líquidos y de perfusión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la ingesta y eliminación de líquidos. • Valoración del balance hídrico estricto. • Valoración y vigilancia de los edemas existentes en el cuerpo de la paciente. • Evitar la sobrecarga de fluidos. • Valorar la PA constante. 	<p>Paciente mantiene un adecuado volumen de líquidos, PA = 120/90mmHg, FC = 75 x", Flujo urinario 1.2 cc/kg/h, piel y mucosas hidratadas</p>

DIAGNOST.	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUAC.
<p>00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c hipertensión arterial.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Paciente mantendrá Perfusión tisular cerebral efectiva durante su estancia hospitalaria.</p> <p>ESPECÍFICO:</p> <p>Paciente logra Mantener PA dentro de los parámetros normales después de las intervenciones de enfermería durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se Valora estado de conciencia. • Se Valora el estado de pupilas: simetría, reacción a la luz. • Se Valora actividad motora y sensitiva. • Se Monitoriza funciones vitales. • Se Administra captopril 25mg Vía SL (PA 200/100 mmHg). • Se valora signos de alarma. • Se Monitoriza saturación de Oxígeno. • Control constante de la PA. • Se realizó realiza balance hídrico estricto. 	<p>Paciente mantiene perfusión tisular cerebral eficaz logrando disminuir P/A 120/90mmHg,</p>

DIAGNOS.	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUAC.
00004 Riesgo de infección Procedimientos invasivos.	<p>GENERAL: Paciente mantendrá r/causencia de infección durante su estancia hospitalaria con ayuda del equipo de salud.</p> <p>ESPECÍFICO: Paciente mejorará la integridad tisular durante su estancia hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica medidas de bioseguridad. • Se realiza correctas técnicas de lavado de manos. • Se valora funciones vitales. • Se realiza correcta desinfección en puntos de venopunción. • Se vigila signos de alarma. • Prevención de úlceras por presión. • Control de infecciones. 	Paciente presenta ausencia de infección con T: 36.8°C. Leucocitos : 7014mm3

DIAGNOST.	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUAC.
<p>00146 Ansiedad r/c Incertidumbre del estado de salud e/p expresión facial y referencias de preocupación.</p>	<p>GENERAL: Paciente presentara ausencia de ansiedad durante su instancia hospitalaria.</p> <p>ESPECÍFICO: Paciente disminuirá Ansiedad mediante información de su evolucion de salud del equipo de salud durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se la llama a la paciente por su nombre. • Se le Brinda apoyo emocional. • Se le muestra empatía. • Se le despeja las dudas para q se mantenga mas tranquila. • Se le escucha atentamente cuando nos refiere alguna inquietud. • Se le explica sobre los procedimientos e intervenciones a realizar. • Se Evita comentarios negativos de su proceso de enfermedad. • Cuando se encuentre mas estable permitir que su familiar pueda interactuar con el paciente. 	<p>Paciente disminuye su nivel de ansiedad después de recibir información sobre la evolución medica.</p>

SOAPIE

Aplicado a paciente en crisis hipertensiva:

S: Paciente de sexo femenino de 61 años de edad refiere “dolor de cabeza y opresión en el pecho”.

O: Paciente adulto mayor a la observación se encuentra en posición semifowler, mucosa oral poco hidratadas, piel pálida, despierta, desorientada, responde a estímulo doloroso, agitada, quejumbrosa, con apoyo oxigenatorio con un Fio2 0,24% (1 litro) con grado de dependencia III.

A: Mejorar el estado de la paciente.

P:

- Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la pre y poscarga.
- Dolor agudo r/c proceso de la enfermedad.
- Exceso de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación e/p edema de miembros inferiores y cambios en la presión arterial.

I:

- valoración de los signos vitales constantes y registro aparte a horario de presión arterial y frecuencia cardiaca.
- Colocación de una vía periférica para administración de fluidos y tratamientos
- Se administra anti-hipertensivos captopril 25 mg SL.
- Vigilar la ingesta y eliminación de líquidos a través de un correcto balance hídrico de 12 horas y 24 horas.
- Valoración y vigilancia de los edemas existentes en el cuerpo de la paciente.

- Evaluar escala del dolor EVA.
- Seguimiento de resultados de laboratorio.
- Evitar la sobrecarga hídrica.
- Observar las mucosas orales, turgencia de la piel.
- Control de diuresis.
- Control de balance hídrico constante.

E:

La ejecución se cumplió a un 90% con el manejo de enfermería en el servicio en ese proceso se realizaron las intervenciones de cada uno de los diagnósticos que se mencionaron anteriormente.

En la evaluación a la paciente con el diagnóstico médico de crisis hipertensiva, se lograron cumplir los objetivos planteados en el presente trabajo, las acciones de enfermería que se realizaron con los pacientes de crisis hipertensivas fueron favorable logrando como resultado su pronta recuperación y el alta a casa.

