



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

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

PROYECTO

Título: Propuesta de cuidados paliativos al adulto y adulto mayor hipertenso.
Parroquias Flores y Velasco, Riobamba 2017.

Autoras: Jessica Paulina Ati Ati
Nelly Patricia Chinche Reino

Tutora: MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua

RIOBAMBA- ECUADOR

Año 2017

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de grado, denominado: **PROPUESTA DE CUIDADOS PALIATIVOS AL ADULTO Y ADULTO MAYOR HIPERTENSO, PARROQUIAS FLORES Y VELASCO, RIOBAMBA 2017.** de responsabilidad de las señoritas Jessica Ati y Nelly Chinche, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

PhD. Ivo Contreras

PRESIDENTE



MsC. Mónica Valdiviezo

DIRECTOR DE TESIS



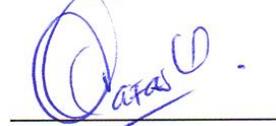
MsC. Myriam Coronel

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



PhD. Carlos Gafas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería con el tema “**PROPUESTA DE CUIDADOS PALIATIVOS AL ADULTO Y ADULTO MAYOR HIPERTENSOS. PARROQUIAS FLORES Y VELASCO, RIOBAMBA 2017.**” ha sido elaborada por Jessica Paulina Ati Ati y Nelly Patricia Chinche Reino, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por la **Lcda. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua, MsC** en calidad de Tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuando puedo informar en honor a la verdad.

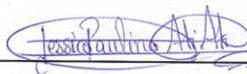


TUTORA

MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua

Riobamba 31 de Julio del 2017

La respuesta del contenido de este proyecto de graduación, corresponde exclusivamente a: Jessica Paulina Ati Ati y Nelly Patricia Chinche Reino como responsables de las ideas, doctrinas y resultados de la presente investigación y de la directora del proyecto MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua y el patrimonio intelectual de la misma pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo



Jessica Paulina Ati Ati
No. Cédula: 0603957028



Nelly Patricia Chinche Reino
No. Cédula: 0605735679

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por la oportunidad de superación profesional que nos ha brindado y a la cual hemos sabido corresponder con capacidad, esfuerzo, sacrificio. A todos los maestros de cada semestre que nos fueron inculcando a nosotras el conocimiento, el respeto, la ética, y los valores necesarios para lograr nuestros objetivos.

A nuestra Tutora la Lcda. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua, quien fue un apoyo y guía vital para el desarrollo de este trabajo.

Nuestros más sinceros agradecimientos a quienes formaron parte de este proyecto de investigación como las unidades operativas de las parroquias Flores-Velasco y a los pacientes por su valiosa colaboración en la entrega de información necesaria para el desarrollo del mismo.

Nelly y Jessica

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros padres por ser el pilar fundamental durante todo el trayecto de nuestra vida estudiantil por su apoyo, consejos, comprensión, amor y brindarnos los recursos necesarios para estudiar.

Nelly y Jessica

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	I
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA.....	II
DERECHO DE AUTORÍA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS.....	8
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4 MARCO TEÓRICO.....	9
5 METODOLOGÍA	17
5.1 Tipo de investigación:	17
5.2 Diseño de la investigación	17
5.3 Población	17
5.4 Técnicas para la recolección de datos	17
5.5 Instrumentos para la recolección de información	17
5.6 Procedimiento para el análisis de los datos:	18
6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	19
6.1 DISCUSIÓN	26
7. CONCLUSIONES.....	27

8. RECOMENDACIONES.....	29
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	0
ANEXO1. CONSENTIMIENTO INFORMADO _____	1
ANEXO 2. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVSP) DE: C. PEÑACOBÁ Y COL., 2004-ADAPTADO POR K. FIGUEREDO, 2008,2015- PROTOCOLO DE REGISTRO. _____	2
ANEXO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS _____	4
ANEXO 4. PROPUESTA _____	6

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad y sexo de paciente con Hipertensión Arterial de las parroquias Flores y Velasco.....	19
Tabla 2. Datos de religión, etnia y estado civil.....	19
Tabla 3. Nivel de instrucción y profesión.....	20
Tabla 4. Datos de pacientes encuestados sobre presión alta, cáncer y consecuencias.....	20
Tabla 5. Principales consecuencias que los pacientes hipertensos presentan.....	21
Tabla 6. Datos de otras enfermedades que presentan los pacientes, capacidades especiales y hábitos no saludables.....	22
Tabla 7. Otras enfermedades que presentaron los pacientes con Hipertensión Arterial de las parroquias Flores y Velasco.....	23
Tabla 8. Dimensiones básicas de la calidad de vida de la parroquia Flores-Velasco.....	23
Tabla 9. Dimensiones en relación con la satisfacción de la parroquia Flores-Velasco.....	25
Tabla 10. Valoración general de los pacientes de las parroquias Flores-Velasco.....	26

RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HTA) es un padecimiento crónico degenerativo, cardiovascular, caracterizado por el aumento de las cifras de presión arterial, el objetivo principal de la investigación fue diseñar una propuesta de cuidados paliativos al alcance individual, familiar y comunitario, dirigida al adulto y adulto mayor hipertenso, de las parroquias Flores y Velasco-Riobamba-Ecuador. Se trata de un estudio descriptivo, transversal con diseño observacional con enfoque mixto. Para la evaluación de las características sociodemográficas, calidad de vida, satisfacción y estado general se utilizó el cuestionario de C. Peñacoba y col., adaptado por K Figueredo. Se trabajó con una muestra de 52 pacientes hipertensos. En términos generales predomina el sexo femenino en edades mayores a 65 años de religión católica la mayor parte de pacientes son mestizos, casados y mantienen un nivel de educación básico por ser un número alto de mujeres se dedican a los quehaceres domésticos según la calidad de vida esta medianamente afectado en las dos poblaciones, la satisfacción de los pacientes es alta con respecto a recursos asignados, atención y trato recibidos. La valoración del nivel general de satisfacción con su vida en este momento, es más alta en la parroquia rural Flores en comparación a la parroquia urbana Velasco. La propuesta planteada resume los cuidados que se debe brindar a los pacientes con base en la guía de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y orientados en la teoría de Sor Callista Roy.

Palabras clave: Calidad de vida, cuidados paliativos, Hipertensión Arterial, adulto, adulto mayor.

ABSTRACT

Arterial hypertension (AHT) is a chronic, degenerative cardiovascular disease, characterized by increased blood pressure. The main objective of this research was to design a plan which provides palliative care to the individual, family and community, directed at hypertensive adults and senior citizens corresponding to the districts of Flores and Velasco-Riobamba-Ecuador. This research comprises a descriptive, cross-sectional study with an observational design, and a mixed approach. A questionnaire created by C. Peñacoba and Col., and adapted by K. Figueredo was used to evaluate the quality of life, satisfaction and general status. We worked with a sample of 52 hypertensive patients. In general terms, patient satisfaction is high with respect to resource allocation, care and treatment received. The assessment of the overall level of life satisfaction is higher in the rural district of Flores compared to the urban district of Velasco. The suggestion presented summarizes the care that should be provided to patients based on the palliative care guide of the Ministry of Public Health (MSP), and channeled by the theory of Sister Callista Roy.

Key words: Quality of life, palliative care, Arterial Hypertension, adult, senior citizen.



Reviewed by: Ponce, Maria

Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan un gran problema de salud pública, al constituirse en una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Se caracterizan por ser de larga duración y evolución lenta, representan una verdadera epidemia debido al envejecimiento poblacional, estilos de vida actuales como el sedentarismo, la mala alimentación, hábitos tóxicos y demandas ocupacionales actuales. Las mismas que están asociadas a factores de riesgo: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales.⁽¹⁾

La HTA es considerada como el principal factor de riesgo de las enfermedades crónicas cardiovasculares, cerebro vasculares, diabetes, insuficiencia renal crónica y retinopatías; que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad.⁽²⁾ Los pacientes hipertensos presentan mayor alteración en la dimensión física por las limitaciones que ocasiona la patología como: malestar, cansancio, alteraciones en el sueño y dificultad para realizar actividades de la vida diaria, en lo espiritual las personas tienen una fuerte relación con un ser superior que les ayuda a mantener la fe, ayuda a superar las dificultades, en lo psicológico se debe a la angustia y el temor a la muerte, a nivel social se alejan de sus amistades debido a cambios en sus estilos de vida.⁽³⁾

El diagnóstico de la HTA en edades tempranas, su adecuado tratamiento y seguimiento disminuye la morbimortalidad en la etapa avanzada de la vida, esta enfermedad no se cura pero sí se puede controlar, los cuidados que se brindan dependen del grado de hipertensión que presenta el paciente, pero fundamentalmente se centran en evitar las complicaciones.^(4,5)

Los cuidados paliativos (CP) constituyen un planteamiento para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia apoyando al afrontamiento de problemas de orden

físico, psicosocial o espiritual. Estos deben comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida simultáneamente con los tratamientos curativos o paliativos y deben basarse en las necesidades individuales de la persona.⁽⁶⁾ El equipo de salud que proporciona CP debe ser multidisciplinario conformado por médicos especialistas, nutricionistas, profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, facilitando el soporte necesario de cuidado integral para el usuario y familiares.⁽⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen varios factores de riesgo asociados a las ECNT, entre las que se puede citar: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo del alcohol, dieta no saludable, sobrepeso, hiperglucemia, hiperlipidemia HTA, siendo esta última la principal causa la muerte de 9.4 millones de personas representando el 12.5% del total de defunciones a nivel mundial ocurriendo más en países de ingresos bajos y medianos.⁽⁸⁾

En las Unidades Operativas de las parroquias Flores y Velasco que pertenecen al Distrito de Salud D016 Riobamba-Chambo de acuerdo a los registros estadísticos, existen 52 adultos con HTA, siendo esta una de las principales causas de consulta. En base a lo expuesto el presente objetivo de la investigación es diseñar una propuesta de cuidados paliativos al alcance individual, familiar, comunitario dirigida al adulto y adulto mayor hipertenso.

