



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

Título

“DIMENSIONES CLÍNICAS DE LA ATENCIÓN PALIATIVA AL
ADULTO MAYOR HIPERTENSO CENTROS DE SALUD LICTO
Y ESPOCH - LIZARZABURU, 2017”

AUTORES(ES):

Mayra Elisa Arias Ortiz

Karina Elizabeth Verdezoto Castro

TUTOR

Dra. Eida Ortiz Zayas

Riobamba – Ecuador

Año 2017

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: **“Dimensiones clínicas de la atención paliativa al adulto mayor hipertenso centros de salud Licto y Espoch - Lizarzaburu, 2017”** presentado por: **Mayra Elisa Arias Ortiz y Karina Elizabeth Verdezoto Castro** y dirigido por la **PhD. Eida Ortiz Zayas**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

MsC. Graciela Rivera H.
Presidente del Tribunal


.....
FIRMA

MsC. Mónica Valdiviezo M.
Miembro del Tribunal



.....
FIRMA

MsC. Cielito Betancourt M.
Miembro del Tribunal

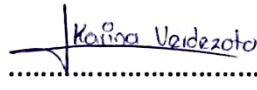

.....
FIRMA

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Nosotras, Mayra Elisa Arias Ortiz y Karina Elizabeth Verdezoto Castro, declaramos que somos responsables del contenido, ideas y resultados planteados en el presente proyecto y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



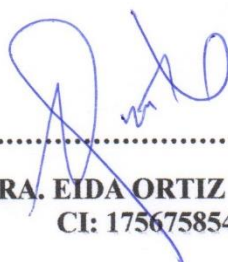
.....
Mayra Elisa Arias Ortiz
CI: 1723515670



.....
Karina Elizabeth Verdezoto Castro
CI: 0606106003

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por las Srtas.: **MAYRA ELISA ARIAS ORTIZ** y **KARINA ELIZABETH VERDEZOTO CASTRO**, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



.....
DRA. EIDA ORTIZ ZAYAS
CI: 1756758544

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la carrera de Enfermería, de la Universidad Nacional de Chimborazo que participaron impartiendo sus conocimientos y en especial, a la Dra. Eida Ortiz Zayas por su paciencia, tiempo y dedicación al guiarme en el desarrollo del presente proyecto.

Al personal que labora en los centros de salud de Licto y EsPOCH-Lizarzaburu por su colaboración. A los pacientes adultos mayores hipertensos de la población estudiada por su gentileza y apertura.

A la Dra. Katuska Figueredo y al Dr. Carlos Gafas por su paciencia y aporte de ideas.

A nuestros Padres por los esfuerzos realizados, por su amor, paciencia, ejemplo y apoyo constante e incondicional que siempre nos han brindado a lo largo de la vida; quienes siempre creyeron y confiaron en nosotras.

Karina Verdezoto y Mayra Arias

DEDICATORIA

Todo el esfuerzo y dedicación de estos años para:

A Dios que día a día está siempre con nosotros sin desampararnos, derramando bendiciones en todos los momentos de nuestra vida.

Los pilares fundamentales en nuestra vida por su ejemplo, apoyo, amor y paciencia en cada momento de nuestra vida, nuestros padres que son un ejemplo de superación y perseverancia

Karina Verdezoto y Mayra Arias

ÍNDICE

PORTADA.....	I
PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
ÍNDICE.....	VII
RESUMEN.....	VIII
SUMMARY.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	7
OBJETIVO GENERAL:	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
MARCO TEÓRICO	8
METODOLOGÍA	20
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

RESUMEN

El presente proyecto se desarrolló dirigido a los pacientes adultos mayores hipertensos que son atendidos en los centros de salud de Espoch-Lizarzaburu y Licto con el objetivo de caracterizar las dimensiones clínicas para la atención paliativa, dentro de las dimensiones clínicas encontradas podemos destacar que la afección principal en los adultos mayores hipertensos es la cefalea, produciendo malestar, seguido de debilidad muscular que impide la realización de algunas actividades y por último algunos pacientes manifestaron que presentan visión borrosa acompañada de mareos en la mayoría de tiempo, siendo algunos de estos síntomas adjudicados a la edad avanzada de la población de estudio.

