

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

TÍTULO

**CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR. YARUQUÍES, 2017**

AUTORES(ES): Garzón Vera Carla Noemí
Llumiguano Chimbo María Yesenia

TUTOR Lic. Mónica A. Valdiviezo Maygua. MsC.

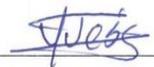
Riobamba – Ecuador

Año 2017

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación titulado: **“CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR. YARUQUÍES, 2017”**, presentado por las Srtas: **CARLA NOEMÍ GARZÓN VERA** y **MARÍA YESENIA LLUMIGUANO CHIMBO** y dirigida, por la: **Lic. MÓNICA ALEXANDRA VALDIVIEZO MAYGUA MsC.**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite el presente, para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

PhD. José Ivo Contreras Briceño
Presidente del Tribunal

Firma: 

PhD. Carlos Gafas González
Miembro del Tribunal

Firma: 

MsC. Myriam Coronel Puchicela
Miembro del Tribunal

Firma: 

MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua
Tutora

Firma: 

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por las Srtas. Carla Noemí Garzón Vera y María Yesenia Llumiguano Chimbo, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Firma: 

MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua
TUTORA

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

Nosotras, Carla Noemí Garzón Vera y María Yesenia Llumiguano Chimbo, declaramos que somos responsables del contenido, ideas y resultados planteados en el presente proyecto de investigación y el patrimonio intelectual del mismo que pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Carla Noemí Garzón Vera



María Yesenia Llumiguano Chimbo

ÍNDICE

PORTADA.....	8
MIEMBROS DEL TRIBUNAL	¡Error! Marcador no definido.
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	9
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE	11
RESUMEN.....	13
ABSTRAC	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEÓRICO.....	19
METODOLOGÍA	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS	48
PROPUESTA DE CUIDADOS PALIATIVOS	49

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto, para proponer acciones de Enfermería dirigidas al cuidado paliativo del paciente adulto y adulto mayor hipertenso. La población quedó conformada por la totalidad de 92 pacientes con diagnóstico de ECNT atendidos en el Sub-Centro de Salud de Yaruquíes de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017, los que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, con edades iguales o superiores a los 20 años y en óptimo estado de salud mental, que residían de forma permanente en esa área de influencia en el período de estudio y que se encontraban en su domicilio en el momento en el que se aplicarán los instrumentos. Se observó predominio del grupo etario de más de 65 años, género femenino, práctica de la religión católica, autoidentificación étnica mestiza, estado civil casado, nivel de escolaridad básica, ocupación amas de casa y agricultores; así como los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial. De forma mayoritaria, los pacientes encuestados consideran que las dimensiones de calidad de vida y satisfacción del paciente con los servicios de salud se ubican en el rango medio establecido en la escala de calificación; resultado que pudiera estar relacionado con los daños que esta enfermedad provoca sobre el individuo, la familia y la comunidad. El plan de cuidados de enfermería se diseñó desde un enfoque paliativo de alcance familiar, comunitario e intercultural, sustentado en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermería, hipertensión arterial, adulto, adulto mayor.

ABSTRACT

A descriptive-transversal study with a mix focus was conducted to propose nursing actions directed at the palliative care of the adult and hypertensive elderly patients, from a family, community and intercultural approach. The population was made up of the total number of patients (92), with a diagnosis of CNCD treated at the Yaruquies Health Sub-Center in Riobamba, between April and June 2017, who agreed to participate in the research, with ages equal or superior to 20 years and optimal state of mental health, who resided permanently in that area of influence during the study period and who are in their domicile at the moment in which the instruments will be applied. It was observed a predominance of the age group of more than 65 years, feminine gender, practice of the catholic religion, mestizo ethnic self-identification, married civil status, level of basic schooling, housewives occupation and farmers; As well as the family history of hypertension. Most patients surveyed consider that the dimensions of quality of life and patient satisfaction with health services are in the average range established in the rating scale; As a result, that could be related to the damages that this disease causes on the individual, the family and the community. The nursing care plan was designed from a palliative approach of family, community and intercultural scope, based on Dorothea Orem's theory of self-care.

Key words: palliative care, nursing, high blood pressure, adult, elderly.


Reviewed by: López, Ligia
LANGUAGE CENTER TEACHER



INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es el término empleado para describir la presión arterial alta, es una enfermedad crónica caracterizada por un aumento en la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared vascular. Las primeras consecuencias las sufren las arterias que se endurecen e hipertrofian, lo que dificulta el paso de sangre, esto se conoce como arterosclerosis. A largo plazo ocasiona alteraciones multisistémicas como: daño renal, hepático, corpulmonar, azoemia y alteración en las arterias, principalmente las coronarias,⁽¹⁾ como consecuencia se desarrollan cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, discapacidad prematura y la muerte.⁽²⁾

La HTA constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial y en Ecuador, situándose como uno de los problemas más relevantes en la Salud Pública; esta enfermedad es un enemigo silente en sus inicios, clínicamente presenta síntomas cuando ha avanzado, afectando órganos principales como el cerebro, corazón, riñones y retina.⁽³⁾

Entre los factores de riesgo directamente asociados a la HTA tenemos la edad avanzada, el sexo, la etnia, los antecedentes familiares en hipertensión, diabetes, obesidad, aterosclerosis, y estilos de vida como tabaquismo, dieta hipersódica, alcohol, y estrés emocional.⁽⁴⁾ Autores como Cohen L, Takahashi H, Banerjee A, describieron otros factores de riesgo entre los que figuran la edad, entre otras enfermedades crónicas, entre las que destacan: obesidad, dislipidemias y diabetes mellitus.^(5,6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el año 2013, que uno de cada 5 adultos tiene cifras elevadas de tensión arterial (TA) y que alrededor de mil millones de personas ya poseen un diagnóstico de HTA con una frecuencia de mortalidad anual de 9 millones de personas.⁽⁷⁾

En el año 2015, en el continente americano cerca del 140 millones de personas sufrieron de hipertensión, mientras que en América Latina y el Caribe se calcula que entre el 8 y 30 % de la población padezcan de esta entidad. Se estima que en el transcurso de los próximos 10 años habrá 20,7 millones de muertes por enfermedad cardiovascular, de las cuales unos 2,4 millones serán atribuibles a la HTA en la región

de las Américas.⁽⁸⁾ Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las enfermedades cardiovasculares (ECV), son responsables de las dos terceras partes de defunciones que ocurren en todo el mundo, 80 % de las cuales se registran en los países de ingresos bajos y medianos.⁽⁹⁾

La HTA es el principal factor de riesgo corregible de las ECV. A nivel global afecta a más de mil millones de personas y causa diez millones de muertes cada año, en gran parte evitables. Según criterios emitidos por la OMS, en un sistema de salud eficaz la HTA se puede diagnosticar y tratar de manera satisfactoria con medicamentos de bajo costo, situación que se contrasta con el 47 % de personas hipertensas que no saben que padecen la enfermedad y de las que lo saben, solo el 35 % reciben tratamiento farmacológico. A escala mundial, solo una de cada siete personas hipertensas tiene la TA controlada.⁽¹⁰⁾

Lo antes dicho, evidencia que los resultados de las diferentes acciones adoptadas a nivel sanitario enfatizan en la necesidad de incrementar la prevención y el control de la HTA, espacio en el cual se presenta imprescindible brindar cuidados paliativos (CP) encaminados al mejoramiento de la calidad de vida en este tipo de pacientes.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, este tipo de servicio es concebido como toda atención activa brindada, por los profesionales de salud y la familia del paciente, a personas con una enfermedad crónica, avanzada e incurable, en la etapa final de su vida, incluye la atención del duelo.⁽¹¹⁾

Al respecto, la OMS afirma que las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares provocan más de 17 millones de fallecimientos cada año, lo que aproximadamente representa un tercio de las muertes de todo el mundo. Este organismo internacional prevé que en el 2020, éstas ocupen la primera causa de defunción y discapacidad y que para el año 2030, el número de víctimas aumente de 20 a 24 millones respectivamente.⁽¹²⁾

A nivel mundial, realidad de la cual no escapa el Ecuador, 1 de cada 3 individuos con edades iguales o superiores a los 25 años padece de HTA; de ellos sólo el 40 % conoce

que tiene esa enfermedad; de los cuales, sólo el 7 % se encuentra diagnosticado y cumple tratamiento.