La propuesta se realizó de acuerdo a la teoría de Sor Callista Roy quien se basa en la concepción del ser humano como individuo biopsicosocial en constante interacción con su entorno cambiante y del que recibe estímulos que se deben adaptar para conservar la salud, lo que se vincula a los cuidados paliativos en hipertensión al modelo de adaptación basada en los cuatro modos: fisiológico, auto concepto, desempeño del rol e interdependencia fomentando un soporte familiar, profesional que ayude paciente a adaptarse y afrontar la nueva situación del proceso de la enfermedad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HTA es una enfermedad crónica no transmisible considerada como la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, su prevalencia puede aumentar la posibilidad de complicaciones potenciales incapacitantes o mortales.^(8,9) Los hábitos actuales de la población ecuatoriana se caracterizan por un alto consumo de alcohol, cigarrillos, falta de ejercicios físicos y una nutrición deficiente, elementos que demuestran que los estilos de vida no son saludables aumentando el riesgo, desde el punto de vista de la comorbilidad es importante indicar que esta patología coexiste con otros factores como cardiovascular, sobre todo metabólicos tales como: dislipidemia, diabetes y obesidad.^(9,10)

El incumplimiento del régimen terapéutico conlleva un aumento de la morbimortalidad y al coste socio sanitario, lo cual muestra la importancia de buscar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, es necesario fortalecer la relación médico-paciente aumentando la implicación del usuario y familia en el control de su enfermedad.⁽¹¹⁾

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 25% de la población mundial padece de esta enfermedad y se predice que esta cifra aumentara en un 60% para el año 2025, lo que equivaldría a un total de 1.56 billones de adultos. Las complicaciones de la HTA causan anualmente 9,4 millones de muertes además siendo esta la causante de por lo menos el 45% de cardiopatías y el 51% por accidentes cerebro vascular.⁽¹²⁾

Según la OPS/OMS, refiere que cada 100.000 ecuatorianos 1.373 personas sufren de HTA, cifra que es reconocida por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2011 publicó que existe 717529 personas hipertensas con una tasa de mortalidad de 6.8 por cada 100.000 del total, el 58.14% corresponde al género masculino y al 41.86% al sexo femenino mientras que en el año 2013 refiere que las enfermedades hipertensivas en mujeres es de 2.053

defunciones, siendo el segundo problema de muertes con un porcentaje de 7.28% y una tasa de 25.80% por cada 100.000 habitantes, a comparación de los hombres, que es la tercera causa de mortalidad que corresponde al 6.12%.^(13,14) En la provincia de Chimborazo en el 2013 se reportó la existencia de alrededor de 3.912 personas con HTA, en mujeres es de 1.033.02 y en hombres 553.78 casos por cada 100 mil habitantes.⁽¹⁴⁾

En las Unidades Operativas de las parroquias Flores y Velasco que pertenecen al Distrito D016 de Salud Riobamba-Chambo de la provincia de Chimborazo, se evidencia que los pacientes con diagnóstico de HTA no reciben cuidados paliativos dirigidos a mejorar la calidad de vida del individuo y la familia, en las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

No se encontraron estudios que articulen CP a pacientes con HTA y que contemplen un modelo de enfermería para la atención a los pacientes.

2. JUSTIFICACIÓN

La HTA es un problema de salud pública, se encuentra entre las diez principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, nacional y en Chimborazo si no es controlada puede conducir a complicaciones como: accidente cerebro vasculares, insuficiencia cardíaca, enfermedades coronarias e insuficiencia renal, la misma que se incrementa con la edad siendo más habitual en el sexo masculino por ello es oportuno mejorar los estilos de vida.

En la actualidad se reconoce que existen factores de riesgo modificables (alimentación, sedentarismo, sobrepeso, consumo de sal, tabaco, alcohol, dietas mal sanas) y no modificables (herencia, genética, edad, sexo, etnia) que influye en la aparición de la hipertensión, por ello es importante concientizar al individuo, familia

y comunidad acciones preventivas a mejorar sus estilos de vida y así evitar las muertes prematuras.

El CP busca conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes con ECNT como la HTA, enfermedades avanzadas incurables mediante el alivio del dolor, sufrimiento y otros síntomas facilitando la provisión de apoyo psicosocial, espiritual, social a los cuidadores y familiares durante el transcurso de la enfermedad, un control apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje la detención temprana como: el diagnóstico, tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo que suele ser tratados en instituciones especializadas, centros de salud comunitarios y domicilio.

En el trabajo de investigación se presenta una propuesta de intervenciones de Enfermería en cuidados paliativos a pacientes hipertensos adultos y adultos mayores orientados en la teoría de Sor Callista Roy de alcance individual, familiar y comunitario, de las parroquias Flores y Velasco, de la ciudad de Riobamba, en el período de tiempo comprendido entre abril y junio de 2017.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Diseñar una propuesta de cuidados paliativos al alcance individual, familiar y comunitario, dirigida al adulto y adulto mayor hipertenso, de las parroquias Flores y Velasco, de la ciudad de Riobamba, en el período de tiempo comprendido entre abril y junio de 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar las características sociodemográficas y clínicas del adulto y adulto mayor hipertenso.
- Describir las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas del adulto y adulto mayor hipertenso.
- Proponer intervenciones de Enfermería de alcance individual, familiar y comunitario atendiendo a los resultados obtenidos de las dimensiones de calidad de vida y satisfacción del adulto y adulto mayor hipertenso.

4 MARCO TEÓRICO

Los CP mejoran la calidad de vida del paciente y familia que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo tanto espiritual como psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, brindando así una atención activa, continua y solidaria.⁽¹⁵⁾ Brindando dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los pacientes como los familiares.

Los principios de los CP son proporcionar el alivio del dolor y otros síntomas. No intentan acelerar ni retrasar la muerte, integran los aspectos espirituales y psicológicos, ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir activamente, a la familia a adaptarse durante la el proceso de la enfermedad, utilizan una aproximación del equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo apoyo emocional, mejorando la calidad de vida.^(15,16)

Los objetivos principales de los CP son: atención al control del dolor y otros síntomas físicos tomando en cuenta las necesidades emocionales, sociales, espirituales y aspectos prácticos del cuidado del paciente y familiares, participando en las decisiones para obtener respuestas claras y honestas, asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados, todos los profesionales sanitarios deben proporcionar cuidados a los enfermos que reciben atención, tanto a nivel domiciliario como hospitalario.⁽¹⁷⁾

Entre las consideraciones que incluyen los CP se encuentran: calidad de vida, sufrimiento y autonomía. La calidad de vida se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción mediante cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social o espiritual. El sufrimiento es el encuentro del proceso de la

enfermedad que afecta directamente al paciente y familiares. La autonomía forma parte de tomar sus propias decisiones y asegurarse de que las respeten.⁽¹⁷⁾

Dentro del tratamiento integral de CP su meta es prevenir y aliviar el sufrimiento mejorando la calidad de vida reduciendo las molestias los síntomas y el estrés producido por el proceso de enfermedad incluyendo así: medicamentos, orientación nutricional, fisioterapia, terapia ocupacional, terapias integradoras con el apoyo de la familia.⁽¹⁸⁾

El MSP, con el fin de cumplir el derecho a la salud de los ciudadanos expresado en la Constitución⁽¹⁹⁾ y el Plan Nacional para el Buen Vivir⁽²⁰⁾ inicia la atención en CP y fortalece su ejecución con la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos⁽²¹⁾ para los profesionales, con el fin de brindar una atención activa, continua, integral y solidaria con eficiencia, empatía y calidad a las personas con enfermedades crónicas, mejorando las condiciones de vida y respetando la voluntad del paciente.⁽²¹⁾

Los CP pueden ser beneficiosos para el cuidado de la salud y resultan ser idóneos para los casos de enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA.⁽¹⁸⁾

La HTA es un padecimiento crónico degenerativo, cardiovascular, caracterizado por el aumento de las cifras consideradas como normales en cuanto a los valores de la presión sistólica de 120 mm Hg y diastólica 80 mm Hg, se presenta principalmente en la población con edad avanzada y afecta órganos vitales como el riñón, sistema nervioso central, ojos corazón y sistema vascular.^(22,23)

La presión arterial es la fuerza que lleva la sangre a todas las partes del cuerpo, al medir se conoce el resultado de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

La HTA constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna y su importancia

radica no sólo en su elevada prevalencia, sino en la trascendencia que tiene como causa de morbilidad y mortalidad cardiovascular.⁽²⁴⁾

En condiciones normales el corazón bombea la sangre a todo el cuerpo para cubrir las necesidades de oxígeno y nutrientes, a medida que bombea el corazón empuja la sangre a través de los vasos sanguíneos, la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de los vasos sanguíneos se mide como la presión arterial. Está determinada por el gasto cardiaco, la resistencia vascular periférica, capacidad de los vasos para distenderse, la viscosidad de la sangre y la cantidad de volumen sanguíneo circulante.⁽²⁵⁾

En el año 2014, la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH) clasificaron de la siguiente forma, la categoría sistólica y diastólica óptima debe ser inferior a 120/80 mm Hg. Un nivel normal comprende niveles inferiores a 130/85 mm Hg y se considera alta cuando supera 130-139 / 85-89 mm Hg.⁽²⁶⁾

Se describen varios enfoques para clasificar la hipertensión arterial, según sus valores y su origen.