CONCLUSIONES

1. En el camino de la carrera profesional de enfermería nos hemos orientado a garantizar un lazo con el paciente permitiendo satisfacer sus necesidades, es así que el caso clínico expuesto, mediante los objetivos trazados nos dio como resultado la pronta recuperación mediante la acción rápida de la enfermera y el equipo multidisciplinario, brindando un cuidado humanizado, demostrando que la profesión de enfermería no solo es ciencia, sino que va acompañado del arte.
2. En el servicio en el que estoy a cargo, mediante la evaluación del paciente permitió aplicar el proceso de atención de enfermería, haciendo uso de la priorización de diagnósticos que nos conllevó a desarrollar las intervenciones para la mejora de su salud, con ello podemos determinar que estos instrumentos han logrado el cumplimiento de los objetivos.
3. Se logró que el paciente se estabilizara, que sus funciones vitales en especial la presión arterial y frecuencia cardíaca se mantuvieran en un rango donde no ponga en riesgo su vida, con el apoyo de los conocimientos científicos, fármacos utilizados, la actuación frente a la patología y los cuidados de enfermería.
4. El trabajo académico realizado nos permitió indagar a fondo respecto a la patología, el manejo y la intervención, ya que vamos siempre en evolución, llegando a la conclusión que el actuar de enfermería es el pilar para la identificación de las características y el manejo de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. Implementar capacitaciones constantes al personal de enfermería con el fin de ampliar los conocimientos y lograr establecer un solo criterio.
2. Contar en el área de trabajo con guías de procedimientos y medicamentos que permitan tener en cuenta los protocolos a seguir y las reacciones adversas.
3. Mejorar la calidad de atención mediante los cuidados personalizados con empatía y respeto al paciente.
4. Implementar capacitaciones constantes al personal de enfermería sobre las actualizaciones del manejo de las distintas patologías más frecuentes en el servicio.
5. Fortalecer las competencias de los profesionales de enfermería en el trabajo en equipo, innovación, habilidades interpersonales y compromiso ético.
6. Implementar en el área de shock trauma los equipos e insumos necesarios que permitan brindar una mejor atención.
7. Evaluar constantemente las capacidades críticas y autocrítica del profesional de enfermería y su desenvolvimiento en el actuar en su trabajo diario.
8. Mejorar las medidas de bioseguridad brindando los materiales necesarios para la protección del personal de salud (gorros, guantes, lentes, batas descartables).
9. Continuar con el proceso de mejora continua en el servicio de emergencia con el fin de mejorar infraestructura, ambientes, materiales, insumos, recurso humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bernedo A. Crisis Hipertensiva. Sociedad Peruana Medica Interna. 2017 SETIEMBRE; 30(3).
2. Camino P, Jorge J. MANIFESTACIONES CLÍNICAS, COMPLICACIONES Y MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS. Guayaquil; 2020.
3. Organizacion Mundial de la Salud. Hipertensión. [Online].; 2021 [cited 2022 Febrero 16. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. Organización Panamericana de Salud. Guía de la OMS de 2021 para el tratamiento farmacológico de la hipertensión. [Online].; 2021 [cited 2022 Febrero 16. Available from: <https://www.paho.org/es/eventos/seminario-web-guia-oms-2021-para-tratamiento-farmacologico-hipertension-implementemosla>.
5. Organización Panamericana de Salud. Día Mundial de la Hipertension. [Online].; 2017 [cited 2022 Febrero 16. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es.
6. Utrera G, Perez L, Pedro T. Crisis hipertensivas: caracterización clínico-epidemiológica y estratificación de riesgo cardiovascular. Finlay. 2022 Enero 20; 11(3): p. 233-242.
7. Palacios J. Manejo Prehospitalario de Crisis Hipertensivas. Quito; 2021.
8. Palmero J, Rodriguez M, Martinez R. Crisis hipertensiva: un abordaje integral desde la atención primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2020 Enero-Marzo; 22(1): p. 27-38.
9. Garcia M. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN CRISIS HIPERTENSIVA. EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ - ICA 2019. Trabajo Academico. Arequipa; 2020.
10. Zuñiga R. Referencia no justificada de pacientes adultos con diagnóstico de crisis hipertensiva de un primer nivel de atención al servicio de urgencias del

HGZ no 50. Potosi: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2021.

11. Saavedra B. CARACTERIZACIÓN DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN ADULTOS DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ FÉLIX VALDIVIESO. ENERO 2016 A DICIEMBRE 2018. Trabajo de Graduación. Cuenca-Ecuador;; 2019.
12. Tercero B, Tercero M. Comportamiento epidemiológico de las crisis hipertensivas en relación a aumento de las temperaturas entre Noviembre 2016-Abril 2017, en los centros de salud del sector urbano de la ciudad de León. Tesis especialidad. de León-Nicaragua;; 2018.
13. Figueredo R, Proenza L, Gallardo Y, Tabernilla O. Factores de riesgos asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud manzanillera. Multimedica Revista Médica Granma. 2018 Marzo-Abril; 22(2).
14. Ramos J. FACTORES DE RIESGO Y CRISIS HIPERTENSIVA PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD - ICA, 2017. Tesis titulo profesional. ; 2019.
15. Cardenas C, Rivas S. CONOCIMIENTO Y MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2019. ; 2019.
16. Asmat A. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS CON CRISIS HIPERTENSIVA QUE ACUDEN AL HOSPITAL CASCAS. Tesis especialidad. Trujillo;; 2018.
17. Muñoz D. Crisis Hipertensiva. Moquegua;; 2017.
18. Sanchez D, Vasquez R. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON CAPTOPRIL EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA. Lima;; 2017.
19. Ponce Z. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA 2013-2015. Lima;; 2017.
20. Chiclla K. 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. Callao;; 2020.
21. Toledo M. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN CRISIS HIPERTENSIVA.

SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA
GUTIÉRREZ - ESSALUD - ICA - 2017. Arequipa.; 2018.

22. Salud Digital Mapfre. Salud Digital Mapfre. [Online].; 2019 [cited 2022
Febrero 20. Available from: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/crisis-hipertensiva>.
23. Torres E. GUIA DE PRACTICA CLINICA: DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTOY CONTROL DE CRISIS HIPERTENSIVA. ; 2021.

ANEXOS