A nivel nacional, estudios realizados sobre esta enfermedad demuestran que la HTA continúa siendo la principal causa de enfermedades crónicas degenerativas y la segunda causa de enfermedad renal terminal. En tal sentido, Abad Alemán y col.,⁽¹³⁾ observaron una prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados del 48,6 % en adultos del Centro de Salud N°1 del Cantón Cañar. Arízaga Arce y col.,⁽¹⁴⁾ encontraron que la letalidad por ECV hemorrágica fue de 37.4 %, mientras que la isquémica alcanzó el 62.6 % en una población de más de 500 pacientes atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.

Peñañiel⁽¹⁵⁾ coincide con la información sistematizada en la literatura especializada y defiende lo planteado por la OMS, organismo no gubernamental que refiere que de cada 100.000 ecuatorianos, 1.373 son hipertensos. La investigadora antes citada observó que en la población del área de influencia del Centro de Salud Santa Rosa de la ciudad de Riobamba, el 15,6 % de los hipertensos se ubica en edades comprendidas entre los 18 a 59 años de edad.

Similarmente, datos ofrecidos por un estudio realizado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Riobamba, revela que el riesgo cardiovascular presente en pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa de cardiología, indicó una alta probabilidad global estimada para desarrollar la enfermedad coronaria isquémica en los próximos 10 años, lo que se observó con la aplicación de la tabla de Framingham.⁽¹⁶⁾

Tomando en cuenta los aspectos antes referidos; así como la gravedad de esta silenciosa enfermedad y la repercusión de la misma en diferentes órganos, se proponen CP dirigidos al control de la HTA del paciente adulto y adulto mayor que son atendidos en el Sub-Centro de Salud Yaruquíes de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017, como una vía para mitigar los daños resultantes de ese padecimiento. Argumento tomado en consideración para indagar sobre esta enfermedad en un grupo vulnerable de la población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Proponer cuidados paliativos dirigidos al control de la hipertensión arterial del paciente adulto y adulto mayor, atendidos en el Sub-Centro de Salud Yaruquíes, de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la muestra de estudio atendiendo a sus características sociodemográficas y clínicas.
- Identificar las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en la muestra de estudio.
- Plantear cuidados de Enfermería de alcance familiar, comunitario e intercultural, para el cuidado paliativo al paciente adulto y adulto mayor hipertenso, atendiendo a las características de la muestra investigada y la calidad de vida presente en la misma.

MARCO TEÓRICO

La HTA es un trastorno en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear sangre;⁽¹⁷⁾ se considera HTA a valores de la presión sanguínea sistólica superiores de 140mmHg y diastólica mayores a 90mmHg.⁽⁴⁾

En un estudio realizado por Orcea, refiere que la clasificación de hipertensión arterial según la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH) determinan que la TA óptima debe ser inferior a 120/80 mmHg, ligera o hipertensión grado I de 140-159 / 90-99 mmHg, moderada o de grado II de 160-179 / 100-109 mmHg, severa o de grado III superior a 180-110 mmHg y sistólica aislada cuando el valor de la tensión arterial sistólica supera 140 mmHg.⁽¹⁸⁾

Entre las causas de hipertensión arterial destacan la estenosis de vasos renales, enfermedades del parénquima renal, ciertos fármacos, disfunciones de órganos, tumores y embarazo.⁽¹⁹⁾

La incidencia de la hipertensión aumenta con la edad y varía considerablemente entre los diferentes grupos humanos. Es más frecuente en hombres que en mujeres, con una prevalencia mayor en personas de etnia negra que la blanca.⁽⁴⁾

Existen dos tipos de HTA: la hipertensión primaria y la secundaria. La primera, también conocida como hipertensión esencial, es cuando se desconoce la causa, este tipo de TA por lo general tarda muchos años en desarrollarse y es probablemente el resultado del estilo de vida, entorno y de los cambios físicos y psicológicos que se presentan en el organismo a medida que envejece.⁽²⁰⁾

La hipertensión secundaria es cuando un problema de salud o medicamento provoca la HTA, los factores que pueden ocasionarla incluyen: consumo excesivo de alcohol,

problemas renales, obesidad, ciertos medicamentos, tales como las píldoras anticonceptivas, corticosteroides.⁽²⁰⁾

Fisiopatológicamente, el mecanismo que controla la constricción y relajación de los vasos sanguíneos se encuentra en el centro vasomotor, situado en la médula cerebral. De dicho centro nacen fibras del sistema nervioso central que descienden por la médula espinal y salen de esta a la altura de los ganglios simpáticos torácicos y abdominales. La estimulación del centro vasomotor origina la transmisión de impulsos por el sistema nervioso simpático hasta los ganglios homónimos.

En éstos, las neuronas preganglionares liberan acetilcolina, que estimula las fibras nerviosas postganglionares que llegan a los vasos sanguíneos, donde la liberación de noradrenalina provoca la vasoconstricción de dichos conductos. Son numerosos los factores como la ansiedad y el miedo, que puede influir en la respuesta de la vasculatura a estos estímulos vasoconstrictores. Los hipertensos son muy sensibles a la noradrenalina, aunque no se conoce con exactitud la razón.

La glándula suprarrenal se estimula al mismo tiempo que el sistema nervioso simpático estimula los vasos sanguíneos en la respuesta a estímulos emocionales, y ello ocasiona actividad vasoconstrictora adicional. La médula suprarrenal secreta adrenalina, que causa vasoconstricción, en tanto que su corteza libera cortisol y otros esteroides, que intensifican la respuesta vasoconstrictora.

Esta última propicia disminución del flujo sanguíneo renal y la consecuente liberación de renina, sustancia que provoca la formación de angiotensina I, que se convierte en angiotensina II, vasoconstrictor potente que, a su vez, causa la secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal. Esta es una hormona que fomenta la retención de sodio y agua en los túbulos renales. Todo ello incrementa el volumen sanguíneo. El conjunto de tales factores tiende a perpetuar la hipertensión.⁽¹⁹⁾

Las modificaciones estructurales y funcionales relacionados con la hipertensión que ocurre con la edad incluyen aterosclerosis, pérdida de elasticidad en el tejido conectivo y menor relajación del músculo vascular liso, lo cual a su vez disminuye la capacidad que tienen los vasos de distenderse y retraerse. Por consiguiente, en virtud de que la aorta y las arterias grandes pierden su habilidad para acomodar el volumen de sangre bombeada por el corazón, se reduce el gasto cardíaco y aumenta la resistencia periférica.⁽¹⁹⁾

Entre las principales manifestaciones clínicas se destacan cefalea, vértigo, taquicardia, visión borrosa relacionados con cambios en la retina, palpitaciones, sensación de calor, acúfenos, eritema especialmente facial y de cuello, exudados, estrechamiento de las arteriolas y, en casos graves papiledema.⁽¹⁹⁾