Atendiendo a los valores se describe como: Hipertensión ligera o de grado I a 140-159 / 90-99 mm Hg, moderada o de grado II de 160-179 / 100-109 mm Hg y la severa o de grado III comprende niveles superiores a 180-110 mm Hg.⁽²⁷⁾

Hipertensión estadio 1 y estadio 2. Según su origen se clasifica en primaria o esencial y secundaria, la primaria o esencial suelen identificarse por los factores genéticos, ambientales, psicosociales como son: la edad avanzada, los antecedentes familiares, la presencia de otras enfermedades como diabetes, dislipidemia y obesidad; la hipertensión secundaria se debe a malformaciones arteriales, renales o de la aorta; y problemas hormonales (corteza o médula suprarrenal, hipófisis, tiroides, etc.).^(27,28)

Entre los factores de riesgo se han identificado según la edad, peso, sexo, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, antecedentes familiares, inactividad física, presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemia y diabetes.⁽²⁹⁾

Generalmente la HTA no presenta signos ni síntomas por lo que ha sido denominada el asesino silencio, sin embargo, en estadios avanzados o cuando los valores de presión arterial se incrementan produce: cefalea, vértigos, mareo, taquicardia, alteraciones visuales, palpitaciones, sensación de calor, zumbidos en los oídos, enrojecimiento de cara o cuello.⁽³⁰⁾

Al tratarse de una enfermedad que afecta significativamente la salud de quien la padece, se podría afirmar que tiene complicaciones como problemas cardiacos, angina de pecho, arritmias, arterosclerosis, trombosis, infarto de miocardio, infarto cerebral, aneurismas, enfermedad renal, entre otros.⁽³¹⁾ Deteriorando la calidad de vida, afectado el grado psicológico, emocional, entorno familiar y laboral del paciente.⁽³²⁾

Las medidas de prevención en HTA es llevar un estilo de vida sano como: consumir una dieta saludable, realizar ejercicio regularmente, control del peso, controlar la presión arterial, controlar el estrés, utilizar técnicas de relajación, acudir al centro de salud para los controles respectivos y cumplir con el régimen terapéutico para evitar futuras complicaciones.^(33,34)

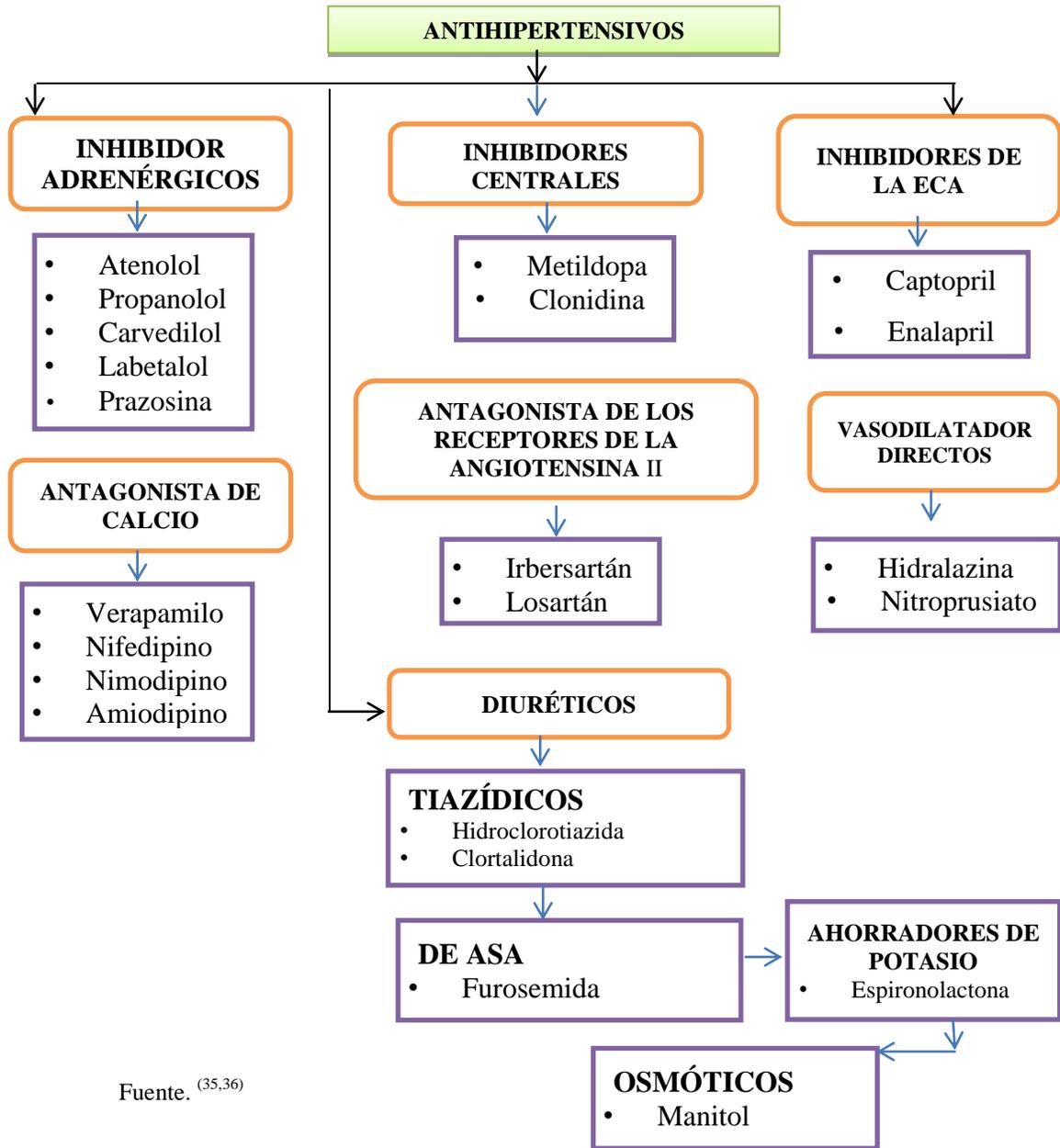
El tratamiento no farmacológico incluye modificaciones del estilo de vida como: ejercicio físico, nutrición saludable, reducción de consumo de sal, suspender el consumo de tabaco, disminuir la ingesta de alcohol, control del peso, stress psicosocial, promover terapias de relajación y participación activa con el equipo multidisciplinario.⁽³⁵⁾

El asesoramiento al paciente: es parte fundamental en el tratamiento permitiendo convertirse en protagonista de su cuidado, al involucrarse activamente junto a la familia y al equipo de salud.

El objetivo del tratamiento farmacológico es aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, con la mayor tolerancia posible hacia la medicación. Existen fármacos antihipertensivos cuya clasificación se describe a continuación:

- **Diuréticos:** sirven para que los riñones eliminen el exceso de líquidos y sodio del organismo.
- **Betabloqueantes (b- bloqueantes):** ayudan al corazón a latir más lentamente y con menos fuerza, entonces el corazón bombea menos sangre por los vasos sanguíneos y la presión arterial disminuye.
- **Inhibidores de la ECA:** impiden la conversión de angiotensina I en angiotensina II, un potente vasoconstrictor, con lo que favorece la reducción de la presión arterial.
- **Bloqueadores de los canales del calcio:** impiden que el calcio entre en las células del músculo cardíaco y de los vasos sanguíneos, esto hace que se relajen y la presión arterial disminuya.
- **Alfabloqueadores:** disminuye los impulsos nerviosos que contraen los vasos sanguíneos.
- **Alfabetabloqueantes:** disminuye los impulsos nerviosos de la misma forma que los alfabloqueadores.
- **Inhibidores del sistema nervioso:** aumentan los impulsos nerviosos del cerebro para relajar y ensanchar los vasos sanguíneos.
- **Vasodilatadores:** relajan los músculos de las paredes de los vasos sanguíneos.^(35,36)

CLASIFICACIÓN DE LOS HIPERTENSIVOS



Fuente. (35,36)

Corrales Nevado realizó un estudio con el objetivo de describir algunas propuestas destinadas a mejorar la coordinación asistencial en el contexto de la atención primaria de la HTA desde el punto de vista de la enfermería, el trabajo social y los cuidados paliativos. Concluyendo que es necesario aumentar el número, calidad de las visitas domiciliarias, debido al incremento de pacientes crónicos con multimorbilidad y con necesidades complejas. La efectividad de la atención domiciliaria depende de la regularidad con que el paciente es seguido y de la estabilidad de los programas asistenciales.⁽³⁷⁾

Las intervenciones en pacientes hipertensos está basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente como: asesoramiento nutricional, conocimiento-dieta, conocimiento-manejo del peso, ayuda en la modificación de sí mismo, apoyo en la toma de decisiones, enseñanza-proceso-enfermedad, enseñanza-medicamentos-prescritos y educación sanitaria.⁽³⁸⁾

Asesoramiento nutricional: determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente, discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta.

Conocimiento-dieta: relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal.

Conocimiento-manejo del peso: beneficios de la actividad física y el ejercicio.

Ayuda en la modificación de sí mismo: valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado, valorar el ambiente social, físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas, explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio.

Apoyo en la toma de decisiones: determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente, cuidadores y del equipo sanitarios ayudando a tomar decisiones vitales.

Enseñanza-proceso enfermedad: evalúa el nivel actual de conocimientos del paciente, describir los signos y síntomas, fomentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones.

Enseñanza-medicamentos prescritos: educar al paciente, cuidador y familia sobre los medicamentos prescritos como: la dosis, vía de administración y efectos adversos.

Educación sanitaria: identificar factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias, determinar el contexto personal e historial sociocultural, determinar el conocimiento actual y las conductas del estilo de vida del individuo, familia y comunidad.^(38,39)

5 METODOLOGÍA

5.1 Tipo de investigación:

Estudio descriptivo-transversal.

5.2 Diseño de la investigación

Observacional, con enfoque mixto.

