

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR HOSPITAL  
CAYETANO HEREDIA LIMA, 2018**

**TRABAJO ACADEMICO**

**PRESENTADO POR:**

**Lic. SILVIA CRISTINA DELGADO MORAN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERA ESPECIALISTA EN  
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

## **Dedicatoria**

A Dios que con su gran amor y sabiduría nos han guiado a alcanzar mis éxitos en mi vida profesional. A mí querida familia que con su amor y dedicación me han apoyado en todo momento. A mi extraordinario docente por su apoyo incondicional en esta etapa tan importante.

## **Agradecimiento**

A todas las personas que me han apoyado en forma incondicional, en el desarrollo de la presente trabajo académico.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente A mi excelente docente y asesor que con su dedicación me apoyaron en el desarrollo del presente trabajo.

## INDICE

RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7

### CAPITULO I

#### MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas .....	8
1.2 Teorías de Enfermería.....	26
Cuidados de Enfermería	
1.3 Estudios Relacionados con el tema .....	30

### CAPITULO II

#### APLICACIÓN DEL PAE - EBE

2.1 Valoración Según Dominios .....	36
2.2 Diagnostico de Enfermería .....	46
2.3 Planeamiento de Objetivo y Prioridades.....	48
Ejecución de las Intervenciones	
Evaluación De Los resultados .....	65

### CAPITULO III

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones del Trabajo .....	66
3.2. Recomendaciones.....	67
Referencias Bibliográficas y anexo.....	68

## RESUMEN

En cumplimiento de lo establecido por la Facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se presenta el trabajo académico titulado Cuidados de Enfermería en pacientes con Hipertensión arterial en el Adulto Mayor Hospital Cayetano Heredia, donde se relata la presentación clínica, factores de riesgo, fisiopatología, diagnóstico médico, tratamiento medicamentoso y los cuidados de enfermería en caso de Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial es una Enfermedad muy recurrente, dentro de las enfermedades cardiovasculares, que va deteriorando progresivamente los órganos blandos, generando complicaciones como: eventos cardiovasculares, falla cardíaca, insuficiencia renal, disfunciones cerebrovasculares,

En el segundo capítulo se presenta un proceso de cuidado enfermero basado en evidencias, de manera ordenada y sistematizada que inicia con una valoración, previo análisis y síntesis se formulan los diagnósticos de enfermería en orden de prioridad según riesgo de vida, para planificar el trabajo enfermero, ejecutar las intervenciones de enfermería del quehacer enfermero y finalmente evaluación del proceso en base a los indicadores, utilizando la taxonomía NANDA con su NIC y NOC como modelo de atención de Enfermería.

Es intención de la autora contribuir con un aporte académico facilitando que el trabajo académico sirva como guía de atención en las emergencias hospitalarias, sin embargo considero que el trabajo del enfermero avizora a la atención primaria para desarrollar actividades preventivo promocionales con la participación del equipo multidisciplinario, orientados a mejorar la calidad de vida y los factores de riesgo.

Palabras clave: Cuidado enfermero, hipertensión arterial, adulto mayor.

## **ABSTRACT**

Arterial in its hospital management.

Arterial Hypertension is a very recurrent disease, within cardiovascular diseases, silent that progressively deteriorates the white organs, generating complications such as cardiovascular events such as heart failure, renal failure, cerebrovascular dysfunctions that can often lead to death, such as The third cause of death in our population is reported.

In the second part of the work a process of nursing care based on evidence is presented, in an orderly and systematized way that begins with an assessment with all the techniques of data collection in all dimensions of man, after analysis and synthesis the diagnoses are formulated of nursing in order of priority according to life risk, to then plan the nursing work, execute the nursing interventions with its scientific foundation of the nursing task and finally an evaluation of the process based on the indicators, using the NANDA taxonomy with its NIC and NOC as a model of nursing care.

It is the author's intention to contribute with a contribution to the academic culture by facilitating the academic work serve as a guide for care in hospital emergencies, however I think it is vitally important that the work of the nurse envision primary care to develop preventive activities Promotional with the participation of the multidisciplinary team, aimed at improving the quality of life avoiding the risk factors to which they are exposed.

**Key words:** Nursing care, hypertension, elderly.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años, la disminución de las tasas de natalidad y la mortalidad mundial han conducido lógicamente a la maduración de la población. En las naciones latinoamericanas, incluido Perú, la madurez de la población es una marca estadística que obtiene resultados significativos, financieros y sociales, y además cambios en las zonas de: trabajo, alojamiento, diversión, instrucción y, lo más importante, necesidades de bienestar (MINSA, 2012).

Es importante que los ancianos eliminen la vida de buen gusto en su satisfacción personal, que será predominantemente debido a infecciones no transmisibles, siendo la hipertensión de los vasos sanguíneos en enfermedades perpetuas lo que más influye de esta manera constituye un problema médico general

La hipertensión (HTA), una de las principales causas de la tristeza, que a partir de ahora delega la pandemia del siglo XXI, dentro de incesantes enfermedades, es una infección más frecuente que la de los adultos más avezados del planeta, influyendo en estas líneas. la satisfacción del individuo y el riesgo para los ancianos con la muerte consistente, debido a las diferentes complejidades que surgen de esto y que dañan a los blancos, por ejemplo, la mente, el corazón, los riñones y la percepción visual. (LAGOS, 2014)

En esta circunstancia específica, la intercesión de enfermería bajo la atenta mirada de los ancianos con hipertensión es auspiciosa; Con la motivación detrás de avanzar autocuidado con hipertensión, emergencia renal, apoplejía cerebral, hipertensión, infección vascular, accidente cerebrovascular, adherencia al trabajo y propensiones hirientes, para mejorar el bienestar y la satisfacción personal de los ancianos, que se identifica con: física, profunda bienestar, estado mental, nivel de autonomía y sus conexiones sociales del individuo.

Todo lo anterior, has despertado el logro del trabajo académico. Hipertensión en el Adulto, Hospital Mayor, Cayetano Heredia, con el motivo de establecer consideración de enfermería y autocuidado de los ancianos, en sus diversos tamaños, y en el posterior, servir. Este es un método de enfermería, que es un método para la prevención de la hipertensión.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Bases Teóricas**

#### **EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERÚ**

En muchas reuniones, la prensa y lo común de la hipertensión aumentan lógicamente con la edad, en las dos personas. En Perú, se ha descubierto tanto con estos, tanto a la deriva como a nivel. Esta expansión no es todo incluido o implacable. Mientras que el peso diastólico hace un nivel antes de los 60 años y luego de que caiga, el peso permanece en aumento dinámico de forma dinámica. La penetración de la hipertensión de los vasos sanguíneos aumentó un 5% a los 60 años, un 12,6% a los 70 años y un 23,6% a los 80 años (INEI, 2014).

Se ha detallado que la hipertensión prevalece en los hombres, a pesar de que no se puede encontrar la sensación contraria; sin embargo, la suposición actual ganadora es que los hombres jóvenes y de mediana edad tienen una importancia de hipertensión más alta que las damas. Concentrados en mujeres que han sufrido hipertensión en los vasos sanguíneos y que tienen cantidades más elevadas de severidad y mortalidad (INEI, 2014).

#### **DEFINICIÓN**

La hipertensión arterial se caracteriza por Sierra, como la cercanía de un pulso equivalente o más prominente que 140 mmHg y tensión circulatoria diastólica de 90 mmHg más alta o ambas; ninguna figura debajo de estos puntos de corte no demuestra que haya un peligro. OMS 2013

La hipertensión se ha percibido como la enfermedad sin fin más ampliamente reconocida en todos los segmentos y su tasa más elevada en la población, se estima que en las cercanías del 15 y 20% de la hipertensión es la que requiere más consejos en las administraciones de bienestar y una alta nivel de profesionales de la cardiología

SÁNCHEZ A. RAMIRO, (2010)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado el 14 de mayo como el día de la hipertensión de los vasos sanguíneos para iluminar a la población y correr el peligro de la miseria de esta patología; Además del daño al bienestar causado por alimentos ricos en grasas, sodio y forma de vida inactiva. OMS (2012)

El número superior alude al pulso del vaso sanguíneo y la lista inferior al vaso sanguíneo diastólico. El pulso ordinario es el punto en el que mide menos de 120/80 mmHg más de las veces. La hipertensión es el punto en el que el pulso es 140/90 mmHg o más alto que la mayoría de las veces. La gran mayoría con hipertensión no muestra indicaciones; de esta manera se lo conoce como el "verdugo silencioso". De vez en cuando, hipertensión causada por migraña, miseria respiratoria, mareo, tormento en el pecho, palpitaciones y hemorragias nasales (LAGOS, 2014).

### CLASIFICACIÓN DE LOS VALORES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Categoría	Sistólica mmhg	Diastólica mmhg
<b>Normal</b>	< 120	< 80
<b>Pre-hipertensión</b>	120-139	80-90
<b>Hipertensión</b>	≥ 140	≥ 90
<b>Estadio 1</b>	140-159	90-99
<b>Estadio 2</b>	≥ 160	≥ 100

(MINSa, 2015)

## **RIESGOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Cuanto mayor es la presión circulatoria, más prominente es el peligro de daño al corazón y las venas de los órganos iniciales del cerebro y los riñones. La hipertensión es la razón prevenible más imperativa para las enfermedades cardiovasculares y la malformación cerebrovascular (ACV) en el planeta (OMS, 2012).

En caso de que no haya suficiente control de la hipertensión, puede causar tejido muerto del miocardio, un aumento del corazón y luego desilusión del corazón. Las venas pueden crear golpes (aneurismas) y las tierras de ningún hombre que los hacen más vulnerables a detenerse y romperse. La presión circulatoria puede hacer que la sangre se derrame en la mente y causar un derrame cerebral. La hipertensión también puede causar decepción renal, deficiencia visual y discapacidad intelectual.

## **ETIOLOGÍA**

### **A. Hipertensión primaria (esencial o idiopática)**

Es esa hipertensión en la cual no hay una razón identificable; existen numerosos elementos relacionados o relacionados, sin embargo, no con la clasificación de las circunstancias y los resultados finales; Se retrata una parte bien conocida, pero todavía no se caracteriza una cualidad solitaria. Cuando todo está dicho, se compara con más del 95% de los casos de hipertensión de los vasos sanguíneos, de hipertensión fundamental, y muestra tres componentes libres, sin embargo interrelacionados: inclinación hereditaria, elementos ecológicos, ajuste básico temprano del corazón y las venas; con la conclusión temprana de un tratamiento superior se logra y se reduce el riesgo cardiovascular, mejorando la satisfacción personal; en general, hay enredos que causan daño crítico en una parte de los órganos respetables después de 10 a 20 largos períodos de avance; la raíz particular es oscura, pero se ha registrado que habría una inclinación hereditaria con una tasa estimada doble en las personas que tienen un pariente cercano con hipertensión de los vasos sanguíneos. Se propone un tratamiento temprano para garantizar que el paciente no alcance la pesadumbre y la

mortalidad relacionadas con la enfermedad, y también mantener el peso sistólico por debajo de 140 mmHg y el peso diastólico por debajo de 90 mmHg, haciendo hincapié en que es imprescindible individualizar el tratamiento según Cada tipo de paciente, pensando en el sexo, la edad, el azar, las patologías relacionadas, la satisfacción personal y el estado monetario. MINSA, (2015).

## **B. Hipertensión secundaria**

Es por una razón identificable; cuya evacuación o reparación desencadena un control ideal de la PA y, la mayor parte del tiempo, la cura de la infección. Se compara con menos del 5% de los casos agregados de hipertensión de los vasos sanguíneos. Entre ellos por su omnipresencia:

1. Enfermedad renal: parenquimatosa o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasia de la vía de suministro renal).
  2. Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo esencial, feocromocitoma, trastorno de Cushing, entre otros.
  3. Misceláneas: tumores, coartación aórtica, enfermedad de Paget, entre otros. Prescripciones: anticonceptivos hormonales, corticosteroides, especialistas vasoconstrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, no esteroideos hostiles a los inflamatorios, ciclosporina, eritropoyetina, entre otros.
-

Considere que la parte dominante de los pacientes hipertensos es de un grado leve, que con una pequeña reducción en la tensión circulatoria son adecuados para adquirir cifras satisfactorias de control o administración; Además, una gran cantidad de los medicamentos son convincentes en el caso de que se unen a una disminución en los factores de riesgo cardiovascular, por ejemplo, obstrucción de la insulina e hiperlipidemias.

