



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN
ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA**

PRESENTADO POR:

IORELLA MARILUZ LEON ROLDAN

ASESOR:

MGR. DEYSI MARLENE CHAMBILLA MAMANI

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA: EMERGENCIAS Y DESASTRES**

MOQUEGUA – PERÚ

2019

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO.....	2
CAPÍTULO II	35
CASO CLÍNICO.....	35
2.1. OBJETIVOS.....	35
2.3. CONCLUSIONES.....	50
2.4. RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	60

RESUMEN

El presente trabajo académico titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente con Crisis Hipertensiva” se realizó con el objetivo de determinar los principales diagnósticos del profesional de enfermería en pacientes que presenten cuadro de crisis hipertensiva.

Se hizo el trabajo de estudio, en el paciente con cuadro clínico de crisis hipertensiva, paciente ingresada al centro hospitalario por los siguientes motivos: presentaba un cuadro de cefalea intensa, ansiedad, inestabilidad a la marcha o al cambiar de posición y fatiga.

Dentro de los cuidados de enfermería, se consideró el monitoreo de los signos vitales, manejo de las vías aéreas, prevención de infecciones, administración de tratamiento farmacológico, manejo del dolor, manejo de nutrición, disminución de ansiedad, apoyo al cuidador principal, con la finalidad de estabilizar la salud del paciente.

De acuerdo al caso clínico, se presenta como conclusión que el paciente evidencia una perfusión tisular r/c hipertensión m/p cefalea y dolor de las extremidades, que al brindar el plan de cuidados de atención de enfermería el paciente presenta una evolución favorable.

PALABRAS CLAVES: Proceso de enfermería, cuidado, crisis hipertensiva.

ABSTRACT

The present academic work entitled "Application of the process of nursing care in patients with Hypertensive Crisis" was carried out with the objective of determining the main diagnoses of the nursing professional in patients presenting hypertensive crisis.

The study work was done in the patient with a clinical picture of hypertensive crisis, a patient admitted to the hospital for the following reasons: he had a picture of intense headache, anxiety, unsteady gait or change of position and fatigue.

Nursing care included the monitoring of vital signs, airway management, infection prevention, pharmacological treatment administration, pain management, nutrition management, anxiety reduction, support to the main caregiver, and purpose of stabilizing the patient's health.

According to the clinical case, it is presented as a conclusion that the patient evidences a tissue perfusion r / c hypertension m / p headache and pain of the extremities, that when providing the nursing care plan the patient presents a favorable evolution.

KEYWORDS: Nursing process, care, hypertensive crisis.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA), generalmente se presenta con mayor prevalencia en países que se encuentran en vías de desarrollo, es un problema de salud que se describe mucho más antes de las sociedades industrializadas, ello también se debe al padecimiento global de obesidad, el incremento de la población que toma conductas sedentarias, el aumento del consumo de alimentos procesados(1)

La HTA no debe ser considerada como consecuencia del envejecimiento de las personas, si las personas realizan y se acostumbran a llevar hábitos de vida saludables, las probabilidades de que padezcan esta enfermedad disminuye.

Son factores de riesgo considerados por padecer hipertensión arterial y complicaciones en los cuadros clínicos, como los accidentes cardiovasculares, insuficiencia cardiaca, enfermedades vasculares periféricas, enfermedades coronarias, insuficiencia renal (2)

Si se reduce el 70 %, de acuerdo a un tratamiento idóneo para la hipertensión arterial, así como su control, es posible la reducción de las complicaciones de riesgos.

2. JUSTIFICACIÓN

Es conveniente el desarrollo del presente trabajo académico porque permite la valoración del paciente en el servicio de emergencia, de una patología muy frecuente que requiere de los cuidados de enfermería, más aún con la aplicación del proceso de atención de enfermería, el cual nos permite aplicar un cuidado holístico.

Desde el punto de vista metodológico el proceso de atención de enfermería es una herramienta científica, que ofrece cuidados de enfermería basados en una base científica.

El aporte de este conocimiento permite al servicio de emergencia, la idea de viabilizar un protocolo de planes estandarizados de enfermería, en patologías comunes como es cuadro de crisis hipertensiva.

3. MARCO TEÓRICO

3.1.DEFINICIÓN

Calhoun y Oparil manifiestan que la crisis hipertensiva, es sinónimo de un nivel de elevación de la presión arterial (3). Diversos autores la han definido como los aumentos que se dan de forma súbita en la PA diastólica y sistólica que originan daño orgánico con cuadros de isquemia en el sistema nervioso central, renal y cardiaco (4). Por otro lado, se denomina “hipertensión maligna”, manifestando que es un tipo de síndrome que causa aumento a la presión arterial, el mismo que viene acompañado

de nefropatías y encefalopatía. Se agrega o utiliza el término urgencia cuando se presenta cuadros clínicos de aumento de presión en alto nivel, por lo que se requiere una reducción en el plazo determinado de una hora con la finalidad de evitar la muerte o una severa morbilidad (5).

La presión arterial, es en determinados casos síndrome y en otras situaciones se considera una enfermedad, esta se desarrolla por diversos entes nosológicos diferentes. Este viene a ser una principal factor para que una persona sufra de riesgos cardiovasculares que produzcan y faciliten diversas y nuevas enfermedades.

La hipertensión arterial es una enfermedad que tiene actualmente mayor incidencia a nivel mundial dado que es una problema de tipo crónico no transmisible. Las tasas con mayor elevación se presentan en personas adultas mayores que presentan una serie de discapacidades y complicaciones (6)

Los tipos de hipertensión arterial:

- Hipertensión arterial esencial, denominada como primaria e idiopática.- Es aquella hipertensión que se genera de forma sistemática con causa no conocida. La mayoría de los casos de hipertensión se ubican en este tipo, en suma, más del 90 %.
- Hipertensión arterial secundaria.- Este tipo de hipertensión es sistemática y de causa conocida. Algunas causas de la hipertensión arterial son curables, en ese sentido, se pueden tomar medidas específicas.

- Hipertensión arterial sistólica aislada.- Es aquella presión arterial sistólica de 140 mmHg o, menor de 90 mmHg. Esta clase de hipertensión, generalmente se da en ancianos.
- Hipertensión maligna.- Este tipo de hipertensión se encuentra marcado con una cifra mayor de 120. En ocasiones presente papiledema, tiene síntomas variables.
- Hipertensión Acelerada.- El síndrome de la presión arterial se ve reflejado en niveles muy elevados, el mismo que se acompaña de hemorragias y en el fondo del ojo se presentan exudados.
- Hipertensión Complicada.- Este tipo de hipertensión causa daño cardiovascular, ligado con el aumento de la tensión arterial.
- Hipertensión resistente o refractaria.- Se trata de aquella persona que recibe en su tratamiento tres fármacos antihipertensivos a dosis plenas. Dentro de los fármacos, uno de ellos es diurético, el mismo que cumple un idóneo régimen de medicación antihipertensiva.
- Hipertensión arterial.- Esta representa el exceso de la presión arterial cuando se desarrolla un ejercicio (7). Los valores sistólicos considerados normales en situaciones de ejercicio son 200 y 230 mmHg.
- ❖ Hipertensión severa descontrolada o pseudocrisis hipertensiva.-

Son aquellos pacientes que tienen presión arterial severa, con nivel alto, no presentan síntomas, no complicaciones clínicas, no teniendo consecuencias secundarias como las afectaciones cardiovasculares o cerebrales y por ende, no requieren de tratamientos agudos antihipertensivos, lo que si requieren es de un seguimiento apropiado.

Mediante un estudio reciente con pacientes europeos quienes se encontraban en el área de atención primaria con hipertensión severa, se logró evidenciar que el 60 % no presentaba síntomas, el 31 % de ellos padecía de urgencia hipertensiva y el 9 % tenían emergencia hipertensiva (8).

❖ Urgencia Hipertensiva.-

El paciente padece de presión arterial severa con nivel alto, sin presencia de daños cardiovasculares activos, imprecisión de síntomas, no presenta daños agudos de los órganos vulnerables. Este tipo de hipertensión arterial, se puede manifestar con daño cardiovascular crónico, como infarto del miocardio, antecedente de angina, microproteinuria. La urgencia hipertensiva se puede controlar mediante el seguimiento apropiado durante días o semanas (9) (10). No obstante, aunque no se dé razón de la disminución de la presión arterial de manera inmediata, no se debe abandonar el control de la hipertensión arterial (11). Esta condición clínica o tipo clínico debe de seguir y continuar con el tratamiento y evaluación constante, asimismo se controle la presión, toda vez que después del egreso del paciente, en algunas ocasiones, este presenta problemas cardiovasculares (12).