5.3 Población

La población de estudio quedó conformada por la totalidad de pacientes (52, de los cuales 22 son adultos y 30 adultos mayores) con diagnóstico de HTA atendidos en las unidades operativas “Puesto de Salud Flores” y “Puesto de Salud Guantul” de la parroquia Flores y en los “Sub-Centros de Salud Loma de Quito” y “San Antonio del Aeropuerto” de la parroquia Velasco, en los que se desarrolló la investigación, que estuvieron de acuerdo en participar, con edades iguales o superiores a los 20 años, con óptimo estado de salud mental, que habitaron 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 aplicó el instrumento.

5.4 Técnicas para la recolección de datos

Como técnica para la recolección de los datos se aplicó la encuesta. Además, se utilizó métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto.

5.5 Instrumentos para la recolección de información

Como instrumento se aplicó un cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad

de vida y satisfacción en pacientes”, tomado de C. Peñacoba y col., 2004- adaptada por K. Figueredoy col., 2008 2017.^(40,41)Al que se contextualizó al ámbito cultural ecuatoriano. Este instrumento permitió describir las características socio demográfico y clínico de los pacientes de la muestra de estudio; así como identificar las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en los mismos.

5.6 Procedimiento para el análisis de los datos:

- Aplicación de la Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes.
- Diseño de una base de datos en Microsoft Excel.
- Tabulación de los datos.
- Análisis de las frecuencias absolutas y relativas de las variables en estudio: calidad de vida y satisfacción del paciente.

6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Edad y sexo de paciente con Hipertensión Arterial de las parroquias Flores y Velasco.

	GRUPOS DE EDADES	SEXO				TOTAL	
		Masculino		Femenino			
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
FLORES	20 – 49	-	-	-	-		
	50 – 64	1	7%	1	7%	2	14%
	65 – más	11	73%	2	13%	13	86%
	Total	12	80%	3	20%	15	100%
VELASCO	20 – 49	-	-	5	14%	5	14%
	50 – 64	1	3%	14	38%	15	41%
	65 – más	-	-	17	46%	17	46%
	Total	1	3%	36	97%	37	100%
TOTAL DE LA POBLACIÓN		13	25%	39	75%	52	100%

Para la organización de resultados se ha separado a las parroquias por sector urbano a la parroquia Velasco y rural, a Flores.

De los pacientes encuestados en la Parroquia Flores el 80% fueron hombres y en Velasco el 97% son mujeres. Tanto a nivel rural y urbano predomina el número de hipertensos en el rango de más de 65 años; de los 52 encuestados el 75% predomina el sexo femenino.

Tabla 2. Datos de religión, etnia y estado civil.

	Religión						Etnia				Estado Civil									
	Católico		Evangélico		Testigo de Jehová		Indígena		Mestizo		Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Unión de hecho	
	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%	Fr ec.	%
FLORES	9	60%	6	40%	-	-	13	87%	2	13%	-	-	8	53%	-	-	7	47%	-	-
VELASCO	34	92%	1	3%	2	5%	-	-	37	100%	5	14%	21	57%	1	3%	9	24%	1	3%
TOTAL	43	83%	7	13%	2	4%	13	25%	39	75%	5	10%	29	56%	1	2%	16	31%	1	2%

En la parroquia Flores el 60% de pacientes hipertensos son católicos, 87% son indígenas y el 53% son casados. En Velasco el 92% son católicos, todos son mestizos y 57% son casados.

Tabla 3. Nivel de instrucción y profesión.

	Nivel de instrucción						Profesión													
	Ninguno		Básica		Bachiller		Agricultura		Escobero		Chofer		Ama de casa		Comerciante		Costurera		Carpintero	
	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%
FLORES	9	60%	5	33%	1	7%	13	87%	1	7%	1	7%	-	-	-	-	-	-	-	-
VELASCO	3	8%	31	84%	3	8%	-	-	-	-	-	-	33	89%	2	5%	1	3%	1	3%
TOTAL	12	23%	36	69%	4	8%	13	25%	1	2%	1	2%	33	63%	2	4%	1	2%	1	2%

El nivel de instrucción de la población de las dos parroquias es bajo, más acentuado en la zona rural Flores, en donde 60% pacientes no tienen ninguna instrucción académica, y solo el 33% tienen apenas educación básica y la mayor parte se dedica a la agricultura con un 87%. En Velasco de un total de 37 pacientes, 84% tienen al menos instrucción básica y por ser la mayor población de mujeres el 89% son amas de casa.

Tabla 4. Datos de pacientes encuestados sobre presión alta, cáncer, consecuencias y con quien vive.

	Con quién vive								Presión alta				Cáncer				Consecuencias			
	Espos/a		Hijos/as		Otra persona		Solo		Si		No		Si		No		Si		No	
	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%	Fre c.	%
FLORES	9	60%	3	20%	-	-	3	20%	15	100%	-	-	-	-	15	100%	5	33%	10	67%
VELASCO	22	59%	12	32%	2	5%	1	3%	37	100%	-	-	-	-	37	100%	35	95%	2	5%
TOTAL	31	60%	15	29%	2	4%	4	8%	52	100%	-	-	-	-	52	100%	40	77%	12	23%

En referencia de con quién viven los pacientes de las dos parroquias la mayoría responde con el/la esposo/a, siendo así en Flores el 60% y en Velasco 59%. Siempre es bueno contar con un acompañante dada la condición y siempre necesitan atención. El problema serio se presenta en los usuarios que viven solos, ya que no tienen a quien recurrir en caso de necesitar ayuda. Todos los pacientes padecen de presión alta. De los 15 pacientes de Flores, 33% tienen consecuencias asociadas a la HTA y Velasco de 37 encuestados, 95% lo padecen.

Tabla 5. Principales consecuencias que los pacientes hipertensos presentan.

	Cefalea		Otra afección		Disminución de visión		Total		Total de la población	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
FLORES	-	-	3	20%	2	13%	5	33%	15	100%
VELASCO	33	89%	2	5%	-	-	35	94%	37	100%
TOTAL	33	63%	5	10%	2	4%	40	77%	52	100%

Se observó que de los 52 pacientes encuestados solo 40 (5 en Flores y 35 en la parroquia Velasco) manifestaron haber tenido consecuencias debidas a la Hipertensión Arterial. En el sector rural la principal consecuencia fue la falta de visión con el 13%. El otro 20% se relaciona con problema de dolor de articulaciones.

En la parroquia urbana Velasco se presentó el 89% que presenta cefalea siendo la principal consecuencia y el 5% fueron de otras afecciones, tales como mareo y vómito, disminución de la visión, infección de vías urinarias.

Tabla 6. Datos de otras enfermedades que presentan los pacientes, capacidades especiales y hábitos no saludables.

	Otras enfermedades				Capacidades especiales				Consumo							
	Si		No		Si		No		Tabaco		Alcohol		Café		Ninguno	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
FLORES	2	13%	13	87%	-	-	15	100%	-	-	1	7%	3	20%	11	73%
VELASCO	15	41%	22	59%	1	3%	36	97%	-	-	-	-	12	32%	25	68%
TOTAL	17	33%	35	67%	1	2%	51	98%	-	-	1	2%	15	29%	36	69%

En total el 87% de la población de Flores no presentaron otras enfermedades adicionales y el 41% de pacientes en Velasco esta condición es preocupante porque deben afrontar no solo la HTA que por sí misma ya es grave, sino que también deben prestar atención a otros padecimientos.

En cuanto a las capacidades especiales, solo se presentó 1 caso (3%) en la parroquia Velasco, se trata de un paciente que tenía discapacidad intelectual. En lo referente al consumo de hábitos no saludables en las dos parroquias la gran mayoría mencionan no fumar sin embargo cabe notar que un 29% consumen café y un 2% beben alcohol. De manera general se observa que en la parroquia urbana Velasco se presentaron más casos de otras enfermedades adicionales a la Hipertensión en comparación con Flores en donde el número de casos fue notablemente menor. También los resultados evidencian que en el sector urbano el consumo de café es mucho mayor que en Flores.

Tabla 7. Otras enfermedades que presentaron los pacientes con Hipertensión Arterial de las parroquias Flores y Velasco.

	Artritis		Próstata		Osteoporosis		Art + osteop		Várices y descenso de Vejiga		Hipotiroidismo		Parkinson + osteoporosis		Total		Total de la población
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
FLORES	1	7%	1	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	14%	15(100%)
VELASCO	4	11%	-	-	5	14%	3	8%	1	3%	1	3%	1	3%	15	42%	37(100%)
TOTAL	5	10%	1	2%	5	10%	3	6%	1	2%	1	2%	1	2%	17	33%	52(100%)

En las dos parroquias en la población considerada se encontró en total 17 casos de padecer otras enfermedades a parte de la Hipertensión, 2 casos en Flores (14%) y 15 en Velasco (42%). Predominando la osteoporosis y la artritis, estos resultados eran en cierta forma previsibles dado que son propias de la edad ya que la mayor población encuestada es mayor de 65 años.

DIMENSIONES BÁSICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

Tabla 8. Dimensiones básicas de la calidad de vida de la parroquia Flores-Velasco.

		P		M		B		N	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Flores	¿Le ha afectado los cambios que su enfermedad ha producido en su persona?	4	27	6	40	3	20	2	13
Velasco		4	11	12	32	21	57	-	-
Flores	¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?	4	27	9	60	0	0	2	13
Velasco		12	32	12	32	11	30	2	5
Flores	¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?	5	33	7	47	1	7	2	13
Velasco		18	49	12	32	5	14	2	5
Flores	¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?	4	27	7	47	2	13	2	13
Velasco		13	35	11	30	13	35	-	-
Flores	¿Es independiente en las actividades de cuidado personal	8	53	5	33	1	7	1	7
Velasco		17	46	3	8	17	46	-	-
Flores	¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?	3	20	10	67	1	7	1	7
Velasco		17	46	11	30	7	19	2	5

Flores	¿La enfermedad afecta su descanso?	4	27	8	53	-	-	3	20
Velasco		14	38	9	24	9	24	5	14
Flores	¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?	3	20	6	40	3	20	3	20
Velasco		10	27	19	51	5	14	3	8
Flores	¿Ha limitado su enfermedad las relaciones con las demás personas?	4	27	-	-	-	-	11	73
Velasco		2	5	1	3	2	5	32	86
Flores	¿Ha limitado la enfermedad su trabajo?	3	20	7	47	1	7	4	27
Velasco		14	38	13	35	4	11	6	16
Flores	¿Ha afectado su enfermedad a su familia?	4	27	6	40	1	7	4	27
Velasco		3	8	21	57	9	24	4	11

En la población de la parroquia Flores el 40% responden que medianamente le ha afectado los cambios producidos por la enfermedad a su persona, en tanto que en los usuarios de Velasco son 57% con bastante afectación. Los cambios de carácter o comportamiento lo sienten medianamente en las dos zonas 60% Flores y 32% en Velasco.

