

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE HIPERTENSO
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL PNP CHICLAYO-
2017**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ROSA LEONOR CHAVEZ MENDOZA

ASESOR:

Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima- Perú

2017

DEDICATORIA

A mis adoradas hijas: Kathya y María Belén,
que son fuente de mi inspiración y superación.

A mis amados padres Juliana y Rufino
Por su apoyo incondicional para lograr
mis metas.

AGRADECIMIENTO

A las colegas del servicio de emergencia del Hospital Regional PNP Chiclayo por la oportunidad en la ejecución del presente trabajo académico.

A mis Profesoras de la especialidad de Emergencias y desastres por su paciencia y entusiasmo para enseñarnos y por la ayuda brindada en nuestra formación de especialistas.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I	
MARCO TEORICO.....	8
CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE-EBE	
SITUACION PROBLEMA.....	21
1.1.-Valoracion según dominios.....	22
1.2.-Diagnóstico de enfermería.....	30
1.3.- Plan de atención – EBE.....	32
CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
ANEXOS:	44

RESUMEN

El presente trabajo, se desarrolló en el Hospital Regional PNP Chiclayo, servicio de emergencia aplicado a una paciente hipertensa de 74 años de edad, por incumplimiento de tratamiento antihipertensivo.

Sustentado en la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem a través de los sistemas de enfermería.

La valoración de enfermería según dominios nos ayudó a estructurar y jerarquizar la formulación de los diagnósticos, utilizando las taxonomías NANDA.

Desde una perspectiva realista para evidenciar el trabajo de enfermería y darle su reconocimiento se utilizó el proceso de enfermería, método sistemático que hace uso del pensamiento crítico en el diagnóstico y tratamiento y permite aplicar los cuidados de enfermería basado en el cuidado holístico e individualizado del ser humano, mostrando la paciente mejoría en su salud durante las primeras horas, comprometiéndose a asumir el autocuidado de su salud y prevenir complicaciones futuras.

Palabras clave: Paciente hipertenso, cuidados de enfermería, incumplimiento, tratamiento

ABSTRACT

The present work was developed at PNP Chiclayo Regional Hospital, an emergency service applied to a 74-year-old hypertensive patient due to non-compliance with antihypertensive treatment.

Sustained in Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory through nursing systems.

Nursing assessment according to domains helped us to structure and hierarchizes the formulation of diagnoses, using NANDA taxonomies.

From a realistic perspective to evidence nursing work and give it recognition was used the process of nursing, systematic method that makes use of critical thinking in the diagnosis and treatment and application apply nursing care based on individualized and health care Of the human being, showing the patient better in his health during the first hours, undertakes to assume the self-care of his health and prevent future complications.

Key words: Hypertensive patient, nursing care, breach, treatment

INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes en la sociedad occidental. Es una enfermedad de curso crónico y generalmente asintomático, pero puede presentar distintas complicaciones agudas que precisan atención médica inmediata. (1)

En el presente año, el Hospital Regional Chiclayo PNP, según registros de Estadística, por consultorios externos, se ha incrementado considerablemente los pacientes hipertensos, es así que en Enero hubo 43 pacientes con diagnóstico de HTA, y en el mes de mayo se atendió a 143, pero a pesar de esto no cumplen el tratamiento indicado y cuando presentan crisis hipertensivas acuden por el servicio de emergencias, situaciones que se presentan a diario que aumenta significativamente el riesgo de enfermedad vascular cerebral y deben ser referidas a hospitales de mayor complejidad para manejo especializado.(2)

El presente proceso de atención de enfermería se aplica a una adulta mayor con urgencia hipertensiva, atendida en observación de emergencia, en las primeras horas para evitar complicaciones posteriores, basado en el método científico el cual nos permite brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, permitiendo como profesionales de enfermería tomar decisiones independientes para el logro de los objetivos de nuestros cuidados la cual mejora el estado de salud de la paciente. (3)

En el Capítulo I se describe las bases teóricas de la urgencia hipertensiva, las causas, signos y síntomas, exámenes complementarios, tratamiento y los cuidados de enfermería y el análisis de la Teoría del Déficit del autocuidado en que se sustenta el trabajo.

En el capítulo II se presenta la situación problema de la paciente hipertensa, se realiza la valoración por dominios y los diagnósticos de enfermería así como las intervenciones y evaluación.

En el capítulo III se formulan las conclusiones y recomendaciones del Proceso de Atención de Enfermería aplicado a la paciente hipertensa.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

PRESION ARTERIAL

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta.

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica. El número inferior se llama presión arterial diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mm Hg

Uno o ambos números pueden ser demasiado altos. (Nota: Estas cantidades aplican a personas que no están tomando medicinas para la presión arterial y que no están enfermas).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial se define como la existencia de una presión arterial sistólica (PAS) superior e igual a 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) superior o igual a 90 mmHg, medidas en tres ocasiones distintas con un intervalo mayor de una semana, si bien la detección una sola vez de una PAS mayor de 210 mmHg o de una PAD mayor de 120 mmHg es suficiente para realizar el diagnóstico de esta enfermedad.

La urgencia hipertensiva se define como la elevación brusca de la presión arterial sin que exista disfunción de los órganos diana. (4)

Según las cifras detectadas de presión arterial, la hipertensión puede ser:

CLASIFICACION	TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA (mmHg)	TENSIÓN ARTERIAL DIASTOLICA (mmHg)
NORMAL	< 120 mmhg	< 80 mmhg
PRE – HIPERTENSIÓN	120 – 139 mmhg	80 – 89 mmhg
ESTADÍO 1 HIPERTENSIÓN	140 – 159 mmhg	90 – 99 mmhg
ESTADÍO 2 HIPERTENSION	> o igual 160 mmhg	> o igual 100 mmhg

JNC VII-8

EPIDEMIOLOGÍA

La hipertensión arterial es una enfermedad de evolución crónica caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica y / o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados. Para la OMS es un problema grave de salud que afecta a 600 millones de personas y causa 3 millones de muertes al año en todo el mundo .Es una patología frecuente entre la población adulta, estimándose que alrededor del 25- 30 % de la misma a nivel mundial la padece (5)

La hipertensión afecta entre el 20% y el 40% de los adultos en Latinoamérica y el Caribe, lo que representa alrededor de unas 250 millones de personas. La presión arterial elevada es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Cada año, alrededor de 1.6 millones de personas mueren por estas enfermedades en Latinoamérica y el Caribe, de ellos, medio millón antes de cumplir los 70 años.

En la Región de las Américas la mortalidad relacionada con la hipertensión arterial se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. (6)

En el Perú, una de cada 3 personas no sabe que sufre de hipertensión arterial. Esta enfermedad es crónica y silenciosa y puede comprometer muchos órganos, entre ellos, el corazón, el cerebro, los riñones y las arterias, lo que puede llevarnos a sufrir un infarto cardiaco o cerebral, insuficiencia renal e insuficiencia arterial.