❖ Emergencia Hipertensiva.-

Esta es una condición en donde se observa el incremento de la presión arterial, acompañada con daños en los órganos que se encuentran vulnerables, se produce un peligro en la vida de la persona que lo padece, dado que se aprecia una condición vascular grave por dicho acontecimiento (13) (14).

La gran mayoría de pacientes asisten a la unidad de urgencias teniendo presión arterial sistólica, es decir, aquellas que sobrelimitan el 180 mmHg, y presión arterial diastólica mayor de 110 mmHg, algunos pacientes presentan daño agudos en los órganos vulnerables, complicando la salud del paciente y constituyéndose en caso de emergencia hipertensiva, como por ejemplo cuando el paciente es joven y presenta glomerulonefritis en grado agudo, o una mujer embarazada, padeciendo preeclampsia (15). Pese a que denoten efectividad los antihipertensivos, para el tratamiento y el control de la hipertensión en nivel crónico, se tiene que el 1 % de los casos de hipertensión en adultos, padece de emergencia hipertensiva en el transcurso de la evolución (16).

Complicaciones cuando se produce daño agudo en órganos vulnerables:

- ✓ Cardiovascular:
 - Situaciones de infarto de miocardio en el paciente con hipertensión arterial
 - El paciente no recibe el flujo de oxígeno y sangre suficiente, produciendo una afección a través de los vasos sanguíneos en el corazón, como consecuencia de ello se genera angina inestable, en otros casos se presenta la disección aguda de aorta.
- ✓ Sistema Nervioso Central:
 - Se presenta en el paciente un trastorno agudo generado por la hipertensión arterial al cual se denomina como encefalopatía hipertensiva.

- También puede complicarse la salud del paciente con hipertensión arterial, cuando su nivel es alto y prolongada, ello se traduce a una hemorragia intracerebral hipertensiva.
- En otros casos, se produce el cuadro de hemorragia subaracnoidea.
- ✓ Renal
 - Presente problemas o cuadros de insuficiencia renal aguda, y glomerulonefritis aguda.
 - Entre otros se tiene a la crisis adrenérgica, eclampsia (17)

3.2.ETIOLOGÍA

La etiología de la crisis hipertensiva es diversa:

- Pre –eclampsia.
- Eclampsia
- Hipertensión arterial crónica no controlada
- Hipertensión renovascular
- Feocromocitoma, Glomerulonefritis aguda
- Abandono de la medicación antihipertensiva
- Hipertensión que es inducida por alucinógenos, estupefacientes, drogas.
- Tumores secretores de renina
- Traumatismos cefálicos del Sistema Nervioso.
- Quemaduras
- Vasculitis
- Coartación de la aorta e hipertensión postoperatoria

- Púrpura trombocitopenica idiopática.

La causa que genera la crisis hipertensiva, generalmente esta asociada cuando no se le brinda al paciente un adecuado tratamiento de HTA en su nivel primario (18).

También se encuentran considerados los factores ambientales que contribuyen con el desarrollo de la presión arterial, siendo también el de la obesidad, circunstancia de hacinamiento, la elección de profesiones estresantes, el consumo del alcohol, la numerosidad de la familia.

Sodio.- Se refiere aproximadamente que más del tercio de los habitantes padecen de hipertensión arterial debido al alto consumo de sal. Cuando se aumenta la ingesta de sal en el organismo, la presión osmótica aumenta y se retiene con agua, asimismo incrementa la presión arterial. los efectos que produce la sal dietética, tendrá consecuencias graves cuando su ingesta sea excesiva, esto se mantiene relacionado con la función renal.

Renina.- esta es secretada por el riñón y se encuentra estrechamente relacionada con la aldosterona, se encuentra con mayor secreción en pacientes que padecen de hipertensión arterial. Se da el caso que las personas que tienen ascendencia negra generan bajos niveles de renina.

Resistencia a la insulina.- En pacientes normotensos, se observa que el nivel de insulina del sistema nervioso simpático se encuentra sin aumento de la presión. La insulina genera producción del óxido nítrico así como del óxido nítrico, estos originan

el proceso de vasodilatación, inhibiendo la formación de las lesiones que se encuentre en migración dependientes, asimismo, se proliferan las células del músculo liso vascular. Este proceso disgrega efectos deletéreos vasculares, estimula las actividades de elementos que producen el crecimiento.

Apnea durante el sueño.- Es aquel trastorno que en algunas circunstancias se considera como causa del origen de la hipertensión arterial. Cuando un paciente padece de apnea obstructiva de sueño (AOS), se presenta una gran disminución de flujo ventilatorio con lo que se ven cuadros de hipopneas.

Este proceso consiste en la interrupción producida por el flujo aéreo generado por el colapso de la orofaringe, con lo que se obtiene como consecuencia una hipercapnia e hipoxia causando estimulación a los quimiorreceptores de las arterias, incrementando intratorácicamente la presión por haber activado los músculos respiratorios, así como la presión arterial, el nivel de catecolamina circulante y el tono vascular simpático.

3.3.EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiológicamente, como factor de riesgo se tiene que toda circunstancia incrementa las probabilidades que una persona pueda contraer la enfermedad o alguna complicación en la salud, en relación a la hipertensión arterial.

Existen dos tipos:

1. Modificables.- Estos dependen del conocimiento que tiene la persona que padece de hipertensión arterial:

- Estrés.- Este factor puede desencadenar que la hipertensión arterial se presente en su múltiples vías, por ello, el comportamiento de la persona contribuye en el mantenimiento o el desarrollo de la hipertensión arterial:
 - ✓ El estrés puede causar el aumento de gasto cardiaco de origen simpático.
 - ✓ Se incrementa el nivel de catecolamina
 - ✓ Se disminuye la sensibilidad de reflejo barorreceptor
 - ✓ Se potencia el sistema de renina.
 - ✓ Se aumenta el nivel de catecolamina.
- Obesidad.- Cuando exista el nivel de sobrepeso mayor a 30 %, este se considera un factor de riesgo independiente. Es aún más peligroso cuando la obesidad se inicia a los veinticinco años y es a predominio de la obesidad abdominal.
- Consumo de alimentos altos en grasa, Na . K.- Cuando la persona ingiere grasas saturadas, comienzan a dañar las paredes de las arterias generando la aparición de placas ateroma que causan obstrucción a las arterias. La persona o el paciente debe de evitar el consumo excesivo de café y cafeina dado que estimulan el sistema nervioso, luego de ello, se produce el proceso, actuando como estimulante en el corazón, siendo este un causante de complicación, porque aumenta la frecuencia cardiaca y coloca en tensión corporal en forma temporal.
- Tabaquismo.- El comportamiento que tome la persona, o la costumbre de fumar cigarrillos se considera un factor que incrementa la aceleración de la aterosclerosis, ocasionando el aumento de los niveles del colesterol sérico y de grado vascular al sistema el cual se encuentra afectado por hipertensión.

- La actividad física.- Los seres humanos que se caracterizan por su sedentarismo se encuentran propensos a adquirir esta enfermedad a diferencia de aquellos que practican ejercicio físico. Se recomienda que la persona debe de caminar o correr en bicicleta durante treinta a cuarenta y cinco minutos, tres veces por semana (19)
- 2. No modificables.- Son aquellas características o signos con lo que nacemos, y son innatos a nosotros como seres humanos, y acompañan a la persona que padece de hipertensión arterial, en circunstancias se desarrolla en aumento la HTA con el paso de los años.
 - Edad avanzada.- Es la representación potencial del incremento de la enfermedad, producida en más de 100 veces en personas de ochenta años de edad, al ser comparados con personas que cuentan con cuarenta años. En las personas adultas mayores, cuando sufren un infarto, padeciendo ya de hipertensión arterial, la probabilidad de mortalidad es 40 veces mayor dentro de los seis meses.
 - Historia familiar de enfermedad.- De acuerdo a la anamnesis del historial de salud, si existen familiares cercanos con antecedentes, la probabilidad es de 4 a 8 veces mayor de aquellas personas que carecen de antecedentes referidas a este enfermedad.
 - Características étnicas.- Esta enfermedad presenta complicaciones en personas que son de raza morena, dado que es 2 veces mayor que en los individuos blancos (19).

La hipertensión arterial, se divide por diversos factores como los sociales, económicos, étnicos y ambientales. Existe un incremento sobre los patrones, en donde se incluye la alimentación que no resulta ser idónea por los amplios hábitos tóxicos y sedentarios.