La hipertensión es un problema de salud pública mundial que aqueja a la población de una manera silenciosa y letal, además constituye un factor de riesgo para otras enfermedades frecuentes a nivel mundial, es un signo importante de alerta que indica que son necesarios cambios urgentes y significativos en el modo y estilo de vida. Entre la población afectada se destacan los adultos mayores, los mismos que no tienen acceso suficiente a la información necesaria para poder controlar o prevenir la enfermedad. En los cuidados paliativos se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y el sufrimiento en los pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas. La familia juega un papel primordial en la atención del adulto mayor por lo que se desarrolló una guía para el familiar del adulto mayor hipertenso con la finalidad de proporcionar información básica sobre los cuidados que contribuyen al mantenimiento del estado de salud del paciente.

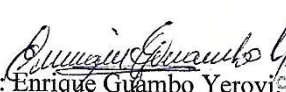
Palabras clave: cuidados paliativos, hipertensión, adultos mayores, calidad de vida, satisfacción, estilos de vida.

Abstract

The present project is developed to the elderly hypertensive patients who are treated at the Espoch-Lizarzaburu and Licto health centers with the objective of characterizing the clinical dimensions for palliative care. Within the clinical dimensions found, we can highlight that the main condition in the elderly hypertensive is headache, causing discomfort, followed by muscle weakness that prevents the performance of some activities and finally some patients demonstrate that they present blurred vision in addition to dizziness most of the time, some of these symptoms being because of the advanced age of the study population.

Hypertension is a global public health problem that oppress the population in a silent and lethal manner, and it is a risk factor for other diseases worldwide. It is an important sign of alert that urgent and significant changes are needed in the way and lifestyle. Among the affected population, the elderly are the ones who do not have sufficient access to the necessary information to control or prevent the disease. Palliative care highlights the relief of symptoms, pain and suffering in patients suffering from chronic-degenerative diseases. The family plays an important role in the care of the elderly, so a guide is developed for the family member of the elderly hypertensive in order to provide basic information about the care that contributes to the maintenance of the patient's health status.

Key words: palliative care, hypertension, elderly, quality of life, satisfaction, lifestyles.

Reviewed by: 
Enrique Guambo Yero
Language Center Teacher.



INTRODUCCIÓN

Las personas que padecen hipertensión arterial deben cargar con algunos de los problemas que conlleva esta enfermedad. En muchas ocasiones se ha observado que, por falta de conocimientos, no han podido acceder a los servicios y sobre todo una información sobre el problema y los peligros de esta enfermedad.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Ecuador, las enfermedades hipertensivas constituyen la segunda causa de muerte, con una tasa de 28,70 por cada cien mil personas. ⁽¹⁾ La provincia de Chimborazo no escapa a esta realidad al registrar un número importante de casos de esa entidad anualmente. En los centros de Salud ESPOCH-Lizarzaburu y Licto se reportó la HTA como un problema de salud prioritario, de los 90 pacientes adultos mayores identificados en su mayoría manifestaron que al no contar con los suficientes recursos se sienten imposibilitados de realizar acciones directas para atenuar en parte factores de riesgo, de aquí se parte con una información hacia los cuidados paliativos en los pacientes adultos mayores hipertensos, elaborando una guía de cuidados encaminados a una información clara y de fácil manejo con el objetivo de llegar a esta población .

La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual, dentro de la sintomatología atribuible, se destaca la cefalea, palpitaciones, tinnitus y fatiga. La cefalea suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos son: zumbidos de oídos, epistaxis, mareos, hematuria, visión borrosa, episodios de debilidad muscular en miembros o vértigos. ⁽¹⁵⁾

Dentro de las dimensiones clínicas encontradas en este estudio podemos destacar que la afección principal en los adultos mayores hipertensos es la cefalea, produciendo malestar, seguido de debilidad muscular que impide la realización de algunas actividades y por último algunos pacientes manifestaron que presentan visión borrosa acompañada de mareos en la mayoría de tiempo, siento algunos de estos síntomas adjudicados a la edad avanzada de la población de estudio.