Un elemento esencial en el control de la enfermedad lo constituye la prevención primaria y secundaria. La primera, está orientada a reducir los factores de riesgo asociados con la hipertensión. Entre las principales acciones a desarrollar se encuentran los programas de educación para la salud que incluye la enseñanza de un consumo moderado de sodio, dietas bajas de grasas saturadas, la conservación adecuada de peso corporal según la talla del paciente, erradicación del hábito de fumar, el consumo moderado de alcohol, y el uso de estrategias efectivas de afrontamiento situacional para minimizar el estrés. La segunda, consiste en identificar y controlar los grupos de alto riesgo como son los de etnia negra, los que tienen sobrepeso y obesidad o con antecedentes familiares de hipertensión.⁽⁴⁾

El principal objetivo del tratamiento de la HTA es evitar la morbilidad y mortalidad mediante el mantenimiento de una PA menor de 140/90 mmHg, asegurando así una mejor calidad de vida, además incluye un control adecuado de los factores de riesgo asociados para lograr la reducción de riesgo cardiovascular.⁽²¹⁾

La eficacia de cualquier programa se determina por el grado de hipertensión, complicaciones, costo de los cuidados y calidad de vida relacionada con el tratamiento, existiendo dos tipos de este último: no farmacológico y farmacológico. El primero, consisten en el cambio del estilo de vida del paciente, esto requiere de un proceso educativo y también acompañamiento por el equipo de salud e intervención multidisciplinaria, que implica la adopción de un estilo de vida saludable, del cual se describen a continuación algunos elementos a tener en cuenta.⁽¹⁹⁾

Estudios en Paraguay, año 2015, demostraron que el peso se mide de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), se considera óptimo cuando el valor oscila entre 18,5 y 24,9 kg/m², mientras que valores entre los 25 y 29.9 kg/m² se considera como sobrepeso, y como obesidad a valores superiores a los 30kg/m².⁽²¹⁾

Los ejercicios aeróbicos regulares contribuyen a la disminución de la PA, así como el riesgo de padecer ECV y la mortalidad global; riesgos que aumentan en las personas sedentarias entre el 20 a 50 %, por ello, se recomienda hacer actividad de intensidad moderada como nadar, caminar o andar en bicicleta como mínimo 30 minutos diarios 6 veces por semana. Estas actividades deben socializarse a la población en general y a los grupos más vulnerables, ya que pueden disminuir entre 6 y 7 mmHg en la PA tanto sistólica como diastólica, a la vez que ofrece beneficios adicionales de mejoría sobre el metabolismo lipídico, incrementa la sensibilidad a la insulina e inclusive se puede dejar de fumar.⁽²¹⁾

Además evidenciaron que el consumo habitual de sodio en diferentes países es de 9 a 12 gramos/día, una reducción de 5 a 6 gramos/día disminuye las cifras de PA tanto en personas sanas o hipertensas, teniendo mayor efecto una reducción de 3 a 4 gramos/día, esto se podrá conseguir evitando el agregado de sal a las comidas, controlando la ingesta de panificados y alimentos pre elaborados como: fiambres o embutidos, quesos comunes con alto contenido sódico, cremas, leche entera y alimentos procesados.⁽²¹⁾

El tratamiento farmacológico consiste el suministro de medicamentos antihipertensivos que se pueden administrar solos o combinados, estos varían de acuerdo a los niveles de la TA y riesgo cardiovascular, sobretodo en pacientes con HTA grado II y III, y en pacientes de grado I cuando falla el régimen no farmacológico.⁽²¹⁾

Se recomienda cuatro clases de medicamentos antihipertensivos, entre los que se encuentran:⁽²¹⁾

1. Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA): Enalapril, Captopril
2. Antagonistas de la angiotensina II (ARA II): Losartan, Valsartan
3. Bloqueadores de los canales de calcio o calcio y antagonistas (BCA) Nifedipina, Amlodipino, Verapamilo,
4. Diuréticos (D): Furosemida, Espirolactona,

El examen físico es un medio diagnóstico utilizado para la detección de HTA, en el cual se observa las retinas, además se realizan estudios de laboratorio para valorar la posibilidad de lesiones a órganos como el riñón o corazón, entre estos están: análisis de orina, conteo de células sanguíneas, química sanguínea como valores de potasio, sodio, urea, creatinina, glucosa en ayunas, colesterol total y colesterol de proteína de alta densidad y exámenes complementarios: electrocardiograma (ECG), renografía, pielografía endovenosa, arteriografía renal, ecografía renal.⁽¹⁹⁾

La TA se determina después de que la persona haya estado en posición sentada o acostada, durante al menos cinco minutos,⁽²²⁾ sin embargo el diagnóstico no se puede basar en un solo control, sino que se debe hacer un monitoreo al paciente, siendo así que cuando se registra una medición inicial elevada, debe determinarse de nuevo y luego dos veces más en días diferentes para asegurarse de que la hipertensión persiste.

(21)

La mayoría de las complicaciones se debe por su característica asintomática haciendo que el paciente permanezca muchos años sin diagnóstico, y como consecuencia existen lesiones vasculares en los diferentes sistemas y aparatos que irrigan los vasos afectados, ocasionando arteriopatía coronaria, angina de pecho, hipertrofia vascular izquierda, hemiplejia, trastornos visuales, isquemia cerebral, arterioesclerosis y accidente cerebrovascular.⁽⁴⁾

La causa principal de muerte en todos los grupos de edad, incluidos los adulto mayores son cardiopatías, la tasa de mortalidad aumenta con la edad debido a los cambios estructurales normales con el envejecimiento del aparato circulatorio, ya que reduce la capacidad de funcionamiento del mismo. Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y rígidas, el corazón y las arterias pierden elasticidad.⁽¹⁹⁾

El incumplimiento del régimen terapéutico es una de las principales razones para control inadecuado de la hipertensión, esto se debe a que los síntomas, por lo general, están ausentes hasta las etapas avanzadas, por tanto, el individuo no percibe la necesidad de cumplir con la terapia, por lo expuesto se propone cuidados paliativos en pacientes con HTA para reducir las consecuencias que significa sus complicaciones, por medio de la identificación temprana, la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.⁽²³⁾

Se presenta como un problema de salud pública, debido al sustancial aumento del número de adultos mayores y de la prevalencia de enfermedades crónicas evidenciándose así la importancia de la reorganización de los servicios de la Atención Primaria de Salud (APS) para asegurar la oferta de los CP que ayudan a los pacientes y sus cuidadores a que vivan en las mejores condiciones posibles, aliviando sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, así como también para cuidar la dignidad de ellos y de su familia respetando su voluntad y derechos.⁽²⁴⁾

Los principios de atención de los CP son:

- Respetar la dignidad del enfermo y de sus cuidadores; la responsabilidad y el derecho a negarse a recibir un régimen terapéutico por un profesional médico para interrumpir algún tratamiento cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
- Ser receptivos y respetuosos con los deseos del paciente y la familia.
- Utilizar las medidas más adecuadas compatibles con las elecciones realizadas por el paciente.
- Buen manejo del dolor y de otros síntomas físicos.
- Valorar y tratar los problemas psicológicos, sociales y espirituales/religiosos.
- Ofrecer continuidad de atención.
- Proporcionar acceso a cuidados paliativos y atención en unidades de enfermos terminales con cualquier tratamiento que mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los procedimientos alternativos o no tradicionales.
- Promover la investigación clínica sobre la provisión de cuidados al final de la vida.
- Trabajo en equipo.⁽²³⁾

