



**Nombre de alumnos: Yohana Verenisse López  
Cruz**

**Nombre del profesor: mahonrry Ruiz**

**Nombre del trabajo: ensayo**

**Materia: enfermería de urgencias y desastres**

**Grado: 7° cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

## UNIDAD 3

### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS.

A lo largo de este ensayo les daré a conocer toda la atención de enfermería sobre las urgencias y emergencias hipertensivas. Es así como La urgencia hipertensiva se caracteriza por un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) por encima de 180 mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD) por encima de 120 mmHg, pero sin daño en los órganos diana. En todo paciente que presente una elevación aguda de la presión arterial (PA) debemos confirmar las cifras tensionales, detectar los factores desencadenantes y descartar la lesión en órganos diana. Se puede establecer como objetivo para las urgencias hipertensivas la reducción de la presión arterial entre un 20-25% en las primeras horas o días, considerando cifras de presión arterial sistólica (PAS) <160mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) <100mmHg cifras seguras para continuar el manejo ambulatorio.

En todo caso, es importante el control del paciente en las siguientes 48-72 horas en la consulta de Atención Primaria para un seguimiento evolutivo y conseguir cifras de presión arterial óptimas. En este trabajo se pretende profundizar en el rol de la enfermera de atención primaria en la urgencia hipertensiva, abordando aspectos como la valoración del paciente con la presión arterial elevada, el manejo de la urgencia hipertensiva, la técnica de la medición de la presión arterial o la consulta de seguimiento después del evento.

Adentrando con el tema las crisis hipertensivas son elevaciones agudas de la presión arterial (TA) que motivan una atención médica urgente. Se definen como una elevación de la TA diastólica (TAD) superior a 120 ó 130 mmhg y/o de la TA sistólica (TAS) por encima de 210 mmhg (algunos consensos actuales hablan de TAD superior a 120 y/o de TAS por encima de 180 mmhg, aunque esto no es necesario en la práctica clínica). Fármaco Dosis Adrenalina iv Bolos de 1-3 mg Si no respuesta: 3-5 mg iv (cada 3 min) Adrenalina im 0.3-0.5 mg cada 5-10 min (si no

acceso vascular) Metiprednisolona iv 125 mg Hidrocortisona iv 500 mg Ebastina 10-20 mg/día Cimetidina 200 mg/8h.

Podemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo: Emergencia hipertensiva: elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón...). Estas situaciones son muy poco frecuentes, pero entrañan un compromiso vital inmediato. Es necesario un descenso de la presión arterial con medicación parenteral y en el plazo máximo de una hora. Urgencia hipertensiva: elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital. Cursa de modo asintomático o con síntomas leves. Permiten una corrección gradual en el plazo de 24-48 horas y con un fármaco oral. Falsas urgencias hipertensivas: elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor, y que no conllevan daño en órganos diana. Por lo general no precisan tratamiento específico y ceden al desaparecer el estímulo que las provocó. (UDS.2021. ANTOLOGIA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y DESASTRES.PDF.UTILIZADO EL 26 DE OCTUBRE DE 2021).

Esto conlleva a una valoración para realizar un tratamiento, se debe realizar una historia clínica completa. En la anamnesis debemos preguntar por la presencia de historia previa de hipertensión arterial (HTA): tiempo de evolución, severidad, uso de tratamiento hipotensor, adherencia terapéutica, episodios previos de crisis hipertensivas y estudios previos realizados para descartar HTA secundaria, También es necesario descartar la presencia de enfermedades que puedan desencadenar una crisis hipertensiva: eclampsia y preclampsia, feocromocitoma, glomerulonefritis aguda, traumatismos craneoencefálicos, ingestión de alimentos con tiraminas e imaos, vasculitis, hiperreactividad autonómica del Síndrome de Guillain-Barré o ingestión de fármacos (simpaticomiméticos, cocaína, anfetaminas, LSD, antidepresivos tricíclicos) o bien retirada brusca de fármacos hipotensores de acción corta como betabloqueantes y clonidina.

Así para el tratamiento de urgencia hipertensiva El objetivo terapéutico inicial no es la normalización de la TA, sino alcanzar unas cifras de TA  $\leq$  160/100 mmhg en el curso de varias horas o días, es fundamental evitar descensos bruscos o hipotensión por el riesgo de isquemia aguda. Se recomienda reposo físico y, según el contexto, la administración de un ansiolítico. Un reposo de 30-60 minutos puede disminuir la TA a niveles normales en hasta un 45% de los casos. Dosis de 5 a 10 mg de diazepam o cloracepato orales son suficientes.

UDS.2021.ANTOLOGIA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y DESASTRES  
PDF.UTILIZADO EL 26 DE OCTUBRE DEL 2021.

[ENF . URGENCIAS Y DESASTRES.pdf](#)

## BIBLIOGRAFIA

2021.UDS.ANTOLOGIA DE DIRECCION Y LIDERZGO PDF.UTILIZADO EL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2021.PDF

[DIRECCION Y LIDERAZGO.pdf](#)