

Cuidados De Enfermeria En Pacientes Con Crisis Hipertensiva

Jackeline Verónica Sinchiri Ríos

Tukup kayap Yadira Leonor



INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO

TEMA:

Cuidados De Enfermería En Paciente Con Crisis Hipertensiva

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

Jackeline Verónica Sinchiri Ríos

Tukup kayap Yadira Leonor

DOCENTE RESPONSABLE:

Mgs. Daniela Tamay
Mgs. Herminia Hurtado

OCTUBRE 2023 – MARZO 2024

INDICE

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. RESUMEN CASO	5
4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10	7
5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA	8
6. FISIOPATOLOGÍA	8
7. ETIOLOGÍA	10
8. CUADRO CLÍNICO	11
9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	12
10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	14
11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	28
12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	28
13. RESULTADOS	44
14. DISCUSIÓN	44
15. CONCLUSIONES	45
16. REFERENCIAS	46
Bibliografía	46

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, afectando a más del 30% de la población adulta a nivel mundial. Se destaca como el factor de riesgo más significativo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular y demencia. Se manifiesta clínicamente mediante la elevación persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD), siendo los puntos de corte para la población adulta de 140 mmHg y 90 mmHg, respectivamente. La crisis hipertensiva, definida por la Joint National Committee (JNC) como una elevación de la presión arterial sistólica >180 mmHg y una presión arterial diastólica >110 mmHg, puede ser una manifestación aguda y grave de la HTA, con diversas causas subyacentes como falta de adherencia al tratamiento, tratamiento inadecuado. (García, 2021)

Un estudio en los Estados Unidos demostró que la tasa de incidencia anual de hipertensión estandarizada por edad es de 5,4% a 8,6% para hombres y 5,6% a 8,2% para mujeres. La HTA es más frecuente con la edad y en adultos afrodescendientes no hispanos. En Ecuador, la prevalencia de pre hipertensión arterial en la población de 10 a 17 años es de 14.2% y en la de 18 a 59 años, de 37.2%; por otro lado, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años es de 9.3%; siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11.2% vs. 7.5%). (MSP, 2019)

La prevalencia de la hipertensión arterial oscila en el Ecuador entre el 20 -30%, en población general, aumentando incluso hasta el 60-70 % en mayores de 65 años. La situación problemática actual permitirá aplicar las medidas de bioseguridad y el conocimiento específico sobre crisis hipertensiva para evitar complicaciones y determinar las necesidades básicas del paciente y lograr que estos desarrollen autocuidado para su recuperación. La prevalencia de la obesidad continúa aumentando en todo el mundo a medida que se adoptan cada vez más estilos

de vida asociados con un bajo gasto de energía y una alta ingesta calórica, particularmente en países de bajos ingresos y en desarrollo. La hipertensión ha aumentado su prevalencia con una estimación mundial reciente de 1390 millones de casos. (Rocio, 2023)

En la ciudad de Loja, en un estudio realizado en el Hospital General Isidro Ayora, con una muestra 238 pacientes hipertensos estudiados, el 61,8% (147) presentó crisis hipertensivas, de los cuales el 98,6% (145) corresponden a Urgencia hipertensiva. La cefalea es el principal síntoma encontrado en los casos de crisis con un 37% del total. El Captopril a dosis sublinguales de 25mg a 50mg es el fármaco más utilizado con 39% de casos. En el 10% de los casos se aplicó el protocolo del Ministerio de Salud . (Potón, 2013)

2. JUSTIFICACIÓN

La crisis hipertensiva es un problema de salud grave que puede tener consecuencias adversas en la salud de las personas. Esta condición puede provocar complicaciones como accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos o daño renal. Es fundamental abordarla desde una perspectiva de salud pública, promoviendo la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado para reducir el impacto negativo en la salud de la población.

La educación en salud desempeña un papel crucial en la prevención y el manejo de la crisis hipertensiva. Es necesario aumentar la conciencia pública sobre los factores de riesgo asociados con la hipertensión, así como sobre las medidas preventivas y el manejo de esta enfermedad. Proporcionar información precisa y accesible sobre hábitos de vida saludables, control de la presión arterial y signos de alerta puede ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud y a adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de crisis hipertensivas.

La crisis hipertensiva puede generar una carga económica significativa tanto para los individuos afectados como para el sistema de salud en general. El tratamiento de las

complicaciones asociadas con la hipertensión puede resultar costoso, y las crisis hipertensivas pueden llevar a hospitalizaciones y tratamientos intensivos que aumentan los gastos de atención médica. Además, la disminución de la productividad laboral debido a la enfermedad puede tener un impacto negativo en la economía, ya que afecta la capacidad de las personas para trabajar y contribuir al mercado laboral.

Las políticas de salud desempeñan un papel fundamental en la prevención y el control de la hipertensión. Es necesario implementar políticas efectivas que promuevan la detección temprana, el tratamiento adecuado y la gestión de la hipertensión, así como medidas para reducir los factores de riesgo asociados, como la promoción de estilos de vida saludables y la regulación de la disponibilidad de alimentos y bebidas que puedan contribuir a la hipertensión. Además, es importante garantizar el acceso equitativo a la atención médica y a los medicamentos necesarios para el manejo de la enfermedad, lo que puede requerir políticas que aborden las disparidades en el acceso a la atención médica y los recursos económicos.

3. RESUMEN CASO

Paciente de sexo femenino, de 97 años de edad acude por consulta externa en compañía de sus familiares, por presentar cefalea, en el examen físico, Tensión Arterial por encima de 176/60 mmhg e hipoxia, SPO2: 82% se decide ingreso hospitalario por manejo de hipertensión, los datos personales son:

- Fecha de Nacimiento: 30/08/1926
- Lugar de nacimiento: Loja, Barrio: Santa Teresita
- Instrucción: Primaria
- Ocupación: Ama de casa
- Estado civil: Viuda
- Etna Mestizo

- Tipo de Sangre: No refiere
- Religión: católica.

Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial diagnosticada aproximadamente hace 20 años, Hipotiroidismos hace unos 5 años aproximadamente y fibrosis pulmonar hace 3 años. COVID-19 si (leve hace un año), inmunizaciones SARS cov2: 3 Dosis. Paciente conocida por el servicio atendida hace 5 días por consulta externa debido a fibrosis pulmonar más neumonía por lo que se envió con antibiótico terapia, analgesia, mucolíticos y expectorantes.

Medicación habitual:

- Miocardis 12.5 mg - 1/2 tableta – V.O - Q/D.
- Concor 1.25 mg – V.O
- Levotiroxina 75 mcg – V.O – Q/D AM.