Los principios antes relacionados son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.⁽²⁴⁾

La identificación de las necesidades de los pacientes y sus familias, lleva a planificar estrategias específicas de atención paliativa a realizar por el equipo interdisciplinario en los diferentes niveles de atención.⁽²⁴⁾

Según estudios recientes, el rol de la enfermera se enfoca a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que requieren un servicio individualizado, además involucra la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía, y las técnicas de atención empleados con fines terapéuticos.⁽²⁵⁾

Los CP empiezan por comprender que cada paciente tiene su propia historia, relaciones, cultura, cosmovisión y merece respeto como un individuo único, Según el Plan Nacional de Cuidados Paliativos del MSP del Ecuador, la atención a cada persona requiere retomar principios básicos como la equidad, la accesibilidad oportuna a los servicios de salud de calidad con calidez y la formación de equipos interdisciplinarios con capacidad resolutive adecuada.⁽²⁴⁾

El personal que interviene en la atención de salud, es un equipo de profesionales y no profesionales entrenados en este tipo de tratamiento, según las necesidades del paciente y la familia. En el primero, participa personal de salud capacitado, entre los que se encuentran: médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, rehabilitador. En el segundo, pueden participar personas cercanas al paciente como son: familiares, cuidadores externos, voluntarios, amigos, educadores, y acompañante espiritual, orientados a brindar una mejor calidad de vida, rodeado de los seres queridos, en el ambiente familiar.⁽¹¹⁾

Dorothea Orem aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir, mejorar su calidad de vida, brindándole apoyo para aprender a actuar por sí mismo y poder afrontar las consecuencias de la enfermedad.

Las actividades de autocuidado progresen a medida que el individuo se involucre y aprenda a vivir con su enfermedad, estas pueden verse afectadas por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.

La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograrlo todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos.

Por ello, se considera como un punto de partida que ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación

relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona.⁽²⁶⁾

La "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" presenta tres relaciones: la primera se refiere al autocuidado, que describe el cuidado del individuo por sí mismo; la segunda se orienta al déficit de autocuidado, sobre la atención y ayuda del personal de salud, y la tercera enfoca en los sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado.⁽²⁷⁾

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de proponer acciones de Enfermería dirigidas al CP del paciente adulto y adulto mayor hipertenso, desde un enfoque familiar, comunitario e intercultural, atendidos en el Sub-Centro de Salud Yaruquíes, en la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017.

La población de estudio quedó conformada por la totalidad de 92 pacientes con diagnóstico de HTA, que fueron atendidos en el Sub-Centro de Salud donde se desarrolló la investigación y que estuvieron de acuerdo en participar; con edades iguales o superiores a los 20 años y óptimo estado de salud mental; que residieron de forma permanente en el área de influencia en el período de estudio y que se encontraron en su domicilio en el momento en el que se aplicaron los instrumentos.

Se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se empleó la encuesta, a través del cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, tomado de Peña Coba y col., adaptada por Figueredo, al que se le realizaron adecuaciones mínimas para su aplicación al contexto cultural ecuatoriano a la totalidad de ellos; de esta cifra de individuos se empleó “Cuestionario conocimientos pacientes hipertensos”⁽²⁸⁾, en el cual sólo el 80,43 % (74 participantes) deseó responder el instrumento utilizado para determinar si la población tiene conocimientos sobre HTA. Información referida en las tablas cinco a la nueve.

Los cuales permitieron describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio; así como identificar las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en los mismos, que pueden ser potencialmente modificables mediante CP de enfermería.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas. Estas fueron recogidas en una tabla elaborada en Microsoft Excel, lo que permitió facilitar su procesamiento; lo que contribuyó a la interpretación cualitativa de los mismos.

Los investigadores respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvieron las respectivas autorizaciones de los representantes de las instituciones de Salud en el contexto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis e interpretación de la encuesta de calidad de vida y satisfacción del paciente

Se aplicó una encuesta con el objetivo de proponer cuidados paliativos dirigidos al control de la HTA del paciente adulto y adulto mayor, atendidos en el Sub-Centro de Salud Yaruquíes, de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017, siendo la población de estudio 92 pacientes con este diagnóstico; obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

VARIABLES N= 92	ESCALA	No	%	VARIABLES	ESCALA	No	%	
Edad	20 - 49	2	2,17	Nivel profesional	Ama de casa	61	66,30	
	50 - 64	19	20,65		Agricultor	13	14,13	
	65 y más	71	77,17		Chofer	4	4,35	
Género	Femenino	66	71,74		Comerciante	9	9,78	
	Masculino	22	28,26		Obrero	2	2,17	
Religión	Católico	85	92,39		Costurera	1	1,09	
	Cristiano	7	7,61		Carpintero	2	2,17	
Auto Identificación	Blanco	3	3,26		Con quién vive	Esposa/o	60	65,22
	Mestizo	71	77,17			Hija/o	26	28,26
	Indígena	18	19,57	Otra persona		1	1,09	
Estado civil	Soltero/a	2	2,17	Solo		5	5,43	
	Casado/a	60	65,22	Antecedentes familiares	Padre	21	28,37	
	Divorciado/a	5	5,43		Madre	4	5,41	
	Viudo/a	25	27,17		Hija/o	8	10,81	
Nivel de instrucción	Ninguno	14	15,22		Hermana/o	4	5,41	
	Básica	65	70,65		No	37	50	
	Bachillerato	12	13,04					
	Nivel Técnico	1	1,09					

Análisis y discusión

Las características sociodemográficas observadas en la población de estudio evidencian que el grupo etario que alcanzó una mayor frecuencia de edad fue el de 65 y más años (77,17 %), en los que predominó el género femenino, la religión católica, la auto identifican mestizos, el estado civil casados o los que viven con su conyugue,

el nivel de escolaridad básica y la ocupación de amas de casa y agricultores. Resulta importante señalar que la mitad de los individuos estudiados no refieren tener antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial (tabla 1).

Similares resultados fueron observados por autores como Dos Santos Tavares y col., en su estudio “Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero”, los que encontraron que entre las principales características sociodemográficas prevalecieron el sexo femenino, la edad entre 60 a 70 años, el estado civil casados, escolaridad básica, salario mínimo.⁽²⁵⁾

La similitud entre ambos estudios explica que con mayor frecuencia la enfermedad afecta a pacientes de edades iguales o superiores a los 60 años. Fisiopatológicamente investigadores brasileños como Dos Tavares y col., plantean que lo antes referido puede estar asociado a los cambios degenerativos que se presentan en el sistema circulatorio del adulto mayor, lo que constituye un elemento predisponente para presentar y/o agravar la enfermedad.⁽²⁵⁾

En una investigación realizada en México en el año 2014, en el cual estudiaron “el concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos”, revela que entre las principales características sociodemográficas prevalecieron positivamente las creencias religiosas, de la cual el 62 % reportó ser de católico.⁽²⁹⁾ La similitud entre esta información y la encontrada en la aplicación de la encuesta para determinar de calidad de vida y satisfacción del paciente hipertenso realizada a los individuos que conformaron el estudio que se presenta, puede estar relacionada a que ambas poblaciones practican esa creencia.