Según últimos estudios desarrollados en 26 ciudades del Perú (en las tres regiones) sobre problemas de hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 18 años tiene hipertensión arterial, con una mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%). La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanzaba la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país. (7)

FACTORES RELACIONADOS CON LA HIPERTENSION ARTERIAL

Las crisis hipertensivas ocurren con mayor frecuencia en aquellos pacientes con historia previa de hipertensión y acompañan generalmente a la interrupción de la medicación antihipertensiva, entre algunas de las causas encontramos:

Herencia

De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Por eso es conveniente que los hijos y descendientes de las personas hipertensas se toman la tensión arterial una vez al año y que estas personas presentaran especial atención a los factores que elevan la tensión arterial y que se han llamado modificables y por tanto susceptibles de control como la obesidad, el exceso de sal en la dieta, consumo elevado de alcohol y la vida sedentaria.

Sexo

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas.

Edad y raza

La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o

máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad.

En los países industrializados la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es de casi el 60 por ciento lo que no quiere decir que por ser frecuente la hipertensión en los ancianos, esto sea lo normal ya que ser hipertenso a cualquier edad conlleva aumento del riesgo cardiovascular, es decir, del riesgo de padecer complicaciones como infarto de miocardio, hemorragia o trombosis cerebral, insuficiencia renal, etc.

En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

Sobrepeso

Independientemente de los factores no modificables que condicionan la hipertensión arterial otros factores a los que llamamos ambientales (estilo de vida, dieta, etc) son capaces de poner de manifiesto la enfermedad de forma más leve o más severa. En este sentido, indudablemente, en la gran mayoría de los casos, el nivel de presión arterial e incluso la hipertensión arterial es el resultado del estilo de vida de una persona.

La relación que existe entre peso y presiones arteriales, y entre sobrepeso e hipertensión, se conoce desde hace muchos años. Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal.

A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal.

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte

responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones. (8)

Factores relacionados con el comportamiento:

- El consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortalizas;
- El uso nocivo del alcohol y tabaco.
- El sedentarismo y la falta de ejercicio físico;
- El mal control del estrés.

Factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso o la obesidad.

Factores Socioeconómicos

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta. Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento y, además, impedir la prevención de las complicaciones.

La urbanización acelerada y desordenada también tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol. Por último, el riesgo de hipertensión aumenta con la edad, por el endurecimiento de las arterias, aunque el modo de vida saludable, la alimentación saludable y la reducción de la ingesta de sal pueden retrasar el envejecimiento de los vasos sanguíneos.

En ocasiones, la tensión arterial medida es más alta de lo habitual. En algunas personas, la ansiedad ante una consulta médica puede aumentar temporalmente la tensión arterial ("síndrome de la bata blanca"). Para establecer si este es el caso, es posible medir la presión en el hogar, utilizar un

dispositivo para medir la tensión arterial varias veces al día o realizar diferentes mediciones en el consultorio. (9)

FISIOPATOLOGÍA

La presión arterial depende del volumen minuto o gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica (RVP). A su vez, el volumen minuto cardíaco o gasto cardíaco está determinado por la frecuencia cardíaca, la presión de llenado (precarga) y la contractilidad del miocardio. La taquicardia por lo general no conduce a la hipertensión pero la sobrecarga aguda de líquido puede inducir crisis hipertensivas agudas. La sobrecarga hídrica contribuye al desarrollo de hipertensión severa en pacientes con insuficiencia renal, transfusiones excesivas o la administración de una cantidad excesiva de solución fisiológica.

El aumento de la contractilidad del miocardio, como por ejemplo ocurre en el abuso de cocaína, puede conducir al aumento del volumen minuto cardíaco con hipertensión resultante. Sin embargo, la autorregulación por lo general limita el ascenso de la presión arterial mediante un descenso de la RVP.

El aumento de la RVP es el común denominador en la mayoría de las crisis hipertensivas. Este aumento es mediado por el incremento de los niveles de catecolaminas circulantes, el aumento de la actividad alfa adrenérgica y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. La elevación de la presión arterial determina un aumento de la perfusión renal e induce natriuresis.

Es importante recordar este fenómeno, dado que la mayoría de los pacientes que se presentan con crisis hipertensivas por lo general padecen una hipovolemia relativa. La disminución resultante del volumen arterial efectivo circulante estimula a los baro receptores y determina nuevos aumentos del tono alfa y beta adrenérgico. (10)

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La urgencia hipertensiva se basa exclusivamente en la detección de una elevación brusca de la presión arterial respecto a las cifras tensionales habituales del paciente. Clínicamente puede ser asintomática o acompañarse de síntomas generales inespecíficos como cefalalgia, debilidad, mareos, visión

borrosa náuseas sin vómitos, astenia y en ningún caso hay disfunción aguda de los órganos diana. Con una anamnesis y exploración física correcta se distingue en el 95% de los casos, la urgencia de la emergencia hipertensiva.

Es importante diferenciar la verdadera urgencia hipertensiva de la falsa, que tiene lugar, en pacientes basalmente normotensos, como respuesta a determinadas situaciones como el estrés emocional o el dolor, ya que en estas circunstancias no está indicado el tratamiento con fármacos hipotensores, sino actuar sobre la causa precipitante de la hipertensión, mediante la administración de ansiolíticos o analgésicos respectivamente. Asimismo, hay que tener presente que cifras tensionales superiores al rango normal no constituyen por si mismas una urgencia hipertensiva, si la elevación se ha producido de forma paulatina, sino que manifiestan una hipertensión mal controlada. (11)

EXAMENES COMPLEMENTARIAS:

En el área de consultas del servicio de urgencias deben realizarse a todos los pacientes con urgencia hipertensiva las siguientes exploraciones:

- Electrocardiograma. Sirve para descartar patologías cardíacas. Se indica en sospecha de las mismas
- Radiografía de tórax. Sirve para evaluar el índice cardiorácico, silueta cardíaca, arco aórtico y vascularización pulmonar.
- Tomografía axial computarizada. Sirve para estratificar un daño neurológico. Se indica en sospecha de daño neurológico.

Pruebas de laboratorio

- Hemograma. Es una prueba para observar y contar las células de la sangre. Sirve para descartar la presencia de anemia hemolítica microangiopática
- Química sanguínea que evalúe glucemia, úrea y creatinina.
- Ionograma sérico. En esta prueba sirve para titular las concentraciones de iones en el plasma sanguíneo. Sirve para descartar alteraciones electrolíticas que causen crisis hipertensiva.
- Marcadores de daño tisular cardíaco, se solicitan si se presenta sintomatología de enfermedad coronaria o de daño miocárdico
- Examen general de orina. Que sirve para detectar proteinuria o hematuria.