Es por una razón identificable; cuya expulsión o rectificación desencadena un control ideal de la PA y, por regla general, la cura de la infección. Se refiere a menos del 5% de los casos agregados de hipertensión de los vasos sanguíneos.

### **Factores de riesgo Asociados**

**Medio ambiente:** la polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular.

**Estilo de vida:** tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana.

**Factores hereditarios:** historia familiar de enfermedades cardiovasculares.

**Riesgo cardiovascular:** La probabilidad de que un individuo tenga una infección u ocasión cardiovascular por un período de tiempo, por regla general durante un tiempo prolongado, dependerá de la cantidad de factores de riesgo disponibles en la persona. Para estratificar al paciente hipertenso y el riesgo cardiovascular agregado, los componentes (MINSA, 2015).

### **Fisiopatología**

El aumento de la tensión circulatoria puede tener algunos sistemas, uno de los cuales es que el corazón puede bombear sangre con más potencia y aumentar el volumen de sangre que se descarga con cada latido, la otra verosimilitud en la que las venas colosales pierden su capacidad de adaptación habitual y terminan inflexibles por lo que no se pueden propagar cuando se bombea el corazón a través de él, por lo que la sangre se puede usar por un tiempo más corto que de costumbre y por una razón similar el peso se expande, esto con frecuencia se pierde con los divisores de los vasos sanguíneos que han salido en ser grueso debido a la arteriosclerosis. ETIOGENESIS (2011)

La idea de flujo y reflujo de la infección hipertensiva es vascular, vaso sanguíneo, fundamental, ardiente, incesante y dinámica. A partir de esta idea no específica, se necesita que la vena sea el órgano esencial del calor y que el endotelio se encuentre dentro de esa estructura. Este órgano es crucial en la homeostasis vascular ya que su funcionamiento normal depende del ajuste y, en consecuencia, del bienestar vascular indispensable. La tensión circulatoria está dirigida por varios elementos neurohormonales de la actividad fundamental y del vecindario, que funcionan en circuitos de autocontrol, manteniéndolo dentro de puntos de confinamiento estrechos. Diferentes factores, por ejemplo, legado y modo de vida, sistema sensorial hiperactivo y reflexivo, admisión innecesaria de sal, hormonas o sustancias descargadas por el endotelio, pueden ajustar la frecuencia cardíaca o la oposición vascular, lo que ofrece el aumento de la infección. La angiotensina II (actividad fundamental o tisular), vasoconstrictor intenso y facilitador del desarrollo celular, es la variable decisiva de la estabilidad de la enfermedad hipertensiva. El crack endotelial, que acompaña a la enfermedad hipertensiva, favorece el aumento de células y, además, el desembarco de nuevas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que a lo largo de estas líneas potencian la aterosclerosis temprana. En esta enfermedad, hipertrofia e hiperplasia vascular, en la expansión vascular e hipertrofia miocárdica y en el progreso de las complejidades vasculares (aterosclerosis), cardiovascular (duplicidad del corazón, isquemia y arritmias del miocardio), cerebral (filtración, isquemia, encefalopatía), oftalmológico (retinopatía hipertensiva), urológico (crack eréctil) y nefrológico (tratamiento doble renal). SANCHEZ R. (2010)

### **Aspectos Epidemiológicos**

Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina y Familia. Prevención de enfermedades cardiovasculares que la hipertensión es el principal impulsor de la dolencia y la mortalidad cardiovasculares; y el peso principal de la enfermedad en todo el mundo. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud calcula que el 12,8% de todos los pasajes en todo el mundo se deben a esta infección; y calcula que en individuos de 25 años y más, alrededor del 40% experimentan los efectos de la hipertensión

y 35% en el área de las Américas, siendo en cierto grado mayor en hombres (39%) que en las mujeres (32%) PAPPS (2014))

La penetración general se ha expandido dinámicamente, evaluando que constantemente 2025 1,500 millones de personas experimentarían los efectos negativos de la misma. Un examen transversal de varias naciones dirigido a adultos de entre 35 y 70 años de edad enrolados en el período 2003-2009, descubrió que el 46,5% de las personas que tenían hipertensión tenían conocimiento exclusivo de su análisis. Por lo tanto, se descubrió que el 87.5% de los individuos analizados recibió tratamiento farmacológico, y de éstos, el 32.5% fueron controlados. "WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, Lima. Ministerio de Salud. En relación con los datos oficiales de nuestra nación, se realizó en individuos con una madurez de 15 años o más, a la presencia de hipertensión de 16,6% (IC del 95%, 15% - 18,2%); esta concordancia fue de 21.5% (IC 95%, 19% - 23.9%) en hombres y 12.3% (IC 95%, 10.5% - 14.2%) en mujeres. Asimismo, encontré que el 12.2% exclusivo de estos fueron analizados por un especialista. De este agregado, el 62% obtiene medicamentos. En el ENDES de 2012 se realizó en adultos mayores de 60 años, la prevalencia de HTA fue del 34,4%. ENDES (2013)

### **Factores de riesgo Asociados**

Los riesgos asociados están considerados:

- 1) **Medio ambiente:** la polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular
- 2) **Estilo de vida:** tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana.
- 3) **Factores hereditarios:** historia familiar de enfermedades cardiovasculares.
- 4) **Riesgo cardiovascular:** La probabilidad de que un individuo tenga una enfermedad o evento cardiovascular durante un período de tiempo, la mayoría de las veces durante un tiempo prolongado, lo que dependerá de la cantidad de factores de riesgo disponibles en la persona. Para estratificar al paciente hipertenso y el riesgo cardiovascular agregado, se consideran los componentes analíticos que lo acompañan:
  - Nivel de presión arterial.
  - Factores de riesgo.
  - Daño asintomático a órgano blanco.
  - Evento vascular. MANCIA G (2013),

## **Cuadro Clínico**

**Signos y síntomas** La HTA es básicamente asintomática. Es más típico reconocer al paciente con hipertensión cuando hay inconvenientes incesantes, por ejemplo, decepción cardíaca congestiva, hipertrofia del ventrículo izquierdo, nefropatía, dispersión visual debido a la retinopatía o problemas neurológicos debido a una enfermedad cerebrovascular o ruptura. Los efectos secundarios pueden existir en casos de emergencia hipertensiva, por ejemplo, dolor cerebral, aturdimiento, visión oscura o enfermedad. El tema subjetivo intenso se relaciona con la encefalopatía hipertensiva o las alteraciones cerebrovasculares.

**Asociaciones ordenadas** Debe tenerse en cuenta el tiempo transcurrido por la hipertensión de los vasos sanguíneos y el comienzo de las infecciones clínicas, ya que todo lo demás inteligentemente hecho la determinación, la menos propensa a descubrir enredos.

## **Diagnóstico**

Según la Programación de Actos de Prevención y de Promocionar la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La aversión de las infecciones cardiovasculares construye los criterios sintomáticos

**Tamizaje y reconocimiento temprano de la hipertensión de los vasos sanguíneos**  
No hay confirmación suficiente para sugerir la periodicidad del control de la PA, sin embargo, la necesidad de hacerlo como tal.

Se aprueba para jugar el control de BP en toda la población más importante o fundamental a 18 años. Esta vez debería actualizarse en los intervalos habituales si el indicador del aumento de la expansión normal (PAS <120 mmHg y PAD <80 mmHg) y no hay ninguna afirmación de ningún factor de riesgo. En caso de que no le falte un factor de riesgo cardiovascular, el SBP mide 120-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg, repite los controles para cada ciclo.

La conclusión de la dolencia hipertensiva y la estratificación del riesgo cardiovascular se realizaron en la oficina de bienestar donde se capturó al paciente. En el caso de que se asocie en el caso principal con consideración y en el procedimiento analítico del órgano de sangre blanca o hipertensión

opcional, el segundo o tercer nivel de atención debe ser aludido a la evaluación del internista o cardiólogo.

PAPPS (2014)

### **Procedimientos diagnósticos**

Los sistemas analíticos incluyen: historia restaurativa, evaluación clínica, estimaciones de pulso y centro de investigación y pruebas instrumentales.

Estas técnicas tienen los objetivos acompañantes:

- a) Determine los niveles de pulso
- b) Encuentra causas opcionales.
- c) Decidir el riesgo cardiovascular general según los componentes de la probabilidad y el daño del órgano clínico blanco o subclínico

### **EXÁMENES AUXILIARES:**

**En relación con los exámenes de asistente, aparece.**

El objetivo principal ahora es realizar un análisis de elementos de peligro adicionales, razones de hipertensión opcional y daño de órgano blanco de descuento. Para esto, se sugiere, como lo indica la determinación de la oficina de bienestar:

Completado en el nivel principal de consideración:

### **Laboratorio**

- Hemoglobina y hematocrito.
- Glucosa en ayunas. En el caso de que la glucosa en sangre esté entre 100-125 mg / dl, se prescribe para la prueba de resiliencia oral a la glucosa.
- Prueba de orina: examen infinitesimal; proteína en pis (tira de prueba).
- Creatinina sérica y recuento de la tasa de filtración Estimación glomerular  
Margen de creatinina
- Acido úrico sérico.
- Colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos séricos en ayunas.
- Electrolitos de suero. VUELTA F. (2012).

### **Opcionales para el primer nivel de atención:**

- Microalbuminuria (si la tira de proteína en la psique es negativa y afirmación de encontrar HT).
- Proteinuria cuantitativa las 24 horas, si la consecuencia de la tira reactiva es segura.

Las instrucciones actuales, si en la escala principal no hay posibilidad de ejecutar los exámenes, el enfermo debe ser evaluado en la otra escala de atención para finalizar el examen o diagnóstico, y además para evaluar al experto.

**Ecocardiografía:** posibilita lograr conclusiones sobre estimaciones ventriculares y auriculares y evaluar el límite sistólico y diastólico del ventrículo izquierdo. Se realizó en todos los pacientes hipertensos con alto o mayor riesgo cardiovascular.

**El electrocardiograma:** (ECG) Una conclusión de la hipertensión de los vasos sanguíneos debe hacerse con un objetivo específico para distinguir la hipertrofia ventricular izquierda (HVI), la enfermedad coronaria o las arritmias.

Para adquirir un resultado regular, endose a jugar un control de ECG cada año. El informe del examen de ECG debe ser completado por un internista o cardiólogo.

### **Terapéutica**

#### **Inicio de terapia farmacológica**

Tratamiento farmacológico el objetivo del tratamiento farmacológico y farmacológico es disminuir la cepa circulatoria, disminuir la mortalidad y la mortalidad cardiovascular relacionadas con esta contaminación y mantener la propagación del daño a diferentes órganos.

En el tratamiento farmacológico, las prescripciones deben ser individualizadas y aturdidas, deben tener un perfil hemodinámico, una baja tasa de síntomas, objetivos seguros. Entre los más utilizados tenemos:

**Los diuréticos** (Furosemida, Espirolactona) para la situación en que el paciente tiene hipertensión debido al volumen de abundancia, en la hipertensión de los

ancianos, y en pacientes que no se ocupan de una rutina de alimentación completa, en la decepción cardíaca. Los síntomas de estos medicamentos son que pueden incrementar la corrosión úrica en la sangre y separar los electrolitos.

**Los betas bloqueadores:** (Atenolol, Propanolol, Bisoprolol) esa demostración al mantener la frecuencia cardíaca de la adrenalina, cuyas reacciones son moderadas y menos capaces, se usa como parte de la hipertensión con taquicardia, sus reacciones: disminuye el rendimiento cardiovascular, la frecuencia cardíaca y disminuye el volumen sistólico.

**Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensia:** captopril, enalapril disminuye la tensión de las pequeñas rutas de suministro a apretado, se muestra en la hipertensión fundamental, las complejidades diabéticas, la hipertensión con decepción cardíaca y la ruptura ventricular, la hipertensión con la capacidad renal deficiente reacciones: piratería hipotensión, migraña, edema.

**Los vasodilatadores:** (Nitropruciato de sodio, Hidralazina) se utiliza como parte de la emergencia hipertensiva, en dosis bajas relacionadas con un diurético y un bloqueador beta para neutralizar este impacto.

**Otro grupo de medicamentos son los alcaloides totales:** (Reserpina, Bietaserpina), que normalmente se usan solo una vez al día, están constantemente conectados con diuréticos; para las reacciones a nivel gastrointestinal y cerebral.

El comienzo de la monoterapia debe ser posible por parte del experto general del nivel principal de atención con un operador antihipertensivo, para lo cual puede comenzar con:

- Enalapril, dos veces al día (de 10 a 20 mg por día), o
- Losartán, dos veces al día (de 50 a 100 mg por día), o
- Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o
- Amlodipina, una vez al día (de 5 a 10 mg por día).