En un estudio realizado en Cuba en el año 2014,⁽³⁰⁾ por Benet Rodríguez y col., sobre “hiperreactividad cardiovascular en pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial”, encontraron que el 78,6 % de los individuos hipertensos eran

mestizos y el 55,5 % no tuvieron antecedentes de patológicos familiares de hipertensión arterial, lo que coincide con los resultados del estudio que se presenta. Sin embargo, el porcentaje de individuos con historia familiar de HTA fue del 44,5 % dicha similitud se explica debido a que ese recurso de la salud pública presentan un riesgo de más de cinco veces de tener una hiperreactividad cardiovascular, siendo esta asociación independiente de otros factores de riesgo cardiovascular como la HTA.⁽³⁰⁾

Tabla 2. Dimensiones básicas de calidad de vida observada en la población de estudio

DIMENSIONES N=92	ESCALA							
	Nada		Poco		Medio		Bastante	
	No	%	No	%	No	%	No	%
¿Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona?	3	3.26	30	32.61	46	50.00	13	14.13
¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?	4	4.35	18	19.57	55	59.78	15	16.30
¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?	5	5.43	31	33.70	43	46.74	13	14.13
¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?	6	6.52	30	32.61	38	41.30	18	19.56
¿Es independiente en las actividades de cuidado personal?	1	1.09	30	32.61	35	38.04	26	28.26
¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?	6	6.52	34	36.96	33	35.87	19	20.65
¿La enfermedad afecta su descanso?	14	15.22	25	27.17	39	42.39	14	15.22
¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?	12	13.04	27	29.35	40	43.48	13	14.13
¿Ha limitado su enfermedad las relaciones con las demás personas?	32	34.78	16	17.39	34	36.96	10	10.86
¿Ha limitado la enfermedad su trabajo?	17	18.48	23	25.00	32	34.78	20	21.73
¿Ha afectado su enfermedad a su familia?	16	17.39	8	8.70	23	25.00	45	48.91

Análisis y Discusión:

En las dimensiones básicas de calidad de vida, se evidencia que los pacientes consideran mayoritariamente la escala medio de la calificación en el cual se observa que al 50 % le afectan los cambios que se han provocado su persona, de carácter o de

comportamiento de la enfermedad, la relación con las demás personas, en el trabajo, el descanso, en la actividad física, en su economía, en las actividades de cuidado personal y se ha adaptado a las limitaciones por su patología; el rango bastante de la calificación se observa que afecta a su familia y según el nivel poco de calificación le produce dificultades la hora de realizar actividades (tabla 2).

Resultados similares se evidenciaron por autores como Baquía Dalfó y col., en su estudio “Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial“ los que evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida en el estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas,⁽³¹⁾ la similitud entre los resultados de esa investigación y la población en estudio comprende pacientes adultos mayores con nivel básico de educación, estado civil casado, y con un nivel socioeconómico bajo, lo que dificulta para una mejor adaptación a su enfermedad.

Tabla 3. Dimensiones en relación con la satisfacción del paciente con la atención de salud

DIMENSIONES N=92	ESCALA							
	Nada		Poco		Medio		Bastante	
	No	%	No	%	No	%	No	%
¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?	3	3.26	10	10.87	53	57.61	26	28.26
¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?	3	3.26	6	6.52	43	46.74	40	43.48
¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?	4	4.35	12	13.04	26	28.26	50	54.35
¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?	5	5.43	9	9.78	33	35.87	45	48.91

Análisis y Discusión:

Las dimensiones en relación con la satisfacción al paciente, evidenciaron que en la unidad de salud a la cual acuden a sus controles rutinarios por su diagnóstico, consideran el rango

medio de la calificación con un predominio del 57,61 % que les facilitan recursos para el cuidado de su enfermedad y encontrándose satisfechos; el rango bastante equivale al 54,35 % que manifiestan un grado de satisfacción con la atención y el trato que han recibido por el personal sanitario (tabla 3).

Investigación realizada por Azcarate García y col., en México en el año 2014 sobre la “Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica”, en la que se observó como resultado que el grado de satisfacción de los individuos de acuerdo con la atención que percibieron resultó bueno, el 53 %, regular el 27% y malo el 20 %.⁽³²⁾ datos que coinciden con este estudio, manifestado por la influencia del autocuidado que realiza con respecto a su tratamiento y evolución de la enfermedad.

Tabla 4. Valoración global sobre autosatisfacción observada en la población de estudio

DIMENSIONES N=92	Escala					
	Insatisfecho		Poco Satisfecho		Satisfecho	
	No	%	No	%	No	%
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento.	16	17.39	52	56.52	24	26.09

Análisis y Discusión:

En la dimensión global de calidad de vida, se evidencia que rango de calificación es poco satisfecho con el 56,52 % en su nivel general de vida en al momento de la recolección de datos (tabla 4).

En Barcelona, España, año 2013, en un estudio denominado “Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial” se evidenció una puntuación global y por dimensiones de calidad de vida en HTA, a través de la atención domiciliaria disminuyeron su estado su estado de salud, de ánimo y manifestaciones somáticas.⁽³¹⁾

Análisis e interpretación del cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial.

Para determinar si los participantes en el estudio tienen conocimientos sobre su enfermedad, se utilizó el instrumento validado por Estrada y col.,⁽²⁸⁾ el que fue aplicado al 80,43 % (N=74) de los individuos debido a que sólo esa parte de la población contestó el cuestionario. Las tablas de las cinco a la nueve muestran los resultados alcanzados.

Tabla 5. Conocimiento sobre hipertensión arterial, referido por la población de estudio

DIMENSIONES N= 74	Escala					
	Si		No		No se	
	No	%	No	%	No	%
¿Sabe qué es la Hipertensión?	36	48.65	38	51.35		
¿La Hipertensión es una enfermedad para toda la vida?	49	66.22	1	1.35	24	32.43
¿Conoce las cifras de su PA?	37	50.00	37	50.00		
¿Es usted hipertenso?	71	95.95	1	1.35	2	2.70
¿Le han explicado que es HTA?	46	62.16	17	22.97	11	14.86
Algún médico le controla la presión?	3	4.05	65	87.84	6	8.11
¿Se toma la presión con regularidad?	25	33.78	48	64.86	1	1.35
¿Dispone de un aparato de presión arterial en su domicilio?	1	1.35	70	94.59	3	4.05
¿A partir de qué valor se considera la PA elevada	140/90		160/95		130/85	
	No	%	No	%	No	%
	57	77.03	16	21.62	1	1.35
¿Cuáles de las dos medidas sistólicas (máxima) o diastólica (mínima) es más importante en el control y la presión de la HTA?	Ambas		sistólica máxima o diastólica mínima		No se	
	No	%	No	%	No	%
	15	20			59	80

Análisis y Discusión:

Según la encuesta aplicada, se observó que el 66,22 % conoce que padece una enfermedad crónica, las cifras en las que persiste su presión arterial, que le han

explicado sobre su enfermedad y consideran un valor elevado el 140/90 mmHg, el déficit de conocimiento es sobre la conceptualización de su patología, la falta de un control adecuado y continuo por parte de un personal de salud, los pacientes no cuentan con un dispositivo para su medición periódica; ni identifican valores relevantes de su diagnóstico (tabla 5).

En Barcelona, España, en el año 2013, Estrada D. y col., en su estudio “Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular”, obtuvieron como resultado que el 61 % conoce a que se domina hipertensión.⁽²⁸⁾ similitud que se evidencia debido a que existe un déficit de conocimiento significativo sobre la HTA.