CRITERIOS DE INGRESO:

Deben ingresar en el área de observación del servicio de urgencias los pacientes que presenten una urgencia hipertensiva con factores pronósticos desfavorables (diabetes con mal control metabólico, antecedentes de ictus o de cardiopatía isquémica), aquellos en los que se sospeche un seguimiento inadecuado de las recomendaciones establecidas o en los que no sea posible realizar un control ambulatorio estrecho en las siguientes 24-48 horas.

MEDIDAS GENERALES

En hipertensos conocidos deben indagarse las posibles causas de un control inadecuado de la presión arterial, como escaso seguimiento de una dieta hiposódica o incumplimiento del tratamiento prescrito ,infradosificación del mismo ,asociación inadecuada de fármacos en función de la comorbilidad del paciente, abuso de antiinflamatorios no esteroideos,corticoterapia prolongada, síndrome de apnea del sueño ,enfermedad renal crónica, etc.

El paciente debe estar en reposo, en un lugar tranquilo, apartado, en la medida de lo posible del estrés de una sala de espera de urgencias.

Si existe ansiedad se administra lorezepam en dosis de 1 mg por vía oral o sublingual.

Si el paciente tiene dolor se administra metamizol magnésico 1 ó 2 g por v.ev. (12)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Si a los 30 min de estar en reposo en un lugar relajado y de haberle administrado ansiolíticos y/o analgésicos en caso de ansiedad y/o dolor el paciente tiene unas cifras de PAS inferiores a 160-180 mmHg y de PAD inferiores a 100-120 mmHg y este estaba recibiendo tratamiento antihipertensivo, se procede al alta domiciliaria reintroduciendo su medicación si no la estaba tomando, incrementando la dosis o añadiendo otro fármaco (uno de ellos debe ser un diurético, sobre todo si el enfermo no sigue las recomendaciones de una dieta hiposódica).Si la hipertensión arterial no era conocida, no se administra ninguna medicación hipotensora ,sino que se recomienda seguimiento ambulatorio en las siguientes 24-48 h para evaluar la necesidad de tratamiento antihipertensivo.

Si por el contrario, tras lo comentado anteriormente, las cifras de PAS son superiores a 180 mmHg y/o las de PAD son superiores a 120 mmHg debe iniciarse tratamiento hipotensor, se administra uno de los siguientes fármacos por vía oral, cuya elección dependerá de las características de cada paciente.

-Inhibidores de la enzima convertidores angiotensina (IECA), como captopril, comprimidos de 25 y 50 mg, que puede repetirse a los 30 min si es necesario. Inicia su acción a los 15-30 min, alcanzando su máximo efecto en 1-2 h. Está contraindicado en pacientes con hiperpotasemia o insuficiencia renal.

-Bloqueadores beta, como labetalol (comprimidos 100 y 200 mg) en dosis de 100 mg que puede repetirse a las 2 h si es necesario. Inicia su acción a las 15-30 min y alcanza su máximo efecto a las 2-4 está contraindicado en la insuficiencia cardiaca con fallo sistólico, en la isquemia arterial periférica y en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Si los fármacos anteriores están contraindicados, se puede administrar uno de los siguientes por vía oral:

-Diuréticos de ASA, como furosemida (comprimidos de 40 mg), en dosis de 40 mg .Alcanzan su máximo efecto en 1-2 debe evitarse si hay depleción volumétrica y deben evitarse con precaución en pacientes con cardiopatía isquémica o aneurisma disecante de aorta.

-Antagonistas del calcio como amlodipino (comprimidos 5 y 10 mg) en dosis de 5 mg.Tienen su máximo efecto a la 1-6 h .Deben evitarse en pacientes con bloqueo auriculoventricular de alto grado.

Alfa agonistas como clonidina (comprimidos 0.15 mg) en dosis de 0.15 mg .Deben evitarse en la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia renal grave y en la enfermedad del nódulo sinusal.

Si después de la administración de una segunda dosis de captopril o labetalol las cifras de PAD continúan siendo superiores a 120 mmHg,no existe evidencia de que otras medidas terapéuticas más agresivas mejoren el pronóstico, puesto que no se ha demostrado que una reducción rápida de la presión arterial suponga un beneficio para el paciente ,sino que incluso en algunos casos podría precipitar la aparición de una isquemia miocárdica o cerebral .Por ello se recomienda pautar tratamiento por vía oral con objeto de controlar las

cifras de presión arterial en las siguientes en 24-48 h con exhaustivo control ambulatorio. Se hace de la siguiente manera:

- Si el paciente era hipertenso conocido y estaba en tratamiento antihipertensivo, se procede tal y como se ha comentado anteriormente, es decir reintroduciendo su medicación, si no la estaba tomando, incrementando la dosis o añadiendo otro fármaco.
- Si el paciente no era hipertenso conocido o no tenía prescrito ningún tratamiento, se administra cualquier fármaco de los cinco grupos de principales (IECA, bloqueadores beta, diuréticos, antagonistas del calcio o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII)). Una pauta inicial muy acertada puede ser la asociación, por vía oral de un diurético tiazídico como clortalidona (comprimidos de 50 mg) o hidroclorotiazida (comprimidos de 50 mg) en dosis inicial de 25 mg/24 h y un bloqueador beta como atenolol (comprimidos 50 y 100 mg) ,en dosis inicial de 50 mg/24 h o un antagonista del calcio como amlodipino (comprimidos de 5 y 10 mg) , en dosis inicial de 5mg/24 h. Si se utiliza un ARA-II puede administrarse losartán (comprimidos de 50 y 100 mg) en dosis inicial de 50-100 mg/24 h.

El uso de fármacos por vía intravenosa debe restringirse para la emergencia hipertensiva o para aquellas situaciones de urgencia hipertensiva que, por las características clínicas del paciente puedan desembocar en ella. (13,14)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las intervenciones de enfermería se inician con la valoración que se realiza en los servicios de urgencias, con la toma correcta de la presión arterial y en la identificación de cualquier sintomatología en el paciente hospitalizado.