## **Terapia farmacológica combinada**

La decisión de comenzar con un tratamiento sedante dependerá de la reacción clínica. En caso de que no se logre el objetivo en menos de 8 a 12 semanas de tratamiento estándar y constante, se debe unir. "En el caso de que la medición subyacente sea normal en un operador solitario no indica la viabilidad, también se prescribe para unirse.

El comienzo del tratamiento combinado puede ser realizado por el especialista en el nivel de atención primaria. Cuando el tratamiento está comenzando, el paciente debe ser considerado para la evaluación del cardiólogo o internista.

Las reuniones de pacientes, en las que se desea participar del tratamiento a mediados (un mes en monoterapia) o desde el punto de partida más temprano, incluyen:

1. Aquellos que muestran niveles de pulso sistólico de 160 mmHg o tensión circulatoria diastólica más prominente que 100 mmHg
2. Trastorno metabólico
3. Pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular directo.
4. Adulto mayor
5. Obesidad

6. Las mezclas de operadores antihipertensivos con gran probabilidad y buena asociación se definen debajo. ALCARE DE HENARES (2010)

## **Tratamiento No Farmacológico**

**Reducción de peso** Es esencial calcular la lista de peso, en la que tienen sobrepeso, en ellos se considera como un imperativo perder 10% de peso, tener un control decente de la tensión circulatoria y el cambio de los modos de vida en medio de 3 a una medio año antes de iniciar el tratamiento farmacológico.

**Restricción en la dieta** de suministros y minerales (Na y K) Con respecto a la utilización de sodio (Na), el paciente debe ingerir solo seis gramos de agua de la mesa en sustento, considerando que las fijaciones disponibles son carne y cebolla, ablandadores de carne, polvo de calentamiento, sal, salsa inglesa y aderezos, salchichas, salchichas y enlatados. En cuanto al potasio (K), solo los pacientes con hipocalemia, obtienen un tratamiento restaurador, que cultiva el

final de este mineral en la suciedad y sal del cuerpo, lo que sirve para disminuir la tensión circulatoria, tanto en el sistema circulatorio de vasos del ser vivo.

**Consumo de alimentos bajos en grasa**, Mantener una distancia estratégica de las propensiones destructivas. El régimen alimenticio de los pacientes debe ser bajo en postres y alimentos dorados, ricos en sustancias que contienen fibra, por ejemplo, alimentos de hojas secas; a la luz del hecho de que la utilización de grasas empapadas perjudica los divisores de los corredores que mantienen la presencia de placas ateromatosas que terminan por detener las rutas de suministro: así, mantener una distancia estratégica de:

a) La utilización de café y cafeína que son estimulantes del sistema sensorial focal, que después de su admisión crean una actividad de animación en el corazón, incrementan el ritmo cardíaco y la tensión circulatoria brevemente.

b) Fumar cigarrillos como un factor que acelera la aterosclerosis al expandir los niveles séricos y esporádicamente más daño vascular a la disposición de la cual ahora están influenciados por la hipertensión.

c) Reduzca la admisión de licor en mujeres menores de 140 gramos, una semana y en hombres de 210 gramos.

d) Realice actividades físicas, por ejemplo, pasee modestamente, nade si es concebible o ande en bicicleta durante 30-45 minutos, no menos de 3 veces por semana. GORDON (2014)

#### **Diagnósticos:**

- Nivel de presión arterial.
- Factores de riesgo.
- Daño asintomático a órgano blanco.
- Evento vascular.

## **Intervención De Enfermería**

El cuidado médico asistente se le da a la persona, que es la consecuencia de una coordinación natural, de otro mundo, sociocultural, mística y buena.

El cuidado esencial, es el que asegura la mediación y el bienestar del cliente.

Las principales actividades son

- Evaluación exhaustiva: conexión con el cuidador médico del paciente: en la que la compasión, la confianza,
- Evaluación de la perspectiva apasionada y entusiasta (se puede conocer la correspondencia verbal y no verbal sobre cómo es el paciente, lo que tienen los problemas y las preocupaciones);
- Sea entusiasta en sus largos períodos de vida, para tomar en sus propensiones, uso de bebidas mezcladas, fumar cigarrillos, medicar utilizar
- Realizar el examen físico: control de peso, altura, control de signos imperativos, valoración de tensión circulatoria. AGUILAR L. (2012)
- Evaluación exhaustiva de la atención que los pacientes realizan en el hogar según las respuestas apropiadas que brindan en medio de la reunión.

Cómo la instrucción es un activo que el asistente utiliza para fomentar el aprendizaje; debe recordar el espectáculo androgógico que depende de las hipótesis que lo acompañan.

1. Los adultos necesitan saber la motivación detrás de por qué deberían recoger algo antes de intentar hacerlo; En este sentido, la misión principal del facilitador es permitirle a la persona terminar consciente de la necesidad de saber y aprender.

2. Los adultos se ven a sí mismos y deben ser vistos como equipados para decidir sobre sus propias elecciones y asumir responsabilidad por ellos y por sus vidas, por lo tanto, el significado de su cooperación en el bosquejo de los diseños de actividades que los influyen y cuando se establecen En las

elecciones sobre su bienestar, ningún adulto aprenderá en condiciones que no sean compatibles con su idea personal.

3. A medida que la edad se expande, la experiencia educativa individual se convierte en un manantial de aprendizaje aplicable, puede estar aquí y puede funcionar como una obstrucción, en cuyo caso el individuo que fomenta el aprendizaje puede usar procedimientos únicos para limitar las circunstancias. .

a. Los adultos se sienten dispuestos a darse cuenta de lo que tienen que saber y hacer lo contrario, su circunstancia genuina; eso será, que se dará cuenta de lo que es útil para ellos

b. Los adultos se sienten estimulados por lo que se puede encontrar con respecto a la aplicación a su realidad. .VARGAS J. (2006)

El asistente médico que fomenta el aprendizaje debe considerar todos los puntos de vista relacionados, con la motivación detrás y la actualización con el individuo que desea asimilar, una organización de actividades que complementa la base de una atmósfera que favorece la aceptación, la formación de una componente Arreglo conjunto, análisis de las necesidades de adaptación, plan de objetivos sustanciales y sistemas para abordar ese problema.

Principio de déficit de autocuidado (2007). La intercesión del asistente médico depende de la hipótesis de autodeficiencia de Dorotea Orem y del Sr. Calista Roy propone la demostración de adaptación. Orem sintió que la población general necesitaba ayuda para obtenerla del asistente médico. Ella reconoce 5 premisas esenciales.

1. Las personas que requieren sin parar consideran que la demostración: en ellos y en su condición de permanecer vivos y continuar según la naturaleza.

2. La acción del hombre, la capacidad de actuar a propósito, se practica a través del cuidado que se muestra a uno mismo a los demás, para distinguir necesidades y hacer aumentos exactos.

3. Desarrollar que las personas encuentren dificultades como limitaciones de la actividad cuando se cuidan a sí mismas o a los demás, a través de compromisos que permitan el mantenimiento de la vida y la dirección de las capacidades indispensables.

4. La acción humana se practica a través de la divulgación, la mejora y la transmisión de diferentes estrategias o técnicas que ayudan a distinguir las necesidades y obtener aumentos para uno mismo y para otras personas.

5. Reuniones de personas con conexiones organizadas en general reparten mandados y reparten para ayudar a reunir personas que tendrán dificultades y darán sacudidas esenciales para uno mismo y para los demás. MUÑOZ M. (2013)

Según lo indicado por la Organización Internacional del Trabajo. Libro de referencia de Salud y seguridad en el trabajo (2010). OIT Ginebra. Las mediaciones de enfermería se han ido para la acción contraria y el control de dificultades.

### **Los cambios en el estilo de vida**

Puede posponer o mantener una distancia estratégica del tipo protegido o seguro de hipertensión en enfermos no hipertensos, retrasar o esquivar el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión y aumentar la disminución de la PA en pacientes hipertensos bajo tratamiento con soluciones, lo que permite una disminución en el número y medidas de medicamentos antihipertensivos<sup>25</sup>; en esta línea, implica una importancia alucinante en la organización de pacientes con enfermedad hipertensiva. Medidas con la capacidad demostrada de disminuir al niño PA:

a) Restricción de admisión de sal.

b) Evite la utilización de licor, generalmente, la utilización directa.

c) Consumo de productos del suelo y alimentos bajos en grasa.

d) Disminución y control del peso.

e) Acción física regular. OIT (2010)

Según lo indicado por la Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de Brasil (2005). Manual de enfermedades identificadas con el trabajo. Brasil.

Manténgase alejado de la introducción al humo del tabaco. Por otra parte, es importante disminuir la introducción de factores de riesgo relacionados con las palabras: psicosocial, sustancia (plomo, azufre, carbono, solventes, aerosoles) y físico (clamor y altas temperaturas) MINISTERIO DE SALUD DEL BRASIL (2005)

Es fundamental incluir a la familia en la administración fundamental del individuo con hipertensión de los vasos sanguíneos.

Alteraciones en las formas del paciente con hipertensión de los vasos sanguíneos Recomendación de modificación:

a) Disminuir el peso Lograr y mantener un peso corporal típico: IMC 18.5 - 24.9 y contorno del estómago por debajo de 102 cm en los hombres y 88 cm en las mujeres.

b) Dieta Consumo de productos naturales, vegetales nuevos y sustenances bajos y grasas remojadas.

c) Reducción de la utilización de sal Reduce la ingesta de sal en la rutina de alimentación a cerca de 5 gr por día.

d) Movimiento físico Actividad que consume oxígeno moderadamente extrema todo el tiempo, por ejemplo, pasear, correr, andar en

bicicleta, nadar (no menos de 30 minutos todos los días o 150 horas por semana).

e) Evite o use el punto más alejado del licor Evite la utilización de licor, fallando, no exceda 20-30 g / día de etanol para hombres y 10-20 g / día para mujeres. La semana tras semana, la utilización de licor no debería superar los 140 g en hombres y 80 g en mujeres.

f) No al tabaco. Retirada total del hábito de fumar. No hay introducción al humo del tabaco. GORDON G. (2014)

### **Controles**

Cada paciente que se determina tiene HTA que comienza el tratamiento farmacológico en el nivel de atención esencial, debe tener el control principal para desarrollar la calidad del segundo nivel de atención, por parte de un maestro, cardiólogo o internista, para evaluar el tratamiento y sus resultados. Además, tiene un control anual por parte del internista del segundo nivel de atención. Además, los pacientes tratados en el segundo nivel de atención tienen un control anual según lo indicado por el nivel del área del segundo nivel de atención. Quién evaluará si el paciente continuará con la atención bienestar que se aludió o en otro de varios niveles de cuidado. SANTOS T. (2015)

El internista o cardiólogo puede aludir al nivel primario de atención de enfermos hipertensos para el desarrollo y la observación una vez que han sido controlados, con signos precisos de tratamiento y desarrollo.

Otra metodología de control en el paciente hipertenso con riesgo cardiovascular es en el tratamiento de la organización de las estatinas y antiagregantes plaquetarios

Señales de alerta El principal signo de precaución es el nivel de tensión circulatoria de los vasos sanguíneos. Puede 180 mmHg o pulso diastólico más prominente que 110 mmHg, y además la confirmación de inconvenientes intensos de daño de órgano blanco, por ejemplo, coronaria intensa, decepción cardíaca, encefalopatía hipertensiva, analización aórtica, y así sucesivamente.

Al médico de la autoridad debe aludir a estos pacientes al segundo o tercer nivel de vigilancia.

## **Complicaciones**

Las dificultades de pacientes hipertensos están sujetos a inclusión clínica o subclínica de órganos afectados

RIÑÓN: daño renal, microalbuminuria, nefropatía, decepción renal.

CEREBRO: arteriosclerosis, microaneurisma, infartos lacunares silenciosos, trombosis cerebral, secreción, embolia cerebral y demencia.

CORAZÓN: trombosis coronaria, tejido muerto miocardial, muerte súbita o pérdida de músculo e hipertrofia ventricular izquierda

OJO: Ruptura de pequeños vasos de la retina del ojo y puede causar deficiencia visual. MORAN (2013)

### **1.2 Teoría De Enfermería Relacionada Al Estudio Del Autocuidado De Dorotea Orem**

La Teoría de la Enfermería del Déficit de Autocuidado Desarrollada por Dorotea Orem, está hecha de 3 especulaciones relacionadas: hipótesis de auto-mente, hipótesis de déficit de auto-mente y la hipótesis de marcos de corazón (ESPITA, 2011).