Los cuidados paliativos (CP) son definidos por La Organización Mundial de la Salud (OMS) como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias, los cuales se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, considera que el equipo socio-sanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades.⁽²⁾

La mayoría de los adultos que necesitan CP padecen de enfermedades crónicas tales como: cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, sida y diabetes. Otras afecciones como: insuficiencia renal, hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos también requieren asistencia paliativa.⁽³⁾

El envejecimiento demográfico a nivel mundial impone un desafío para los gobiernos de las diferentes naciones. Hacia el año 2050, se calcula que en América Latina habrá tantas personas convirtiéndose en adultos mayores cada año como nuevos nacimientos⁽⁴⁾ fenómeno que se ve agravado si se tiene en cuenta el número de enfermedades para las que la edad avanzada constituye un factor de riesgo, dentro de las cuales destaca la hipertensión arterial (HTA).⁽⁵⁾

La detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión producen importantes beneficios sanitarios y de índole económica. Se puede prevenir modificando factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como: la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, tabaco o la inactividad física.

El tema elegido para la investigación tiene una gran importancia tomando en cuenta que en nuestro país, se ha impulsado El Plan Nacional del Buen Vivir⁽⁶⁾ que en su objetivo 3 plantea “Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población” mediante la promoción de prácticas de vida saludable en la población, fortalecimiento de la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

Según antecedentes revisados no se encontraron actividades relacionadas con nuestro tema investigado, de ahí parte la importancia de proponer acciones de

Enfermería dirigidas al cuidado paliativo del paciente adulto mayor hipertenso, la tarea de la enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, es dar secuencia a los cuidados que proporcione un conocimiento satisfactorio en la práctica de hábitos saludables, cuyo resultado es el buen control de la enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente y la familia evitando las complicaciones.

El cuidado a los adultos mayores debe enfocarse en la calidad de vida, por eso se pone en marcha esta investigación que tiene como beneficiarios a los pacientes adultos mayores hipertensos que son atendidos en los centros de salud de Licto y Espoch-Lizarzaburu, que a través de una guía cuidados pretende mejorar el estado de salud del paciente, enfocado en los cuidados paliativos, con una labor importante de la familia como patrón fundamental siendo estos pacientes en gran medida poco capaces de llevar a cabo un autocuidado.

Al recolectar datos de las unidades operativas, la población de estudio quedó conformada con un total de 90 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial como consta en las Historias Clínicas únicas de los pacientes.

Esta investigación pretende sugerir una guía para el familiar del adulto mayor hipertenso con la finalidad de proporcionar información básica sobre los cuidados que contribuyan al mantenimiento del estado de salud del paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar las dimensiones clínicas para la atención paliativa del adulto mayor hipertenso, Centros de Salud ESPOCH-Lizarzaburu y Licto de la ciudad de Riobamba, durante el período de abril a junio del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.
- Proponer una guía para el familiar del adulto mayor hipertenso con la finalidad de mantener su estado de salud.

MARCO TEÓRICO

Etimológicamente el término "paliativo" deriva de pallium, palabra latina que significa "capa", capote. Se refiere a proporcionar una capa para calentar a "los que pasan frío", toda vez que no pueden ser ayudados por la medicina curativa. Se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que padecen de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, para ayudar al paciente en su totalidad, buscando mejorar su calidad de vida. Estos cuidados no se relacionan con los cuidados institucionales, pero consisten básicamente en una filosofía que se puede utilizar en diversos contextos e instituciones, es decir, en el domicilio de la persona, en la institución de salud, en el hospicio o en una unidad específica destinada exclusivamente para este propósito dentro de la institución de salud.⁽⁷⁾

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS): "Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El Control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales, es primordial. La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias", la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso natural no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes, integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo. El mejorar la atención de enfermos en fases avanzadas es uno de los retos que tiene planteados la Medicina en esta década, en respuesta a esta apremiante necesidad, surgió la Medicina Paliativa, también llamada Cuidados Paliativos.⁽⁸⁾

Sus principios son aplicables desde las fases iniciales de la evolución de la enfermedad, hasta el mismo proceso de morir. Promueven la participación activa de la familia durante el proceso de morir, y establecen medidas de atención del duelo.