A nivel mundial, 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial. 15 millones de muertes son producto de enfermedades circulatorias, 7,2 millones son causadas por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedades encefálicas vasculares.

En el Perú se realizó un estudio dirigido por la Sociedad Peruana de Cardiología (2006), donde se obtuvo como resultado que el 27,3 %, 22,1 % y 22,7 % en la costa, la selva y la sierra alta tienen un promedio de 23,7 % de condiciones clínicas de hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso.

La OMS en el año 2003, obtuvo como resultado sobre la tasa de mortalidad, que el 29,2 % se trata de enfermedades cardiovasculares, muchas de las cuales se pueden tomar medidas de prevención (20)

El 65 % de la población que se acentúa en países en vías de desarrollo, aumenta la prevalencia de la enfermedad de hipertensión arterial.

El 30 % es responsable la Hipertensión Arterial, con presencia de insuficiencia renal crónica y factores de riesgo en los que prevalecen los accidentes cerebro vasculares con un 75 % de certeza.

Cabe señalar que la hipertensión arterial es un generador de riesgos, dado que coadyuva con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y problemas cardiacos.

En 1 % de pacientes que padece de hipertensión arterial, se considera que en algún momento se presentará una crisis hipertensiva, el 25 % corresponde a las emergencias

hipertensivas (21) (22) (23) (24). La Crisis Hipertensiva se encuentra asociada a la hipertensión arterial esencial. Cuando el paciente presente el tipo de hipertensión como la urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva desarrollada en pacientes normotensos, y entre las causas de Hipertensión de nivel secundario se considera que la feocromocitoma y la H.Renovascular tienden a precipitar los tipos de crisis. El daño causado al órgano de choque en síntesis suele ser más grave en personas que padecen de hipertensión refractaria al tratamiento (25) (26) (27) (28).

Se explica que la crisis hipertensiva en mujeres es que presenten mayor prevalencia de desórdenes somatomorfos predisponiendo así la falta de adherencia de terapia. Este tipo de desorden somatomorfo se caracteriza por la evidencia de diversas molestias, en grados mayores o menores, que padece el paciente, ello puede ser explicado por la enfermedad orgánica que aqueja al paciente.

3.4.FISIOPATOLOGIA

Los efectos de la hipertensión arterial y el envejecimiento se encuentran estrechamente relacionados, por lo que se potencian uno al otro. En la persona anciana, los cambios fisiopatológicos se producen en el control del sistema circulatorio del adulto mayor, produciendo alteraciones en la estructura del sistema cardiovascular, por lo que tiende a perder la sensibilidad cuando se producen cambios en la presión intravascular, dado que se incrementa la rigidez de la pared, existe un área barorreceptora sinoaórtica y afectan los sensores que se ubican en la periferia. Todo ello, causa un proceso dificultoso entre el funcionamiento adecuado del sistema nervioso autónomo y el

sistema de renina angiotensina (SRA), causando disfunción en la forma de retroalimentación, desequilibrio en la presión arterial (29).

La presión arterial se encuentra dependiente de la resistencia vascular periférica, asimismo del gasto cardiaco, este depende de la sangre que bombea con cada latido, y la contractibilidad del miocardio (30)

Cuando exista un desbalance de las variables mencionadas, con un nivel de descompensación en sus funciones se incrementará la presión arterial en todo su sistema.

Es evidente que cuando se produce un desbalance de la resistencia vascular periférica, la contractibilidad del miocardio, el gasto cardiaco, el bombeo de la sangre, se produce el mecanismo de la autorregulación, funcionando como protector de lesiones en el endotelio de los vasos por el aumento o elevación del nivel de la tensión. Al momento de que se produzca el incremento de la tensión, se ve muy bien reflejado en los vasos sanguíneos, en donde se origina un aumento de presión arterial de nivel medio, como producto de ello, se desencadena una vasodilatación en la disminución de la tensión arterial, así como la vasoconstricción refleja. Este proceso dinámico, pese a los cambios que se desencadenan con la presión arterial, no producen dinamismo en el constante flujo sanguíneo que dirige al cerebro (31)

Cuando se presenta cuadros clínicos de aumento de presión arterial súbito en pacientes, en donde se observa que se extralimita el mecanismo de autorregulación, se origina una vasodilatación local, con existencia de tensión en el flujo y la fuerza que se

encuentra transmitida en el endotelio del vaso, todo ello provoca el incremento de la permeabilidad, fibrinógeno del plasma del vaso y sus paredes, el depósito de proteínas (32).

Mediante mecanismos y series de autorregulación, se puede mantener al organismo, durante cierto tiempo las funciones vitales, oscilando entre 50 y 180 mmHg. Las complicaciones hipertensivas se presentan no solo por el grado de severidad en la elevación de la presión arterial, incluyendo el inicio brusco de la hipertensión en la persona.

La fisiopatología de la Crisis Hipertensiva no se encuentra bien entendida (33). Generalmente los pacientes que padecen de hipertensión arterial en grado severo, son los pacientes hipertensos crónicos (34), creando incremento brusco de la presión arterial, pudiendo desencadenarse una crisis hipertensiva, ante esta situación, el endotelio trata de compensar los cambios liberando óxido nítrico (35) (36) (37).

3.5.SEMIOLOGIA

- La persona presenta palpitaciones
- Insomnio
- Disnea
- Visión en candelilla
- Vértigos
- Cefálea de localización frontal, occipital en horario matutino

Generalmente las personas que padecen de hipertensión arterial no presentan sintomatología concreta, solo aquellas derivadas de incremento o aumento de la presión arterial, y esto solo se comprueba al momento de la exploración física (38)

Los síntomas se dividen en tres categorías:

- a. Signos propios del aumento de la presión arterial.
- b. Consecuentes de la hipertensión secundaria
- c. Vasculopatía hipertensiva (39)

3.6.DIAGNÓSTICO

Criterios de Diagnóstico.- El procedimiento para diagnosticar si una persona padece de hipertensión arterial (40), comprende:

1. Estudio y revisión de la historia clínica
2. Evaluación Clínica
3. Medición de forma continua y repetida de la presión arterial.
4. Ejecución de exámenes en el laboratorio y con instrumentales.

Se tiene como objetivos:

1. Que se determine el nivel de la presión arterial de acuerdo a lo siguiente:
Clasificación de la presión arterial en personas adultas mayores de veinte a más años de edad (41)

Categoría:

- Normal, sistólica mmHg, menor a 120; diastólica mmHg, menor a 80
- Prehipertensión, sistólica mmHg, 120-139; diastólica mmHg, de 80 a 89
- Hipertensión, Estadio 1 y Estadio 2, sistólica (140-159) E1, sistólica (mayor igual a 160-179) E2. Diastólica de 90 – 99 E1, y mayor igual a 100 – 109 E2.

El valor considerado como más alto se establece de acuerdo a la presión sistólica y diastólica, con relación al estadio de cuadros de hipertensión arterial.

2. Se deben de determinar las causas potenciales que generaron la HTA
3. Se determine los cuadros de complicación, de riesgo cardiovasculares global, si se ha dañado el órgano blanco o los factores de riesgo que se encuentran presentes.

Datos importantes de la revisión de la Historia Clínica.

- Sobre la filiación, la edad, raza y sexo.
- Análisis de la historia familiar en el caso que hayan padecido de hipertensión arterial, enfermedades coronarias, muertes súbitas o prematuras en familiares cercanos, accidente cerebrovasculares.
- Los factores ambientes, los niveles de ansiedad y pánico, el grado de escolaridad, situación laboral, perfil psicosocial (42).
- Enfermedad actual: Es decir, el tiempo en el cual la persona fue diagnosticada de hipertensión arterial por un especialista de las ciencias de la salud, el análisis de los niveles de presión, las reacciones negativas al momento de la administración

de los medicamentos. El estudio de consumo de drogas o medicamentos que afecten la presión arterial.

- Se indague los registros de factores de riesgo, como el sobrepeso, obesidad, tabaquismo, dislipidemia, sedentarismo, entre otros.
- Se averigüe el hábito alimenticio, como el consumo de sal, la cafeína, las grasas saturadas.