#### **1.2.1. La Teoría del Autocuidado**

En esta hipótesis, he retratado por qué y cómo las personas se enfrentan a sí mismas. Depende de la forma en que la autoconciencia sea una capacidad de dirección del hombre, que las personas deban completar un encargo solo o hayan realizado un programa para mantener su vida, su bienestar, su avance y su prosperidad (ESPITA, 2011).

La auto-mente es una disposición de la actividad. La idea central de la hipótesis es autoconsciente, caracterizada por el hecho de que los ejercicios que desarrollan o desarrollan las personas comienzan y completan en marcos de tiempo específicos, solos y con entusiasmo para mantener un trabajo en vivo y

sólido, y proceder con la superación personal y prosperidad mediante el cumplimiento de los requisitos previos para el control y el avance útil.

Las actividades de autoconsciencia completadas por el individuo se coordinan para la satisfacción de las necesidades del mismo.

Los prerrequisitos de la autoconsciencia que los individuos deben cumplir, Orem, los decide en 3 partes: necesidades universales de autoconsciencia, requisitos previos de la mente propia y requisitos previos a la autoconsciencia en caso de que se produzca una desviación del bienestar.

**Los requisitos de autocuidado universales:** se caracterizan por los objetivos requeridos que deben lograrse a través del cuidado propio o por la mente, tienen sus lugares de nacimiento en lo que se conoce y lo que se aprueba, o lo que se está aprobando, en la confiabilidad básica y práctica en las diferentes fases del ciclo de existencia. Se proponen ocho requisitos previos para hombres, mujeres y niños:

- El mantenimiento de un suministro adecuado de aire.
- Mantenimiento de un suplemento nutricional.
- El mantenimiento de un recipiente adecuado de agua.
- La disposición de la atención relacionada con las formas finales.
- El apoyo de una armonía entre acción y descanso.
- Mantener una armonía entre asociación social y abandono.
- La acción contraria de los peligros a la vida, al trabajo y al bienestar humano.

**Requisito de autocuidado de desarrollo:** Mejora de la autoestima de los prerrequisitos de autoconsciencia generalizados en la segunda versión de Enfermería, Conceptos de práctica, hay tres arreglos de necesidades de avance de autoconsciencia:

- Provisión de condiciones que avancen en la mejora.
- Implicación en el auto-avance.
- Prevenir o vencer el problema de la vida y las circunstancias que pueden influir de forma contraria en la mejora humana.

**Requisito de autocuidado en caso de desviación de salud:** Servicios para personas con problemas médicos y dolencias debido a dolencias juveniles e individuos con problemas médicos. Las cualidades de la reubicación del bienestar como las condiciones que se extienden después de un tiempo, deciden los tipos de solicitudes de atención que requieren, que coinciden con las condiciones neuróticas y viven mientras duran. (ESPITA, 2011).

Por fin, las aptitudes más centrales, que se caracterizan en tres saberes se componen:

- **Operaciones estimativas:** consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en la condición que son críticos para la auto-mente
- **Operaciones transicionales:** incluyen el establecimiento de juicios y elecciones sobre lo que uno puede hacer y cómo cumplir los requisitos de uno mismo.
- **Operaciones productivas:** incluyen la ejecución de medidas para cumplir con los requisitos previos.

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

La hipótesis de la deficiencia de la mente propia retrata y aclara cómo se asemeja la relación o intercesión de la enfermería para alentar a las personas. El pensamiento focal de la hipótesis del déficit de la mente propia es que las necesidades de las personas que requieren enfermería están relacionadas con la subjetividad del desarrollo y desarrollan a los individuos a las restricciones de sus actividades identificadas con su bienestar o cuidado de su bienestar.

Los confinamientos creados por los procedimientos distintivos de la enfermedad de bienestar binomial, regresan a individuos o no aptos para conocer los requisitos previos actuales y en desarrollo para su propia administración administrativa al cuidado de la población en general que dependen de ellos. Además, tienen la capacidad de someterse a la actividad ininterrumpida de las

medidas que deben controlarse o a los elementos de gestión de su capacidad o avance y de la población en general sujeta a ellos.

### **La Teoría de Sistemas Enfermeros**

La razón de esta hipótesis es retratar y aclarar las conexiones que deben mantenerse para que ocurra la consideración de la enfermería. La hipótesis de que la enfermería es una actividad humana, los marcos de enfermería, los marcos de seguridad y las dolencias derivadas de su vocación, para las personas con deficiencias inferidas o identificadas con su bienestar en el autocuidado o en la mente del pupilo

Los ejercicios de enfermería incorporan las ideas de reflexionar sobre la actividad, que envuelven las expectativas y ejercicios de determinación, remedio y control. Los marcos de enfermería se clasifican por la conexión entre la actividad del paciente y la del cuidador médico.

Los marcos de enfermería se configuran cuando los asistentes utilizan sus habilidades, con un objetivo específico para: respaldar, planificar y dar consideración de enfermería a los pacientes. Para esta situación, el cuidador médico se convirtió en un paciente del paciente. Las actividades de enfermería se componen de tres marcos, para ser específicos:

**Sistema de compensación:** cuando no puede cumplir con sus propias solicitudes particulares de autoconcepto, en ese momento hay una deficiencia o problema. Esta escasez o problema es lo que los asistentes médicos demuestran cuándo y por qué se requiere el cuidador médico. Aquí el cuidador médico debe hacer todo por el paciente.

**Sistema de compensación parcial:** el paciente podría ayudar a la autoconfianza.

**Sistema de apoyo educativo:** el individuo puede autoregularizarse, sin embargo requiere dirección. Las actividades que abarcan los cuidadores

médicos ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para que se asocien con su autoconciencia y para que puedan cumplir sus propios requisitos previos de autoimpresión. En el momento en que el individuo que completa las actividades de la mente propia se llama Agente de autocuidado y esta actividad se ha ido para lograr los objetivos, que es simplemente la necesidad de la mente. La parte de la enfermería consiste en tener y acumular la información vital para alentar a las personas y familias a iniciar y mantener prácticas que infieren un menor peligro de enfermar o dificultades que incluyen individuos más avezados y sociales en individuos y sus familias que involucran costos difíciles de cumplir para toda la sociedad.

### 1.3. Estudios relacionados

A Nivel internacional

**PÉREZ R. RODRÍGUEZ M.** Venezuela (2015) en su estudio el nivel de aprendizaje, sobre la hipertensión de los vasos sanguíneos, de los pacientes fue a un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. Presentación: Hipertensión en uno de los problemas terapéuticos generales en Venezuela. **Objetivos:** reconocer la información sobre la hipertensión de los vasos sanguíneos en pacientes hipertensos y se retiró a la población por edad, sexo, nivel de datos sobre la hipertensión, factores de oportunidad y medidas de control para esta enfermedad. Procedimientos: se realizó un examen transversal en enero y julio de 2013, en el Centro de Diagnóstico de San José La Sierrita, distrito de Mara, estado de Zulia, en Venezuela. El universo estaba compuesto por 202 pacientes hipertensos y el caso por 146 pacientes. Se conectó a sí mismo con un informe aburrido sobre su descubrimiento de su enfermedad. Resultados: hubo una intensidad de pacientes mayores de 65 años para el 32.19%. De los pacientes contemplados, el 52.74% eran mujeres. 55.47% se dio cuenta de qué era la hipertensión, cómo era, el 51.36% sabía sobre el desarrollo perpetuo de la dolencia. El 67,80% de los pacientes (99) percibieron como un factor de inclinación la historia familiar de hipertensión, además, reconocieron la hendidura con 112 (76,71%), el modo de vida inactivo con 105 (71.91%) y fumando con 88 pacientes (60.27%). 58.22% estuvo de acuerdo con el tratamiento. Una gran parte de los pacientes fueron identificados con las medidas

de control de hipertensión, control de peso con 76.71%, la demostración de ejercicios físicos (71.91%) la eliminación de medicamentos mortales (60.27%) y el final de las condiciones de peso (51.37%)

Conclusiones: la hipertensión ganó en los 65 con más experiencia durante mucho tiempo sin diferencias de presentación sexual. La parte dominante de los pacientes decidió los principales factores de riesgo para la hipertensión, tomó después del tratamiento prescrito y las medidas clave de control de esta dolencia.

**GORDON GUAJAN MARIANA** Ecuador (2014) en su tesis Hipertensión de los vasos sanguíneos relacionada con el estilo de vida en pacientes que asisten al Centro de salud Pujilí Tipo A en el período de julio a diciembre de 2014. La hipertensión es uno de los elementos básicos del entusiasmo por las organizaciones de asistencia social en Ecuador. El objetivo de esta exploración es decidir la relación de los marcos de vida con la hipertensión de los pacientes que acudieron al centro de prosperidad en julio y diciembre de 2014. Este es un examen transversal, analizó la edad, el sexo y las formas de vida: abstenerse de comer, ejercitarse, propensiones, en una reunión de 50 pacientes que se determina que tienen hipertensión. La penetración de la hipertensión de los vasos sanguíneos en la población examinada fue la siguiente: el 70% de las personas con hipertensión son mujeres jóvenes, los adultos normales el 76%, el 56% de la concentración considerada tiene sobrepeso, la mitad realiza ejercicio intermitente, el 46% devora Sustenances ricos en grasa, 11 64% tenían la propensión a la utilización de licor, 30% fumaban, 72% tenían un trastorno del sueño y 40% tenían arreglado 1 hipertensión. Estas formas de vida afirmativas están firmemente identificadas con la hipertensión, existe la confirmación de la necesidad de ejecutar medidas de aversión y avance del bienestar.

**SANTOS, T. y COLS. (2015) Brasil.** En el estudio: “Diferencias en los Indicadores de Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial que Vive en el Área Urbana y Rural de Minas Gerais”. El objetivo era analizar los factores financieros, las enfermedades y la satisfacción personal de los adultos

más avezados con hipertensión fundamental, con un examen científico transversal que comprendía 1302 adultos más establecidos de regiones urbanas y 463 de zonas rústicas. Los adultos más experimentados de la región urbana terminaron con los puntos medios en los 65% físicos, 65% mentales y 65% de espacios sociales, y 65% puntos de vista de autosuficiencia.

**SANTOS, T. Y COLS (2013) Brasil.** Llevó a cabo un estudio titulado

“Características Socio demográficas y Calidad de Vida de Ancianos con Hipertensión Arterial Sistemática (HAS) e Importancia del Papel Enfermero” cuyo objetivo fue retratar los atributos socio-estadísticos y la satisfacción personal en los ancianos con hipertensión precisa. Con un examen sistemático transversal y observacional creado con 850 adultos que viven en la región rural del distrito de Urubega. Terminado en cuanto a la satisfacción personal, los ancianos evaluaron como grandes (57.1%) y sus requerimientos se encontraron con su bienestar (59.9%). Sobre el CV y el hallazgo de HAS, que tanto lo necesita, cuanto más se prolonga el tiempo, menor es el puntaje CV en el área física.

#### **A nivel Nacional**

**PAREDES TAPIA, VANNIA CRISTINA Chimbote** (2015) en su postulación titulada Autocuidado y Nivel de Conocimiento en el Adulto Mayor con Hipertensión del Hospital I de Essalud - Nuevo Chimbote, 2015 El presente trabajo de investigación Transversal y Correlacional, a la luz de la Teoría de Sistemas Ludwig Von Bertalanffy y la Teoría Dorothea Orem, quisiera saber la asociación y nivel de aprendizaje en pacientes con hipertensión en el Hospital I de EsSalud, New Chimbote, 2015. La población estaba formada por 76 personas mayores que tenían un lugar con el programa de evitación y control de hipertensión en el Hospital I de EsSalud, Nuevo Chimbote. Los resúmenes se asociaron: "Tamaño del nivel de mente propia de los adultos con hipertensión". Nivel de encuesta de aprendizaje sobre la hipertensión de las venas en los vasos sanguíneos. "La administración y el examen de los datos totales a través del programa real EPIINFO, en sus dos niveles: interesante y sintomático, logrando las siguientes conclusiones: □ En adultos más experimentados con hipertensión, hay prevalencias críticas de la parte predominante en una confianza escasa

Pobre (68.4%) □ La mayoría de los pacientes con hipertensión tienen una condición irregular de datos sobre la hipertensión venosa (57.9%) □ Existe una asociación increíble entre el nivel de atención plena y el nivel de información sobre la hipertensión de las venas ( $p = 0.0001$ ), del mismo modo, tener un nivel de aprendizaje de HTA inadecuada con un alto riesgo de demostrar un nivel de autoestima carente de HTA ( $OR = 8$ ).