Tabla 6. Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, presentes en la población de estudio

VARIABLES N= 74	ESCALA									
	Si		No		No se					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
¿Conoce otros factores que favorece el desarrollo de las enfermedades del corazón además de la HTA.?	20	27.02	39	52.70	15	20.27				
¿El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular asociada a la HTA?	22	27.03	21	28.38	31	41.89				
¿La diabetes y el colesterol son factores de riesgo asociadas a la HTA?	39	29.73	14	18.92	21	28.38				
¿El ejercicio va bien para la HTA?	26	52.70	17	22.97	31	41.89				
¿Tiene más predisposición a la hipertensión las personas con antecedentes a la HTA?	20	35.14	11	14.86	43	58.11				
VARIABLES	Consumo de sal		Obesidad		Sedentarismo		Alcohol		No se	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
¿Enumere dos de los factores? ¿El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular asociada a la HTA?	6	8,11	15	20,27	2	2,70	4	5,41	47	63,51

Análisis y Discusión:

En los factores de riesgo asociados a la hipertensión, presentes en la población de estudio se evidencia que el 52,70 % no conocían ni describen factores que favorece el desarrollo de las enfermedades del corazón, además no identifican si el tabaquismo, la diabetes, colesterol, el ejercicio va bien para la HTA y se podrían desarrollarse complicaciones futuras para su salud (tabla 6).

Similar resultados fueron observados por Trindade C. y col., en su estudio “Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos” los que encontraron a la diabetes mellitus, la obesidad y la dislipidemia como factores prevalentes en HTA. Datos estadísticos que no coinciden con esta investigación, debido a la diferencia de estilos de vida referidos por ambas poblaciones.

Tabla 7. Riesgos de la hipertensión arterial identificados en la población de estudio

DIMENSIONES N= 74	Escala					
	Si		No		No se	
	No	%	No	%	No	%
¿Le han informado sobre los riesgos que tiene la elevación de la HTA?	27	36.49	22	29.73	25	33.78
¿La HTA puede provocar problemas en el corazón?	33	44.59	23	31.08	18	24.32
¿La HTA puede provocar daños en el cerebro?	17	22.97	16	21.62	41	55.41
¿La HTA puede provocar daños con el riñón?	13	17.57	12	16.22	49	66.22

Análisis y Discusión:

Según la encuesta aplicada, sobre riesgos de la hipertensión se evidencio con el 36,49 % recibieron información sobre los riesgos que tienen la elevación de la hipertensión, además no saben si pueden provocar problemas en el corazón, cerebro, riñón con consecuencias perjudiciales para la salud del paciente (tabla 7).

En Barcelona, España, en el año 2013, Estrada D y col., realizaron una investigación para determinar el “Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular”, al respecto, como resultado al 48 % dice que nadie le ha informado, pero el 94 % afirma que puede tener consecuencias cardiacas, el 74 % cerebro vasculares y el 54 % renales.⁽²⁸⁾ Dicha similitud se evidencia debido a que existe un déficit de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, debido a la ausencia de respuestas en el instrumento aplicado.

Tabla 8. Tipo de dieta referida por la población de estudio.

DIMENSIONES N= 74	Escala					
	Si		No		No se	
	No	%	No	%	No	%
Pobre en grasa y rica en frutas y verduras	34	45.95	9	12.1 6	31	41.89
¿Es aconsejable reducir la dieta hipersódica?	57	77.03	6	8.11	11	14.86
¿Se puede controlar con una alimentación normosódica la HTA?	45	60.81	5	6.76	24	32.43

Análisis y Discusión:

El nivel de conocimiento sobre la dieta, la población de estudio mostró predominio a favor del 45,95 % de una alimentación pobre en grasa y rica en frutas y verduras, la cual es fundamental para facilitar la reducción de la HTA, reducir el consumo de sal lo que contribuirá a mantener estabilidad en proceso de su enfermedad, dimensiones que fueron expresadas a través del instrumento aplicado (tabla 8).

Resultados similares se evidencian por autores como Estrada D. y col., en su estudio “Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular”, en la se obtuvo como resultado al 90 % afirma que una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial y 87 % piensa que es

aconsejable reducir el consumo de sal.⁽³²⁾ la similitud entre esa investigación y la que se presenta en que en ambas poblaciones de estudio quedaron comprendidas adultos mayores con conocimiento sobre la alimentación en la HTA.

Tabla 9. Conocimientos referidos por la población de estudio, sobre el cumplimiento del régimen terapéutico.

DIMENSIONES N= 74	Escala					
	Si		No		No se	
	No	%	No	%	No	%
¿Se puede controlar con medicación la HTA?	45	60.81	5	6.76	24	32.43
¿Toma medicación para la HTA?	68	91.89	1	1.35	5	6.76
¿Hay que tomar la medicación para toda la vida?	44	59.46	9	12.16	21	28.38
¿Se puede aumentar la dosis de la medicación si se sube más la presión sin consultar a su médico?	1	1.35	51	68.92	22	29.73
¿Se puede disminuir la dosis de la medicación si la baja la presión, sin consultar a su médico?	0	0.00	47	63.51	27	36.49
¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza?	1	1.35	40	54.05	33	44.59

Análisis y Discusión:

El nivel de conocimiento en medicación identificada en la población de estudio evidencia que de forma mayoritaria el 91,89 % toma medicación; Estos pacientes manifiestan que se puede controlar la HTA, la cual deben tomarla para toda la vida, no puede aumentar ni disminuir la dosis prescrita si sube más la presión sin consultar a su médico ni se pueden dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza (tabla 9).

En Valencia, España, año 2016 Zubeldia L y col., en su estudio “Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población de 16 a 90 años de la comunidad Valenciana.” observaron el grado de tratamiento en HTA, en el cual el 56 % de los hipertensos conocía su condición, similitud que se evidencia debido a que su tratamiento es mayoritariamente farmacológico.

CONCLUSIONES

- Entre las variables sociodemográfica estudiadas, se observó predominio del grupo etario de más de 65 años, género femenino, práctica de la religión católica, autoidentificación étnica mestiza, estado civil casado, nivel de escolaridad básica, ocupación amas de casa y agricultores; así como los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial.
- La caracterización de las dimensiones de calidad de vida y satisfacción del paciente con los servicios de salud permitió identificar que de forma mayoritaria, los pacientes encuestados consideran que estas se ubican en el rango medio establecido en la escala de calificación; resultado que pudiera estar relacionado con los daños que esta enfermedad provoca sobre el individuo, la familia y la comunidad.
- Las acciones propuestas en el plan de cuidados de enfermería dirigido al adulto y adulto mayor hipertenso, se diseñaron desde un enfoque paliativo de alcance familiar, comunitario e intercultural; teniendo en cuenta las características observadas en la población estudiada, las que se sustentaron en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

RECOMENDACIONES

- Realizar acciones de educación para la salud, que contribuya a incrementar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad.
- Incluir en el Análisis de la Situación de Salud del Sub-Centro de Salud de Yaruquies, propuestas que favorezcan la continuidad de los cuidados paliativos de enfermería a los paciente con ECNT, sustentadas en el fomento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. 2013 Feb. [citado 2017 May 26]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
2. Alonso M, Olarte G, Lucenith M, Cabanzo D, Suárez L, Jiménez L, Ardila N, Estupiñan Z., “Estilos de vida de la persona con hipertensión arterial del Hospital Regional de San Gil.” Revista Universalud [Internet]. 2013 May [citado 2017 May 27] 3(1): 52-58.
3. Jetón D, Pasato S., Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos de 40 a 65 años de edad, centro de salud “San Fernando”. Cuenca 2016. Tesis Universidad de Cuenca [Internet]. 2017. [citado 2017 May 27] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26692/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
4. Long B, Phipps W, Cassmeyer V. Enfermería Médico Quirúrgico Vol. 1. Tomado del Libro de Ciencias de la Salud: 3ª ed. Madrid: Harcourt; 1999. p.748
5. Cohen L, Curhan G, Forman J. Influence of age on the association between lifestyle factors and risk of hypertension. J Am Soc Hypertens [Internet]. 2013 Jul [citado 2017 May 27] 6(4): 284–290. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3721664/>
6. Takahashi H, Yoshika M, Komiyama Y, Nishimura M. The central mechanism underlying hypertension: a review of the roles of sodium ions, epithelial sodium channels, the renin-angiotensin-aldosterone system, oxidative stress and endogenous digitalis in the brain. Hypertens Res [Internet]. 2011 Nov [citado 2017 May 28]; 34 (11): 1147-1160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3324327/>