Antecedentes Familiares: Padres y Hermanos con Hipertensión

Antecedentes Quirúrgicos: Colectomía hace 15 años, Cateterismo cardiaco hace 5 años.

Alergias: No refiere, Hábitos Patológicos: Tabaco: NO, Alcohol: NO, Alergias a medicamentos: Ninguna.

Signos Vitales: TA: 176/60 mmhg, FR: 12 resp/min, FC: 62 lat/min, SATO2:82%, T: 36.4 °C.

Examen Físico: Paciente lucida, orientada, en espacio, tiempo y persona, presenta cefalea intensa EVA 9/10, pupilas isocóricas, foto reactiva, mucosas orales semihúmedas, Corazón R1-R2 rítmicos normo fonéticos, pulmones con entrada de aire disminuida, se ausculta ruidos sobre añadidos sibilantes, abdomen suave desprendible, no doloroso la palpación, RHA presentes, extremidades superiores e inferiores con tono y fuerza conservada, no hay edema.

Diagnósticos médicos:

- Hipertensión Arterial (I10X)
- Hipotiroidismo no especificado (CIE: E039)
- Fibrosis pulmonar
- Neumonía (en proceso de resolución).

Indicaciones médicas.

- Ingreso hospitalización / cardiología /303
- Control de signos vitales cada 4 horas
- Control de TA cada 2 horas
- EKG
- Pruebas de laboratorio
- Oxigenoterapia Mascarilla simple a 6 litros.
- Reposo absoluto
- Cuidados de vías y abordajes
- Dieta general hiposódica
- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 CC. pasar IV a 36 ml/h (12 gotas/min)
- Olmesartan medoxomilo 40 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg (eukene) 1 tableta VO stat y Q/D
- Amlodipino 5 mg VO stat y qd
- Hidralazina 10 mg IV stat y cada 8 horas
- Clonazepam 2.5 mg/ml: 2 gotas VO stat y 3 gotas hora sueño

4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10

- Crisis hipertensiva Código: (I 16)

- Hipertensión Arterial (I10X)
- Hipotiroidismo no especificado (CIE: E039)

5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

Se define como crisis hipertensiva a la elevación brusca de las cifras de presión arterial (PA) que motiva la consulta médica urgente. De manera convencional tras las últimas guías del 2017 de American Heart Asociación y el América College of Cardiología (AHA/ACC) se considera crisis hipertensiva unas cifras de PA sistólica mayor a 180mmHg, o de la PA diastólica mayor a 120mmHg con lesión o no de órgano Diana. Debe reducirse en 24 a 48 horas, y puede tratarse con fármacos sublinguales u orales algunas veces en forma ambulatoria. (Perez-Alva, 2021)

En cuanto a las crisis hipertensivas, se caracterizan por una elevación severa de la presión arterial, siendo consideradas como tales cuando la presión sistólica supera los 180 mmHg y la presión diastólica supera los 120 mmHg. Estas se subdividen en urgencia y emergencia, siendo esta última definida por el daño agudo a algún órgano blanco, como el corazón, riñón, cerebro y retina. (Rodríguez, 2021)

Elevación súbita de la presión arterial que puede producir una lesión grave a un órgano blanco. La emergencia hipertensiva consiste en una elevación grave de la presión arterial con daño a órganos blanco, como disección aórtica, falla cardíaca, papiledema o evento vascular cerebral. La urgencia hipertensiva, a pesar de ser una elevación súbita de la presión arterial, no produce de manera inmediata daño a órganos blanco. (Gulias, 2018)

6. FISIOPATOLOGÍA

La crisis hipertensiva produce un aumento súbito de la presión arterial, en respuesta el cuerpo lleva a cabo mecanismos compensatorios que concluyen en la formación de especies reactivas de oxígeno y un aumento de las resistencias vasculares sistémicas. Debido a este

aumento tan brusco de la presión, se produce una inflamación capaz de causar una disfunción endotelial mediada por citosinas, endotelial 1 y moléculas de adhesión. Esta disfunción endotelial afecta la producción de sustancias vasodilatadoras, se propicia un aumento de las resistencias vasculares sistémicas de forma irreversible, incremento de la permeabilidad vascular. El aumento de la tensión arterial derivada de esta vasoconstricción puede propiciar aumento de la natriuresis, un consecuente estado de hipovolemia, un alza en la coagulación, aumento de adhesión plaquetaria, y bloqueo de la fibrinólisis, lo que terminará en la producción de necrosis fibrinoide arteriolar por el depósito de fibrina, que propiciará una pérdida más recalcada de la función autorreguladora vascular. (Palmero-Picazo, 2020)

La fisiopatología de la crisis hipertensiva es pobremente entendida. Un incremento súbito en la presión arterial implica una acentuación de las fuerzas de estrés de la pared arterial con la consecuente adaptación y posterior disfunción endotelial. La presión arterial resulta de la estrecha relación entre el gasto cardíaco (GC) y la resistencia vascular sistémica (RVS), diversos factores y a diferentes niveles pueden favorecer el desarrollo de hipertensión arterial severa. En el sistema cardiovascular (CVS) un incremento en el tono simpático favorece elevación de cifras tensionales, estos efectos son particularmente agudos cuando se asocian a disminución de tono parasimpático. El (GC) está determinado por la frecuencia cardíaca (FC), el volumen de fin de diástole (precarga), la contractilidad miocárdica, el volumen latido (VL) y el pos carga. La autorregulación, entendida como la capacidad de los vasos sanguíneos de dilatarse o constreñirse para mantener una perfusión normal del órgano terminal, usualmente modula el incremento de la presión al disminuir la (RVS). (Bohórquez, 2016)

La fisiopatología de la crisis hipertensiva se desconoce. La elevación abrupta de la presión arterial, posiblemente por un estímulo desconocido, desencadena una serie de mecanismos compensadores, aumento de producción de óxido nítrico al inicio y vasoconstricción arteriolar para impedir daño a nivel celular. La constricción prolongada produce disfunción

endotelial, lo que se traduce en disminución del óxido nítrico y aumento irreversible de la resistencia vascular sistémica. La disfunción endotelial estimula la cascada de inflamación, con aumento de la permeabilidad endotelial, inhibición de la fibrinólisis y aumento de la coagulación, favorece la adhesión y agregación plaquetarias, con depósito de material fibrinoide, que se traduce en un círculo vicioso de daño endotelial y vasoconstricción. El nivel mínimo de presión arterial para producir un daño a órgano blanco depende de cada individuo. Sin embargo, en la mayoría de las veces se necesita una presión arterial diastólica (PAD) por encima de 120 mmHg. Es importante recordar que cada órgano a nivel sistémico tiene un sistema de autorregulación del flujo sanguíneo en relación con la presión arterial media (PAM). (Gulias , Access Medicina, 2016)

7. ETIOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Según Pérez la etiología para desarrollar crisis hipertensiva son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono de la medicación antihipertensiva • Hipertensión inducida por drogas • Hipertensión renovascular • Glomerulonefritis aguda • Eclampsia o preeclampsia • Feocromocitoma • Coartación de la aorta • Tumores secretores de renina • Vasculitis 	<p>En el caso del estudio de la Etiología identificado en el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial identificada hace 20 años • Ingreso a casa de salud hace 5 días por fibrosis pulmonar y neumonía.