**RODRÍGUEZ S. Trujillo** (2012) en su trabajo de investigación Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. Miramar, 2012 La presente investigación, de un gráfico transversal, de composición correlacional, cuyo objetivo fue decidir el nivel de apoyo familiar y el nivel de satisfacción personal en adultos mayores hipertensos, que acuden al Puesto de Salud de alto Moche. El universo se compone de 65 adultos más establecidos, aproximadamente por orientación sexual, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con una determinación de la hipertensión de los vasos sanguíneos. Recopilar información y distinguir el nivel de nivel familiar y el nivel de satisfacción personal de los instrumentos: encuesta sobre el nivel de apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en pacientes ancianos hipertensos, detallada por Gabriel Smilkstein y, encuesta sobre el nivel de satisfacción personal en pacientes hipertensos ancianos definidos por el creador del presente examen, la investigación de la conexión entre los factores de examen, fue competente a través de la prueba de orden secuencial Alfa de la relación de Cronbach y Pearson. Los resultados muestran que el 36,92% de los individuos ancianos hipertensos con un alto nivel de apoyo familiar; el 58.46% normal y solo el 4.62% de los grados del refuerzo familiar bajo. De la misma manera, los descubrimientos que demostraron que el 36,92% de los individuos ancianos hipertensos demostraron un nivel decente de satisfacción personal; 44.62% normal y 18.46% un nivel bajo de satisfacción personal. Se encontró una relación crítica entre ambos factores de investigación  $p < 0.01$ .

**FANARRAGA J. Lima** (2013) Información y práctica de la autoconcepción domiciliaria pacientes infectados con hipertensión arterial en instalaciones de cardiología móvil del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. Hipertensión, de una unión transversal, de la combinación correlacional, cuyo

objetivo fue seleccionar el nivel de nivel familiar y el nivel de ejecución individual en ancianos hipertensos, que acuden al Puesto de Salud de Alta Moche. El universo está enmarcado por 65 más asentados, alrededor de la introducción sexual, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con una certificación de hipertensión de las venas. Agregue datos y reconozca el nivel de nivel familiar y el nivel de cumplimiento individual de los instrumentos: revisión en el nivel del apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en pacientes hipertensos ancianos, punto por punto por Gabriel Smilkstein y, estudio sobre el nivel de la realización individual en pacientes hipertensos ancianos caracterizados por la presencia del autor del presente examen, el examen de la asociación entre los factores de examen, fue capaz a través de la solicitud consecutiva Alpha juicio de la relación de Cronbach y Pearson. Los resultados muestran que el 36,92% de las personas hipertensas con un estado anormal de la familia se reafirma; 58.46% ordinario y solo 4.62% de las evaluaciones de apoyo familiar bajo. De manera similar, eso demostró que el 36,92% de las personas hipertensas de edad avanzada mostraron un nivel no demasiado malo de satisfacción individual; 44.62% típico y 18.46% a bajo nivel de cumplimiento individual. Se encontró una relación básica entre ambos factores de investigación  $p < 0.01$ .

**CARBAJAL K- Huánuco** (2016) en su trabajo de investigación titulado "Relación entre factores hereditarios y la hipertensión arterial en adultos de 30-60 años ingresando al Programa de Hipertensión del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2016 "Objetivo: Decidir la asociación entre los componentes hereditarios y el cambio de hipertensión en adultos más experimentados 30 a los 60 años que van al programa de hipertensión de las venas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2016. Títulos: se realizó un examen correlacional inequívoco con 207 adultos más asentados del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano en el período 2015 y 2016. Se utilizó una encuesta y una hoja de examen de archivo como parte de la acumulación de información. En la investigación inferencial de los resultados, se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Resultados: 63.3% de las variables genéticas e hipertensión arterial, nuevamente, los componentes innatos de tutores y jóvenes se identifican con el avance de hipertensión arterial, todas con  $p \leq 0.05$  Conclusiones: los componentes innatos están relacionados con la hipertensión

arterial en adultos mayores de 30 a 60 años que acuden al programa de hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco 2016

**MUÑOZ, M. (2013) Perú.** Se realizó un análisis titulado "El nivel de autocuidado de adultos hipertensos que asisten a la clínica de cardiología del Hospital Sergio E. Bernales, Comas septiembre-noviembre

2013, "cuyo objetivo era decidir el nivel de autocuidado de los hipertensos que iban al centro de Cardiología, infiriendo que el 70% consumía sustancias bajas en sal, el 73% no realizaba actividades físicas, el 75% de los pacientes lo hacía no beber licor y café expreso, el 61.5% de los hipertensos adultos con visión general mostraron una autoestima estándar en la adherencia al tratamiento, 29.2% auto-mente y 9.3% auto-mente.

**MORAN, J. (2013) Perú.** Hizo un examen titulado "Aprendizaje y práctica de la mente propia domiciliaria en el paciente anciano con hipertensión arterial, en clínicas ambulatorias de cardiología hospitalaria". Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD ", cuyo objetivo fue decidir la conexión entre el aprendizaje y el acto de autocuidado en el hogar de los pacientes con hipertensión determinada, con un examen transversal cuantitativo, claro y correlacional 37.7 %, nivel de auto-mente normal 43.1% y nivel de auto-mente bajo 19.2%.

## CAPITULO II

### **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS**

#### **2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Paciente, Ingresa el 07/01/2018 a horas 08.35 am. Adulto maduro de 69 años, antecedentes de sedentarismo, refiere que en circunstancias que realizaba una diligencia en el Modulo de Justicia de los Olivos, tiene dolor de cabeza de moderada intensidad, adormecimiento de la cara, hormigueo en los miembros superiores y cuello, además presentó dolor torácico de moderada intensidad, sudación profusa, sensación de debilitamiento por lo que le llevan de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el Rímac.

Paciente con Iniciales T.T.CH.G, Natural de Ayacucho y procedente de San Juan de Lurigancho, Actualmente 07/01/2018 se encuentra en el servicio de Emergencia, Observación Unidad 9 Varones, con el Diagnóstico Médico Emergencia Hipertensiva, quien manifiesta textualmente “me falta aire, no puedo respirar, me siento muy cansado, me voy a morir, me ronca el pecho, no puedo dormir, me duele el pecho, dios mío me estoy muriendo, me siento mal, llamen a mi familia, ayúdenme por favor, hace mucha bulla el monitor y el personal, no tengo fuerza”. Además, Su esposa refiere que el paciente que es muy irregular para cumplir el tratamiento, ya no toma el tratamiento ni tampoco se cuidaba con la dieta, lo veo muy desmejorado, todos los días trabajaba.

Paciente en posesión fowler en cama con barandales, conectado a un monitor multiparametro polipneico, con soporte de oxigeno por cánula binasal a 4LPM X', ojos abiertos, continua con cefalea de moderada intensidad, refiere bochorno, tinitus, sensación de hormigueo en cuello y miembro superior izquierdo, portador de CVC perfundiendo infusión de Nitroglicerina (2 amp. En Dextrosa al 5% 100cc.) a 5 cc/h presenta edema generalizado con signo de fóvea de +, en extremidades inferiores +, refiere que en los últimos dos meses aumento de 7 Kilos, piel fría y pálida, A examen de la cavidad torácica se encuentra con retracciones de los músculos intercostales, hace esfuerzo para respirar, a la auscultación ruidos adventicios como estertores y roncus, ,en los miembros

inferiores se aprecia edema muy ligero + llenado capilar disminuido mayor a 3", a nivel de los genitales se aprecia edema escrotal moderado con presencia de sonda vesical a circuito cerrado volumen urinario de 1226 cc en las últimas 24 horas percentil, a la revisión de los exámenes auxiliares se encuentra elevación de enzimas cardíacas CPK 89 U/L, MB 26 U/L, DHL 92, y troponinas negativo, PO2 86, PCO2 44, PH 7.34, en la radiografía de tórax se evidencia bronco aspiración pulmonar en imagen de silueta pulmonar, cardiomegalia con hipertrofia ventricular, Electrocardiograma denota una hipertrofia ventricular, traquiarritmia, el informe de ecocardiograma con factor de eyección de 56 .

## 2.2. Datos de filiación

Nombre	: T.T.CH.G
Cama	: 9
Sexo	: masculino
Fecha de nacimiento	: 03/10/1949
Edad	: 69 años
Peso	: 75 kg
Talla	: 1,68 cm
IMC	: 26.5 obesidad
Escolaridad	: Superior
Profesión	: Abogado
Estado civil	casado
Vive con	: 06 hijos
Religión	: católica
Previsión	: Pegante
Fecha de ingreso	: 22/12/2017
Hora de ingreso	: 08.35

Llega al hospital traída por ambulancia de bomberos, procedente: San Juan de Lurigancho.

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Hipertenso por historia clínica 18 años  
Infarto Agudo de Miocardio hace 4 años

### **Antecedentes Familiares**

Papá falleció de Infarto Agudo de miocardio  
Mamá falleció de Diabetes Mellitus

### **CONTROL DE SIGNOS VITALES**

Presión Arterial	226/118 mmHg
PAM	154 mmhg
Frecuencia Cardiaca	116 X'
Temperatura	37.4°
Frecuencia Respiratoria	28 X'
SAT O2	92 %
PVC	16 cm H2O
Peso	75 kl.
Talla	1.68 cm
IMC.	26.5
Dolor Torácico	7/10

### **DIAGNÓSTICO MÉDICO**

1. Emergencia Hipertensiva
2. Síndrome coronario Agudo
3. Neumonía Aspirativa

### **TRATAMIENTO:**

- CLORURO DE SODIO al 9 %o 1000cc a / 7 gotas X'
- NITROGLICERINA 25mg 2amp diluido en SF 100cc a 5 cc/h titulable.
- PETIDINA 100 mg 1/3 amp dil..PRN al dolor
- CEFTRIAXONA 2gr. EV C/ 24 h.
- AMIADORONA 150mg 4 amp en 250 a 15cc /h

- FUROSEMIDA 40 Mg EV C/ 8h
- AMLODIPINO 10 mg 01 tab/ 12 horas
- LOSARTAN 50 mg 01 tab. / 12 Horas
- ENALAPRIL 10 mg 01 tab/12 horas
- ATORVASTATINA 40 mg 1 tab /24 horas
- ESPIRONALACTONE 100 mgr.VO C/24h
- AAS 100 mg VO C/ 24 h
- PROPANOLOL 40 Mg VO C/ 8 h
- CLOPIDROGEL 75 Mg VO C/ 24h
- CAPTOPRIL 25 mg PRN PAM 120 mmhg
- DIGOXINA 0.25 Mg VO C/ 24 h
- ENOXAPARINA 60 mg S/C C/ 12 h.
- ISORBIDE 10 Mg VO C/ 12 h
- ALPRAZOLAN 0.5 VO C/ 24 h Noche
- OXIGENO por CBN 4LPM
- CFV –BHE
- MONITOREO MULTIPARAMETRO
- MONITOREO DE DIURESIS
- SONDA FOLEY DIURESIS HORARIA

### 2.3 EXAMEN CEFALO CAUDAL:

**Cabeza:** Normo cefálico, cefalea 7/10, Adormecimiento y hormigueo, tinitus, Zumbidos, ruptura de vasos en la esclera.

**Cuello:** No adenopatías, adormecimiento y hormigueo en cuello.

**Cara:** Presenta simetría en el rostro, piel suave, tibia, cánula binasal, adormecimiento en cara y labios.

**Ojos:** Pupilas Isocóricas, simétricos, con escaleras con ruptura de vasos, Conjuntivas rosadas brillosas

**Oídos:** Presencia de cerumen, tinitus y zumbidos

**Boca:** Higiene oral adecuada, presenta todas sus piezas dentales, mucosas

secas, Xerostomía negativo, lengua despabilada.

**Tórax:** A nivel escapular en hemitórax izquierdo, presenta dolor agudo, tipo Visceral profundo, catéter venoso central subclavia derecha, uso de músculos intercostales, discreta polipnea, ruido rudo al pasaje de aire, presenta roncus, no tolera decúbito dorsal.