La enfermedad los ha limitado medianamente su actividad física el 47% en los pacientes de la parroquia Flores y Velasco el 49% responde que les afectaron poco.

En Flores 47% de la población se han adaptado medianamente a las limitaciones por su enfermedad a comparación de los pacientes de la parroquia Velasco de 37 encuestados 13 que corresponde al 35% no se adaptaron .

En la población de la parroquia Flores el 33% son medianamente independientes en las actividades de cuidado personal, y de los 47 encuestados en Velasco 46% son bastante independientes.

En cuanto a la limitación a la hora de realizar actividades se observa que en la población de Flores el 67% están medianamente limitados, mientras que en Velasco 46% tienen pocas limitaciones.

A 53% de pacientes de la parroquia Flores la enfermedad afecta medianamente su descanso y en Velasco mencionan que poco les afecta. Los problemas económicos les afectan medianamente a los pacientes de las dos zonas y prácticamente la enfermedad no ha limitado las relaciones con otras personas.

En la población de la parroquia Flores la enfermedad le ha limitado su trabajo medianamente siendo el 47% mientras que en Velasco 38% los ha limitado poco.

En los pacientes de las dos parroquias Flores y Velasco reportan que la enfermedad ha afectado medianamente a sus familias, en la población en estudio se vio afectada medianamente la calidad de vida.

DIMENSIONES EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN

**Tabla 9. Dimensiones en relación con la satisfacción de la parroquia Flores-
Velasco.**

		P		M		B		N	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Flores	¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?	-	-	1	7	14	93	-	-
Velasco		4	11	6	16	27	73	-	-
Flores	¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud?	-	-	3	20	12	80	-	-
Velasco		4	11	8	22	25	68	-	-
Flores	¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?	-	-	3	20	12	80	-	-
Velasco		3	8	4	11	30	81	-	-
Flores	¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?	1	7	2	13	12	80	-	-
Velasco		1	13	5	4	31	84	-	-

En las dos parroquias el nivel de satisfacción de los pacientes es alto con respecto a los recurso, atención y al trato que ha recibido del personal de salud.

En términos generales la satisfacción de los pacientes es alta (40.75% en promedio) con respecto a estos parámetros analizados. Son escasos los pacientes que manifiestan estar poco satisfechos con la atención, trato y recursos que se asignan para el cuidado

de la enfermedad.

VALORACIÓN GENERAL

Tabla 10. Valoración general de los pacientes de las parroquias Flores-Velasco.

	Insatisfecho	Poco satisfecho		Satisfecho		Total	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
FLORES	-	5	33%	10	67%	15	100%
VELASCO	-	23	62%	14	38%	37	100%

Con respecto a la valoración del nivel general de satisfacción con su vida en este momento, del total de 15 pacientes de la parroquia Flores, el 67% están satisfechos y 33% reportan estar poco satisfechos, del total de 37 pacientes de la parroquia Velasco, el 38% están satisfechos con su vida en este momento y el 62% reportan estar poco satisfechos.

6.1 DISCUSIÓN

La investigación realizada por los autores Ortunio, Guevara, Harold y Cardozo a los pacientes que acuden a la emergencia del hospital universitario de Carabobo. El 50,7% de los pacientes eran mujeres en edad media de 56 años y el 92,7% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo. Considerando ocupación, el 31,3% eran amas de casa donde hubo una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades en la alteración de la función física, la función social el papel emocional, el rol físico y se encontró que la hipertensión arterial perjudicaba la calidad de vida de los pacientes.⁽⁴²⁾ En nuestro estudio se evidencio similares interpretaciones como la edad el género y en la profesión que desempeñan, en cuanto a la calidad de vida está afectada medianamente en las población de la parroquia Flores y Velasco.

En un estudio realizado en el consultorio Médico 2 del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río el sexo predominante fue el femenino con 58,8 % y el grupo de 65 y más años.⁽⁴³⁾ Al igual que en nuestro estudio la mayoría fueron mujeres con un 93% en la parroquia Velasco a comparación de la parroquia Flores, y las edades que predominan son mayores a 65 años.

Investigación realizada en pacientes que reciben atención en la Unidad de Medicina Familiar no. 10, IMSS de la Delegación Aguascalientes aplicando el instrumento de previamente validado, descrito en Desarrollo y validación de un inventario para medir la satisfacción de los usuarios de clínicas de medicina familiar en México para valorar el nivel de satisfacción siendo el 90.2%; el trato amable del personal de salud y con un bajo nivel de satisfacción por los recursos brindados con un 36% se hace evidente el proceso de atención médica y de los diferentes servicios otorgados en la unidad, sin embargo pese a que la satisfacción por parte de los pacientes en general fue buena.⁽⁴⁴⁾ Referente a la población en estudio el nivel de satisfacción fue alto con respecto a los recursos, atención y al trato que ha recibido del personal de salud.

7. CONCLUSIONES

- Las características socio demográficas en la población de las parroquia rural Flores predomina el sexo masculino y Velasco sobresale el género femenino siendo así mayores de 65 años en adelante, según la religión prevalece la católica y mayor partes son mestizos, dependiendo de su estado civil una gran parte son casados y viven con su pareja, el nivel de instrucción en los pacientes a nivel rural se encuentra en un alto porcentaje que no accedieron a la educación por lo que se dedican a la agricultura a comparación de la población urbana tienen una instrucción básica y como la mayor parte son mujeres se dedican a los quehaceres domésticos, la mayor parte de los usuarios encuestados mencionaron presentar

consecuencias de la hipertensión tales como: cefalea, alteraciones de la visión y otras afecciones y un porcentaje mínimo consumen café a pesar de sus restricciones.

- Las dimensiones de calidad de la vida de la población urbana Velasco que resultaron más afectadas del adulto y adulto mayor hipertenso fueron: los cambios que la enfermedad les ha producido, el adaptarse a las nuevas limitaciones y la falta de independencia en las actividades de cuidado personal, mientras que en la parroquia Flores los pacientes están afectados medianamente: los cambios que la enfermedad les ha producido, de carácter, limitaciones físicas, se han adaptado a las limitaciones que se produce por la enfermedad al hora de realizar las actividades, descanso y problemas económicos.
- En cuanto a la satisfacción, los pacientes demostraron estar bastante satisfechos con la atención y trato recibido por parte del personal de salud y aunque un porcentaje medio consideran importante la asignación de recursos para el cuidado de su enfermedad.
- La valoración del nivel general de satisfacción con su vida en este momento, en términos de porcentaje es más alta en la parroquia rural Flores en comparación a la parroquia urbana Velasco.
- Se elaboró una propuesta intervenciones de Enfermería en Cuidados Paliativos a Pacientes Hipertensos Adultos y Adultos mayores con alcance individual, familiar y comunitario orientados en la Teoría de Sor Callista Roy con base a los resultados obtenidos.

8. RECOMENDACIONES

- Apoyar el desarrollo de este tipo de investigaciones, debido a que no se han encontrado proyectos relacionado con el tema expuesto.
- Con esos resultados se debe desarrollar campañas de promoción, prevención y tratamiento de la salud tomando en cuenta el sexo, la edad, herencia, hábitos y el estado nutricional; para evitar la prevalencia de la hipertensión arterial en la población.
- Aplicar la propuesta de intervenciones de Enfermería en Cuidados Paliativos, a Pacientes Hipertensos Adultos y Adultos Mayores, orientados en la Teoría de Sor Callista Roy que fueron desarrollados con el fin de mejorar la calidad de vida y satisfacción a nivel individual, familiar y comunitario.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Sede web].; Ginebra.OMS.2017 Jun [citado 2017 Jun 8]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
2. Berenguer J. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2016 Nov [citado 2017 Jun 15] ; 20(11): 2434-2438. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016001100015&lng=es.
3. Segura LM, Barrera L. Un llamado a Enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica por su impacto en su calidad de vida. Salud Uinorte [Internet]. 2016 Abri [citado 2017 Jun 15] ; 32(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/817/81748361006/>.
4. Fernández A. La influencia de algunos factores sobre la hipertensión en pacientes adultos. Med Int Méx [Internet]. 2015 Ene [citado 2017 Jun 10] ; 31(2). 191-195 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim2015/mim152j.pdf7>.
5. Sierra A, Urbano A. Consumo de alcohol e hipertensión arterial. MEDLINE. [Internet]. 2000 Feb [citado 2017 Jun 12] ; 17(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-consumo-alcohol-e-hipertension-arterial-S1889183700710117?redirectNew=true>.
6. Milian L, Aguilar I, Pino O. Cuidados paliativos en pacientes en estadio terminal. Nueva Paz, 2015. MediMay. [Internet]. 2017.Dic [citado 2017 Jun 25] ; 23(2). 179-185. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1014/1423>.
7. Figueredo Villa Katuska. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Ene [citado 2017 Jun 15] ; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