<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión postoperatoria • Traumatismos encefálicos • Quemaduras • Purpura trombocitopénica <p>indopatía</p> <p>La Etiología se lo tomo de: (Perez-Alva, cardiología en el area de urgencias, 2021)</p>	
---	--

8. CUADRO CLÍNICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Según García el cuadro clínico en pacientes con crisis Hipertensiva es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visión borrosa ✓ Cefalea ✓ Taquicardia ✓ Palpitaciones ✓ Vómito y nauseas ✓ Disnea ✓ Edemas de papilas ✓ Micción frecuente <p>El Cuadro Clínico se la tomo de: (Martín & García, 2019)</p>	<p>En el paciente en cuadro clínico fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • TA: 176/60 mmhg

9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE										
<p>1. Medición de la presión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se toma la presión arterial utilizando un esfigmomanómetro (aparato para medir la presión arterial) y se expresa con dos números: la presión arterial sistólica (la presión cuando el corazón late) sobre la diastólica (la presión cuando el corazón está en reposo entre latidos). • Una presión arterial sistólica mayor a 180 mm Hg y/o una presión arterial diastólica mayor a 120 mm Hg generalmente se considera una crisis hipertensiva. <p>2. Evaluación de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas pueden incluir dolor de cabeza severo, visión borrosa, náuseas, vómitos, ansiedad, confusión u otros signos de daño a órganos. 	<p>Los métodos de diagnóstico utilizados en el paciente fueron:</p> <p>Examen físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se valoro presencia de cefalea y presión arterial. <p>ECG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca: 60 a 100 latidos por minuto • Ritmo cardíaco: constante y uniforme <p>Prueba de laboratorio:</p> <table data-bbox="815 1050 1370 1365"> <tr> <td>Leucocitos:</td> <td>-0,99</td> </tr> <tr> <td>Urea</td> <td>18 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td>1.2 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Hematocritos</td> <td>42.1 %</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobina</td> <td>14 g/dl</td> </tr> </table>	Leucocitos:	-0,99	Urea	18 mg/dl	Creatinina	1.2 mg/dl	Hematocritos	42.1 %	Hemoglobina	14 g/dl
Leucocitos:	-0,99										
Urea	18 mg/dl										
Creatinina	1.2 mg/dl										
Hematocritos	42.1 %										
Hemoglobina	14 g/dl										

- La presencia de síntomas junto con la presión arterial elevada refuerza el diagnóstico de crisis hipertensiva.

3. Historia clínica:

- Obtención de información sobre el historial médico del paciente, incluyendo antecedentes de hipertensión arterial, adherencia al tratamiento, y la presencia de condiciones médicas que puedan estar contribuyendo a la crisis.

4. Exámenes complementarios:

- Exámenes de laboratorio: identificar pruebas de función renal y evaluar la Química sanguínea.
- ECG: Evaluar la actividad eléctrica del corazón y descartar problemas cardiacos agudos.

El Método de Diagnóstico se lo tomo de:

(Palmero, Rodríguez, & Martínez, 2020)

10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.1 Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente



HIDROCLOROTIAZIDA	
Nombre Genérico	Hidroclorotiazida
Nombre Comercial	Apo-Hydro (CAN), Ezide
Presentación y dilución	Comprimidos: mg/g/ug Sol Oral: mg Sol. Inyectable: mg/ml
Grupo	Diurético tiazídico
Mecanismo de acción	Inhibe la reabsorción de sodio y cloro en el túbulo contorneado distal renal, y como consecuencia aumenta la excreción renal de sodio, agua y potasio.
vía de administración	VO
Dosis	Adulto: 25-200 mg Niños: 7,5-100,0 mg/día en 2 dosis. De acuerdo paciente: 12.5 mg
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> HTA, como monoterapia o en combinación con otros agentes antihipertensivos.

	<ul style="list-style-type: none">• Edema de origen específico: edema debido a insuficiencia cardiaca crónica estable de grado leve ha moderado. Edema debido a I.R. Ascitis debida a cirrosis hepática en pacientes estables bajo estrecho control médico.• Prevención de cálculos de oxalato cálcico recurrentes en pacientes con hipercalcemia idiopática, normocalcémica.• Diabetes nefrogénica insípida cuando no esté indicado el tratamiento con hormona antidiurética.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia hepática y renal grave• Enfermedad de Addison• Hipercalcemia preexistente• Anuria• Alergia a las sulfonamidas.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none">• Boca seca• Sed• Debilidad• Cansancio• Intranquilidad• Confusión• Convulsiones• Dolor muscular o cólicos

	<ul style="list-style-type: none">• Fatiga muscular• Presión arterial más baja de lo normal• Náusea o vómitos
Metabolismo	La hidroclorotiazida no es metabolizada, sino eliminada rápidamente por los riñones.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Administrar con alimentos o leche si se producen molestias gastrointestinales.• Marcar calendarios o proporcionar otros recordatorios del medicamento para la terapia de días alternos o de 3 a 5 días/semana.• Reducir la dosis de otros antihipertensivos al menos en un 50% si se administran con tiazidas; reajustar las dosis gradualmente a medida que la PA responda.• Administrar a primera hora del día para que el aumento de la micción no perturbe el sueño.• Medir y registrar los pesos para controlar los cambios de fluidos.