Examen físico

Se debe de evaluar en el paciente:

- Talla
- Peso
- Perímetro abdominal
- Índice de masa corporal
- Se inspeccione el aspecto sugestivo, las facies de la hipertensión arterial.
- Palpar y auscultar la arteria carótida, la tiroides, se verifique la ingurgitación yugular.
- Se realice un examen pulmonar, abdominal y el fondo de ojo.
- Examen precordial, con el fin de que se descarte la hipertrofia ventricular y el crecimiento de cavidades cardiacas.
- Se determine si el paciente presenta edema (43)

Metodología para la Medición de la Presión Arterial:

- Para medir la presión arterial, se utiliza el tensiometro calibrado, el mismo que debe de estar validado. Se recomienda la utilización de tensiómetro de mercurio.
- La persona al ser evaluada, debe de encontrarse sentada, es decir, en estado de reposo por lo menos cinco minutos antes de la toma de presión arterial, con los pies que se encuentren apoyados en el piso. El paciente debe de tener el brazo descubierto, de forma que lo pueda extender y que se encuentre a la altura del corazón. Previamente, la persona sujeta a evaluación no debió de fumar, ingerir alguna bebida alcohólica, ninguna bebida calientes en los 30 minutos antes de la toma de HTA.
- En la primera evaluación se debe de realizar la medición de presión arterial, la misma que debe de ser toamada en los dos brazos, y en consideración al brazo de mayor valor para las mediciones posteriores.
- Se colocará un brazalete a 2 cm por encima de la flexura del codo. El brazalete varía de acuerdo a la circunferencia del brazo del paciente.
- Se debe de palpar la presión arterial sistólica, es decir, insuflar hasta que se visualice la desaparición del pulso palpatorio.
- La PAS, viene a ser el principal punto de aparición del chasquido o ruido percibido con el estetoscopio sobre la arteria. La PAD, viene a ser el punto donde se aprecia la desaparición de los ruidos.
- Se debe medir la presión arterial diastólica, posteriores a los tres minutos de que la persona se ponga de pie, paciente que padece de diabetes mellitus.

3.7. TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento es que los miembros de ciencias de la salud deben de buscar prevenir y controlar la hipertensión arterial, para que no se ocasionen lesiones orgánicas, disminuyendo la mortalidad y morbilidad cardiovascular, utilizando los elementos que no sea inminente agresivos con el organismo del paciente. Es recomendable que se mantenga al paciente hipertenso con un PAS menos de 140 mmHg y el PAD menor de 90 mmHg, consiguiendo así controlar los factores de riesgos que se asocien a este problema de salud (44)

Estrategia de tratamiento:

Se debe de tomar una actitud terapéutica diferente según el nivel de la presión arterial, así como los factores que la coloquen en riesgo. Se identifica tres grupos:

Presión arterial – mmHg

Grupo I.- Normal – Alta con 130 – 139 / 85 – 89

- Riesgo del Grupo A.- Se motifica el estilo de vida
- Riesgo del Grupo B.- Modificación del estilo de vida
- Riesgo del Grupo C.- Se incluye tratamiento farmacológico y se modifica el estilo de vida.

Grupo II.- Estadio I con 140 – 159 / 90 – 99

- Riesgo del Grupo A.- Se modifica el estilo de vida hasta doce meses

- Riesgo del Grupo B.- Modificación del estilo de vida hasta seis meses solo cuando se presenten cuadros múltiples de riesgo, en ese momento se deberá de considerar el tratamiento farmacológico.
- Riesgo del Grupo C.- Se incluye tratamiento farmacológico y se modifica el estilo de vida.

Grupo III.- Estadio 2 y 3 / mayor a 159 / mayor a 99

- Riesgo del Grupo A.- Se incluye tratamiento farmacológico y se modifica el estilo de vida.
- Riesgo del Grupo B.- Se incluye el tratamiento farmacológico y se modifica el estilo de vida.
- Riesgo del Grupo C.- Se incluye tratamiento farmacológico y se modifica el estilo de vida.

Se debe determinar un plan terapéutico con la finalidad de que se reduzca la presión del paciente, así como los riesgos cardiovasculares:

- Se vigila la presión arterial y otros factores
- Se toman medidas que modifiquen el estilo de vida de la persona, todo ello con la finalidad de reducir la presión arterial y prevenir los trastornos clínicos.

Tratamiento no farmacológico:

Se debe instaurar medidas no farmacológicas en todos los pacientes que padecen de hipertensión arterial, así como el tratamiento que llevará desde el inicio, es decir

pacientes que se encuentran bajo riesgo medio o leve, aúñado el tratamiento farmacológico (45)

Como objetivo del tratamiento no farmacológico, se tienen los siguientes:

- Se reduce el nivel de la presión arterial.
- Se reduzca la necesidad de administrar fármacos y se aumente su eficacia.
- Se de abordaje a los factores que generan riesgos.
- Se adecúe un plan de prevención en su primera instancia hasta cuando se presenten trastornos cardiovasculares que se asocien con la población.

1. Reducir el peso.-

La obesidad o sobrepeso es considerado como un factor ambiental desencadenante, el cual contribuye con la aparición de la hipertensión. El sobrepeso, el incremento de grasa corporal en exceso contribuye con aumentar en sus niveles más elevados a la presión arterial. Por tanto, resulta importante que se controle el peso corporal de la persona, así como su presión arterial, ello conforma la principal tarea del tratamiento no farmacológico.

Cuando el paciente reduce su masa corporal, se disminuye también la presión arterial, con ello se podría comenzar a incrementar la administración de fármacos que generan un efecto hipotensor. Cabe la posibilidad de que se reduzcan los factores de riesgo cardiovascular, como la dislipemia y la diabetes.

2. Reducción del excesivo consumo de alcohol.-

Un factor que incrementa el riesgo de que una persona pueda padecer de hipertensión arterial se da cuando consume más de 30 g/día de alcohol puro. La

prevalencia de hipertensión arterial es de nivel creciente en los consumidores que generalmente consumen en algunas ocasiones el alcohol. Se presenta el caso de los bebedores que consumen alcohol cada fin de semana, a ellos, se le puede diagnosticar un tipo de hipertensión arterial que se encuentra en sus inicios. Lo recomendable es que se busque la reducción del consumo excesivo del alcohol, con lo que se reduzca el consumo de 20 – 30 g/día, en los hombres, y de 10 – 20 g/día en el caso de las mujeres.

3. Abandono del tabaco.-

Los estudios refieren que las personas que consumen tabaco no tienen una mayor prevalencia que la no fumadora. Este hecho se genera a consecuencia de los efectos del tabaco, siendo este capaz de producir efectos presores agudos de pocos minutos de duración. Cuando el paciente hipertenso, consume el tabaco y el alcohol en conjunto, se encuentra desprotegido contra las enfermedades cardiovasculares.

4. Reducción del consumo de sal.-

Si el paciente que padece de hipertensión disminuye las cantidades de ingesta de sal, con ello también se disminuye la presión arterial, es casi posible que exista una estrecha relación entre la presión arterial y el sodio. Lo que modifica la presión arterial es la reducción de la masa muscular, así como el consumo de potasio, y alcohol. Si se quiere conseguir una reducción considerable en el paciente que padece de tensión arterial, este debe de consumir menor de 70 mmol/ al día.

Consumir sodio se considera uno de los efectos más importantes que desencadena el padecimiento de hipertensión arterial.

5. Aumento de la actividad física.-

En pacientes normotensos, cuando se disponga a realizar entrenamiento físico, se alcanza como resultado de disminución de la presión arterial de menos 4 / menos 4 mmHg, tanto para la diastólica y sistólica, esto causa gran diferencia entre la población que padece de hipertensión que realiza ejercicio, como de aquellos que no lo practican. Se recomienda que el ejercicio sea ejecutado de forma prolongada, dinámica y predominante, así como caminatas de treinta a treinta y cinco minutos, con la finalidad de que se reduzca la presión sistólica en casi 29 mmHg, en pacientes de 60 a 69 años de edad.

6. Ingesta de potasio.-

La ingesta de potasio en sus niveles más elevados contribuye con el desarrollo y de la hipertensión arterial. Resulta pertinente que el paciente consuma aproximadamente la cantidad de potasio de 50 – 90 mmol/ día . Cuando se presenten pacientes que se le administra diuréticos, es necesario que se realice el control de la aparición de hipopotasemia, así como los derivados del potasio.

7. Relajación y biofeedback.-

Cuando el paciente padece de estrés emocional es probable que se incremente la tensión arterial en su nivel agudo. Se recomienda que el paciente realice terapias de relajación y biofeedback.

8. Tratamiento farmacológico.-

El tratamiento farmacológico depende del estado de los niveles de presión arterial que presenta el paciente y del riesgo global cardiovascular.