**Abdomen:** Blando, depreciable, RHA (+), cicatriz colecistectomía en el hipocondrio derecho.

**Extremidades Superiores:** Edema en ambos miembros de +

**Genitales:** Buena higiene, Orina espontánea (+) en papagayo. Depositiones

**Extremidades Inferiores:** Móviles, sin alteración, edema +

**Región lumbosacra:** Escoliosis (+), piel tibia, seca, de buen llenado capilar, Eritema (-), úlceras por presión (-).

**Factores de riesgo:**

Sedentarismo

Deslipidemia

**Fuma:** Eventualmente

## EXAMENES AUXILIARES

	Resultado	Valor Normal
<u>Perfil lipídico:</u>		
<b>Colesterol total</b>	<b>383</b>	<b>140 200 mg/dl</b>
<b>LDL</b>	<b>123</b>	menos de 100 mg/dL
<b>HDL</b>	<b>260</b>	menos de 200 mg/dL
<b>Triglicéridos</b>	<b>394</b>	menos de 150 mg/dL

**AGA Electrolitos** .Fecha 23/12/2017 al momento de valorar

Parámetro	Valor de Referencia Pacte	Valor Normal
Sodio	144 mEq/L	135- 145 mEq/L
Potasio	3.43mEq/L	3.5-5 mEq/L
Cloro	106 mEq/L	95-105 mEq/L
PCO2	44mmHg	35-45 mmHg
PO2	86mmHg	75-100 mmHg
HCO3	23mEq/L	24-26 mEq/L
PH	7.34	7.35-7.45

### Enzimas cardiacas

CPK	89 U/L	23 a 99UI/L
MB	26 U/L	(0,0 - 5,5 µg/L)
DHL	92 U/L	105 a 333 UI/L
Troponinas		Negativa

### Electrocardiograma

#### Ecocardiograma:

Factor de eyección 56%, ventrículo izquierdo dilatado, llenado de la cámara auricular izquierda disminuido.

#### Bioquímica:

Glucosa sérica	108 mg /dl	70 -110mg/dl
Urea	44 mg /dl	7 y 20 mg / dl.
Creatinina	1,36 mg /dl	0,6

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIO

### DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Familiar refiere que el paciente no cumplía con su tratamiento medicamentoso ni con la dieta para controlar la presión arterial, toma alcohol con sus amigos, le gusta comidas copiosas y condimentadas.</p> <p>Paciente refiere me siento mal, no puedo respirar, me voy a morir.</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b></p> <p>Paciente en mal estado General</p> <p>No acudió a su control</p> <p>IMC 26.5</p> <p>Perfil lipídico incrementado Colesterol 383, LDL 123, HDL 260, PA 226/118 mmhg, PAM 154.</p>	<p><b>DOMINIO: 1 PROMOCION DE LA SALUD.</b></p> <p><b>CLASE 2: MANEJO DE LA SALUD.</b></p> <p>Gestión Ineficaz de la propia salud.</p> <p>Manejo inefectivo del régimen terapéutico.</p>

## Dominio 2: Nutrición

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Familiar refiere que el paciente no cumplía con su tratamiento ni con la dieta, toma alcohol con sus amigos, y en dos meses subió 7 kg.</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p> <p>Peso 75 Kg. Talla 1.68 cm IMC. 26.5 Presencia de edema generalizado con signo de fóvea de +, en extremidades inferiores +. PVC : 16 cm H2O</p>	<p><b>DOMINIO: 2 NUTRICION</b></p> <p><b>CLASE 1: INGESTION</b></p> <p>Desequilibrio Nutricional: Ingesta superior a las necesidades</p> <p><b>CLASE 5: HIRATACION.</b> Exceso de volumen de líquidos</p>

## Dominio 3 Eliminación

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Textualmente “me falta aire, no puedo respirar, me siento muy cansado.</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p> <p>Polipneico, con CBN a 4 Lts X’ Fr: 26 X’ SAT O2: 92 % PCO2 44mmHg</p>	<p><b>DOMINIO: 3 ELIMNACION E INTERCAMBIO</b></p> <p><b>CLASE 4 : RESPIRATORIA</b></p> <p>Deterioro del Intercambio Gaseoso</p>

## Dominio 4 Actividad / reposo

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Paciente refiere a la evaluación Tinitus, zumbidos, confusión por momentos, adormecimiento y hormigueo en cabeza y cuello, Cefalea 7/10.</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b></p>	<p><b>DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO</b></p> <p><b>CLASE 2:PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL</b></p>

Aumento de la presión intracraneana, PA 226/118, Factor de eyección de 56%., niveles de perfil lipídico elevado Colesterol total 383, LDL 123, DHL 260.	
---	--

### Dominio 5 Rol / Relación

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Me siento muy mal, todos los días trabajo, mis hijos ya no viven con el paciente, tengo algunos amigos y solo vivo con mi esposa.</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b></p> <p>Paciente en Mal estado general se subió 7 kilos de peso en dos meses, es un bebedor social según describe la familia.</p>	<p><b>DOMINIO 7: ROL / RELACIONES CLASE 2:</b></p> <p><b>RELACIONES FAMILIARES.</b></p> <p>Interrupción de los procesos familiares</p>

### Dominio 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

TIPO DE DATOS	DOMINIO
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Paciente refiere que toma alcohol con sus amigos, me veo muy desmejorado, todos los días trabajo, mis hijos ya no viven conmigo</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b></p> <p>No tiene autocontrol en su salud, por el abandono e indiferencia de sus hijos.</p>	<p><b>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</b></p> <p>Afrontamiento Ineficaz</p>

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Paciente refiere “sensación inminente de muerte, disnea 26</p>	<p><b>DOMINIO9:</b></p> <p><b>AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES</b></p>

<p>respiraciones por minuto, dolor precordial EVA 7/10, pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas, pregunta frecuentemente sobre su salud”</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b></p> <p>Facies de angustia, verborrea, quejumbroso, no conciliar el sueño, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos,</p>	<p><b>Clase 2: RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO</b></p>
---	---

### **Dominio 11 Seguridad / protección**

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>Refiere luego de sentirse mal presento vómito muy copioso durante el evento en su casa.</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b></p> <p>A la auscultación ruidos adventicios como estertores y roncus.</p>	<p><b>DOMINIO11:</b></p> <p><b>SEGURIDADPROTECCION</b></p> <p>Limpieza Ineficaz de la Vía aérea</p>

### **Dominio 12 Confort**

TIPO DE DATOS	DOMINIOS
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b></p> <p>verbalización del dolor de cabeza EVA 7/10 “me va estallar la cabeza”, dolor torácico opresivo, sensación de ahogo, que le falta el aire</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p> <p>PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, por aumento de la presión</p>	<p><b>DOMINIO 12: CONFORT</b></p> <p><b>CLASE : CONFORT FÍSICO</b></p> <p><b>CLASE : Sensación de bienestar y comodidad física, mental y social</b></p>

intracraneana, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 116 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales	
--	--

## 2.2 PRIORIZACION DE DIAGNOSTICO

1. Perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Disminución del flujo arterio cerebral E/P aumento de la presión intracraneana, PA 226/118, tinitus, zumbidos, adormecimiento y hormigueo en cabeza y cuello, Factor de eyección de 56%. Cefalea 7/10., niveles de perfil lipídico elevado Colesterol total 383, LDL 123, DHL 260.
2. Dolor agudo R/C hipoxia cerebral E/P: PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, por aumento de la presión intracraneana y verbalización del dolor EVA 7/10, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 116 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales tinitus y zumbidos, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial.
3. Exceso de volumen de líquidos R/C Falla de los mecanismos reguladores e/p edema discreto con signo de fóvea de +, en extremidades inferiores +. PVC: 16 cm H2O, ganancia de peso 7 kilos en los últimos 2 meses
4. Disminución del Gasto Cardíaco R/C aumento de la pre y disminución de la post carga e/p PA: 226/118, F: C: 116 X' con infusión de nitroglicerina a 5 cc/h, PVC 16 CC agua, Factor de eyección por Ecocardiograma 56%.
5. Deterioro del intercambio gaseoso R/C falla de los mecanismos ventilo perfusión e/p: PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, Saturación de Oxígeno 92%, por me falta aire no puedo respirar, FR: 26 X' con CBN a 4 Lts.
6. Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea 26 respiraciones por

minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, dolor precordial EVA 7/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas

7. Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C acumulo de secreciones bronquiales e/p ruidos adventicios como estertores y roncus, paciente con tos productiva elimina secreciones amarillas, en Radiografía de tórax se evidencia imágenes de secreciones bronquiales, refiere que le falta aire y no puede respirar.
8. Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno e/p me siento cansado, FR 26 X' FC: 116 X', la cabeza me da vuelta, tengo bochorno, zumbidos en el oído y siento campanitas, me agito cuando hago esfuerzo.
9. Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades R/C aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas e/p subió de peso 7 Kg. Peso 75 Kg. Talla. 1.68 cm, IMC: 26-5, Perfil lipídico Colesterol total 383, LDL 123, HDL 260.
10. Manejo ineficaz del régimen terapéutico personal relacionado con la complejidad del tratamiento E/P datos clínicos PA 226/118, no tomaba sus medicamentos, consumía comidas copiosas, no asistía a su control, tomaba alcohol, abandono familiar, su inseguridad y ansiedad acerca de su vida futura.
11. Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en los roles familiares.
12. Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea R/C el reposo absoluto
13. Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos

### 2.3 Valoración, Diagnostico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p><b>DATOS</b></p> <p><b>SUBJETIVOS:</b></p> <p>Tinnitus, zumbidos, adormecimiento y hormigueo en cabeza y cuello , edema de miembros inferiores</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Aumento de la presión intracraneana, PA 226/118, Factor de eyección de 56%. Cefalea 7/10.,</p>	<p>Perfusión tisular cerebral ineficaz</p> <p>R/C Disminución del flujo arterio cerebral E/P aumento de la presión intracraneana, PA 226/118, Factor de eyección de 56%. Cefalea 7/10., niveles de perfil lipídico elevado Colesterol total 383, LDL 123, DHL 260</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Paciente logrará una perfusión tisular cerebral adecuado durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b></p> <p>Paciente logrará aumentar el flujo arterial cerebral con la administración de medicamentos cardiovasculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se monitoriza las funciones vitales con énfasis la PA.</li> <li>- Se monitoriza la PVC.</li> <li>- Se monitoriza el flujo urinario cada hora.</li> <li>- Se administra Nitroglicerina en infusión 25 mg 2 ampollas diluidos en SF 100cc en infusión continua a 5 cc / Hora.</li> <li>- Administrar antihipertensivos combinada: Losartan 50 mg 1 tab cada 12 horas, Amlodipino 10 mg cada 12 horas, Enalapril 10 mg cada 12 horas.</li> <li>- Se administra propanolol 40 mg cada 8 horas</li> <li>- Se administra furosemida 1 amp cada 8 horas.</li> </ul>	<p>Paciente elimina los líquidos el cual se observa en el BHE que es negativo de 2346 en 24 horas, FC 93 X' PA. 155/97 mmhg, PVC 13 cm H2O, y la PVC = 13 cm H2O, per fundió el edema, refiere que ya no hay tinnitus ni zumbidos. El bochorno va desapareciendo</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
VARGAS RODRIGUEZ, Isabel	2005	<a href="http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/">http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/</a>	Repercusion del trabajo de Enfermería en la Perfusión tisular cerebral	II

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DATOS</b></p> <p><b>SUBJETIVOS:</b></p> <p>Paciente refiere Dolor EVA 7/10, disturbios sensoriales tinitus y zumbidos, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, por aumento de la presión intracraneana, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 116 latidos por minuto, inquietud.</p>	<p>Dolor agudo R/C hipoxia cerebral <i>E/P</i>:</p> <p>PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, por aumento de la presión intracraneana y verbalización del dolor EVA 7/10, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 116 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales tinitus y zumbidos, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Paciente verbalizará disminución del dolor y discomfort con apoyo del personal durante el turno</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b></p> <p>Paciente logrará un flujo arterial adecuado y soporte de oxígeno durante el turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se administra O2 por CBN a 4lt X'.</li> <li>✓ Colocar en posesión adecuada fawler</li> <li>✓ Administrar petidina 100 mg 1/3 amp. SC PRN dolor</li> <li>✓ Se controla signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR,</li> <li>✓ Se mantiene en reposo absoluto en cama.</li> <li>✓ Se monitoriza con trazos de EKG constantemente para detectar anomalías.</li> <li>✓ Se toma muestra para laboratorio: Muestra de sangre para estudio de hematología y bioquímica</li> <li>✓ El control de Enzimas cardiacas Troponinas se hace al ingreso del paciente durante las 24 horas</li> <li>✓ Se valora los resultados para comunicar al médico cualquier alteración y tomar medidas.</li> <li>✓ Se administra Amiodarona en infusión con Dextrosa al 5% 250cc + amiodarona 5 ampollas a razón de 15 cc/hora.</li> </ul>	<p>Paciente verbaliza que disminuyó la intensidad del dolor (Cabeza y tórax) EVA 3/10, Los disturbios sensoriales al término del turno disminuye considerablemente, los signos vitales tienden a estabilizarse, no hay diaforesis.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se administra Noradrenalina. a 5 cc /h.</li> <li>✓ Se administra propanolol 40 mg c/12 horas,</li> <li>✓ Se administra Isorbide 10 mg vo c/8horas,</li> <li>✓ ASS a 100 mg C/24 Horas, Clopedogrel 75mg C/24 horas, Enoxaparina 60 mg SC C/24 horas.</li> <li>✓ Se valora los resultados de AGA y electrolitos.</li> </ul>	