AMLODIPINO	
Nombre Genérico	Amlodipino
Nombre Comercial	Astudillo, Norvas, Zabart.
Presentación y dilución	Sol Oral: 5 y 10 mg
Grupo	Antagonista de Calcio
Mecanismo de acción	Impide el paso de los iones de calcio a través de la membrana celular en el músculo cardíaco y en el músculo liso vascular.
vía de administración	VO
Dosis	Adulto: 5 mg Niños: 2,5 mg De acuerdo paciente: 5 mg
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Angina crónica estable. • Hipertensión arterial. • Angina de pecho crónica estable. • Angina vasoespástica (de Prinzmetal).
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación de las manos, pies, tobillos o parte inferior de las piernas. • Dolor de cabeza, mareos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Molestias estomacales, náuseas. • Dolor de estómago. • Somnolencia.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, sensación de inestabilidad/vértigo • Rubicundez, aturdimiento, • Fatiga, somnolencia, astenia/debilidad. • Náusea, vómito, dispepsia. • Estreñimiento, dolor abdominal, flatulencia, sequedad bucal. • Gingivitis, hiperplasia gingival. • Exantema, prurito, urticaria. • Bloqueo AV, palpitaciones. • Taquicardia, edema periférico. • Hipotensión, exacerbación de la angina.
Metabolismo	Se metaboliza ampliamente en el hígado hasta metabolitos inactivos eliminándose por la orina hasta el 10% del fármaco inalterado y el 60% de los metabolitos.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir Debe advertirse al paciente que las tabletas ER o SR deben deglutirse enteras (no partirse, triturarse o masticarse). • al paciente para que mantenga una higiene dental apropiada (p. ej., cepillarse los dientes 2 veces/día, uso de hilo dental a diario) y acuda con regularidad a realizarse

	<p>limpiezas dentales profesionales para limitar la hiperplasia gingival.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advertir al paciente que notifique de inmediato el desarrollo de alguna reacción cutánea persistente (p. ej., máculas eritematosas, dolorosas o pruriginosas, ampulas, descamación cutánea). • Indicar al paciente que no debe suspender el tratamiento en forma súbita, ya que puede presentarse angina grave. • Es necesario indicar al paciente que evite consumir toronja o beber su jugo durante el tratamiento. • Los pacientes con diabetes deben ser instruidos para vigilar su glucemia en forma estrecha durante todo el tratamiento.
--	--



HIDRALAZINA	
Nombre Genérico	Hidralazina

Nombre Comercial	Hydrapres ®
Presentación y dilución	Sol. Inyectable:20 mg
Grupo	Vasodilatadores
Mecanismo de acción	Vasodilatador periférico de acción directa que actúa principalmente sobre las arterias causando una relajación directa del músculo liso arteriolar. La hidralazina es un vasodilatador de acción directa en las arteriolas sistémicas. Además, altera el metabolismo del calcio, interfiriendo con los movimientos del mismo.
vía de administración	IV
Dosis	Adulto: 10-20 mg Niños: 0.1—0.2 mg/kg, cada 4 - 6 horas. De acuerdo paciente: 10 mg
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Usa después de reemplazo de válvula cardíaca. • En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. • Almacene las pastillas a temperatura ambiente en un lugar seco. • Tome hidralazina con alimentos. Los alimentos aumentan la cantidad de droga que ingresa en su cuerpo.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades reumáticas de la válvula mitral. • Taquicardia grave e Insuficiencia cardíaca con volumen-minuto cardíaco elevado.

	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia miocárdica debida a obstrucción mecánica. • Insuficiencia cardiaca aislada del ventrículo derecho a consecuencia de hipertensión pulmonar.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Rubor • Dolor de cabeza • Molestias estomacales • Vómitos • Pérdida de apetito • Diarrea • Estreñimiento • Lagrimeo • Nariz congestionada • Sarpullido
Metabolismo	A nivel intestinal y hepático sufre un importante metabolismo de primer paso, siendo su biodisponibilidad del 30 – 35% en acetiladores lentos y del 10 – 15% en acetiladores rápidos.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar regularmente su presión arterial y el ritmo cardíaco. • Valorar la presencia de síncope, lipotimia, visión borrosa y epistaxis.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estar atento a posibles efectos secundarios como mareos, cefaleas, taquicardia, náuseas o vómitos.
--	--



CLONAZEPAM	
Nombre Genérico	CLONAZEPAM
Nombre Comercial	Klonopin and Rivotril
Presentación y dilución	Sol Oral: 2 mg
Grupo	Antiepiléptico, Benzodiacepinas
Mecanismo de acción	Su acción consiste en reducir la actividad eléctrica anormal en el cerebro. Anticonvulsivante, miorelajante, sedante, estabilizador del estado anímico.
vía de administración	VO
Dosis	Adulto: 1.5 mg Niños: 10 años o 30 kg de peso: 0,01-0,03 mg/kg/día, divididos en 2 o 3 dosis

	De acuerdo paciente: 3 gotas, VO, H/S
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsias en adultos, • Crisis focales, • Estatus epiléptico • Alivio de ataques de pánico.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No administrar en pacientes con hipersensibilidad a las benzodiazepinas. • Enfermedad hepática. • Ni con insuficiencia respiratoria grave. • Ni en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Mareos • Pérdida del equilibrio • Problemas con la coordinación • Dificultad para pensar o recordar • Aumento en la producción de saliva, • Dolor muscular o de articulaciones • Micción frecuente • Visión borrosa • Cambios en el deseo o capacidad sexual
Metabolismo	Se metaboliza en su mayoría en el hígado, a través de oxidación e hidroxilación se han identificado 5 metabolitos, se elimina en su

	mayoría en la orina. Sólo una pequeña porción es excretada en forma inalterada.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente que debe mantenerse en su unidad. • Mantener al paciente entre barandales por posible caída. • Vigilar estado de conciencia después de administrar la dosis. • Administrar en infusión lenta. • Se debe administrar por periodos cortos (2-4 semanas).



LEVOTIROXINA	
Nombre Genérico	Levotiroxina sódica
Nombre Comercial	Eutirox
Presentación y dilución	Sol Oral: 75 mcg
Grupo	Hormonas tiroideas

Mecanismo de acción	La levotiroxina sódica aumenta la tasa metabólica basal (TMB) de carbohidratos, grasas y proteínas. También interviene en la regulación y diferenciación del crecimiento celular. Estos efectos son mediados a nivel celular por el metabolito de la tiroxina, la tri-yodotironina.
vía de administración	VO
Dosis	<p>Adulto: 1,6 y 1,8µg/kg/día</p> <p>Niños: 1-5 años: 5-6 µg/kg/día o 75-100 µg/día. 6-12 años: 4-5 µg/kg/día o 100-125 µg/día. > 12 años: 2-3 µg/kg/día o ≥150 µg/día.</p> <p>De acuerdo paciente: 75mcg</p>
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de sustitución en el hipotiroidismo • Supresión de la TSH hipofisaria en el tratamiento y prevención del bocio eutiroideo y en el manejo del cáncer de tiroides • Tirotoxicosis en combinación con fármacos antitiroideos y para prevenir la goitrogénesis, el hipotiroidismo y la tirotoxicosis durante el embarazo • Tratamiento del coma mixto

Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidad a levotiroxina sódica o a alguno de sus excipientes (contiene lactosa).• Insuficiencia adrenal, insuficiencia hipofisaria y tirotoxicosis no tratadas.• Infarto agudo de miocardio, miocarditis aguda o pancarditis aguda.• Hipertiroidismo no tratado.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none">• Nerviosismo• Excitabilidad• Temblor• Debilidad muscular• Calambres• Sudoración• Intolerancia al calor• Dolor de cabeza• Insomnio, taquicardia• Pérdida excesiva de peso• Irregularidades menstruales• Diarrea, vómitos
Metabolismo	El aclaramiento metabólico de la levotiroxina es de 1,2 l de plasma/día aproximadamente. Principalmente se degrada en el hígado, riñón,

	cerebro y músculo. Los metabolitos se excretan por orina y heces.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y ajustar la dosis cuidadosamente. • Verificar el efecto terapéutico completo durante varios días. • Verificar que el paciente ingiere el comprimido con un vaso lleno de agua. • Ajustar la dosis correcta y su dilución exacta. • Tener cuidados con los pacientes con enfermedades CV. • Administrar el fármaco por vía oral en una única dosis diaria antes del desayuno con un vaso lleno de agua. • Verificar los análisis de sangre regulares y periódicos de la función tiroidea. • Para administración pediátrica y otros pacientes que no pueden tragar los comprimidos, triturar y suspender en una pequeña cantidad de agua o fórmula, o espolvorear sobre los alimentos blandos. Administrar inmediatamente.

Nota: La revisión científica de los fármacos utilizados fueron encontrados de:

(Apuntes Enfermería , 2022)

(Tiziani , 2018)

(Villareal , 2015)

(Ormaechea, 2023)

(Apuntes Enfermería , 2022)

11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- Ingreso hospitalización / cardiología /303
- Control de signos
- Oxigenoterapia Mascarilla simple a 6 litros.
- EKG
- Pruebas de laboratorio
- Administración de medicamentos
- Cuidados de vías y abordajes
- Reposo absoluto

12 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Datos de identificación del paciente.

Nombres y Apellidos: Rosa Otilia Chávez Ayala **N° de cama:** 302 A

Edad: 97 **Sexo:** Femenino

Lugar de procedencia: Loja, Barrio Santa Teresita **Escolaridad:** Primaria

Datos de enfermedad actual

Fecha de ingreso: 10/12/2023

Motivo de Ingreso: Presión arterial elevada más Cefalea

Diagnóstico médico: Hipertensión Arterial (I10X)

Constantes vitales: F.C. 62 LAT/MIN F.R. 12 RESP/MIN T°: 36.4°

Saturación O₂: 82% T/A: 176/60

Antecedentes de salud

- Hipertensión Arterial
aproximadamente hace 2° años
- Hipotiroidismo
- Fibrosis Pulmonar

Enfermedades Previas:

Fibrosis pulmonar más neumonía

Intervenciones Quirúrgicas previas:

- Colecistectomía hace 15 años,
- cateterismo cardíaco hace 5 años

Alergias:

No refiere

Medicación en domicilio:

Antibioticoterapia, Analgesia, Mucolíticos y expectorantes,

Antecedentes familiares:

Padres y hermanos con hipertensión

Nota importante:

Paciente conocida por el servicio atendida hace 5 días por consulta externa debido a fibrosis pulmonar + neumonía por lo que se envió con antibioticoterapia, analgesia, mucolíticos y expectorantes, al momento ingresada en hospitalización por cuadro de crisis hipertensiva, al examen físico se evidencia mejoría de ruidos pulmonares, no se auscultan estertores, paciente afebril con paciente conocida por el servicio atendida hace 5 días por consulta externa debido a fibrosis pulmonar + neumonía por lo que se envió con antibioticoterapia, analgesia, mucolíticos y expectorantes, al momento ingresada en hospitalización por cuadro de crisis hipertensiva, al examen físico se evidencia mejoría de ruidos pulmonares, no se auscultan estertores, paciente afebril con saturaciones de 82% necesita apoyo de O² con mascarilla simple de 6 Litros. Se indica dosis de antibioticoterapia saturaciones por encima de 80% se necesita apoyo de O². Se indica ultima dosis de antibioticoterapia

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL DOMINIO O DOMINIOS**ALTERADOS****Dominio 1: Promoción de la salud**

Régimen terapéutico	Paciente al momento está tranquila, tolera la dieta vía oral, refiere disminución de la cefalea, no ha podido conciliar sueño reparador desde hace 4 días.
Farmacología, Ejercicio, Dieta,	
Revisiones medicas	
Vacunas	
Otros	
	Tiene adherencia a tratamientos farmacológico en su hogar antibioticoterapia, analgesia, mucolíticos y expectorantes.

	<p>Padre refiere con el esquema de vacunas completo.</p> <p>La dieta en su hogar es balanceada.</p> <p>Paciente tiene un adecuado cuidado en su salud bucal.</p> <p>Paciente tiene control de esfínteres.</p>								
Dominio 2: Nutrición									
<p>Peso - talla. IMC</p> <p>Alteraciones del apetito</p> <p>Dieta habitual</p> <p>Dieta prescrita: tipo de sonda fecha de colocación</p> <p>Estado de piel y mucosas (absorción de líquidos)</p> <table border="1" data-bbox="272 1140 638 1218"> <tr> <td>fóvea</td> <td>+</td> <td>++</td> <td>+++</td> </tr> <tr> <td>profundidad</td> <td>2mm</td> <td>3mm</td> <td>4mm</td> </tr> </table>	fóvea	+	++	+++	profundidad	2mm	3mm	4mm	<p><u>Valoración Medidas Antropométricas</u></p> <p>Peso: 45 kg Talla: 1.40 m IMC: 23</p> <p>Paciente refiere un peso normal para su edad con los valores de peso y talla se sacó el IMC el cual se representan en las tablas de IMC y cuales se reflejan en un rango entre 0 es decir se encuentra normal para su edad.</p> <p><u>Valoración de la alimentación:</u></p> <p>La dieta habitual en su hogar es balanceada refiere que en su casa consume pollo, Chanco, Huevo, carne de res, pescado, es una alimentación balanceada, su alimentación es de 2 a 3 veces por semana. El paciente es prescrito con alimentación por Vía Oral normal, con dieta blanda, muestra independencia y autonomía al momento de comer sus alimentos por vía oral. No presenta dificultad para masticar o tragar los alimentos, su</p>
fóvea	+	++	+++						
profundidad	2mm	3mm	4mm						