-Debe de tomarse la presión arterial con el manguito y el brazo al mismo nivel que el corazón cada 15 minutos durante la primera hora, posteriormente cada 30 minutos, cada hora, cada dos horas y cada cuatro horas hasta su estabilización o bien cifras óptimas (14)

-Mantener al paciente en posición semifowler y en reposo absoluto

-Reportar al médico la cifra obtenida

-Control Balance Hídrico y Diuresis

- Restricción de visitas y de ser posible mantenerlo aislado.
- Realizar indicaciones médicas
- Aplicar oxígeno suplementario
- Instalar vía intravenosa
- Monitorización cardiaca continúa
- Toma de electrocardiograma
- Toma de muestras sanguíneas y orina
- Aplicación de fármacos indicados
- Orientar a familiares sobre la patología y su tratamiento
- Registro de enfermería. (15,16)

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

La Teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea Orem, se produce cuando las habilidades del individuo, para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida, situación que se evidencia en la paciente con urgencia hipertensiva, al no poder regular los factores que afectan su salud, prioriza otras actividades como ser cuidadora de sus nietos y no las dirigidas hacia sí mismas en beneficio de su salud y bienestar. Asimismo fue necesario aplicar el sistema de enfermería para dar asistencia sanitaria, corrigiendo la hipertensión arterial proporcionando los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. También se abordó el enfoque preventivo y de anticipación del riesgo de complicaciones, logrando que la paciente se integre al programa de Hipertensión arterial del Hospital al cual acude dos veces por semana. (17)

Situación Problema:

Paciente adulta mayor L.E.C de sexo femenino ingresa al servicio de emergencia por Urgencia Hipertensiva en compañía de familiar.

A la entrevista refiere: “Señorita, tengo dolor de cabeza muy fuerte, ya no lo soporto” “Hace más o menos dos horas me empezó el dolor, pensé que me iba

a pasar, siento que me falta el aire ,mi cara adormecida, con mareos y zumbido en los oídos”.

También manifiesta “soy hipertensa desde hace varios años, pero solo tomo la medicina cuando me siento mal, tengo miedo que me pase algo”. “Yo cuido a mis dos nietos, mi hija trabaja, me canso al cuidarlos, en ocasiones se pelean entre ellos quieren a su mamá y no me obedecen por eso me estreso. “Algunas veces falto a mis controles médicos por estar con ellos”.

A la valoración se le observa en posición semifowler despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, rubicunda y llorosa, se coge la cabeza, por la cefalea, según escala de valoración análoga del dolor 8 puntos,

Con sensibilidad a la luz, usa lentes para ver de cerca, se detecta lagrimeo en los ojos, cierre simétrico en parpados bilateral. Se observa esclerótica superior e inferior de color rojo, Pupilas se contraen buena reacción de acercamiento, las pupilas se dilatan con la luz.

Con buena agudeza auditiva la paciente escucha los tonos de la voz normal.

Labios ligeramente secos, con prótesis dental, sin halitosis. Cuello corto, gordo y ligeramente contracturado. Se observa respiraciones rápidas y superficiales, abdomen globuloso por acumulación de tejido adiposo.

A la auscultación con taquicardia y leve dolor en el pecho, micción espontanea.

Se canaliza vía periférica en brazo derecho

Medidas antropométricas:

Talla: 1.51 cm Peso: 68 kg IMC: 29.8

Control de signos vitales:

P/A: 17/100 mmHg F.C: 92x R: 24x T°36.3°C SaO2 :95%

Exámenes de laboratorio:

Hemograma:

	valor referencial
Hemoglobina: 12.8 g/dl	12- 16 gr/ dl
Hematocrito: 39 %	35 – 45 %
Leucocitos: 6,100 mm mm3	5.000 – 10,000
Neutrófilos: 56 %	55- 65 %
Eosinófilos: 04 %	0.5 -4 %

Basófilos: ---	0 – 2%
Monocitos: 2%	4 – 8 %
Linfocitos: 35%	23 – 35%
Abastionados: 01%	0 - 2%
Segmentados: 55%	45-65%
VSG: 40 mm/h	1-20 mm/h

Examen completo de orina:

Características:	Bioquímica	Sedimento
Color: amarillo claro	Proteínas: ---	Leucocitos: 0 -2 x campo
Aspecto: transparente	Glucosa: ---	cel. Epiteliales: escasa
Reacción: ácida	nitritos : ---	Hematíes: 3 - 5 x campo
Densidad: 1,015	Thevenon: ---	Cristales: ---
	Cristales: ---	Cilindros: ---
	Pig. Biliares: ---	fil. Mucoides: 1 x campo
	c. cetónicos: ---	F. bacteriana: escasa

Perfil lipídico- Función renal

Glucosa	Urea	Creatinina	Colesterol	Triglicérido	HDL	LDL
120	40	1.2	298	160	43	241
70-110 mg/dl	15-45 mg/d	0.8- 1.4 mg/d	Menor 200 mg/d	Menor 150 mg/d	40-60 mg/d	Menor 130 mg/d

Perfil hepático:

Bilirrubinas				Proteínas	
Total	Directa	indirecta	Totales	albumina	Globulina
0.8	0.2	0.6	7.9	4.6	3.3
Menor1.0 mg/dl	Menor 0.2 mg/dl	Menor 0.8 mg/dl	6.6 – 8.7 g/dl	3.5 – 5 g/dl	
Transaminasas		F. Alcalina			
TGO	TGP	126			
14	18				
Menor 37 UI/l	Menor 40 UI/l	Adultos: 42- 128 UI/l			

Tratamiento Médico de ingreso:

- Monitoreo de signos vitales
- Reposo absoluto
- Toma de ECG
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000] I vía
- Balance hídrico, control de diuresis
- Captopril 25 mg s/l stat
- metamizol 1 gr. EV c/ 8 hrs
- alprazolam 0.5 mg V.O stat

CAPITULO II**APLICACIÓN DEL PAE-EBE****VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN DOMINIO****1. DATOS GENERALES**

Nombre del paciente: L.E.C H.C: 7958 CIP N°: 30203241

Fecha de Nacimiento: 05 mayo 1943 Edad: 74 años condición:
esposa Suboficial (R)

Servicio: emergencia Fecha de ingreso: 27 de mayo Hora: 23.50 horas

Persona de referencia: esposo Telf. 614285

Procedencia: Admisión () Emergencia (x) Otro ()

Forma de llegada: Ambulatorio (x) Silla de ruedas () Camilla ()

Peso: 68 kg Estatura: 1.51 mts PA: 170/100 mmHg FC: 97 x T°:
36.3°C

Fuente de Información: Paciente (x) familiar/amigo () Otro: esposo

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:

HTA (x) hace 7 años DM () Gastritis/Ulceras () Asma () TBC () HIV ()
Otros:

Cirugías: (x) Especifique: glaucoma Fecha: 2010

Alergia y otras reacciones: Fármacos () Alimentos () Otros ()

Motivo de ingreso: persona adulta mayor ingresa a emergencia por Urgencia hipertensiva

2. VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la Salud

Clase 1: Toma de Conciencia

Ud. cuida su salud: Si () No (x)

Realiza controles médicos periódicos: Si () No (X)

Frecuencia: a veces, cuando se siente mal.