Cuando se reduce la presión arterial también se disminuye la presentación de cuadros de complicación como los accidentes vasculares, insuficiencia cardiaca, hipertensión maligna, isquemia coronaria, progresión de enfermedad renal.

En pacientes que se encuentren con riesgos medio y bajo se incluirá en ellos el inicio de tratamiento farmacológico, siendo los siguientes:

- Se consulta al paciente que plan de estrategia de tratamiento prefiere.
- Se establecerá un grado de reducción de la presión arterial, el mismo que se deberá alcanzar debido a las medidas de estilo de vida a las cuales se someterá el paciente.
- Se establecerá también el control de los factores de riesgo que puedan presentarse y el grado de complejidad.
- Se hará un estudio de los recursos del sistema sanitario.

En los pacientes que se ubiquen el grupo de riesgo medio, se aconseja que se continúe con el estilo de vida, de los pacientes que padezan de hipertensión arterial en grado I, se debe ser constantes con las medidas de estilo de vida y la aplicación del tratamiento farmacológico (46)

Fármacos Antihipertensivos:

1. Diuréticos.- Los diuréticos son utilizados en la práctica médica desde el año 1957. Son fármacos antihipertensivos, a los cuales se le incluye con el

tratamiento otros que coadyuven con el actuar sobre el transporte iónico en la neurina, la diuresis y que favorezca a la natriuresis. Este fármaco tiene propiedades antihipertensivas que actúan de forma independiente, así como su forma de reducir las resistencias periféricas con una acción vasodilatadora de diuréticos, acciones que reducen los niveles de sodio intracelulares, incluido el calcio, se disminuye el tono vascular y la respuesta de noradrenalina, actomiosina cuando se presencia el calcio, se sintetice las sustancias vasodilatadoras (47)

De acuerdo a la estructura química, el mecanismo y lugar de acción, se distinguen en:

- Tiazidicos.- En este grupo se encuentran la hidroclorotiazida, la clorotiazida y clortalina. Estos elementos generan una acción en el tubo contorneado distal y la porción distal del asa de Henle. Son fármacos orales, la digestión es buena al momento de ingerirla. Su potencia es intermedia, dado que se excretan en cinco a diez por ciento de fracción de Na filtrada. Produce efecto pasando dos horas de haber ingerido. Como máximo es de 12 horas y el efecto diurético puede persistir hasta 3 días.
- Con 12, 5 mg y 25 mg se consigue el efecto hipotensor, según el fármaco utilizado. La dosis es curva, algo plana, se activa la renina angiotensina, con efecto hipotensor antagonizante.
- No se efectúa diuresis efectiva cuando exista una filtración en la tasa glomerular cuando se encuentra por debajo de veinticinco ml/min.

- Son activadores del patrón farmodinámico y la actividad hipotensora a indapamida, xipamida y clopamida, actuando de forma similar a las tiazidas. Tiene una acción natriurética, inhibe la entrada del calcio a la célula, son algunas funciones de la indapamida. La metolazona actúa en 24 horas en situaciones de insuficiencia renal (48)

Diuréticos de ASA.- Estos conforman los natriuréticos, vienen a ser agentes potentes, excretan un 15-20 % de fracción filtrada de Na. Actúa en la rama creciente del asa de Henle de la porción gruesa con la función de inhibir en la membrana luminal el cotransporte de Na-K-Cl.

Diuréticos Ahorradores de potasio.- Inducen el proceso de natriuresis de forma moderada, limitándose de partes distales de los túbulos colectores y la nefrona.

3.8.PREVENCIÓN

- El paciente no debe de consumir cigarrillos o adecuarse a la práctica del consumo de tabaco.
- Se busca evitar el consumo en exceso del alcohol, en prevención no debe de ser más de 30 gramos al día.
- Debe realizar ejercicios en razón de su estado de salud, y el físico. Se recomienda al paciente que camine, baile, e intente tener un peso adecuado a número de estatura.
- Procure una dieta adecuada. Aumente el consumo de legumbres verduras, pescado azul, frutas. Disminuya el consumo de grasas, yemas de huevo, sal, azúcar procesada, carne roja y café. El paciente no debe de consumir en exceso comidas

precocidas, fritas y congeladas, o aquellas que carezcan de valores nutritivos con grasas hidrogenadas y saturadas.

- Se recomienda que descansen las horas que sean necesarias (49)

Manejo ante una circunstancia de crisis hipertensiva

Procedimientos auxiliares antes

1. Urgencia Hipertensiva:

- El enfermero debe buscar la manera de disminuir la presión arterial en un plazo dentro de las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas.
- Se administre terapia via oral.
- Si se controla la presión arterial, no se requiere la hospitalización del paciente.
- Se maneje las urgencias en el tópico del área.

Esquema de Terapia:

Identificar al tipo de paciente, así como sus antecedentes, cabe la posibilidad que el paciente presente problemas cardiovasculares, reacciones al nifedipino, ante ello se recomienda que el paciente ingiera un captopril de 25 mg, y se controle la presión arterial en treinta minutos.

Pacientes que presenten antecedentes de hiperkalemia, insuficiencia renal grado crónico, alergia de frente a inhibidores de ECA, ante estas situaciones se recomienda administrar vía oral nifedipino de 10 mg, se controle la presión arterial por el lapso de treinta minutos.

Reevaluación.-

- Controlar la presión arterial en treinta minutos.
- Se repita una segunda dosis en el caso de que persista el incremento de la presión arterial.
- Se reevalúe en treinta minutos, si existe persistencia de la presión arterial y sospecha de complicación del órgano blanco, se evalúe al paciente en el tópico de emergencia definiendo si es pertinente su hospitalización.
- Se controle la presión arterial, una terapia de cuarenta y ocho horas a setenta y dos horas, de acuerdo al diagnóstico que se de en el área de consulta externa.

2. Emergencia Hipertensiva.-

Cuando el paciente sea identificado y tenga estado de emergencia hipertensiva se realizará lo siguientes exámenes.-

- En el laboratorio básico.- Examen de Hemograma, Creatinina, Sodio, Potasio, Glucosa, Sedimento Urinario, Hematrocito.
- Electrocardiograma de doce derivaciones
- Radiografía posterior –anterior de tórax
- Si el caso lo amerita, se realice el ultrasonido y la tomografía.

Reevaluación de los exámenes: Si los resultados son negativos se evaluará los dos primeros días, cada veinticuatro horas el estado de emergencia hipertensiva.

- ✓ Si los resultados son positivos o defectuosos, el paciente será evaluado cada ocho a doce horas, dependiendo del sistema u órgano que se encuentra en complicación.

Medidas Generales.-

Es de conocimiento de los profesionales de ciencias de la salud que las emergencias hipertensivas deben de ser tratadas en el área de trauma shock:

- Conductas

El paciente se encuentre en reposo absoluto.

Se mantenga la vía aérea permeable

Que el paciente se encuentre en posición semi sentado.

Vía venosa periférica permeable.

Se monitoree las funciones vitales del paciente, como frecuencia respiratoria, diuresis horario, presión arterial.

EKG

Balance Hídrico y diuresis horaria.

- Metas.-

Metas terapéuticas en emergencia hipertensiva:

DISFUNCIÓN DE ÓRGANO BLANCO:

- Cuando se presente una emergencia hipertensiva comprometiendo el sistema neurológico, será:

a. Encefalopatía hipertensiva: Disminución del 25 % del PAM, por el lapso de dos a tres horas.

b. Hemorragia Subaracnoidea: Se disminuya al 25 % el PAM, por el lapso de seis a doce horas.

- c. Hemorragia Intraparenquimal: No se recomienda que administren antihipertensivos cuando la presión arterial es menor de 180 – 105 mmHg.
- Cuando se presente una emergencia hipertensiva comprometiendo el sistema cardiovascular, será:
 - a. El paciente presente síndrome coronario agudo, se disminuya la PAM aproximadamente de diez al quince por ciento en el tiempo de treinta a sesenta minutos.
 - b. El paciente presenta insuficiencia ventricular izquierda, se disminuya entre el diez al quince por ciento, por el lapso de tiempo, treinta a sesenta minutos.
 - c. Disección de aorta.- se reduzca el PA de 100 -120/ 80 mmHg en el lapso de treinta minutos.

Cuando no exista disfunción de órgano blanco.-

- ✓ El paciente presenta un estado de conciencia activo y asintomático.
- ✓ Diuresis mayor a cuarenta cc por hora.
- ✓ No papiledema.