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
PASTRANA DELGADO, Juan	2011	<a href="https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor-toracico">https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor-toracico</a>	DOLOR-TORACICO	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> "Me late la cabeza, siento bochorno"</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b> Edema discreto con signo de fóvea+,en extremidades inferiores +. PVC: 16 cm H2O, ganancia de peso 7 kilos en los últimos 2 meses.</p>	<p>Exceso de volumen de líquidos R/C Falla de los mecanismos reguladores E/P</p> <p>"Siento que me late la cabeza, tengo bochorno" edema discreto con signo de fóvea de +, en extremidades inferiores +. PVC: 16 cm H2O, ganancia de peso 7 kilos en los últimos 2 meses</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Paciente logrará un balance hídrico negativo durante el turno con apoyo del personal de enfermería.</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b></p> <p>Paciente recibirá dosis de diuréticos durante el turno.</p>	<p>-Se monitoriza las funciones vitales con énfasis la PA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se monitoriza la PVC.</li> <li>- Se monitoriza el flujo urinario cada hora a través de una sonda vesical a circuito cerrado</li> <li>- Se administra furosemida 20 mg EV C/8 H.</li> <li>- Se administra espironolactone 100 mg VO C/24h.</li> <li>- Se monitoriza el AGA y electrolitos..</li> <li>- Se mantiene con restricción de líquidos y el EV a goteo mínimo 7 gotas por minuto</li> <li>- Se realiza el BHE</li> </ul>	<p>Paciente elimina los líquidos el cual se observa en el BHE que es negativo de 2346 en 24 horas y la PVC = 13 cm H2O, perfundió el edema, refiere que no hay bochorno.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DATOS</b></p> <p><b>SUBJETIVOS:</b></p> <p>“Tengo palpitaciones, siento que me falta aire”</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>PA: 226/118, FC: 116 X' con infusión de nitroglicerina a 5 cc /h, PVC 16 CC agua, Factor de eyección por informe de Ecocardiograma 56%.</p>	<p>Disminución del Gasto Cardíaco R/C aumento de la pre y disminución de la post carga E/P</p> <p>“Tengo palpitaciones, siento que me falta aire”</p> <p>PA: 226/118, F: C: 116 X' con infusión de nitroglicerina a 5 cc /h, PVC 16 CC agua, Factor de eyección por Ecocardiograma 56%.</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Paciente logrará mejorar su gasto cardíaco durante el turno con apoyo del personal de enfermería.</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b></p> <p>Paciente mejorará su nivel de post carga y disminuirá la precarga con la administración de la nitroglicerina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se administra O2 por CBN a 4lt X'.</li> <li>✓ Se controla signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR,</li> <li>✓ Se mantiene en reposo absoluto en cama en posesión Fowler.</li> <li>✓ Se monitoriza la actividad cardíaca con EKG C/6 h. y se valora constantemente para detectar arritmias.</li> <li>✓ Se Toma Ecocardiograma para determinar la fisiología cardíaca y de las lesiones durante las primeras 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se toma muestra para laboratorio: Hgma, Glucosa, urea, creatinina, en ls 24 horas y enzimas cardíacas CPK, MB cada 8 horas, cada 12 horas y luego cada 24 horas.</li> <li>✓ El control de Troponinas se hace al ingreso del paciente y luego de 6 a 12 horas.</li> <li>✓ Se valora los resultados para comunicar al médico cualquier alteración y tomar medidas.</li> <li>✓ Se administra Amiodarona en infusión con Dextrosa al 5% 250cc +</li> </ul> </li> </ul>	<p>Paciente presenta FC 85 X' PA. 155/90 mmhg, PVC 13 cm H2O, paciente logrará tolerar a la actividad física (movimiento y cama), se aprecia menor fatiga, puede lograr comunicar mejor.</p>

			<p>amiodarona 5 ampollas a razón de 15 cc/hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se administra Nitroglicerina 2 amp. De 25 mg diluido en 100 cc de SF. a 5 cc /h.</li> <li>✓ Se administra propanolol 40 mg c/12 horas,</li> <li>✓ Se administra Isorbide 10 mg vo c/8horas,</li> <li>✓ ASS a 100 mg C/24 Horas, Clopedogrel 75mg C/24 horas, Enoxaparina 60 mg SC C/24 horas.</li> <li>✓ Se valora los resultados de AGA y electrolitos.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
BELTRÁN SALAZAR, OSCAR	2010	<a href="http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/1355/1/Monitoria%20Hemodinamica">http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/1355/1/Monitoria%20Hemodinamica</a>	MONITORIA HEMODINÁMICA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DATOS SUBJETIVOS</b> "Me falta aire no puedo respirar, tengo mucha flema"</p> <p><b>DATOS OBJETIVOS</b> AGA: PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, Saturación de Oxígeno 92%, FR: 26 X' con CBN a 4 Lts</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C falla de los mecanismos ventilatorio perfusión E/P</p> <p>PO2 86 mmhg, PCO2 44 mmhg, Saturación de Oxígeno 92%, "Me falta aire no puedo respirar, tengo mucha flema", FR: 26 X' con CBN a 4 Lts.</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Paciente recuperará un adecuado intercambio gaseoso durante el turno con apoyo del personal de enfermería.</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b> Paciente logrará un adecuado mecanismo ventilatorio perfusión y permanecerá con soporte oxigenatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se coloca al paciente en posición semifowler,</li> <li>- Se ausculta al paciente cada 4 horas para comunicar cambios al médico tratante.</li> <li>- Se mantiene al paciente con CBN.</li> <li>- Se valora la oxigenoterapia para disminuir paulatinamente.</li> <li>- Se monitoriza funciones vitales</li> <li>- Se realiza Ejercicios respiratorios.</li> <li>- Se le nebuliza con SF cada 4 horas</li> <li>- Se evalúa el reflejo antitusígeno.</li> <li>-</li> </ul>	<p>Paciente presenta FR de 24 X', CBN a 2LT.</p> <p>Control de AGA y Electrolitos. PH. 7.36. Sat. O2 94 %, PO2 90 MMHG, PCO2 43 MMHG.</p> <p>Refiere poder respirar mejor y puede eliminar secreciones bronquiales</p>

--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MAIA PASCOAL LIVIA	2015	<a href="http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169">http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169</a>	DETERIORO DEL INTERCABIO GASEOSO	II

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<b>DATOS</b> <b>SUBJETIVOS</b> Paciente refiere "que le falta aire y no puede respirar, tiene mucha flema, siente que se ahoga con su flema"	Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C acumulo de secreciones bronquiales E/P Paciente refiere "que le falta aire y no puede respirar, tiene mucha flema, siente que se ahoga con su flema" Tiene	<b>OBJETIVO GENERAL</b> Paciente logrará presentar las vías aéreas permeables durante el turno con apoyo del equipo de enfermería  <b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se coloca a la paciente en posición semifowler.</li> <li>✓ Se controla la FR tanto en el ritmo como en la profundidad.</li> <li>✓ Se auscultar ambos campos pulmonares, observando zonas de disminución/ausencia de flujo de aire y ruidos respiratorios accesorios; p. ej., estertores</li> <li>✓ Se evalúa el reflejo antitusígeno.</li> <li>✓ Se le ayudar al paciente con ejercicios de respiración profunda. Se le enseñar a realizar actividades; p. ej., mantener el</li> </ul>	Paciente logra eliminar las secreciones bronquiales, se mantiene con SatO2 >94 % con 2LPM, Disminución de ruidos anormales.

<p><b>DATOS</b></p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Ruidos adventicios como estertores y roncus, paciente con tos productiva elimina secreciones amarillas, en Radiografía de tórax se evidencia imágenes de secreciones bronquiales, refiere que le falta aire y no puede respirar</p>	<p>Ruidos adventicios como estertores y roncus, paciente con tos productiva elimina secreciones amarillas, en Radiografía de tórax se evidencia imágenes de secreciones bronquiales.</p>	<p>Paciente elimina las secreciones bronquiales luego de la nebulización y fisioterapia respiratoria</p>	<p>pecho rígido y realizar toses productivas mientras se mantiene en posición erguida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se cambia de posición cada 2 horas para que movilice las secreciones.</li> <li>✓ Se le mantiene con oxígeno terapia.</li> <li>✓ Se le monitoriza Frecuencia respiratoria y satO2.</li> </ul> <p>Se le nebuliza con SF cada 4 horas</p>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MORENO GÓMEZ MARÍA AYDÉ	2012	Users/use/Downloads/220- 935-1-PB.pdf	Limpieza Ineficaz de las vias aereas	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos Subjetivos</b> Paciente refiere "me siento cansado,, tengo bochorno, zumbidos en el oído, me agito rápido cuando me movilizo"</p> <p><b>Datos objetivos</b> FR 26 X' FC: 116 X', no tolera decúbito, está en posesión fowler</p>	<p>Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno e/p Paciente refiere "me siento cansado, tengo bochorno, zumbidos en el oído siento campanitas, me agito rápido cuando me movilizo" , FR 26 X' FC: 116 X', no tolera decúbito, está en posesión fowler</p>	<p><b>Objetivos:</b> <b>Generales</b>  Paciente será capaz de realizar actividades físicas después de las intervenciones del equipo de salud durante su estancia hospitalaria.</p> <p><b>Objetivo Específico</b>  Paciente será capaz de moverse y mantener una buena postura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vigila signos y síntomas de intolerancia a la actividad.</li> <li>• De acuerdo a las condiciones clínicas en comunicación con el médico se planea actividades alternando con períodos de descanso.</li> <li>• Se le Enseña al paciente a tomarse el pulso durante un minuto, antes de realizar cualquier actividad y en el momento de mayor esfuerzo.</li> <li>• Se valora el incremento de actividad o reposo de acuerdo a la mejoría y capacidad del paciente.</li> <li>• Se insiste en la realización de los ejercicios de movilidad activa y pasiva, para mantener flexibles las articulaciones y los músculos.</li> <li>• Se le enseña a respirar mientras realiza los ejercicios.</li> <li>• Se le explica la importancia de tomar correctamente sus medicamentos.</li> </ul>	<p>El paciente realiza sus actividades en forma progresiva, la fatiga disminuye.</p> <p>FC= 90XMIN.</p> <p>Necesidad satisfecha de movilización y mantener buena postura corporal.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos Subjetivos</b> Esposa refiere que “no tomaba sus medicamentos, consumía comidas copiosas, no asistía a su control médico, tomaba alcohol, abandono familiar de parte de las hijas, además expresa su inseguridad y ansiedad acerca de su vida futura.</p> <p><b>Datos objetivos</b> . Datos clínicos PA 226/118, Colesterol 383,</p>	<p>Manejo ineficaz del régimen terapéutico personal relacionado con la complejidad del tratamiento E/P datos clínicos PA 226/118, Esposa refiere que “no tomaba sus medicamentos, consumía comidas copiosas, no asistía a su control médico, tomaba alcohol, abandono familiar de parte de sus hijas”, además expresa su inseguridad y ansiedad acerca de su vida futura.</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Paciente presentará disposición para un eficaz manejo terapéutico después de las intervenciones del equipo de salud durante su estancia hospitalaria.</p> <p><b>Objetivo Específicos</b> Paciente se generará conciencia sobre su enfermedad y la importancia de cumplir el régimen terapéutico.</p>	<p>Se orienta en forma clara y veraz al paciente sobre su situación clínica, tratamiento, evolución y pronósticos de su enfermedad.</p> <p>Apoyo psicológico.</p> <p>Se le incentiva a que exprese sus inquietudes y temores sin hacer juicios de valor.</p> <p>Se le escucha activamente con atención y se responde a las preguntas interrogantes planteadas</p> <p>Se le explica al paciente y la familia sobre todas las dudas del régimen terapéutico.</p> <p>Estimular y fomentar al paciente para el cumplimiento terapéutico.</p> <p>Se le enumera los problemas más urgentes de manera organizada y se ayuda a encontrar alternativas de solución.</p>	<p>El paciente en proceso identifica su enfermedad y se evidencia una mejora en su salud.</p> <p>Paciente se compromete a seguir en forma organizada su régimen terapéutico y mejorar y lograr una comunicación efectiva y horizontal, las hijas vienen a visitarlos y se comprometen a participar con el tratamiento y control.</p>