Hábitos Nocivos:

TABACO Si () No (x) ALCOHOL Si () No (x)

Consumo de Medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente Dosis /Frec. Ult. dosis

Losartan 50 mg no recuerda

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia:

Estado de higiene:

Corporal: buena

Estilo de alimentación: refiere que no hace dieta

Clase 2: Gestión de la Salud.

Está en algún programa de atención integral Si () No (x)

Cumple con sus citas Si () No (x)

Cumple con el régimen indicado Si () No (x)

Asiste a charlas educativas de salud Si () No (x)

Pone en práctica los conocimientos recibidos Si () No (x)

Comentario: Tiene atención de salud en Hospital de la policía por su esposo.

Con diagnóstico de hipertensión arterial desde hace 7 años, paciente refiere:

“... estoy sobrecargada de trabajo, en casa... mi hija trabaja y yo tengo que cuidar a mis dos nietos y no entiendo cómo debo tomar la medicina de losartan”

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia () Obesidad (x) Rechazo ()

Dificultad para deglutir: Si () No (x)

Dentadura: completa () Ausente () Incompleta () Prótesis (x)

Mucosa Oral: intacta (x) lesiones ()

Alimentación por SNG ()

Comentarios: consume tres comidas al día y come aún sin hambre y más si se siente ansiosa. Incluye en su consumo diario carnes, arroz, fruta, menestras, pan, frituras, verduras etc. Con Índice de Masa Corporal: 29.8

Clase 2: Digestión

Nauseas: () Pirosis ()

Abdomen: Normal (x), Distendido () Doloroso ()

Ruidos Hidroaéreos: Aumentado () Disminuido (x)

Ausentes ()

Dominio 2: Nutrición

Clase 3: Absorción

Cambio de peso durante los últimos 6 meses Si (x) No ()

Peso actual...68 kg

Comentarios: su esposo refiere “ella come de todo y no se cuida por eso está gordita”

Clase 4: Metabolismo

Piel Normal (x) enrojecida () Pálida () con hematoma () Ictericia ().

Comentarios: con aumento de peso y glucemia de 120 mg/dl

Clase 5: Hidratación

Piel: Seca (), Turgente () Edema ()

Signo del pliegue ()

Mucosas: Húmedas() Secas (X) ligeramente

Sed: aumentada () Disminuida ()

Comentarios: labios ligeramente secos

Dominio 3: Eliminación

Clase 1: Sistema Urinario

Habito, vesicales: frecuencia: 4 veces al día

Disuria () Retención () Incontinencia () Polaquiuria ()

Nicturia (x) Hematuria ()

Pañal () Sonda () Fecha de colocación

Colector () Fecha de colocación

Comentarios

Drenaje: Si () NO () Características ()

Comentarios: Micción 4 a 5 veces al día color amarillo normal, en dos ocasiones anteriores ha recibido tratamiento para infección de vías urinarias; nicturia una o dos veces.

Clase 2: Sistema Gastrointestinal.

Hábitos intestinales: Número de deposición por día: interdiario

Incontinencia () Diarrea () Frecuencia () Características:

Estreñimiento () Ostomia () Vómitos () Cantidad

Comentarios: a veces con esfuerzo

Clase 3: Sistema tegumentario

Sudoración: Normal (x)

Diaforesis ()

Clase 4: Sistema Pulmonar

Respiración: Oximetría de Pulso (96 %)

Disnea () Polipnea (x) Ortopnea ()

Aleteo nasal () Tos: No () Si () Tipo:

Secreciones No () Si () Características

Ruidos respiratorios: murmullo vesicular: Normal (x) Roncantes ()

Sibilantes () Crepitos () Estertores ()

Tubo orofaríngeo () Tubo endotraqueal ()

Respirador () Traqueotomía ()

Comentario: al control respiraciones superficiales, refiere "siento que me falta el aire"

Dominio 4: Actividad y Reposo

Clase 1: Reposo y Sueño

Horas de sueño interrumpido Se despierta temprano (x)

Sueño: Tranquilo () Insomnio () pesadilla () fraccionado ()

Somnolencia diurna () Usa algún medicamento para dormir ()

Comentarios: Duerme de 6 a 7 horas diarias, para conciliar el sueño ve televisión y hace oración, no hace siesta en el día porque está ocupada. Durante el día muestra cansancio, bostezos, irritación ocular y en ocasiones pérdida de la concentración.

Clase 2: Actividad y ejercicio

Capacidad de autocuidado

0 = Independiente (x) 1= Ayuda de otros ()

2 = Ayuda de personal equipo () 3 = Dependiente incapaz ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en la cama	x			
Deambula	x			
Ir al Baño / Bañarse	x			
Tomar Alimentos	x			
Vestirse	x			

Aparatos de ayuda: Ninguno () Muletas () Andador ()

Silla de Ruedas () Bastón () Otros ()

Movilidad de miembros:

Contracturas () Flacidez (x) Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (x)

Comentarios adicionales: Refiere que por el trabajo en casa se fatiga, y siente que ya no tiene fuerza muscular en las piernas.

Clase 3: Equilibrio de la Energía

Fiebre: Si () No ()

Tipo: Intermittente () Remitente () Reincidente () Constantes ()

Cambios Visuales: imagen..... Color

Alteración del campo visual: Vacío () Estático () Espigado () Protuberante ()

Movimiento: Ondulante () Titilante () Denso () Fluido ()

Letargo () Fatiga () Cansancio (x) Usa lentes de medida

Clase 4: Respuestas cardiovasculares respiratorias

Pulso: Regular () Taquicardia (x) Bradicardia () Arritmia ()

Pulso periférico:

Pedio ()

Popliteo ()

Carotideo ()

Comentario:.

Cambios en el EKG Normal

Edema: Si (x) No () Localización: ambos pies

Distensión yugular () PVC ()

Piel: Fría (x) Sudorosa () Pálida () Cianótica () Llenado capilar

Hipotensión () Hipertensión Arterial (x) Agitación ()

Disnea de esfuerzo: Si () No ()

Desbalance toraco abdominal Si () No ()

Retracción intercostal Si () No ()

Retracción xifoidea Si () No ()

Respuesta disfuncional al destete del ventilador Si () No ()

Comentario: paciente refiere: "tengo dolor de cabeza muy fuerte, ya no lo soporto" "Hace más o menos dos horas me empezó el dolor, pensé que me iba a pasar, siento que me falta el aire ,mi cara adormecida, con mareos y zumbido en los oídos". Se evidencia con FR 24x.

Dominio 5: Percepción y Cognición

Clase 1: Atención;

Orientado: Tiempo (x) Espacio (x) persona (x)

Lagunas mentales: frecuentes () Espaciadas (x)

Alteración del proceso del pensamiento Si () No (x)

Confusiones: Agudas () crónicas () Alteraciones Cinestésicas Si () No ()

Comentario: ocasionales problemas de memoria como olvido del monedero o de las llaves.