61412011000100017

8. Organización Mundial de Salud. Enfermedades no transmisibles. [iSede web].; Ginebra.OMS.2017 [citado 2017 Jun 8]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
9. González M, González M, Castellano Y, Milanés J. 03-Characterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014 MULTIMED. [Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 20] ; 19(4). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/366>
10. Arboleda L, Velásquez J. Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón – Colombia. Rev Chil Nutr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Jun 15] ; 42(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000400006
11. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Gaviria A, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes Psicológicos.Informes Psicológicos. [Internet]. 2006 Dic [citado 2017 Jun 15] ; 0(8). Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>
12. Organización Panamericana de la Salud. Atención al control de la hipertensión. [Sede web]. Uruguay.OPS.2015 [citado 2017 Jun 15]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=950:opsoms-pide-dar-mas-atencion-al-control-de-la-hipertension&Itemid=340
13. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La nueva situación epidemiológica de Ecuador, [Sede web]. Ecuador.OPS/OMS.2014 [citado 2017 Jun 15]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es
14. Defaz B, Aguirre O. La hipertensión. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Sede web] Ecuador.2013. [citado 16 Jun 2017] Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>

15. Salvador C., Salvador V., Segura A., Andrés M., Fernández ., Niño O. Actualidad de los cuidados paliativos: revisión de una situación poco estandarizada. *Rev Pediatr Aten Primaria*. [Internet]. 2015 Sep [citado 2017 Jun 26] ; 17(67). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400017>
16. Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción). [Sede web]. Colombia.2016. [citado 21 Jun 2017]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/GP_paliativo_completa.aspx
17. Parodi J, Morante R, Hidalgo L, Carreño R.. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horiz. Med.* [online]. 2016 Lima. [citado 25 Jun 2017],: 16(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2016000100010&script=sci_arttext
18. Contreras E, Sanhueza I. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Jul 25] ; 22(1): 47-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>.
19. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador 2008. [Sede web].Quito.2013 [citado 20 Jun 2017]. Disponible en:
20. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan nacional del buen vivir 2013-2017. [Sede web].Quito.2013 [citado 20 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/consejo-nacional-de-planificacion-aprobo-el-nuevo-plan-nacional-para-el-buen-vivir/>
21. Ministerio de Salud Pública. Cuidados paliativos, Guía de Práctica Clínica. [Sede web].Quito.MSP.2014 [citado 20 Jun 2017]. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

22. Fajardo C, Bermudez S, Zaldívar N. Hipertensión Arterial e Insuficiencia Cardíaca. Apuntes de interés actual. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [Internet]. 2016 Cuba [citado 15 Jul 2017]; 22(3). Disponible en: <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/662>
23. Weschenfelder M., Martini G. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Abr [citado 26 Jul 2017] ; 11(26). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022
24. Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. Rev nefrología [Internet]. 2015 Jun [citado 15 Jul 2017]; 11(21). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-hipertension-arterial-secundaria-cuando-como-debe-investigarse-X1888970015445537>
25. Brunner. Manual de Diagnósticos de Enfermería Médico Quirúrgica. 13.^a ed. Philadelphia: Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo. Lippincott 2016 pag 379.
26. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de hipertensión arterial según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión. [Sede web]. 2017 Jul [citado 29 Jul 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms#clasificacion-de-hipertension-arterial-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-y-la-sociedad-internacional-de-hipertension-sih>
27. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión como un problema de salud comunitario. Paltex. [internet]. 1990 Washington, [citado 22 Jul 2017]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JNbIqn5asX8J:apps.who.int/iris/bitstream/10665/173963/1/La%2520hipertension%2520arterial%2520como%2520problema%2520de%2520salud%2520comunitario.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>

28. Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*. [Internet]. 2013 México [citado 22 Jul 2017]. 55(2): 144-150 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331011>
29. Weschenfelder M., Martini G. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Abr [citado 26 Jul 2017] ; 11(26). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022
30. Berenguer J. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN* [Internet]. 2016 Nov [citado 25 Jul 2017] ; 20(11): 2434-2438. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368448441015.pdf>
31. Escobar L, Serrano Y. Factores de riesgo de infarto agudo de miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Rev. virtual Soc. Parag. Med* [Internet]. 2016 Sep [citado 26 Jul 2017] ; 20(5): Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/393/612>
32. Briones M. Ejercicios físicos en la prevención de hipertensión arterial. *MEDISAN* [Internet]. 2016 Ene [citado 25 Jul 2017] ; 20(1):35-41 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100006&lng=es
33. Rodríguez M. La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *InterSedes* [Internet]. 2012 [citado 26 Jul 2017] ; 13(26): Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intersedes/article/view/2994>
34. Ortellado J, Ramírez A, González G, Olmedo G, Ayala M. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* [Internet]. 2016 [citado 20 Jul 2017] ; 3(2): Disponible en: http://http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S231238932016000200002&script=sci_arttext

35. Orellana D, Abril K, Lazo J, Serrano M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Rev Médica HJCA* [Internet]. 2016 May [citado 20 Jul 2017] ; 8(3): Disponible en: <http://www.revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/200/18>
36. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S, for the Standardized Hypertension Treatment and Prevention Network. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *J Clin Hypertens*. Greenwich [Internet]. 2016.Greenwich [citado 21 Jul 2017] ; 18(12): Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpssp/v41/1020-4989-RPSP-41-1.pdf>
37. Corrales Nevado D. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS [Internet]. 2012 May [citado 6 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003700>.
38. Moorhead, S., Johnson, M., Meridean L., & Swanson. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5^a ed. Elsevier, España, Barcelona, Madrid, Londres, México, Beijing, Toronto, Tokio, Sídney, Roma, Milán, Ámsterdam, Filadelfia, Múnich; 2014.
39. Gloria, M., Howard, B., & Joanne, M. D Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a ed. Elsevier, Barcelona, Boston, Madrid, Londres, México, Beijing, Toronto, Tokio, Sídney, Orlando, París, Milán, Ámsterdam, Filadelfia, Múnich; 2014.
40. Peñacoba C, Velasco L, Mercado F. Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de Cuidados Paliativos. *Psicología y Salud*. 2005, 15(2): 13-8.
41. FIGUEREDO, K. 2013. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para

mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. Tesis defendida en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

42. Ortunio M; Guevara H; Cardozo R. Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial. Informe Medico [internet]. 2013 [citado 30 Jul 2017]; 15(2): Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=13169688&AN=88420677&h=fzEK09R67A%2b359sBnyWKxAJ4JR60IkhFTDkeHtINym9H1LYRcsExi9LNDkqeDIILK5QaILTLx%2bIbGHF6AhvdQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authType%3dcrawler%26jrnl%3d13169688%26AN%3d88420677>
43. Rodríguez R, Cruz M, Silva D, Márquez O, Valdés J. Caracterización clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Finlay. [Internet].. 2017 Jun [citado 28 Jul 2017] ; 7(2): disponible en: scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf02207.pdf
44. Ecobedo D. Nivel de satisfacción de los derechohabientes de 20 a 59 años que reciben atención médica con el nuevo proyecto de mejora unifila (paciente sin cita) en la unidad de medicina familiar No. 10, IMSS de la delegación Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes. [Internet].. 2017 Ene [citado 31 Jul 2017]: Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/1264>
45. Flórez José, González R, Guerra A. Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama. Rev Av. Enferm [Internet]. 2016 Nov [citado 20 Jul 2017] ; 34(3): 215-225: Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/48780/60924>
46. Hermosilla A, Sanhueza O. Control Emocional, Felicidad Subjetiva Y Satisfacción Vital Relacionados Al Afrontamiento Y Adaptación En Personas Con Cáncer Avanzado. Cienc. Enferm. [Internet]. 2015 Abr [citado 20 Jul

- 2017]; 21(1):11-21. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100002
47. Figen Erol Ursavaş, Özgül Karayurt, y Özge İşeri. Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. *J Breast Health*. [Internet]. 2014 Jul [citado 25 Jul 2017] ; 10(3): 134–140. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5351537/>
48. Alvarado Alejandra, Salazar Ángela. La adaptación al dolor crónico benigno en los adultos mayores. *Investigación y Educación en Enfermería*. [Internet]. 2015 Abr [citado 23 Jul 2017] ; 33(1): 128-137. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100016&script=sci_arttext&tlng=es
49. Muñoz A, Moreno I. El modelo de Adaptación de Callista Roy en el proceso de institucionalización de la Enfermería. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2015 Nov [citado 23 Jul 2017] ; 22: Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/311124591_El_modelo_de_Adaptacion_de_Callista_Roy_en_el_proceso_de_institucionalizacion_de_la_Enfermeria

ANEXOS

ANEXO1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Proyecto: Cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba

En el Distrito de Salud Chambo-Riobamba, se desarrolla una investigación en el área de la Salud Pública, con el propósito de diseñar intervenciones interdisciplinarias de cuidados paliativos dirigidas al mejoramiento de la adaptación de los pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a las repercusiones negativas y la calidad de vida, para lo cual se requiere recabar datos que accedan al diagnóstico de las dimensiones de calidad de vida afectadas en estos pacientes y las dificultades para adaptarse a su condición de salud.

Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de esta investigación, por lo que de estar de acuerdo, se le aplicarán cuestionarios que permitirán establecer las regularidades relacionadas con el diagnóstico mencionado.

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida. La misma se utilizará de manera ética, sin perseguir malevolencia, ni maleficencia, cuidando de su privacidad e integridad moral.

Usted tiene el derecho de negarse a participar en esta investigación; además, puede abandonarla en el momento que lo desee. Al respecto, declaro que "he leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han esclarecido las dudas que he planteado; por lo que, consiento voluntariamente participar en este estudio", y para que así conste, firmo la presente:

Fecha (día/mes/año): _____ / _____ / _____

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Firma del participante _____

ANEXO 2. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVSP) DE: C. PEÑACOBAY Y COL., 2004-ADAPTADO POR K. FIGUEREDO, 2008,2015- PROTOCOLO DE REGISTRO.