Medidas Específicas:

Es importante determinar la causa y los factores de la Crisis Hipertensiva, asimismo se recomienda iniciar un tratamiento con logros definidos para que se consiga el éxito.

Tratamiento Específico:

- a. Nitroprusiato de Sodio;

Recomendado su administración en casos de emergencia hipertensiva.

Se administren las dosis de acuerdo a la respuesta obtenida, en un inicio, de cinco a diez minutos se tome la presión arterial: el 30 % de PAM en los quince a treinta primeros minutos.

El uso es endovenoso

Se inicia con 0.25 ug /kg,/minuto.

No se debe de exponer a la luz.

Se cambie de frasco cada seis horas.

Se utilice bomba de infusión o microgotero.

Su modo de preparación.-

i. Un dextrosa de 500 cc, asimismo, dos ampollas que equivalen a 10 ug/ugota, ello se refiere a ampolla NPZ.

ii. Dos dextrosa de 250 cc, asimismo, dos ampollas que equivalen a 20 ug/ugota, es decir dos ampollas de NPZ.

b. Nitroglicerina de Sodio o Dinitrato de Isosorbida.-

Se administra cuando el paciente presente emergencia hipertensiva y síndrome coronario agudo.

Su uso es mediante vía endovenosa continua. Se debe aplicar dosis cada cinco a diez minutos hasta encontrar al valor deseado.

Uso de microgotero o bomba de infusión.

Se prepara con dextrosa con 5 % de AD, 02 ampollas de nitroglicerina y 500 cc.

c. Inicio de antihipertensivos vía oral.-

Se evite llevar normotensión brusca, ello puede generar situaciones peligrosas de isquemia e infarto en los órganos blancos.

Tratamiento Coadyuvante.-

Se da uso a aquellos medicamentos que sean necesarios con la finalidad de manejar los órganos comprometidos.

Reevaluación:

- Se mantenga la infusión ante la ausencia de respuestas al tratamiento.
- Se utilice el micro goteo de dosis convencionales hasta que se logre las respuestas propuestas por el tratamiento (50).

HOSPITALIZACIÓN, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1. Hospitalización:

a. Urgencia Hipertensiva:

Todo paciente en estado de Urgencia Hipertensiva quedará en control y observación por un período que asegure su estabilidad. Si el caso lo amerita se indicará alta con tratamiento hasta 72 horas y se informará la necesidad de control obligatorio en Consulta Externa. En casos necesarios se realizará referencia a otro Centro Asistencial.

b. Emergencias Hipertensivas:

Todo paciente en estado de Emergencia Hipertensiva iniciará su tratamiento en la Unidad de Shock Trauma y luego de ser controlado será transferido a las áreas críticas: EsSalud Guías de Manejo del Paciente en Emergencia

- Unidades de Vigilancia Intensiva en Hospitales de Nivel II.
- Unidades de Cuidados Intensivos en Hospitales de Nivel III y IV.

2. Criterios de Alta

2.1 En Urgencia Hipertensiva: Obtener respuesta adecuada al control.

2.2 En Emergencia Hipertensiva:

- Estabilización Hemodinámica
- Control de la Presión Arterial
- Estabilización de daño de órganos blancos.

3. Referencia El manejo inicial se realizará en todo centro hospitalario debiendo ser transferido de acuerdo a la complejidad del manejo y daño del órgano blanco y de los recursos humanos y materiales disponibles. Las Unidades de Vigilancia Intensiva transferirán los siguientes casos:

- a. Necesidad de procedimientos especializados
- b. Monitoreo hemodinámico especializado
- c. Tratamiento del factor descompensante especializado

4. Contrareferencia Todo paciente estabilizado hemodinámicamente y controlado en factor causante de la descompensación, retornará al Centro Asistencial de origen con indicaciones claras y precisas.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.OBJETIVOS

- Determinar los principales diagnósticos de enfermería en el paciente con crisis hipertensiva.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente con crisis hipertensiva.
- Ejecutar y valorar los cuidados de enfermería brindados al paciente con crisis hipertensiva.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

2.2.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

❖ NOMBRES Y APELLIDOS	:Epifania Bañez Vda. De Gamarra
❖ EDAD	:59 años
❖ SEXO	:Femenino
❖ GRADO DE INSTRUCCIÓN	:Analfabeta
❖ PROCEDENCIA	:Moquegua
❖ IDIOMA	:Castellano
❖ ESTADO CIVIL	: Viuda
❖ SITUACIÓN SOCIOECONOMICO	:Depende de su hijos
❖ OCUPACIÓN	:Ama de casa
❖ MOTIVO DE INGRESO/CONSULTA:	: Paciente adulto de sexo femenino que ingresa al servicio presentando cefalea intensa mareos al levantarse.
❖ FECHA DE INGRESO/CONSULTA	:25/10/2019
❖ FECHA DE APLICACIÓN DEL PAE	:25/10/2019

2.2.2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

No refiere

2.2.3. DIAGNÓSTICO MEDICO

+ Crisis hipertensiva

2.2.4. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

Es la elevación aguda de presión arterial que puede llegar a producir problemas estructurales o funcionales en diferentes órganos, es repentina, rápida, severa, inapropiada y sintomática. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear y generalmente considerada con cifras diastólica >120 mmHg y sistólica <180 mmH

2.2.5. ETIOLOGÍA

MECANISMO	DESCRIPCIÓN
Hipertensión Renovascular	Debido al estrechamiento de las arterias que llevan la sangre a los riñones. Esta afección también se denomina estenosis arterial renal.
Eclampsia	La HTA es muy importante en la mujer embarazada como así también el tratamiento multidisciplinario, ya que sigue siendo una de las causas de morbimortalidad materno-fetal
La glomerulonefritis	Es la inflamación de los pequeños filtros de los riñones (glomérulos). Los glomérulos eliminan el exceso de líquido, los electrolitos y los desechos del torrente sanguíneo, y los hacen pasar a la orina.
Estenosis de la arteria renal	Es un bloqueo en las arterias debido al colesterol alto.
Abandono de la medicación antihipertensiva	No cumple con el tratamiento indicado

2.2.6. SINTOMATOLOGÍA

- Mareo
- Fatiga
- Cefalea
- Zumbido de oído
- Desvanecimiento
- Vértigo
- Palpitaciones
- Ansiedad

2.2.7. SISTEMA DE DIAGNÓSTICO

A. Anamnesis

En el hipertenso conocido es importante precisar el posible origen de la HTA, tiempo de evolución y repercusión sobre los órganos diana, la presencia de enfermedades concomitantes y las características del tratamiento previo. En el paciente que no se sabía hipertenso tienen mayor relevancia las características clínicas y evolutivas de la crisis.

B. Exploración física.

Se debe orientar a la evaluación de las repercusiones en los órganos (sistema nervioso, vasos retinianos, aparato circulatorio). Resulta del todo necesaria la práctica del examen del fondo de ojo a los pacientes con cifras de PAD iguales o superiores a 115 mmHg, puesto que las anomalías funduscópicas condicionan actitudes terapéuticas concretas.

2.2.8. SISTEMA DE TRATAMIENTO

En una etapa 0 inicial o tratamiento no farmacológico se basa en indicaciones de restricción y modificación de los hábitos dietéticos y el incremento de la actividad física por medio de ejercicio aeróbico que sea apropiado a la edad del sujeto, así como la supresión de consumo de tabaco y un registro regular de la TA determinada por el grado de elevación de la misma. El consumo de sodio puede variarse entre una restricción moderada a la restricción rigurosa, la cantidad recomendada es de 2 a 4 g/día, dependiendo de la severidad de la hipertensión. La etapa 1 inicia con dosis bajas de un medicamento, aumentando progresivamente o añadiendo o sustituyéndolo por otro en dosis crecientes hasta lograr el efecto deseado para mantener la TA controlada.

2.2.9. PRONÓSTICO

El pronóstico es reservado.

2.2.10. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

❖ NOMBRES Y APELLIDOS	:Epifania Bañez Vda. De Gamarra
❖ EDAD	:59 años
	:Femenino
❖ SEXO	:Analfabeta
	:Moquegua
❖ GRADO DE INSTRUCCIÓN	:Castellano
❖ PROCEDENCIA	: Viuda
❖ IDIOMA	
	:Depende de su hijos
❖ ESTADO CIVIL	:Ama de casa
❖ SITUACIÓN SOCIOECONOMICO	: Paciente adulto de sexo femenino que ingresa al servicio presentando cefalea intensa mareos al levantarse.
❖ OCUPACIÓN	
❖ MOTIVO DE INGRESO/CONSULTA:	:25/10/2019
❖ FECHA DE INGRESO/CONSULTA	:25/10/2019
❖ FECHA DE APLICACIÓN DEL PAE	

1.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- + MADRE : Fallecidos
- + PADRE : Fallecidos
- + HERMANOS: 01 hermanos aparentemente sanos.