	<p>alimentación es 3 veces al día durante su hospitalización.</p> <p><u>Valoración de problemas en la boca:</u></p> <p>Mucosas orales húmedas</p> <p>Paciente posee una buena salud bucal, presenta prótesis dental. Paciente refiere "lavado de prótesis dental después de cada comida".</p> <p><u>Valoración de la piel:</u></p> <p>Paciente con Dermis (piel), no presenta edema, presencia de resequedad en la piel, piel deshidratada, piel turgencia, integridad de la piel indemne, uñas limpias, cortas y bordes lisos con duras y gruesas, cutículas intactas, color amarillento.</p>
Dominio 3: Eliminación	
<p>Problemas para orinar</p> <p>Problemas para defecar</p> <p>Control de esfínteres</p> <p>Otros</p>	<p><u>Valoración Urinaria:</u></p> <p>Paciente realiza micción y deposición espontánea, 3 micciones durante la mañana.</p> <p>La orina es de color amarillo casi transparente, no hay presencia de dolor o malestar al momento de orinar.</p> <p><u>Valoración Intestinal:</u></p>

	Paciente realiza una deposición durante la mañana, heces formadas, no hay presencia de sangre y no hay presencia de dolor al defecar.
Dominio 4: Actividad y reposo	
Baño - Higiene Vestido Alimentación Movilidad y deambulaci3n Dificultad respiratoria Duerme	<p>Paciente no se ha realizado baño, paciente la lav3 su pr3tesis dental despu3s de su desayuno, vestimenta del paciente limpia y se cambia de ropa con ayuda, paciente va al baño con asistencia, puede asearse correctamente con ayuda.</p> <p>Paciente presenta ansiosa de realizar alguna actividad para ocupar su tiempo de hospitalizaci3n, paciente cambia de posici3n cada vez que para 3l sea necesario.</p>
	Paciente presenta hipoxia. Saturaci3n O ₂ : 79%, dilataci3n de fosas nasales.
	<p>Con respecto al patr3n de sueño refiere "no duerme hace 4días"</p> <p>Durante el día paciente permanece somnolencia.</p>
Dominio 5: Percepci3n y Cognici3n	
Nivel de conciencia: Consiente, Estuporoso, Comatoso	<p>Escolaridad primaria</p> <p>Paciente lucida, orientada, en espacio, tiempo y persona, presenta cefalea intensa EVA 9/10,</p>

<p>Dificultad para comunicarse. Hablar, Ver, Oír Otros</p>	<p>pupilas isocóricas, foto reactiva, mucosas orales semihúmedas, Corazón R1-R2 rítmicos normo fonéticos, pulmones con entrada de aire disminuida, no se ausculta ruidos sobre añadidos, abdomen suave desprendible, no doloroso la palpación, RHA presentes, extremidades superiores e inferiores con tono y fuerza conservada, no hay edema.</p> <p>No hay problemas en el lenguaje, articula y expresa de forma correcta sus ideas.</p>
<p>Dominio 6: Autopercepción</p>	
<p>Estado de ánimo: Tranquilo, Triste, Apático, Preocupado, Ansioso, Irritable. Percepción del estado de ánimo (ve el enfermero) otros</p>	<p>Paciente durante la valoración se lo observa tranquila y colaboradora la paciente es alegre, no muestra cambios de humor repentinos.</p>
<p>Dominio 7: Rol. Relaciones</p>	

<p>Dificultad para el cuidado del niño</p> <p>Apoyo Familiar</p> <p>Otros</p>	<p>Paciente refiere: "es viuda, vivo con mi hija, y ella me ayuda con cuidados diarios, me trata bien y estoy feliz de estar con ella"</p> <p>Hija refiere "que ninguno de mis hermanos y hermanas quería hacerse cargo de mi madre y yo la traje a mi casa para darle sus cuidados respectivos que ella necesita"</p> <p>Se puede evidenciar que hay una carencia de afectividad por la madre.</p> <p>Hijos abandonan a su madre y la dejan al cuidado de una sola hija</p> <p>Cuidados especiales por parte de su hija</p> <p>Hija se hace cargo de su madre desde hace 10 años, se puede evidenciar cariño, apoyo y una buena relación de hija a madre.</p>
<p>Dominio 8: Sexualidad</p>	
<p>En pediatría no se valora este dominio</p>	
<p>Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés</p>	
<p>Expresa sentimientos, se observa signos de: Temor, etc.</p> <p>otros</p>	<p>Se puede observar que la paciente está tranquila, colaboradora.</p> <p>Sin embargo, al momento de hablar sobre sus hijos se puede observar tristeza. No se observa conductas violentas hacia otras personas o hacia sí mismo.</p>
<p>Dominio 10: Principios vitales</p>	

Creencias religiosas del padre o tutor otros	Creencia del padre <u>católica</u>
Dominio 11: Seguridad	
Procedimientos invasivos. Sonda vesical, vía venosa, herida quirúrgica, drenaje Otros	Procedimientos invasivos Canalización vía venosa: fecha 10 diciembre del 2023, vía permeable, pasando por la vía cloruro de sodio al 0.9% 1000 cc pasar IV a 36 ml/h (12 gotas/min).
Dominio 12: Confort.	
Tienen dolor o malestar Localización del dolor Medidas para apaliar el dolor Nauseas	Paciente refiere dolor intenso de cabeza, no hay presencia de náuseas o vómitos en el paciente, se la observa tranquila cuando se queda sola en el hospital.
Dominio 13: Crecimiento y desarrollo	
Talla. Peso Alteraciones del desarrollo. otros	Talla 1.40 m Peso: 45 kg Su talla está en el rango normal y correcto para su edad Su peso es normal y correcto para su edad

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 1				
		<ul style="list-style-type: none"> CRISIS HIPERTENSIVAS (I 16) 				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOLOR AGUDO						
DOMINIO: 12		RESULTADO (S):	INDICADORE S:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
CLASE: 1						
CÓDIGO: 00132						
DEFINICIÓN: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño (dolor) r/c Lesión por agentes biológicos m/p Desesperanza, conducta expresiva						
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Dolor agudo, alteración de los parámetros fisiológicos, cambios en el apetito, diaforesis, expresión facial del dolor, postura para aliviar el dolor, teoría de dolor y manejo del dolor.		DOMINIO: Salud percibida CLASE: Sintomatología CÓDIGO: 2102 DEFINICIÓN Intensidad de dolor referido o manifestado RESULTADO: nivel de dolor	A 210201 Dolor referido B 210208 inquietud C 210227 nauseas D 210221 frotarse el área afectada E 210223 irritabilidad	1 desviación grave del rango normal. 2 desviación sustancial del rango normal 3 desviación moderada del rango normal 4 desviación leve del rango normal 5 sin desviación del rango normal	2 1 3 2 1	5 4 5 4 5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 1410 Manejo del dolor