LDL 123, HDL 260.			<p>Se informa a la familia del régimen terapéutico que tendrá el paciente y la importancia del apego al mismo.</p> <p>Se brinda información minuciosa sobre el manejo de dieta y cambios de los estilos de vida.</p> <p>Se le informarle en forma sencilla y clara el efecto de cada uno de los medicamentos prescritos por el médico, horarios, dosis en que los debe tomar, así como los posibles efectos adversos de los mismos verificando con preguntas que haya comprendido.</p>	
-------------------	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
BURBANO CASTRO, JIMMY	20015	<a href="https://prezi.com/ukdqj0dsspki">https://prezi.com/ukdqj0dsspki</a>	<b>Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda</b>	IV

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
-------	-----	----------------------	--------	-------

HUESO NAVARRO, FABIOLA	2005	<a href="#">wwwFabiola Hueso Navarro/lc0013.pdf</a>	EL MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE ENFERMERIA DE CRÓNICOS EN NAVARRA	III
---------------------------	------	---	--	-----

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos Subjetivos</b> Esposa refiere que “no se cuidaba, comía mucho y le gusta las frituras”</p> <p><b>Datos objetivos</b> Subió de peso 7 Kg. Peso 75 Kg. Talla. 1.68 cm, IMC: 26-5, Perfil lipídico Colesterol total 383, LDL 123, HDL 260.</p>	<p>Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades R/C aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas E/P</p> <p>Esposa refiere que “no se cuidaba, comía mucho y le gusta las frituras” subió de peso 7 Kg. Peso 75 Kg. Talla. 1.68 cm, IMC: 26-5, Perfil lipídico Colesterol total 383, LDL 123, HDL 260.</p>	<p><b>Objetivo General</b> Paciente recibirá dieta según requerimiento calórico proteico, durante su estancia hospitalaria con apoyo del equipo de enfermería.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Paciente recibirá dieta hospitalaria según requerimiento metabólico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece dieta hipo sódico, hipocalórica hipo grasa.</li> <li>• Se crea una cultura alimentaria de flexibilidad y variado para surtir la dieta.</li> <li>• Se proporciona información en coordinación con nutrición información sobre la dieta.</li> <li>• Administrar medicamentos Atorvastatina 40 mg 1 tab. Cada 24 horas, de preferencia en las noches por sus efectos adversos.</li> <li>• Se proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su dieta.</li> <li>• Se promueve estilos de vida saludable en relación a su actividad física y dieta.</li> <li>• Se identifica las etapas emocionales de negación, ira, negociación,</li> </ul>	<p>Paciente participa activamente en informar y aclarar sus dudas. Y preocupaciones. Se compromete a seguir un régimen nutricional adecuado.</p> <p>La familia está informada sobre el estado de salud del paciente y reconoce la importancia de brindarle su apoyo y mantenerse unida.</p>

			<p>depresión y aceptación, en el paciente para consumo de su dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir al paciente tomar decisiones sobre el plan de control nutricional.</li> <li>• Se coordina con el equipo Nutricionista, médico, servicio social y Psicólogo para el soporte nutricional.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
PÉREZ GONZÁLEZ ALEJANDRO	2012	file:///C:/Users/use/Downloads/974-1184-1-PB.pdf	Análisis del desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<b>SUBJETIVOS</b> <b>No aplica</b> <b>DATOS</b> <b>OBJETIVOS</b> <b>No aplica</b>	Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos	<b>Objetivo General:</b> Paciente mantendrá libre de signos de infección  <b>Objetivo Específico</b> El personal extremará medidas de bioseguridad en sus intervenciones	✓ Se controla la temperatura cada 4 horas. ✓ Se realiza curación del punto de inserción del CVC y la vía periférica en cada turno. ✓ Se observa los efectos terapéuticos de los medicamentos. ✓ Se administra Ceftriaxona 2 gr. EV, según indicación medica. ✓ Se administra los medicamentos teniendo cuidado de la técnica adecuada. ✓ Se observa continuamente los signos y síntomas de infección. ✓ Se tiene cuidado con la visita del paciente que ingresen lavándose la mano y con mandilón de protección. ✓ Se tiene en cuenta los cinco momentos de la higiene de manos.	Paciente no presenta alza térmica durante su estancia hospitalaria.  Leucocitos 8478 mmm

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
VÁZQUEZ BELIZÓN YOLEINIS ESPERANZA	2013	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid</a>	Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos	II

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p><b>DATOS</b> <b>SUBJETIVOS:</b> sensación inminente de muerte, disnea 26 respiraciones por minuto, dolor precordial EVA 7/10, pérdida del control de su vida y de su independencia</p> <p><b>DATOS</b> <b>OBJETIVOS</b> Facies de angustia, taquicardia, verborrea, quejumbroso, no conciliar el sueño,</p>	<p>Ansiedad R/C Amenaza de cambios en estilos de vida E/P <b>Paciente refiere</b> “sensación inminente de muerte, disnea 26 respiraciones por minuto, dolor precordial EVA 7/10, pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas, pregunta frecuentemente sobre su salud” Facies de angustia, taquicardia, verborrea,</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Paciente se mantendrá libre de efectos estresores durante su permanencia en el servicio de emergencia con apoyo del personal de enfermería</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b> Paciente recibirá información pertinente sobre su estado de salud y recibirá los cuidados básicos de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se administra ansiolítico según prescripción médica Alprazolam de 0.50 mg C/12 horas</li> <li>○ Se Explica al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio.</li> <li>○ Se brinda información al paciente y a la familia todo procedimiento que se le realice y el porqué de cada uno de ellos su propósito la seguridad.</li> <li>○ Se organiza el trabajo enfermero para garantizar la atención y el cuidado oportuno de parte del personal y enfermera a fin de garantizar un cuidado de calidad.</li> <li>○ Se hace partícipe del personal y la familia tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado.</li> </ul>	<p>Paciente a término del turno se encuentra tranquilo, con soporte de parte de la enfermera y la familia, recibe la atención de otros profesionales, está informado sobre su evolución, tratamiento. Clínicamente se encuentra mejor, ordena sus ideas y está informado.</p>

	<p>quejumbroso, no conciliar el sueño, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos,</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se Proporciona al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud.</li> <li>○ Se Identifica las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en el paciente para que las actividades planeadas se logren los objetivos planeados.</li> <li>○ Se Permite al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control.</li> <li>○ Informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce el cambio de emergencia a UCI Coronario</li> <li>○ Se Coordina con el equipo multidisciplinario, médico y Psicólogo para el soporte psicológico.</li> <li>○ Se brinda el soporte emocional por parte del personal de Enfermería. manteniendo una comunicación fluida que genera empatía.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se disminuye los efectos estresores que pudieran generar o exacerbar su ansiedad.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
GARCIA HERRERA JOSE	2017	<a href="http://wwwpscoterapeutas.com/trastornos/ansiedad">http://wwwpscoterapeutas.com/trastornos/ansiedad</a>	Una definición intuitiva de un trastorno de ansiedad.	II

## **CAPITULO III**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **3.1 CONCLUSIONES:**

1. En el Perú hay una alta incidencia de personas con Hipertensión Arterial y estas estadísticas van en aumento debido a la falta de información sobre estilos de vida saludables, un adecuado régimen nutricional, el cuidado de su salud y a la prevención que la población no toma importancia.
2. La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal.
3. En el primer nivel de atención se proporciona herramientas eficientes el para la prevención (primaria y secundaria), el diagnóstico oportuno, detección temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado de los pacientes con hipertensión
4. Se identifica la importancia y trascendencia dela aplicación del Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE) por ser una herramienta metodológica que permite suministrar cuidados en forma racional, lógica, sistemática, integral, personalizada y con calidad humana, proporcionando resultados medibles.

## **1.2 RECOMENDACIONES**

1. Elaborar y actualizar las Guías de Atención de Enfermería sobre Hipertensión Arterial de acuerdo a los avances tecnológicos y científicos, y que permiten brindar cuidados específicos y mejorar la calidad de atención.
2. Incluir en el Plan de Capacitación Anual del Personal, el Proceso de Cuidados de Enfermería y su aplicación como herramienta científica en nuestra práctica profesional.
3. El servicio de Emergencia demanda contar con profesionales de Enfermería especialistas en el área, con habilidades, destrezas y conocimientos acordes a los avances tecnológicos y humanísticos a fin de brindar cuidados de calidad.
4. Coordinar con el equipo técnico del área de enfermedades no transmisibles para la realización de campañas de salud contra esta enfermedad para promover mejores estilos de vida saludables.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

**AGUILAR L, CONTRERAS M, DEL CANTO, VILCHEZ W,** Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta, disponible en línea. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2012.

**ALCARE DE HENARES** 2010, El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona con hipertensión arterial, departamento de medicina

**CARBAJAL K- Huánuco** (2016) en su trabajo de investigación titulado “Relación entre los Factores Hereditarios y la Hipertensión Arterial en Adultos de 30-60 Años que acuden al Programa de Hipertensión del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2016”

**ETIOPATOGENESIS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL** (2011) disponible en <https://www.google.com.pe/#q=fisiopatologia+de+la+hipertension+arteria>

**ESPITA, C.** (2011). Asociación de los Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado y la Capacidad de agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial. , 53, p.160.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA** (2014).Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. <http://www.google.com.pe/url>

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2013 (ENDES 2013)** Lima. Ministerio de Salud.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.** Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012

**FANARRAGA J. Lima** (2013) Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD

**GORDON GUAJAN MARIANA** Ecuador (2014) en su tesis Hipertensión Arterial Relacionada con el Estilo de Vida en los Pacientes que Acuden al Centro de Salud Tipo A Pujilí en el Periodo Julio - Diciembre 2014

**LAGOS, KATYA** (2014). Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos

**MANCIA G, FAGARD R, NARKIEWICZ K, REDON J, ZANCHETTI A,** (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 34, 2159- 2219.

**MINISTERIO DE SALUD** (2015). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva

**MINISTERIO DE SALUD** (2012). Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor.

**MORAN, J. (2013) Perú.** Realizó un estudio titulado “Conocimiento y Practica de Autocuidado Domiciliario en Paciente Adultos Mayores con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital

**MUÑOZ, M. (2013) Perú.** Llevó a cabo un estudio titulado “El Nivel de Auto Cuidado del Adulto Hipertenso que Asiste al Consultorio de Cardiología del Hospital Sergio E. Bernales, Comas Setiembre- Noviembre

**ORANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (2012). Preguntas y Respuestas Sobre la Hipertensión Arterial

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL** (2005). Manual de enfermedades relacionadas al trabajo. Brasil.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** 2013.

**ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO**. Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo (2010). OIT Ginebra

**PAREDES TAPIA, VANNIA CRISTINA** Chimbote (2015) en su tesis titulado Autocuidado Y Nivel De Conocimiento en el Adulto Mayor Con Hipertensión Arterial Del Hospital I De Essalud - Nuevo Chimbote, 2015.

**PÉREZ MARÍA, MENDOZA ROSA** (2012). Intervención Educativa para el Fortalecimiento del Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso

**PÉREZ R., RODRÍGUEZ M. Venezuela** (2015) en su estudio **titulado** Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela.

**PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**, 2014 (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Prevención de enfermedades cardiovascular 2014

**REDONDO F, FERNANDEZ-BERGES D, CALDERON A, SANCHES L, LOZANO L, BARRIOS V** (2012). Prevalence of left-ventricular hypertrophy by multiple electrocardiographic criteria in general population: Hermex study. J Hypertens 2012; 30:1460-7.

**RODRÍGUEZ S. Trujillo** (2012) en su trabajo de investigación Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. Miramar, 2012

**SÁNCHEZ A. RAMIRO.** Guías Latinoamericana de hipertensión arterial, rev. chil Cardiol aceptado el 2 de mayo 2010, pag29, 117,144.

**SANTOS, T. Y COLS (2013) Brasil.** Llevó a cabo un estudio titulado Características Socio demográficas y Calidad de Vida de Ancianos con Hipertensión Arterial Sistemática (HAS) e Importancia del Papel Enfermero

**SANTOS, T. y COLS. (2015) Brasil.** En el estudio: “Diferencias en los Indicadores de Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial que Vive en el Área Urbana y Rural de Minas Gerais”

**VARGAS-MENDOZA, J. E.** Teoría del conocimiento. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. (2006).

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011).**Global status report on noncommunicable diseases 2010