1.3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

- + PATOLOGÍAS DE LA INFANCIA : No refiere.
- + PATOLOGÍAS DE ADULTO : No refiere.
- + HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR : Ninguna.
- + INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS : No.
- + ALERGIA A MEDICAMENTOS : Ninguna.

1.4. ANTECEDENTES LABORALES

No refiere.

1.5. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente adulto de sexo femenino que ingresa al servicio presentando cefalea mareos al levantarse

1.6. EXAMEN FÍSICO:

→ FUNCIONES VITALES:

	EMERGENCIA
T°	36.5°C
PA	190/90 mmHg
FC	69 x min
FR	20 x min
SO2	93%

→ ANTROPOMETRÍA:

Peso: 72 kg

→ ASPECTO GENERAL:

Paciente se encuentra consciente, vigila y cooperadora, lucido orientado en tiempo y espacio.

Paciente necesita ayuda para levantarse, para bañarse alimentarse.

Estado emocional; “refiere sentirse cansada, sensación de desmayo a veces y presencia de dolor muscular”.

→ EXAMEN REGIONAL:

Paciente se encuentra consciente, vigila y cooperadora, lucido orientado en tiempo y espacio

→ **Cabeza:** en el cuero cabelludo no presenta parásitos, tiene canas, su cara es simétrica y sin presencia de cicatrices, piel rosada.

→ **Cabello:** corto, presenta canas, buena higiene.

→ **Ojos:** cejas simétricas, sus pupilas presentan reactividad a la luz, agudeza visual sin problema, párpados y movimiento ocular normales

→ **Oídos:** simétricos, una leve dificultad de audición ya que responde a la voz, pabellón auricular externo sin alteraciones.

→ **Nariz:** mucosa nasal y vellosidades normales, tabique sin lesiones.

→ **Boca:** labios simétricos, escamados y pálidos, encías normales rosadas.

→ **Piel:** hidratada, textura suave, presenta una higiene adecuada, no presenta lesiones.

→ **Uñas:** cortas.

- **Cuello:** sin presencia de inflamación de ganglios.
- **Tórax:** simétrico, auscultación de murmullo pulmonar
- **Abdomen:** indoloro a la palpación
- **Extremidades superiores:** coloración normal, alineación simétrica entre ambos brazos, responde a sensibilidad, presenta una higiene adecuada en brazo y mano.
- **Extremidades inferiores:** simetría en ambas extremidades, coloración normal en la piel, movimiento en ambas piernas.

1.7. RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES

GLUCOSA: 105 mg/dl

UREA: 53 mg/dl

CREATININA: 1.2 mg/dl

Hb: 15.50 g/dl

Hto 47%

LEUCOCITOS: 4,200

1.8. DIAGNÓSTICO MÉDICO

Crisis Hipertensiva

1.9. TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL

TRATAMIENTO	VÍA	HORARIO
NPO	--	--
Dx 5% 1000cc 5cc/h	EV	40 gts
Captopril 25mg	SL-VO	
Diazepan 10mg	VO	c/3h

1.10. VALORACIÓN POR DOMINIOS

DOMINIOS PRIORIZADOS	DATOS (OJETIVOS Y SUBJETIVOS)
DOMINIO 2 <i>Nutrición</i>	Datos subjetivos: Paciente refiere “me siento débil ” Datos objetivos: Paciente con en npo
DOMINIO 4 Actividad/ reposo	Datos subjetivos: Paciente refiere: “Me agito un poco al respirar porque me duele mucho el pecho” Datos objetivos: Paciente con disnea, patrón respiratorio anormal

<p style="text-align: center;">DOMINIO 11</p> <p style="text-align: center;"><i>Seguridad/ protección.</i></p>	<p>Datos subjetivos: No refiere</p> <p>Datos objetivos: Paciente con catéter periférico permeable con Dx 5% 1000cc a 4cc/h</p>
<p style="text-align: center;">DOMINIO 12</p> <p style="text-align: center;"><i>Confort</i></p>	<p>Datos subjetivos: Paciente refiere me duele la cabeza fuerte.</p> <p>Datos objetivos: Paciente con expresión facial y verbal de dolor.</p>

II. DIAGNÓSTICO:

DATOS SIGNIFICATIVOS AGRUPADOS	PROBLEMA DX NANDA	CAUSA R/C	CARACTERÍSTICAS M/P EVIDENCIA
Paciente con presión arterial 190/90mm/hg	Perfusión tisular	R/C hipertensión	M/P dolor en las extremidades
Paciente con disnea, patrón respiratorio anormal	Patrón respiratorio ineficaz	R/C dolor, fatiga	M/P Disnea, patrón respiratorio anormal
Paciente con expresión facial y verbal de dolor un EVA de 10/10 quemadura.	Dolor agudo	R/C agentes lesivos biológico	M/P expresión facial y verbal de dolor un EVA de 7/10.
Colocación de catéter venoso periférico	Riesgo de infección	R/C Proceso de dispositivo invasivo	
Paciente ansiosa preocupada por el tratamiento	ansiedad	R/C procedimientos invasivos	M/P tensión muscular, expresión facial tensa.

III. PLAN DE CUIDADOS:

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	BASE CIENTIFICA
Perfusión tisular r/c hipertensión m/p dolor de las extremidades	Paciente mantendrá una presión arterial en los límites normales	Valorar el estado de conciencia según escala de Glasgow Administración de tratamiento indicado(antihipertensivo)	Paciente con mejoría y sin signos de hipertensión
Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor fatiga m/p disnea, patrón respiratorio anormal	Paciente presentara patrón respiratorio normal,	Administrar oxígeno según saturación requerida por el paciente Controlar funciones vitales: T: 36.5°C PA: 208/108 mm/hg FC: 72 x mm FR:20 x min Spo2: 93%	
Dolor agudo r/c agente lesivo biológico m/p expresión facial y	Aliviar dolor	Administración de analgésicos	Paciente aliviado calmo su dolor.

verbal de dolor un Eva de 7/10			
Riesgo de infección r/c proceso de dispositivo invasivo	Paciente no presentara un infección	Colocación de catéter venoso periférico Administración de medicamentos por vía endovenosa Mantener vía permeable.	Paciente no presento un proceso infeccioso
Ansiedad r/c procedimientos invasivos	Paciente disminuirá la ansiedad	Interactuar con el paciente Explique previamente todos los procedimiento a realizar Mantener un ambiente silencioso, tranquilo.	Paciente manifiesta alivio y tranquilidad frente a los procedimientos y al tratamiento

IV. EVALUACIÓN:

FECHA	HORA	ACCIONES / INTERVENCIONES	EFFECTOS / RESULTADOS ALCANZADOS
10/02/2019	8 am	(6680) Monitorización de los signos vitales	Si se realizó.
		(3140) Manejo de las vías aéreas	Si se realizó
		(6550) Protección contra infecciones	Si se realizó.
	10 am	(6540) Control de infecciones	Si se realizó.
		(2300) Administración de medicamentos: Antihipertensivos según indicación medica	Si se realizó.
		(1400) Manejo del dolor	Si se realizó
		(840) Cambio de posición	Si se realizó.
	12am	(1100) Manejo de la nutrición	Si se realizó.
		(5820) Disminución de la ansiedad	Si se realizó.
		(7040) Apoyo al cuidador principal	Si se realizó.
		(6482) Manejo ambiental: confort	Si se realizó.

2.3.CONCLUSIONES

PRIMERO : Paciente adulto mayor con cuadro de crisis hipertensiva que presenta perfusión tisular r/c hipertensión m/p cefalea y dolor de las extremidades.

SEGUNDO : Paciente adulto mayor con cuadro de crisis hipertensiva al que se brinda cuidados mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

TERCERA Paciente adulto mayor con cuadro de crisis hipertensiva, que recibe cuidados de enfermería, con evolución estable.

2.4.RECOMENDACIONES

PRIMERO : La hipertensión arterial; es un problema de salud pública el mismo que requiere de un trabajo multisectorial y multidisciplinario, que requiere de sensibilización y capacitación, con la finalidad de brindar una información de calidad al paciente y familia.

SEGUNDO : A nivel del hospital elaborar planes de cuidados de enfermería estandarizados para la atención del paciente con crisis hipertensiva, para mejorar en oportunidad y en calidad el proceso de atención de enfermería.