7. Bravo R. Estudio Descriptivo: Caracterización del Paciente Hipertenso en el Centro de Salud de la Parroquia El Valle Durante el Periodo 2010 – 2014, Cuenca. [Internet].2016 Mar [citado 2017 Jun 5]. ; 8 (1): 15. Disponible en:
<http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/61/75>
8. Pérez R, Rodríguez M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela [Internet]. 2015 Sep. [citado 2017 Jun 11]; 19 (3): 406-417. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003&lng=es.
9. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2017 Jun [citado 2017 Jun 13] Disponible en la web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
10. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar M, Hassell , Wyss Fernando et al . Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial * Traducción oficial al español efectuada por la Organización Panamericana de la Salud a partir del artículo original publicado en el Journal of Clinical Hypertension, con autorización de John Wiley and Sons. En caso de discrepancia prevalecerá la versión original (en inglés). Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 2017 Jun 13]; 41: 1. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100217&lng=pt. Epub 08-Jun-2017.
11. Ministerio de Salud Pública. Guía de cuidados paliativos para el ciudadano. [Internet].2014 [Citado 2017 Jun 14] :6-10.Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/EDITOGRAN-GUIA-CUIDADOS-PALIATIVOS-PARA-EL-CIUDADANO.pdf>

12. Tamayo E, Sánchez JM, Estévez R, Basset I. Evaluación del riesgo cardiovascular mediante la tabla de Framingham. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Jun 14]; 33(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/905>
13. Abad N, Araujo V, García I. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en adultos, centro de salud n°1 del cantón cañar, 2014. Tesis [Internet] 2014 Nov [citado 2017 Jun 17]. Pag.16 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22439/1/TESIS.pdf>
14. Arízaga A, Leonardo S, Arízaga L, Barrera C. Prevalencia, características clínicas y letalidad de ECV en pacientes del Área de Clínica del HVCM, en la ciudad de Cuenca, en el periodo comprendido entre Enero del 2009 hasta Diciembre del 2010. [Internet]. enero 2010 [citado 2017 Jun 20]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3425/1/MED116.pdf>
15. Pinto M. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre obesidad como factor de riesgo en pacientes con hipertensión arterial. Santa Rosa, Riobamba Enero a Junio 2016. Tesis [Internet] 2016 Nov [citado 2017 Junio 15]. Pag.18 Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5986/1/10T00168.pdf>
16. Guevara H, Toscano J. "Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa de cardiología. Hospital IESS–Riobamba en el período de enero –junio del 2013." Tesis doctoral [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Jun 23]; pág. 20.
17. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. 2015 Septiembre [citado 2017 Jun 7]; Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
18. David O. Clasificación de la hipertensión arterial según la OMS [Internet]. 2017 Junio [citado 2017 Jun 8]; Disponible en: <http://slud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-según-la-oms>.

19. Brunner y Suddarts. Funciones cardiovascular, circulatoria y hematológica. En: Libro Enfermería medicoquirúrgica.vol1.12va Ed. México: McGraw-Hill; 2012 pág.753
20. American Academy of Family Physicians. Hipertensión arterial. [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Jul 23]. Disponible en: <https://es.familydoctor.org/condicion/hipertension-arterial/>
21. Ortellado J, Ramírez A, González G, Olmedo G, Ayala M, Sano M et al. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2016 Sep. [cited 2017 Jul 25]; 3(2): 11-57. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2312-38932016000200002&script=sci_arttext
22. Saludymedicinas.com.mx. Toma de presión arterial manual. Rev. Menarini. [Internet]. 2017 Jul [cited 2017 Jul 28]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/cardiovascular/esquemas/toma-de-presion-arterial-manual.html>
23. Carrillo M, Dávalos V, Espinosa M, González P, Guzmán S, Luna A. Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos. Loja [Internet].2013 [Citado 2017 Jul 15]:13,22 Disponible en: http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/publicaciones/guia_manejo_sintomas_cuidados_paliativos.pdf
24. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Quito [Internet] 2015. [Citado 2017 jul 15]:19-20. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/regional-information/legislations/25.pdf>
25. Dos S, Mapelli M, Dias A, Aleixo M, Fernandes N., Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. Rev. Latino-Am. Enfermage [Internet]. 2013 mar.-abr.

- [citado 2017 Jul 24]; 21(2): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf
26. Prado L, González M, Paz N, Romero K., La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Ago 05]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
27. Marcos M, Tizón E., Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Ago 06]; 24(4): 168-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134928X2013000400005>.
28. Sandoval G, Patricia E., Rangel D, Nancy E., Allende P, Silvia R., Y Ascencio Huertas, Leticia., "Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: un estudio descriptivo". Psicosociología [Internet]. 2014 Nov. [citado 2017 Jul 24]; 11(2-3): 333-344. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47392>
29. Benet M, Apollinaire J., "Hiperreactividad cardiovascular en pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial". Elsevier [Internet]. 2014 Nov. [citado 2017 Jul 24]; 123(19): 736-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-hiperreactividad-cardiovascular-pacientes-antecedentes-familiares-hipertension-arterial-13069305>
30. Baquía A., Llachb X., Roca A., "Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial." Elsevier [Internet]. 201 Feb. [citado 2017 Jul 24]; 29(2): 116-121.

31. Azcarate E, Hernández I, Guzmán M., " Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica". Science Direct [Internet]. 2014 Jul-Sep. [citado 2017 Jul 24]; 21(3): 38-85. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300232>
32. Estrada D., Jiménez L., Pujol E., De la Sierra A., " Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular". Enfermería Cardiovascular [Internet]. 2013 Oct. [citado 2017 Jul 24]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl010/tl010.PDF>
33. Trindade C., "Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos" Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 Jul. [citado 2017 Agosto 4]; 22(4): Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf
34. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón M. "Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población de 16 a 90 años de la Comunidad Valenciana, 2010. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 06]; 90: e40025. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100425&lng=es. Epub 25-Nov-2016
35. Castillo J., El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. Rev. haban cienc méd [Internet]. 2008 Sep. [citado 2017 Jul 31]; 7(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es.