Clase 2: Orientación

Orientado: Tiempo (x) Espacio (x) persona (x)

Clase 3: Sensación y Percepción

Reacción frente a la enfermedad: ansiedad (x) Indiferencia () Desesperanza ()

Alteraciones: Auditivas () Visuales (x) Olfatoria () táctiles () Gustativas ()

Defectos del lenguaje

Clase 4: Cognición

¿Qué conoce Ud. Sobre su enfermedad?" "soy hipertensa desde hace 7 años, pero solo tomo el losartan cuando me siento mal, tengo miedo que me pase algo". Comentarios: Refiere que descuida su salud por el cuidado de sus nietos. Muestra interés para asumir su autocuidado

Clase 5: Comunicación

Alteración del habla: Afonía Si () No () Dislalia: Si () No ()

Disartria: Si () No (); Tartamudeo: Si () No ()

Alteración para expresar pensamientos: Afásica Si () No ()

Disfasia: Si () No (); Apraxia Si () No (); Dislexia Si () No ()

Idioma materno ()

Comentarios:

Dominio 6: Auto percepción

Clase 1: Autoconcepto;

Participación en el autocuidado: Si () No (x)

Acepta sus puntos fuertes: Si () No (); Acepta sus limitaciones: Si (x) No ()

Expresiones negativas sobre sí mismo: Si (x) No ()

Resistencia al cambio: Si () No (x); Autoestima: Alta () Baja (x)

Clase 2: Autoestima

Sentimiento de culpa: Si () No ()

Sentimiento de fracaso: Si (x) No ()

Resentimiento: Si () No (); Cólera: Si (x) No ();

Temor: Si () No ()

Expresiones de duda; Si (x) No (); Apatía: Si () No ();

Ansiedad Si (x) No ();

Falta de iniciativa: Si () No ()

Clase 3: imagen corporal

Aceptación de la imagen corporal Si () No ()

Pérdida de una parte corporal: Si () No ()

Sentimientos negativos sobre su cuerpo Si () No (x)

Comentarios:

Dominio 7: Rol / Relaciones

Clase 1: Rol del cuidador

Con quien vive: solo () con su familia (x) otros

Desinterés () Negligencia () Desconocimiento (x)

Cansancio (x) Otros

Clase 2: relaciones familiares

Relación individual y de la familia frente a estos acontecimientos

Problemas: Alcoholismo () Drogadicción () Pandillaje ()

Composición familiar:

Divorcio () Muerte () Nacimiento de un nuevo ser ()

Clase 3: Desempeño del rol

Rol que desempeña dentro de la familia: Efectivo (x) Inefectivo ()

Conflictos familiares: No () Si ()

Especifique: ...es cuidadora de dos niños (nietos)

Relaciones intrafamiliares:

Estado civil: casada Profesión: ama de casa

Dominio 8: Sexualidad

Clase 1: Identidad sexual

Problemas sexuales: Si () No () Especifique.....

Tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual: Si () No ()

Especifique

Clase 2: Función sexual

Ha tenido disfunción interna o externa de sus órganos sexuales

Especifique:

Clase 3: Reproducción

Utiliza algún método anticonceptivo: Si () No ()

Especifique:

Ultima menstruación

Problemas menstruales: Si () No () Especifique

Secreciones anormales: Si () No () Especifique

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase 1; Respuesta post Traumática,

Violencia familiar: Física () Psicológica () Sexual ()

Especifique: _____ Fobias _____

Intento de suicidio: Si () No ()

Comentarios _____

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Tristeza y negación a pérdida de familiares:

Muerte: Padres () Hermano () Cónyuge () Hijo.

Tiempo de fallecimiento

Clase 3: Stress Neuro Comportamental

Sistema nervioso simpático; Normal ()

Problemas () Signos: Palidez () Bradicardia () Taquicardia (x)

Hipertensión(x) Paroxística () Diaforesis () Otros

Signos: Irritabilidad () Nervioso (x) Inquieto ()

Movimientos: Coordinados (x) Incoordinados ()

Dominio 10: Principios Vitales

Clase 1: Valores

Justicia () Responsabilidad (x) Honestidad (x) Tolerancia () Respeto (x)

Solidaridad () Prudencia () Amistad ()

Comentario:

Clase 2: Creencias;

Religión: católica Práctica Si (x) No ()

Confía en su líder espiritual Si () No ()

Comentario: acudo a misa los domingos

Clase 3: Congruencias de las acciones, con los valores y las creencias

Pasatiempos (hobbies): Arte Si () No () Música Si () No ()

Literatura Si () No () Danza Si () No ()

Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 1: Infección

Procedimientos invasivos: Si (x) No () Especificar: vía periférica en brazo derecho

Clase 2: Lesión física

Integridad cutánea: Si () No () Lesiones: Si () No (x)

Zonas de presión: Si () No (); Catéteres: Periférico Si (x) No ()

Sujeciones: Si () No () barandas Si () No ()

Comentario: con vía periférica en MSD

Nivel de conciencia: Escala de Glasgow: 15 puntos

Apertura Ocular	Respuesta: verbal	Respuesta Motora
() 4 Espontánea	() 5 Orientado mantienen conversación	() 6 Obedece ordenes
() 3 A la voz	() 4 Confuso	() 5 Localiza el dolor
() 2 Al dolor	() 3 Palabras inapropiadas.	() 4 Se retira
() 1 No responde	() 2 Sonidos incomprensibles	() 3 Flexión anormal.
	() 1 No responde	() 2 Ext. Anormal
		() 1 No responde

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico

Dolor / Molestias: Si (x) No ()

Especificar Intensidad: refiere dolor de cabeza Escala de Valoración Análoga del dolor 8/10

Clase 2: Confort ambiental

Clase 3: Confort Social

Aceptación del grupo: Si (x) No ()

Introvertido: Si () No ()

Actividades recreativas: Si () No () a veces

Relaciones Sociales y familiar:

Comentarios:

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

Clase 1: Crecimiento

Diagnósticos Nutricionales:

Desnutrición: crónica () ; aguda () Severa ()

Riesgos nutricionales: Obesidad (x) Marasmo () ; Kwashiorkor ()

Comentario: no hace dieta, consume tres comidas al día, con sobrepeso, Índice de Masa Corporal: 29.8

Clase 2: Desarrollo.