TERCERA : Se debe brindar información, educación al paciente con problemas de hipertensión, para que aprenda a reconocer las principales complicaciones y la importancia del autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neira - Sanchez ER, Málaga G. ¿Son las guías de práctica clínic de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 elaboradas por el MINSA, confiables? Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016; 33(2).
2. Seguro Social. Guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Médica Dirección Técnica de Servicios de Salud - Departamento de Medicina Preventiva; 2002.
3. Ram C. Current Concepts in the diagnosis and management of hypertensive urgencies and emergencies. Keio J Med. 1990.
4. Kaplan N. Clinical Hypertension. Baltimore, Md]. [Online].; 2002 [cited 2019 Enero 05. Available from: <http://www.fisiocard.e.telefonica.net/articulos/hipertension.pdf>.
5. García BD. Los antagonistas de Calcico en el tratamiento de la isquemia miocardia. Rev. Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 1990; III.
6. Boyero Fernández E, Darroman Montesino I. La hipertensión arterial en el adulto mayor, una amenaza en la calidad de vida. Revista de ciencias médicas "La Habana". 2009 Febrero.

7. Acta Médica Peruana 23. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. UPCH; 2006. Report No.: ISSN 1728-5917.
8. Merlo c, Bally K, Tschudi P, Martina B, Zeller A. Management and outcome of severely elevated blood pressure in primary care: a prospective observational study. Swiss Med Wkly. 2012.
9. Baumann B, Cline D, Pimenta E. Treatment of hypertension in the emergency departament. J Am Soc Hypertens. 2011. 5:366-377.
10. Kessler C, Joudeh Y. Evaluation and treatment of severe asymptomatic hypertension. Am Farm Physician. 2010.
11. Shayne P, Pitts S. Severely increased blood pressure in the emergency department. Ann Emerg Med. 2003.
12. Vleck M, Bur A, Woisetschlager C, Herkner H. Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension. J Hypertens. 2008.
13. Kearney P, Whelton M, Reynolds K. Glocber burden of hypertension: analysis of worldwide data. 2005. pág 365:217-223.

14. Sobrinho S, Correia L, Cruz C, Santiago M. Occurrence rate and clinical predictors of hypertensive pseudocrisis in emergency room care. *Arq Bras Cardiol.* 2007. 88:579-584.
15. Too G, Hill J. Hypertensive crisis during pregnancy and postpartum period. *Semin Perinatol.* 2013. 37:280-287.
16. Mancia G, Sega R, Milesi V, Cesana G, Zanchetti A. Blood-pressure control in hypertensive population. *Lancet.* 1997. 239:454-457.
17. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation- *Hypertension.* 1996. 27: 144-147.
18. Forad G, García F. Crisis hipertensiva. *Revista de Cardiología.* 2006 Febrero.
19. Brunner , Suddarth. *Enfermería Médico - Quirúrgica.* Mc Graw Hill Interamericana. 1997; II.
20. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de le Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención (R.M. N° 491-2009/MINSA).* 2011th ed. Transmisibles ESNdPyCdDN, editor. Lima: Dirección General de Salud de las Personas.; 2011.

21. Papadopoulos D, Mourouzis I, Thomopoulos C, Makris T, Papademetriou V. Hypertension crisis. Blood Pressure. 2010. P,445-450.
22. Pimenta E, Calhoun D, Oparil S. Hypertensive Emergencies. En: Jeremias A, Brown DL. Cardiac Intensive Care. 2010; 2a ed.(P. 355-67).
23. Varon J. The Diagnosis and Treatment of Hypertensive Crises. Postgrad Med. 2009. 121:5-13.
24. Martinez J, Hernández del Rey R. Situaciones urgentes en hipertensión arterial. Hipertens riesgo vasc. 2009. 26(1):20-7.
25. Maizel J, Teboul j. Hipertensión aguda. EMC - Anestesia-reanimación. 2009. 35(1): 1-10.
26. Sarafidis P, Bakris G. Evaluation and Treatment of Hypertensive Urgencies and Emergencies.. In Floege J JRFJE. Comprehensive Clinical Nephrology. Elsevier: 4a ed; 2010. p. 445-450.
27. Gilmore R, Miller S, Stead L. Severe Hypertension in the Emergency Department Patient. Emerg Med Clin North Am. 2005. 23:1141-58.
28. Morales Villaroel H, Montufar Cárdenas R. Urgencia y emergencia hipertensiva. In Fortuna Custodio J, Marchena J, Roldan García A. Protocolo de atención al

- paciente grave: normas, procedimientos y guías de diagnóstico y tratamiento. México; 2020. p. 119-23.
29. Cerezo Olmos C. Crisis Hipertensiva -. Madrid:, Unidad de Hipertensión; 2013.
 30. Perkovic V, Huxley R, Wu Y, Prabhakaran D, MacMahon S. The Burden of Blood Pressure-Related Disease. *Global Health*. 2007; II(50).
 31. García D. Guías de manejo de urgencias/emergencias hipertensivas. *Revista Médica*. 2006.
 32. Maicas Bellido C, Lázaro Fernández E, Alcalá López J, Hernández Simón P, Rodríguez Padial L. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial. *Sociedad Castellana de Cardiología*. 2003; V(3).
 33. Aggarwal M, Khan L. Hypertensive Crisis: Hypertensive Emergencies and Urgencies. *CardioClin*. 2006; 24:135-46.
 34. Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine*. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
 35. Morales Villaroel H, Montufar Cárdenas R. Urgencias y emergencia hipertensiva. Fostuna Custodio JR. Roldan García AM. Protocolo de atención del paciente grave: normas, procedimiento y guías de diagnóstico y tratamiento Mexico: Medica Panamericana; 2008.

36. Rodriguez M, KumarSK , Caro M. Hypertensive Crisis. *Cardiol Rev.* 2010 Diciembre; 18(102-07).
37. Peacockiv W, Varon J, Ebrahimi R, Dunbar L, Pollack JC. Clevidipine for severe hypertension in patients with renal dysfunction: A Velocity trial analysis *BloodPressure.* 2011. 20 Suppl 1:20-25.
38. Sanchez M. Conducta ante una crisis hipertensiva. *Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. MEDica Jims.* 2002.
39. Semiología de la Hipertensión arterial. 2013.
[https://es.scribd.com/document/134569648/SEMIOLOGIA-DE-LA-HIPERTENSION-ARTERIAL.](https://es.scribd.com/document/134569648/SEMIOLOGIA-DE-LA-HIPERTENSION-ARTERIAL)
40. Mason J, Dickinson H, Nicolson D, Campbell F, Ford G, Williams B. The diabetogenic potential of thiazide-type diuretic an beta-blocker combinations in patients with hypertension. *J Hypertens Rev.* 2005 Marzo.
41. Ministerio de Salud Brasil. Cuaderno de atención básica N°15. Secretaría de Atención de Salud, Departamento de atención básica; 2006.
42. Lindholm L, Carlberg B, Samuelsson O. Should b-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? a meta analysis. *Lancet.* 2005; 28(366).

43. Reinaldo G, Nurys R, Dueñas H. Programa de Control de Hipertensión Arterial en el Municipio Plaza Habana Cuba. [Online].; 2003 [cited 2019 01 09. Available from: www.sld.cu/servicios/hta/doc/chaplaza.ppt.
44. Espinoza Fritas SG, Flores Alarcón PF. Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en el paciente con enfermedad hipertensiva del consultorio externo de cardiología de un Hospital Nivel III - MINSA. Tesis de segunda especialización. Lima - Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia , Enfermería; 2016.
45. Luque M.. Tratamiento no farmacológico y farmacológico. Biblioteca Básica Sehleha; 2000.
46. Castells Bescós E, Boscá Crespo A, García Arias C, Sánchez Chaparro MA. Hipertensión arterial. Universidad de Málaga.
47. Velandia A, Rivera Alvarez L. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento de personas con factores de riesgo cardiovascular. Revista de Salud Pública. 2009 Julio - agosto; 11.
48. García Arias C, Boscá Crespo A, Castells Bescos E, Sánchez Chaparro MA. Crisis Hipertensiva. 2017..
49. Lopez Acedo A, Flores Morgado MT, Cambero Flores M. Hipertensión arterial. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6. Mérida: Junta

de extremadura consejería de Sanidad y Consumo; 2006. Report No.: ISBN 84-95872-75-7.

50. EsSalud. Guías de manejo del paciente en emergencia. 2000. 10.