CLASE:	2 el fomento de la comunidad física.	CAMPO:	1 FISIOLÓGICO BÁSICO: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
---------------	--------------------------------------	---------------	---

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Máximo 10 actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Preguntar al paciente sobre su nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior • Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos • Notificar al médico si las medidas de control de dolor no tienen éxito • Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento 	<p>La fundamentación va de acuerdo a cada actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación y el diagnóstico del dolor , tanto del dolor agudo como del dolor crónico, representa un reto importante dentro de la observación clínica debido a la dificultad inherente a la necesidad de individualizarla a cada individuo y a la necesidad de recurrir a diversas técnicas que engloban aspectos verbales, conductuales y fisiológicos (Dolopedia, 2022) • En las intervenciones de colaboración encontramos la administración de analgésicos lo cual requiere la prescripción por parte del médico. La enfermera deberá revisar los efectos secundarios, efectos colaterales y alergias antes de administrarlos (Marturet, 2019)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Seguir los protocolos del centro en selección de analgésicos y dosis• Explorar los conocimientos de creencias del paciente sobre el dolor incluyendo las influencias culturales• Monitorizar la sedación y el estado respiratorio antes de administrar opiáceos y a intervalos regulares cuando se administren opiáceos• Proporciona información precisa a la familia sobre el dolor del paciente | <ul style="list-style-type: none">• Las diferencias individuales en lo relativo a la percepción de salud a menudo son la consecuencia de un cúmulo de complejas interacciones en las que intervienen agentes psicosociales, ambientales y genéticos. Aunque el dolor no pueda ser reconocido como una enfermedad al uso, como lo son las afecciones cardíacas o la diabetes, está causado por la misma asociación de factores. Las experiencias dolorosas que vivimos a lo largo de nuestra vida están influidas por un conjunto de genes que nos hacen más o menos sensibles al dolor, pero nuestro estado físico y psicológico, las experiencias previas (especialmente las traumáticas y dolorosas) y el entorno en el que nos encontramos pueden modular nuestras respuestas (Young, 2018)• Existen muchas maneras de manejar el dolor con eficacia; si el dolor del paciente no se controla adecuadamente, debería pedir una recomendación de un especialista en dolor. (leukemia, 2019) |
|--|--|

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (CÓDIGO)	
CLASE:	CAMPO:
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Entre 5 y 10 actividades	La fundamentación va de acuerdo a cada actividad.

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2				
		CRISIS HIPERTENSIVAS				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
(NANDA)		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
DOMINIO: 4 CLASE: 4 CÓDIGO: 00200 DEFINICIÓN: Susceptible a disminución de la circulación cardiaca (coronaria) que puede comprometer la salud. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: La monitorización de los signos vitales y la monitorización continua del ritmo cardíaco, la administración de oxígeno según sea necesario y la educación del paciente sobre técnicas de respiración adecuadas.		DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Cardiopulmonar CÓDIGO: 0405 DEFINICIÓN Adecuación a través del flujo de los vasos coronarios para mantener la función cardiaca. RESULTADO: Perfusión tisular cardiaca	A 040517 presión sanguínea sistólica. B 040518 presión sanguínea diastólica. C 040506 náuseas D 040507 vómitos E 040521 taquicardia	6 desviación grave del rango normal. 7 desviación sustancial del rango normal 8 desviación moderada del rango normal 9 desviación leve del rango normal 10 sin desviación del rango normal	1 2 2 1 2 3	4 4 5 5 5 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 4162 Manejo de la Hipertensión.						

CLASE:		CAMPO:	
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan causar aumento de la PA (por ejemplo, estrés o interrupción repentina del tratamiento farmacológico) • Instruir al paciente y a su familia sobre el uso y las indicaciones de los medicamentos • Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo incluyendo el uso de medicamentos • Identificar las posibles causas de la hipertensión • Proporcionar información sobre los posibles cambios de estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad • Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión 		<ul style="list-style-type: none"> • Siendo la Hipertensión Arterial (HTA) el principal factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular, es necesario dar directrices claras y basadas en la mejor evidencia disponible al personal de salud para contener el avance de esta epidemia. En ese contexto, el presente documento es una guía de práctica clínica que brinda directrices de promoción de la salud, prevención de hipertensión arterial, evaluación del riesgo cardiovascular, su detección oportuna y su manejo en los diferentes niveles de atención. (MSP, 2019) • Con respecto al tratamiento, se destacan las modificaciones del estilo de vida como medida de prevención cardiovascular general y la necesidad de tratamiento antihipertensivo combinado para un control adecuado en la mayoría de los pacientes, reforzando la indicación de dos fármacos como tratamiento inicial, de 	

combinaciones de fármacos en un solo comprimido y de una estrategia activa de consecución del control en un plazo breve de tiempo. El objetivo de control se establece en niveles de presión arterial por debajo de 130/80 mmHg en una amplia mayoría de pacientes.

(española, 2023)

- Los adultos mayores tienden a tomar más medicamentos y esto los pone en mayor riesgo de efectos secundarios perjudiciales. Un efecto secundario de los medicamentos para la presión arterial es un aumento en el riesgo de caídas. En el tratamiento de los adultos mayores, los objetivos de la presión arterial deben equilibrarse contra los efectos secundarios del medicamento (S, 2022)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (CÓDIGO)

CLASE:

CAMPO:

ACTIVIDADES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Entre 5 y 10 actividades

La fundamentación va de acuerdo a cada actividad.

13 RESULTADOS

Paciente de sexo femenino de 93 años de edad ingresa a esta casa de salud con presión arterial elevada más cefalea, hipoxia, lucida orientada en tono y fuerza muscular signos vitales TA 180/60 MMHG, SpO² 79% se decide ingreso hospitalario para manejo de hipertensión e hipoxia, tranquila y colaboradora se canaliza vía venosa se pasa hidratación continua se administra oxigenoterapia mascarilla simple 6 litros y administración del medicamento prescrito por el médico, se recogen muestras sanguíneas para prueba de laboratorio, se le ingresa a cardiología a realizarle un electrocardiograma y se le prepara a la paciente para el ingreso a Rx a realizarle un Rx de tórax, se le controla con todos los cuidados de enfermería para controlar la crisis hipertensiva y monitorización de los Signos Vitales.