Adulto: Nutrición

Antropometría: Peso: 68 kg Talla: 1.51 mt

Peso usual:

Normal () Desnutrido () Obeso (x)

Signos de incapacidad para mantener su desarrollo

Anorexia () Bulimia () Fatiga (x) Deshidratación ()

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA:

- ✓ Dolor agudo r/c aumento de la presión de los capilares cerebrales m/p aumento de la presión arterial y Escala Valoración Análoga 8/10 puntos
- ✓ Disminución de la perfusión tisular cardiaca r/c hipertensión arterial, m/p cefalea, mareos, zumbido de oídos y rubor facial
- ✓ Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con necesidades metabólicas m/p dieta inadecuada e Índice de Masa Corporal 29.8 (sobrepeso).
- ✓ Gestión ineficaz de la propia salud r/c elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud m/p demandas excesivas, déficit de conocimientos de su enfermedad.
- ✓ Ansiedad r/c estado de salud m/p inquietud, angustia, palpitaciones, sequedad bucal, aumento de la respiración.
- ✓ Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c con obesidad y glucemia 120 mg/dl
- ✓ Riesgo de infección r/c colocación de catéter periférico en brazo derecho.
- ✓ Disposición para mejorar los conocimientos.

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Adulta mayor refiere: “Tengo dolor de cabeza muy fuerte, ya no lo soporto”,</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Se observa con fascie de dolor y quejumbrosa ,PA 170/100 mmHg</p>	<p>Reales</p> <p>Dolor agudo r/c aumento de la presión de los capilares cerebrales M/P aumento de la presión arterial y EVA 8/10 puntos</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente expresará disminución del dolor de según Escala de Valoración Análoga durante su estancia en observación.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>El dolor disminuirá a los niveles tolerables evidenciado por valoración en la escala del dolor 4/10, manifestado por el paciente.</p>	<p>Se realiza una valoración exhaustiva del dolor: localización, características y factores desencadenantes</p> <p>Se evalúa el dolor según escala de EVA</p> <p>Exploración con la paciente de los factores que alivian o empeoran el dolor.</p> <p>Canalización de vía periférica</p> <p>Se administra analgésico metamizol 1 g EV</p> <p>Se mantiene en reposo y un ambiente tranquilo y cómodo</p> <p>Se registra la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p>	<p>La cefalea según referencia de la paciente disminuye, EVA 3 puntos luego de 2 horas</p> <p>Se mantiene con vía periférica para manejo del dolor.</p> <p>Paciente reconoce los factores predisponentes al dolor</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Refiere: "Soy hipertensa...hace más de dos horas empezó el dolor de cabeza...siento mi cara adormecida, mareos y zumbido de oídos".</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Al control presión arterial de 170/100 mmHg, y F.C 92 x</p>	<p>Reales</p> <p>Disminución de la perfusión tisular cardiaca r/c hipertensión arterial, m/p cefalea, mareos, zumbido de oídos y rubor facial</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente expresará alivio de los signos y síntomas de la hipertensión arterial ocasionada por la disminución de la perfusión periférica cardiaca</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>La paciente no presentará ninguna complicación durante su estancia en el servicio de emergencia</p>	<p>-Se canaliza vía periférica catéter calibre grueso</p> <p>-Monitoreo y registro de funciones vitales: Presión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Respiraciones, Temperatura, Saturación oxígeno cada 20 min.</p> <p>-Se coloca en posición semifowler</p> <p>-Se toma trazado de electrocardiograma</p> <p>-Se administra captopril 50 mg vía sublingual</p> <p>-Se valora el dolor según EVA</p> <p>-Se efectivizan análisis de laboratorio</p>	<p>La presión arterial disminuye a 140/85 mmHg con la administración del antihipertensivo.</p> <p>Se toma dos ECG al ingreso y luego de 2 horas, hallazgos de ECG normales</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>Refiere: “que consume tres comidas al día y come aún sin hambre y más si se siente ansiosa”</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Medidas antropométricas:</p> <p>peso de 68 kg, talla 1.51 cm, e IMC: 29.8</p> <p>Colesterol: 298 mg/dl LDL :241 mg/dl Triglicéridos: 160 mg/dl</p>	<p>Reales</p> <p>Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con necesidades metabólicas m/p dieta inadecuada e IMC 29.8 (sobrepeso)</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente expresará adhesión a una dieta saludable antes del alta</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>La paciente obtendrá un equilibrio nutricional a largo plazo I.M.C de 24</p>	<p>Se toma medidas antropométricas : peso, talla</p> <p>-Se calcula el Índice de masa corporal</p> <p>-Se proporciona consejería acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: restricción de sodio, pérdida de peso de manera controlada</p> <p>-Se coordina análisis de laboratorio</p> <p>Se determina el deseo y la motivación de la paciente para reducir el peso.</p>	<p>Paciente reconoce el sobrepeso y la predisposición de enfermedades cardiovasculares, resultados de perfil lipídico está incrementado, Se compromete a seguir una dieta saludable y bajar de peso.</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Refiere “sobrecarga de trabajo en casa. Tengo que cuidar a mis dos nietos y no sé cómo tomar la medicina” “A veces no voy a mis controles”</p> <p>Datos objetivos</p> <p>A la entrevista verbaliza desconocimiento del tratamiento de la hipertensión arterial.</p>	<p>Reales:</p> <p>Gestión ineficaz de la propia salud r/c elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud m/p demandas excesivas, déficit de conocimientos de su enfermedad.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente manejará adecuadamente el régimen terapéutico al modificar la conducta en base a su autorresponsabilidad.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>La paciente identificará las razones y/o experiencias de su falta de cumplimiento del tratamiento médico.</p>	<p>-Se ayuda a la paciente a identificar sus fortalezas y reforzarlas.</p> <p>-Se proporciona una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad en su salud y/o cambio en su conducta.</p> <p>Se Ayuda a la paciente a identificar la forma de incorporar a la vida cotidiana los cambios relacionados con la enfermedad y tratamiento</p> <p>Se Incluye a la familia que participe de su cuidado.</p>	<p>Paciente acepta su autorresponsabilidad en el cuidado de su salud e identifica sus fortalezas, comprometiéndose a su autocuidado.</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Manifiesta preocupación por su estado de salud y por los nietos.</p> <p>Datos objetivos: A la entrevista ansiosa y temerosa</p>	<p>Reales</p> <p>Ansiedad r/c estado de salud m/p inquietud, angustia, palpitaciones, sequedad bucal, aumento de la respiración</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente Controlará su ansiedad con el apoyo de su familiar y personal de enfermería</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>La paciente disminuirá los niveles de ansiedad a los límites funcionales, lo cual se evidenciará con respiraciones dentro de rangos normales (16 – 20 resp/min), FC normal (60 – 80 latidos/min)</p>	<p>Se promueve la escucha activa</p> <p>Se proporciona educación respecto al diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Se conversa con el esposo sobre el apoyo emocional que necesita la paciente.</p> <p>Observación de signos verbales y no verbales de ansiedad.</p> <p>Se favorece una respiración lenta profunda e intencionada.</p> <p>Enseñanza a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación</p>	<p>Verbaliza sensación de control de la ansiedad</p> <p>Refiere disminución de estrés</p> <p>Adopta conductas para reducir el estrés</p> <p>El esposo se compromete a colaborar con la paciente y conversar con su hija para contratar una cuidadora para los nietos.</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Esposo manifiesta que “ella come de todo y no se cuida por eso está gordita”</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Al ingreso glucemia 120 mg/dl, IMC: 29.8</p>	<p>De Riesgo</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c sobrepeso y glucemia 120 mg/dl</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente mejorará las conductas de adhesión a una dieta saludable. antes del alta</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Mejorar los niveles de glucemia y prevenir complicaciones.</p>	<p>Se controla medidas antropométricas</p> <p>Se efectiviza control de glucemia</p> <p>Se proporciona educación sanitaria sobre la diabetes y complicaciones</p>	<p>Paciente acepta que tiene sobrepeso y se compromete a su autocuidado, se interesa por ingresar al programa del adulto mayor.</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Refiere: “tengo miedo de que la aguja se salga al mover mi brazo”.</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Con vía periférica en brazo derecho para tratamiento</p>	<p>De Riesgo</p> <p>Riesgo de infección r/c colocación de catéter periférico en brazo derecho</p>	<p>Objetivos Generales</p> <p>La paciente no presentará signos de infección</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Se mantendrá la piel íntegra de la paciente</p>	<p>Se canaliza vía periférica utilizando métodos de barrera.</p> <p>Se mantiene las normas de asepsia durante los procedimientos.</p> <p>Observación de signos y síntomas de infección localizada</p> <p>Se controla de la temperatura corporal</p>	<p>La piel de la paciente en la vía periférica se mantuvo íntegra, sin signos de infección.</p>

ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente expresa su deseo de aprender a cuidar su salud</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Muestra interés en el aprendizaje y colabora con tratamiento</p>	<p>De Bienestar:</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos</p>	<p>Objetivo General</p> <p>La paciente asumirá el compromiso del autocuidado de su salud</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>La paciente demostrará un aumento del nivel de conocimiento respecto de su padecimiento, tratamiento y medidas que disminuyan los riesgos de complicaciones.</p>	<p>Se brinda consejería a la paciente y a su esposo sobre la hipertensión, factores que contribuyen al aumento de la presión arterial, factores y tratamiento</p> <p>Se ayuda a la paciente a establecer objetivos realistas que puedan conseguirse</p> <p>Se valora la comprensión de la enfermedad y del tratamiento terapéutico de acuerdo a su nivel de comprensión.</p> <p>Se anima a la paciente a participar en el programa del adulto mayor</p>	<p>El nivel de conocimientos sobre su enfermedad ha aumentado: Expresa un grado elevado de comprensión sobre el desarrollo de su enfermedad y de los factores de riesgo que conlleva el incumplimiento de su tratamiento.</p> <p>Antes del alta recibe la visita de la coordinadora del programa del adulto mayor para integrarse.</p>

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES

Con la aplicación del presente trabajo se concluye:

1. La Urgencia hipertensiva es una patología que puede ocasionar enfermedad, discapacidad y muerte debido a complicaciones cardiovasculares y renales, por lo que quienes la sufren deben autorresponsabilizarse de su tratamiento apoyados por el equipo multidisciplinario de salud.

2..A través del proceso de Enfermería se pudo brindar atención holística e individualizada a la paciente con urgencia hipertensiva, pues con la valoración según dominios se formuló los diagnósticos de enfermería según NANDA, aplicando cuidados de enfermería oportunamente y prevenir lesiones progresivas de órganos diana en menos de 24 horas.

3. Se realizó el autocuidado a través del sistema de enfermería logrando que la paciente mejore su estado de salud, evitando complicaciones y al aceptar la autorresponsabilidad del tratamiento y de sus acciones. Priorizando su salud antes que otros.

4.La disposición del paciente para mejorar sus conocimientos y el seguir obteniendo sistemas de apoyo para sentirse tranquila y acompañada, al ingresar al programa del adulto mayor.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

1. La paciente acuda al programa de hipertensión arterial para control de la Presión arterial.
2. La enfermera aplique el proceso de atención de enfermería en los pacientes hipertensos para brindar los cuidados de manera organizada y sistematizada.
3. Coordinación con el Programa del Adulto mayor para que la paciente se integre al programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivera Salazar GT Apoyo familiar y adherencia terapéutica en hipertenso
Revista mexicana de enfermería Cardiológica 2009
2. Área de Estadística HRCHPNP Registro de Atenciones de Consultas Externas Servicio Medicina Chiclayo- Perú enero-mayo 2017
3. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación ed 2012-2014 Madrid España Ed Elsevier 2012
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015. (215-217)
5. Bulletin of the World Health Organization. Guidelines set new definitions update treatment for hypertension. The International Journal of Public Health 1999, 77; 3:293- 294.
6. Crisis hipertensiva. Hipertensión en el anciano. Temas de hipertensión al día. www.saha.org.ar/articulos/description.htm
7. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 2013 DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA CIUDAD MINSA Perú
8. Mejía Rodríguez, Oliva el al. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. Salud Pública Mex. Cuernavaca 2010
9. OMS Printed by the WHO Document Production Services, Ginebra (Suiza 2013)
Número de documento: WHO/DCO/WHD/2013.2)
10. DICCIONARIO de Medicina. Océano Mosby. Impreso en España 2011
11. FRED F. FERRI. Consultor Clínico de Medicina Interna. Editorial Océano Mosby. Nueva edición. 1437p.
12. MINSA RESOLMIN 19/01/15 031-15 Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva

13. Hernández y Hernández H et al. Tratamiento Farmacológico y control de la hipertensión arterial Rev. Mex cardiol 2009 20 (supl. 1)
14. Lovesio C. Crisis hipertensiva. Medicina Intensiva. 5ta ed. 2006, cap33: 421.
15. Bulechek GM, Butcher HK Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) edic 6ta Madrid España ED. Elsevier 2012
16. Moorhead S, Johnson M Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) edic 5ta Madrid España ED. Elsevier 2012
17. Oren de Teoría del Autocuidado de Oren , conceptos de enfermería en la Barcelona España Ed Ediciones Científicas y Técnicas Masson Salvat Enfermería

ANEXOS

Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión arterial

MES	N° PACIENTES
Enero	43
Febrero	52
Marzo	48
Abril	87
Mayo	146

Registro Estadísticas 2017 HRCH PNP

HIPERTENSOS 2016					
TOTL DE CASOS NUEVOS	TITULARES		FAMILIARES	SEXO	
	ACTIVIDAD	RETIRO		HOMBRES	MUJERES
260	34	53	173	114	146
TABLA DE EPIDEMIOLOGIA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y N, TRANSMISIBLES					

LA PACIENTE EN ESTUDIO