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVS-P)
De: C. Peñacobay y cols., 2004 – Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017 – PROTOCOLO DE REGISTRO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____	
Dirección: _____	
Distrito de salud: _____	Centro de salud: _____
Edad: _____ años	Género: Femenino ___ Masculino ___
Religión que practica: _____	
Auto identificación étnica: Blanco ___ Mestizo ___ Indígena ___ Afro- Ecuatoriano ___	
Estado civil: Soltero/a: ___ Casado/o: ___ Divorciado/a: ___ Viudo/a: ___ Unión de hecho: ___	
Nivel de instrucción: Básica ___ Bachillerato ___ Nivel técnico ___ Tercer nivel ___ Cuarto nivel: ___	
Profesión u Oficio: _____ Jubilado: Si ___ No ___	
¿Con quién vive Ud? _____	
Ud padece de: Presión Alta: ___ Diabetes: ___ Enfermedades del corazón: ___ Sobrepeso: ___	
Cáncer: Si ___ NO: ___ ¿Dónde?: _____	
Consecuencias de la enfermedad: Si ___ NO ___ ¿Cuáles? _____	
Padece de otras enfermedades: Si ___ NO: ___ ¿Cuáles? _____	
Capacidades especiales: Si ___ No ___	
Ud consume: Tabaco: ___ Alcohol: ___ Café: ___ Ninguno: ___	

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVS-P)
 De: C. Peñacobya y cols., 2004 – Adaptado por K- Figueredo, 2008, 2015 – PROTOCOLO DE REGISTRO

INTERESA CONOCER EL GRADO EN QUE SU ESTADO DE SALUD ACTUAL (ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS) LE HA AFECTADO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. MARQUE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

DIMENSIONES BÁSICAS DE CALIDAD DE VIDA

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
1	¿Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona?				
2	¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?				
3	¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?				
4	¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?				
5	¿Es independiente en las actividades de cuidado personal?				
6	¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?				
7	¿La enfermedad afecta su descanso?				
8	¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?				
9	¿Ha limitado su enfermedad las relaciones con las demás personas?				
10	¿Ha limitado la enfermedad su trabajo?				
11	¿Ha afectado su enfermedad a su familia?				

DIMENSIONES EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
12	¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?				
13	¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?				
14	¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?				
15	¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?				

VALORACIÓN GLOBAL	INSATISFECHO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento.			

ANEXO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS

PARROQUIA FLORES

RECOLECCIÓN DE DATOS

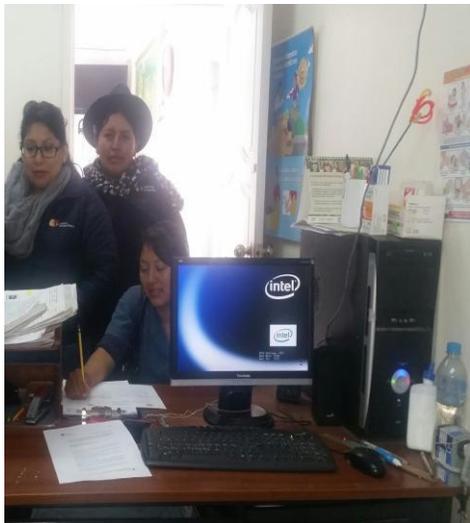


REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



PARROQUIA VELASCO

INFORMACIÓN DEL PERSONAL



COLABORACIÓN DEL PERSONAL PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



PARROQUIA VELASCO

**FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



APLICACIÓN DE LA ENCUESTA



PARROQUIA FLORES

**INFORMANDO EL MOTIVO PÓR EL
CUAL SE REALIZA LA ENCUESTA**



APLICANDO LA ENCUESTA



ANEXO 4. PROPUESTA

TÍTULO

Intervenciones de Enfermería en cuidados paliativos a pacientes Hipertensos adultos y adultos mayores orientados en la teoría de Sor Callista Roy.

DATOS INFORMATIVOS

Institución ejecutora

Unidades Operativas de la parroquia Flores y Velasco de la ciudad de Riobamba.

Beneficiarios

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en las Unidades Operativas de las parroquias Flores y Velasco de la ciudad de Riobamba.

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La Estrategia plantea un modelo colaborativo, interdisciplinario, basado en la coordinación entre niveles asistenciales y recursos convencionales específicos de cuidados paliativos. La propuesta se fundamenta en la teoría de la adaptación de Sor Callista Roy.

La línea base de la propuesta se estructuró a partir de un conjunto de indicadores de tipo cualitativo enfocados hacia la calidad de vida, la satisfacción y el estado global de salud, para hacer un diagnóstico de la situación real de los pacientes hipertensos adulto y adultos mayores en las parroquias Flores y Velasco, establecer las estrategias necesarias a nivel individual, familiar y comunitario para optimizar las intervenciones y cuidados de enfermería en este grupo poblacional.

OBJETIVO

- Disponer de intervenciones de Enfermería en cuidados paliativos a pacientes hipertensos adultos y adultos mayores orientados en la teoría de Sor Callista Roy basado en el modelo de adaptación de alcance individual, familiar y comunitario en las Unidades Operativas pertenecientes a las parroquias Flores y Velasco, 2017.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICOCIENTÍFICA

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías como: la teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.⁽⁴⁵⁾

Para esta teorizante, un sistema es un conjunto de partes conectadas que funcionan como un todo para cumplir un objetivo a través de la interdependencia entre dichas partes. Además de poseer una entidad global y una serie de partes interrelacionadas, en su sistema se distinguen entradas, salidas y procesos de control e interacción.⁽⁴⁷⁾

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** define como la persona que recibe los cuidados holísticos y adaptables.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total.
- **Entorno:** adaptación a la persona que se engloba tanto a factores internos como externos.

- **Dirección de las actividades:** define como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y de mejora la transformación del entorno. Roy identifica las actividades de la enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influye en la adaptación.⁽⁴⁶⁾

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.^(47,48)

También considera que las personas tienen cuatro métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** hace referencia a la necesidades de: nutrición, eliminación, ejercicio descanso y protección.
- **La autoimagen:** el yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- **El dominio de un rol:** cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado.
- **Interdependencia:** es un dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias, esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.⁽⁴⁹⁾

Intervenciones de Enfermería en Cuidados Paliativos a pacientes hipertensos adultos y adultos mayores orientados en la Teoría de Sor Callista Roy

- I. **Intervención de enfermería:** es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.
- II. **Cuidados de enfermería:** son las obras que se realizan con el fin de mejorar la salud del paciente, están encaminadas a buscar el bienestar tanto para el paciente como para el profesional de enfermería.
- III. Las intervenciones de enfermería declaradas en la propuesta son realizaron en base a nuestros conocimientos y tomados de autores (35,36) NIC y NOC como fuentes para esta matriz.

INTERVENCIONES	CUIDADOS	TEORÍA DE SOR CALLISTA ROY
<p align="center">NECESIDADES FISIOLÓGICAS BÁSICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar un régimen nutricional de acuerdo al diagnóstico de las preferencias alimentarias que consume el paciente. • Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en respeto para facilitar o asegurar una alimentación adecuada. • Establecer un horario de asesoramiento nutricional de acuerdo a la disponibilidad de cada población. • Establecer metas respecto a la nutrición. • Proporcionar información acerca de las necesidades de modificación de la dieta. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: mejorar la información disponible sobre los hábitos de una vida saludable.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: el paciente comprenderá la importancia de una nutrición adecuada y así adaptarse a las nuevas restricciones.</p>
<p align="center">NUTRICIÓN</p>		
<p>Asesoramiento nutricional</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;">   </div>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar la cultura y costumbres de acuerdo a su lugar de origen. • Proveer de material informativo para el paciente con hipertensión arterial. 	
<p>Enseñanza-Dieta</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos de la dieta prescrita. • Evaluar las costumbres actuales y anteriores de alimentación del paciente así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales. • Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente, familia que pueden afectar el seguimiento de la dieta prescrita. • Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos. • Instruir como leer las éticas que describen el contenido de grasas y sales de los alimentos. • Determinar la delimitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos. • Incentivar la creación de huertos familiares de acuerdo a su localidad. • Elaborar y proporcionar los planes de comida. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: mejorar los hábitos alimentarios y la práctica regular.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: Identificara que alimentos y planes de dieta son los adecuados para su patología.</p>
ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza sobre los patrones normales de eliminación: 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: evitar complicaciones como infecciones recurrentes.</p>
Patrón de eliminación		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Olor de la orina ○ Cantidad de orina. ○ Partículas visibles en la orina. ○ Signos y síntomas de molestias al orinar. 	<p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: adaptación a las nuevas restricciones</p>
<p>Manejo del peso</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar al paciente, cuidador y familia la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. ● Comentar con el paciente y familia los hábitos, costumbre, factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso. ● Control del peso para evitar complicaciones. 	
<p>EJERCICIO-DESCANSO</p> <p>Enseñanza-ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimiento del paciente. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: preparar al paciente para que consiga y mantenga el nivel de ejercicio acorde a sus necesidades.</p>