14 DISCUSIÓN

La crisis hipertensiva es una condición médica urgente caracterizada por una elevación abrupta y significativa de la presión arterial. Esta situación puede poner en riesgo la salud y requerir atención médica inmediata. En este presente caso sobre la crisis hipertensiva, hemos encontrado que el tipo de urgencias hipertensivas más frecuente fue las urgencias hipertensivas. Adicionalmente acompañado de cefalea, hipotiroidismo no especificado, fibrosis pulmonar y neumonía no especificada e hipoxia. La HTA en la población adulta es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente y uno de los que motiva un mayor número de consultas. Para alcanzar el control de la presión arterial es preciso poner en marcha un proceso complejo que abarca desde la prevención primaria, la detección precoz de los hipertensos, su tratamiento más adecuado, la normalización de las cifras tensionales, hasta la garantía de un seguimiento indefinido. Los medicamentos que refirieron los pacientes en su tratamiento diario para la HTA fueron con mayor frecuencia los diuréticos, los inhibidores de la enzima convertidora de

angiotensina, y la beta bloqueadores. Es importante tener presente que el tratamiento de la HTA debe ser personalizado, según la evaluación integral que se haga del paciente. El tratamiento terapéutico del paciente en el cuerpo de guardia difiere en función de cuál sea la presentación de la crisis hipertensiva (urgencia). La adecuada clasificación del paciente requiere de una correcta evaluación diagnóstica inicial, que debe realizarse en forma rápida y precisa para determinar la conducta terapéutica a seguir. En base a los estudios realizados sobre los pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva podemos afirmar que las personas que presentan crisis hipertensivas tienen un riesgo CV mayor a los que no las presentan, ya que este riesgo aumenta si los hipertensos no son conocidos o tratados.

15 CONCLUSIONES

La crisis hipertensiva es una emergencia médica que debe ser tratada con prontitud. Ignorar o subestimar los síntomas puede llevar a complicaciones graves e incluso poner en peligro la vida del individuo. Ante la sospecha de una crisis hipertensiva, es esencial buscar atención médica de inmediato. Solo un profesional de la salud puede diagnosticar y tratar adecuadamente esta condición, evaluando la gravedad y determinando el mejor curso de acción.

El tratamiento de la crisis hipertensiva se basa en la administración controlada de medicamentos para reducir la presión arterial. Es crucial realizar este proceso bajo la supervisión de profesionales de la salud para evitar complicaciones y ajustar la presión de manera segura. La crisis hipertensiva resalta la importancia de la prevención a largo plazo. Mantener una presión arterial controlada mediante cambios en el estilo de vida, medicamentos recetados y seguimiento médico regular es esencial para prevenir la recurrencia de episodios hipertensivos graves.

La crisis hipertensiva destaca la necesidad de un enfoque holístico de la salud, que incluya la gestión del estrés, una dieta equilibrada, ejercicio regular y la adherencia a los planes de tratamiento médico. Estos factores contribuyen no solo a prevenir la crisis hipertensiva, sino

también a mejorar la salud general. Promover la comprensión de la importancia del control de la presión arterial y los síntomas de una crisis hipertensiva puede ayudar a las personas a buscar ayuda rápidamente.

16 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Arbe, G., Pastor, I., & Franco, J. (23 de Abril de 2018). *ScienceDirect*. Obtenido de Aproximación diagnóstica y terapéutica de las crisis hipertensivas Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775317308229>
- Bande, J., Herrero, P., Gorostidi, M., & Santamaría Olomo, R. (16 de Marzo de 2023). *Neurología al día*. Obtenido de Crisis hipertensivas: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-crisis-hipertensivas-584>
- Bernedo, A. (02 de Febrero de 2017). *Medicina*. Obtenido de Crisis hipertensivas: <https://nive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7354/TesisE.FM.2021.Referencia.Rodr%C3%ADguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bohórquez, R. (02 de Noviembre de 2016). *Compendio de Terapéutica - ResearchGate*. Obtenido de Crisis hipertensiva: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Bohorquez-2/publication/311594121_Crisis_Hipertensiva/links/58500ea108aed95c250b7ba2/Crisis-Hipertensiva.pdf
- Díaz, L. M. (03 de Enero de 2021). *RIUTPL*. Obtenido de Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud Zamora Huayco de la ciudad de Loja: <http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/handle/20.500.11962/29438>

García, M. B. (13 de Julio de 2021). *UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA*. Obtenido de CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CRISIS: [file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/CASO%20CLINICO,%20HIPERTENSION%20ARTERIAL%20DE%20GOOGLE%20\(1\).pdf](file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/CASO%20CLINICO,%20HIPERTENSION%20ARTERIAL%20DE%20GOOGLE%20(1).pdf)

Gulias , A. (1 de Junio de 2016). *Access Medicina*. Obtenido de Crisis hipertensivas: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1846§ionId=1305598>
47

Gulias, A. (1 de Junio de 2018). *Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias*. Obtenido de Crisis hipertensivas Definición: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1846§ionId=1305598>
47

López de la peña , X. (2018). *Fisiopatología Médica en Esquemas*. México: Trillas .

MSP. (20 de Junio de 2019). *Ministerio de Salud Pública* . Obtenido de Hipertensión arterial : https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf

Palmero, J., Rodríguez, M., & Martínez, R. (21 de Enero de 2020). *Medicina Familiar*. Obtenido de Crisis hipertensiva: un abordaje integral: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2020/amf201e.pdf>

Palmero-Picazo, J. (14 de Junio de 2020). *Archivo en Medicina Familiar* . Obtenido de Crisis hipertensiva: un abordaje integral: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2020/06/Crisis-hipertensiva.-un-abordaje-integral-desde-la-atenci%C3%B3n-primaria.-Archivos-en-Medicina-Familiar-2020.pdf>

Perez-Alva, J. C. (2021). *Cardiología en áreas de urgencia* (Vol. 3 edición). Barcelona, España: elsevier.

Perez-Alva, J. C. (2021). *cardiología en el area de urgencias*. Barcelona: ELSEVIER.

Potón, B. (16 de septiembre de 2013). *Protocolo de manejo de crisi hipertensivas*. Obtenido de crisi hipertensivas:

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17774/1/Tesis%20de%20grado%20M%C3%A9dico%20General.pdf>

Rocio, L. (23 de mayo de 2023). *UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES*.

Obtenido de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS CON CRISIS:

<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16271/1/UA-ENF-PDI-006-2023.pdf>

Rodríguez, J. (19 de mayo de 2021). *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ*.

Obtenido de REFERENCIA NO JUSTIFICADA DE PACIENTES ADULTOS CON:

<https://nive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7354/TesisE.FM.2021.Referencia.Rodr%C3%ADguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>