ANEXOS

ABREVIATURAS:

Hipertensión Arterial (HTA)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Tensión arterial (TA)

Enfermedad crónica no transmisible (ECNT),

Enfermedad cardiovascular (ECV)

Cuidados paliativos (CP)

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH)

Índice de masa corporal (IMC)

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)

Antagonistas de la angiotensina II (ARA II)

Bloqueadores de los canales de calcio o calcio y antagonistas (BCA)

Diuréticos (D)

Electrocardiograma (ECG)

Atención Primaria de la Salud (APS)

PROPUESTA DE CUIDADOS PALIATIVOS

<p>Proponer cuidados paliativos dirigidos al control de la hipertensión arterial del paciente adulto y adulto mayor, atendidos en el Sub-Centro de Salud Yaruquies, de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017.</p>			
DIAGNÓSTICO	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN Y PUNTUACIÓN
			INICIAL DIANA FINAL
NANDA	NOC	NIC Y LIBROS DE ENFERMERÍA	TEORIZANTE DOROTHEA OREM
<p>Diminución del gasto cardiaco (00029) R/C: alteración del ritmo cardiaco, alteración de la frecuencia cardiaca M/P: Alteraciones en la presión arterial, inquietud</p>	<p>Efectividad de la bomba cardiaca - Frecuencia cardíaca -Presión sanguínea sistólica -Presión sanguínea diastólica -Índice cardiaco estado circulatorio</p>	<p>-Instruir al paciente y a su familia sobre la hipertensión, factores que contribuyen al aumento de la TA -Monitoreo de signos vitales (T.A., Fr, Fc y T°) -Realizar sus tareas cotidianas: como caminar, pasear</p>	<p>1 2 3 4 5 Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación</p>
<p>Conocimientos Deficientes (00126): R/C: Información insuficiente. M/P: Conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones.</p>	<p>Conocimiento: régimen terapéutico -Proceso de la enfermedad -Beneficios del tratamiento de la enfermedad</p>	<p>-Ayudar al paciente identificar los factores de riesgo. -Educar que tome la medicación a la hora indicada -Hacer ejercicio por 30 minutos (de forma progresiva) -Apoyo en la toma de decisiones</p>	<p>1 2 3 4 5 De ningún conocimiento hasta conocimiento extenso Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación</p>
<p>Gestión ineficaz de la salud 00078 R/C: Apoyo social insuficiente, conocimiento insuficiente. M/P: Dificultad con el régimen terapéutico</p>	<p>Conocimiento control de la hipertensión -Uso correcto de la medicación prescrita -Efectos terapéuticos de la medicación -Dieta prescrita</p>	<p>-Tomar la medicación indicada de forma correcta -Brindar un ambiente tranquilo y cómodo para el paciente -Tener un control periódico</p>	<p>1 2 3 4 5 Desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso Autocuidado</p>

prescrito, decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.	-Beneficios del ejercicio regular.	-Educarlo sobre la enfermedad -Apoyarle en la toma de decisiones.	-Sistemas de enfermería de apoyo-educación
Incumplimiento con el régimen terapéutico 00070 R/C: Habilidades insuficiente para realizar el régimen terapéutico, conocimiento insuficiente, acceso inadecuado a la atención sanitaria, M/P: Falta a las citas, desarrollo de complicaciones relacionadas fracaso al intentar lograr resultados	Conducta de cumplimiento -Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito -Control la respuesta al tratamiento -Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción.	-Educar sobre el horario de la toma de medicamentos -Facilitar el aprendizaje al paciente sobre los medicamentos y sus respectivos efectos adversos -Tomar la medicación indicada de forma correcta.	1 2 3 4 5 Desde nunca demostrado a siempre demostrado Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación
Deterioro generalizado del adulto R/C: Edad del Paciente M/P: debilidad	Estado de salud personal -Ejercicio físico -Nivel de movilidad -Nivel de confort -Estado nutricional -Nivel de energía -Ejecución de actividades de la vida diaria -Capacidad para el afrontamiento	-Ayudar al paciente a expresar sentimiento e inquietudes sobre su estado de salud -Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado -Establecer una reducción terapéuticas basada en la confianza y el respeto	1 2 3 4 5 Desde gravemente comprometido hasta no comprometido Autocuidado -sistemas de enfermería de apoyo-educación
Déficit de autocuidado: alimentación R/C: Disconfort, alteración de la función cognitiva, debilidad. M/P: Deterioro de la habilidad para preparar la comida.	Autocuidado: comer -Prepara comida para ingerir -Bebe una taza o vaso -Coloca la comida en la boca	-Proporcionar ayuda en la toma de decisiones -Brindar la ayuda necesaria -Enseñarle como preparar su alimento -Instruir al paciente la alimentación que deben tener	1 2 3 4 5 Va desde gravemente comprometido hasta no comprometido Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación

<p>Estilo de vida sedentario (00168) R/C: Conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico. M/P: La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p>	<p>Participación en el ejercicio -Establece objetivos realistas a corto plazo -Participa en ejercicios con regularidad -Utiliza los recursos comunitarios -Realiza ejercicios en un ambiente seguro -Nivel de movilidad</p>	<p>- Hacer ejercicio por 30 minutos (de forma progresiva) -Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas -Asegurar un ambiente tranquilo y agradable durante la hora de comida -Tener una dieta baja en sal. -Instruir al paciente y/o familia en la lectura de etiqueta de los productos. -Establecer una rutina de actividades de autocuidado</p>	<p>1 2 3 4 5 Gravemente comprometido hasta no comprometido Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación</p>
<p>Ansiedad R/C: Con el estado de salud, medicamentos. M/P: Inquietud, confusión, debilidad.</p>	<p>Control de la ansiedad -Nivel de la ansiedad -Autocontrol de la ansiedad -Nivel de miedo -Entorno físico -Apoyo social de la familia -Cuidados compatibles con las creencias culturales</p>	<p>-Disponer de un ambiente tranquilo -Ayudar al individuo a comentar sus sentimientos -Escuchar atentamente al adulto que comienza a hablar de sus propios problemas -Brindar apoyo emocional -Educar al paciente sobre alguna inquietud</p>	<p>1 2 3 4 5 Desde extremadamente hasta no comprometido Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación</p>
<p>Riesgo de perfusión renal ineficaz R/C Edades extremas (más de 75 años de edad)</p>	<p>Perfusión tisular -Controla la presión arterial -Utiliza la medicación según prescripción -Utiliza grupos de apoyo</p>	<p>-Participar en el club -Hacer ejercicio por 30 minutos (de forma progresiva) -Disminuya el consumo de bebidas estimulantes como café, té verde, negro guayusa.</p>	<p>1 2 3 4 5 Va desde nunca demostrado hasta siempre demostrado Autocuidado -Sistemas de enfermería de apoyo-educación</p>

	-Controla las complicaciones de la presión -Mantiene el peso corporal óptimo	-Mantener en reposo absoluto.	
Riesgo de caídas R/C: Edad mayor a 65 años, vivir solo, uso de dispositivo de ayuda	Control del riesgo -Descripción del uso correcto de los dispositivos de ayuda. -Identifica los factores de riesgo -Controla los factores de riesgo personales	-Ayuda al autocuidado y seguridad -Vigilancia y seguridad -Brindar un lugar libre de caídas -Educar a la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas. -Disponer de un ambiente seguro	1 2 3 4 5 Desde gravemente comprometido hasta no comprometido Autocuidado de enfermería de apoyo-educación

CONSIDERACIONES INTERCULTURALES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

El Cuidado Cultural de Enfermería ha emergido como un importante tópico en la Ciencia de la Enfermería, porque cuando los enfermeros conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se brinda es mucho más provechoso e integral. En este sentido, los valores, las creencias espirituales y elementos culturales no pueden estar ausentes a los fenómenos de la práctica de enfermería. Cuidado Cultural de Enfermería es un oportuno y relevante campo para el estudio y las prácticas de enfermería., la relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia de Enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y religiosos del paciente.

Es necesario para todos los profesionales de la salud, comprender y estudiar los fenómenos religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades para de esta forma poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud; teniendo en consideración, al brindar cuidados a individuos, los siguientes dominios

inseparables a) Patrón cultural, b) Patrones de Salud, c) Patrones del Cuidado. De hecho, en el bello arte de brindar cuidados se debe tener presente que existen enfermos y no enfermedades, cada paciente es un mundo aparte. ⁽³³⁾