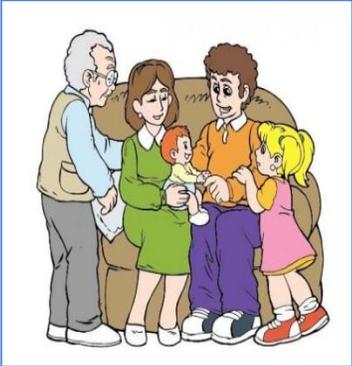
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente así como su condición y su nivel cultural. • Informar al paciente, familia el propósito y beneficios del ejercicio. • Indicar al paciente que notifique los posibles problemas como: dolor mareo tumefacciones al personal sanitario. • Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio a la rutina diaria. • Proporcionar información acerca de los grupos de apoyo comunitario para aumentar el cumplimiento del paciente con el ejercicio. 	<p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: mejorará su estilo de vida.</p> <p>Adaptación a las nuevas restricciones</p>
<p>Fomentar el ejercicio</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las creencias de salud del paciente, familia sobre el ejercicio físico. • Animar al paciente a empezar o continuar con el ejercicio físico. • Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Recomendar que antes y después de realizar actividad física se debe medir la presión arterial. • Se recomiendan realizar ejercicios aeróbicos como una caminata de (una cuadra), durante 40 a 50 minutos evaluando la condición del paciente. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: pondrá en práctica las actividades planificadas de acuerdo a su condición de salud.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico. • Incluir a la familia del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. 	
<p>Terapia de relajación</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente tranquilo sin interrupciones con luces suaves y una temperatura agradable. • Explicar el beneficio de la relajación con: terapias alternativas: meditación, musicoterapia, respiración rítmica, yoga. • Mostrar, practicar, alentar al paciente y familia de las técnicas de relajación. • Fomentar la participación en actividades al paciente y familia. • Evaluar regularmente las indicaciones que refieran el paciente sobre la relajación conseguida y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: disminuir la ansiedad del paciente para evitar la angustia el estrés y la ira.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: disminuirá los factores que alteren su bienestar.</p>
<p>PROTECCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información y apoyo al paciente que debe tomar una decisión sobre los cuidados que debe mantener en su vida diaria para el mejoramiento de su condición de salud. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: proporcionar información y apoyo al paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p>
<p>Apoyo en la toma de decisiones</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. 	<p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: el paciente y familia podrá decidir sobre su salud de acuerdo a sus valores y creencias que beneficiara la calidad de vida.</p>
<p>Educación sanitaria</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias. • Determinar el contexto e historial sociocultural de la conducta sanitaria del paciente y familia. • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo y familia. • Ayudar a las personas, familia para clarificar las creencias y valores sanitarios. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: comprensión efectiva sobre el fomento y protección de la salud.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: mejorara su conocimiento y conductas con respecto a su salud.</p>
<p>Ayuda en la modificación de sí mismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmación del cambio auto dirigido puesto en camino por el paciente para conseguir los objetivos personales importantes. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: el paciente desarrollara cambios oportunos y mejorar sus estilos de vida.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: a modificar los cambios de sí mismo</p>

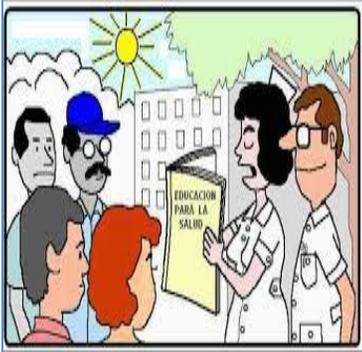
	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas. • Averiguar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. 	<p>mediante el cambio de conducta.</p>
<p>AUTOCONCEPTO Apoyo emocional</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar con el paciente y familia que ha desencadenado las emociones. • Ayudar a reconocer al paciente los sentimientos tales como: ansiedad ira o tristeza. • Aminorar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimiento o ira del paciente. 	<p>Paciente: hipertenso Meta: mejorar la seguridad y bienestar en los momentos de tensión. Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total Entorno: individuo y familia. Dirección de las actividades: expresar sus sentimientos y mejor su situación ante el problema.</p>
<p>Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Valorar la comprensión del paciente al proceso de enfermedad. • Fomentar a las actividades sociales y 	<p>Paciente: hipertenso Meta: mejorar los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes y cambios que interfieran en la enfermedad.</p>

	<p>comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilos de vida. 	<p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: a mejorar en el afrontamiento.</p>
<p>DOMINIO DEL ROL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a la enfermedad o discapacidad. 	<p>Paciente: hipertenso</p>
<p>Potenciación de roles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los hijos adultos a aceptar la dependencia de los progenitores y los cambios de rol implicados. 	<p>Meta: ayudar al paciente cuidador y familia a mejorar las relaciones y conductas del rol.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles. • Facilitar la conversación sobre adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del paciente. • Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles. 	<p>Salud: mantener una buena relaciones respetando los roles dentro de la familia.</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: a mantener buenas relaciones de acuerdo a las funciones que desempeñan en el hogar.</p>
<p>INTERDEPENDENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de aprendizaje, habilidades para la vida diaria para el paciente 	<p>Paciente: hipertenso</p>
<p>Potenciación de las actitudes</p>		<p>Meta: desarrollar la capacidad del</p>

<p>para la vida diaria</p> 	<p>y familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del paciente para aprender información específica es decir considerar las creencias de salud del paciente, el incumplimiento previo, las malas experiencias con el servicio sanitario o educativo. • Enseñar al paciente como manejar los síntomas de la enfermedad. • Incluir al cuidador y familia en el proceso de adaptación a cambios emocionales que presenta el paciente frente a la enfermedad. 	<p>paciente para afrontar las exigencias y dificultades de la vida diaria.</p> <p>Salud: mantener una actitud positiva en la vida diaria</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: desarrollara acciones que faciliten el aprendizaje para la adaptación los cambios producidos por la enfermedad.</p>
<p>Enseñanza-proceso de enfermedad</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. • Proporcionar información al paciente y familia acerca de la enfermedad. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: conocer y comprender la información relacionada con el proceso de la enfermedad.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p> <p>Entorno: individuo y familia.</p> <p>Dirección de las actividades: la información proporcionada será efectiva, que ayudara a llevar la enfermedad de mejor manera.</p>

<p>Enseñanza: procedimiento/ tratamiento</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y familia acerca del propósito del tratamiento. • Dar tiempo al paciente, familia para que realice preguntas y exponga sus inquietudes. • Realizar las visitas domiciliara para verificar el cumplimiento del régimen terapéutico. 	<p>Paciente: hipertenso Meta: el paciente comprenderá y pondrá en práctica los cuidados en el tratamiento. Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total Entorno: individuo y familia. Dirección de las actividades: cumplirá con el régimen terapéutico.</p>
<p>Manejo de la medicación</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación. • Enseñar al paciente y familia el método de administración de los fármacos. • Enseñar al paciente cuando debe solicitar atención médica. 	<p>Paciente: hipertenso Meta: conocerá la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total. Entorno: individuo y familia. Dirección de las actividades: llevará un buen manejo de la medicación de acuerdo a lo aprendido.</p>
<p>FAMILIAR</p> <p>Fomentar la implicación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. 	<p>Paciente: hipertenso Meta: facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. Salud: mejorar los cuidados para evitar</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. • Identificar y anticipar las necesidades de la familia. • Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados. • Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. • Determinar el nivel de dependencia respecto a la familia que tiene el paciente, según corresponda por la edad o la enfermedad. • Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. 	<p>complicaciones.</p> <p>Entorno: familiar.</p> <p>Dirección de las actividades: mantener una buena relación familiar e involucrarlos al cuidado del paciente.</p>
<p>COMUNIDAD Educación para la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos de riesgo (ECNT). • Identificar las determinantes de salud de la población (biológico, sistema sanitario, estilos de vida y medio ambiente). • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir con las conductas saludables. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: crear espacios para desarrollar los estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud.</p> <p>Salud: proceso de llegar a ser una persona en un ser integrado y total</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida. • Desarrollar información en materiales educativos de acuerdo a la población. • Utilizar demostraciones repetitivas con participación activa de la población. • Utilización de medios tecnológicos que ayuden al aprendizaje. • Utilizar sistemas de apoyo social para potenciar la eficacia de modificación de conductas de estilos de vida saludables. • Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables. 	<p>Entorno: comunitario</p> <p>Dirección de las actividades: fortalecerá a la participación activa y a la toma de decisiones sobre la salud y adoptar medidas preventivas destinadas a mejorar su bienestar.</p>
<p>Grupos de apoyo</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente para que se adapte a un nuevo estilo de vida. • Determinar el lugar más apropiado para la reunión del grupo. • Determinar una hora y lugar para las reuniones respetando los espacios de los miembros del grupo. 	<p>Paciente: hipertenso</p> <p>Meta: mantener un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud.</p> <p>Salud: mejorar la relación con los miembros del grupo.</p> <p>Entorno: comunitario</p> <p>Dirección de las actividades: a la participación activa y a adoptar medidas preventivas destinadas a mejorar su bienestar.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los temas de disertación de acuerdo a las necesidades encontradas en el grupo. 	
<p>Apoyo de programas</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener activo el programa del club de diabéticos e hipertensos. • Trabajar conjuntamente con el proyecto Ecuador ejercítate para promover la práctica de la actividad física para superar los problemas derivados del sedentarismo y mal uso del tiempo libre. 	<p>Paciente: hipertenso Meta: integrar al paciente, familia y comunidad a mejorar el estado de salud. Salud: brindar un servicio de atención primaria permanente, para que la calidad de vida. Entorno: comunitario Dirección de las actividades: a evitar el sedentarismo y mejorar el conocimiento en cuanto a la enfermedad.</p>
<p>Visitas domiciliarias</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el propósito y número de visitas. • Establecer objetivos a corto, mediano y largo plazo este deben ser realistas, pertinentes, mensurables y observables, e irán dirigidos a mejorar la calidad de vida tanto de la persona, familia y comunidad. • Conocer el medio donde se desarrolla la vida familiar, (entorno). • Informe previamente a sus familiares la hora acordada para la visita. • Determinar roles habituales del paciente dentro del sistema familiar. 	<p>Paciente: hipertenso Meta: escuchar de forma empática para comprender con sinceridad la situación del paciente y trabajar de forma colaborativa a lo largo de varias visitas domiciliarias para identificar y solucionar los problemas que tiene el paciente y familia. Salud: favorecer y resolver las situaciones que enfrenta en cada visita. Entorno: individuo y familia. Dirección de las actividades: resolver problemas de salud y bienestar del paciente y su familia.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades.• Valorar el grado de cumplimiento de las indicaciones dadas por el equipo de salud.• Remitir al paciente a otros profesionales sanitarios.	
--	--	--