Principios de base de los Cuidados Paliativos:

- Exige una evaluación cuidadosa de cada persona enferma, considerando su historia detallada, su examen físico y otras indagaciones. La gente enferma debe tener acceso inmediato a toda la medicación necesaria.
- Afirman la vida y entienden el morir como proceso normal. Estos cuidados tienen como objetivo asegurar a las personas enfermas condiciones que las capaciten y las animen para vivir su vida de una forma útil, productiva y plena hasta el momento de su muerte.
- No apresuran ni posponen la muerte; no deben acortar la vida "prematuramente", los pacientes pueden rechazar los tratamientos médicos
- Ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente. La familia es una unidad de cuidados y, por eso, las dudas y dificultades de sus miembros deben ser identificadas y atendidas. ⁽⁷⁾

La adultez es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad donde el hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones. La clasificación por edades de la adultez es: Adulto joven de 18 años a 35 años. Adulto maduro de 35 años a 59 años a esa edad. ⁽⁹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de tercera edad. ⁽¹⁰⁾

Según la OMS Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. ⁽¹¹⁾

Es por esto que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez, debemos considerar las familiares, sociales y de los mismos ancianos.

Desde la parte fisiológica al envejecimiento se la define como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son diferentes para cada individuo, es por ello que las personas de la de tercera edad requieren mayor atención medica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte.

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, los adultos mayores logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con la sociedad. Es por ellos, los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y pueden tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida, así es que debemos respetarlos como tal. ⁽¹⁰⁾

Para definir el término de adulto mayor, es necesario definir otras palabras que hacen parte del contexto social y que los identifica estas personas como seres integrales y son:

GERIATRÍA: Según a la OMS es la especialidad de la medicina que se encarga de aspectos preventivos curativos, y de la rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor, esta definición abarca toda la parte médica y científica que va encaminada a curar las enfermedades que padece por lo general el adulto mayor, evaluando y rehabilitando con su aporte científico.

GERONTOLOGÍA: Para la OMS es la ciencia que estudia, el proceso del envejecimiento humano y de los fenómenos que lo caracterizan desde el punto social, biológico y psicológico, esta definición es más integral toma al adulto mayor en varias dimensiones para estudiar sus comportamientos como sus evoluciones a lo largo de su vida.

ANDROGOGÍA: De acuerdo a la OMS es la disciplina que se encarga de la educación y el aprendizaje del adulto mayor, esta definición es de suma importancia porque la mayoría de las personas y de la sociedad cree que el adulto mayor, es una persona que ya no aprende con esta pequeña definición nos damos cuenta que existe en una parte de la pedagogía que se encarga de enseñar de otra manera a estas personas que no están en las mismas capacidades de aprender que otra persona, pero que sin embargo aún están en proceso de aprendizaje. Hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores.

1. **Anciano sano:** es una persona de edad avanzada sin enfermedades objetivable, es decir, que no se puede medicalizar. Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.
2. **Anciano Enfermo:** es aquel anciano sano que presenta una enfermedad aguda. Es decir, su perfil es similar al de cualquier adulto que presenta una enfermedad y que acude a una consulta o tiene un ingreso a un hospital por un proceso único. No tiene demencias ni conflictos sociales que generen riesgo a su salud. Sus problemas de salud pueden ser atendido con el servicio convencional y con la especialidad médica pertinente.
3. **Anciano Frágil:** Conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo. Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo conducir un coche por un periodo prologado) puede necesitar ayuda. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad.
4. **Paciente geriátrico:** persona de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes de para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de

enfermedad neurodegenerativa o mental. En este tipo de paciente hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria. La práctica geriátrica.

Las enfermedades más comunes en el adulto mayor se presentan más específicas que en otras personas, esto se debe a el proceso del envejecimiento, que son procesos esperados, las enfermedades en el adulto mayor, vienen ligadas de dos maneras, una por la predisposición genética y otra por estilos de vida desde su niñez, aquí es donde el personal de enfermería actúa dándole cuidados integrales a mejorar o tener en equilibrio estas condiciones del paciente y son: Arterioesclerosis, artrosis, Artritis, Alzheimer, Párkinson, Hipertrofia benigna de próstata, Gripe, Malnutrición, Sordera, Presión arterial alta, Problemas demencia senil, Osteoporosis, Accidente cerebro vascular (ictus)⁽¹²⁾.

En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario.

PRESION ARTERIAL: La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como la Presión Arterial Sistólica, Presión arterial diastólica, Presión Arterial media y Presión Arterial Diferencial. Es la relación entre el gasto cardiaco o volumen circulante, viscosidad sanguínea y resistencia periférica.

TIPOS:

- ✓ **Presión arterial sistólica:** Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra contraído. Se considera normal entre 120-90.
- ✓ **Presión arterial diastólica:** Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra relajado. Corresponde a la presión mínima. Se considera normal entre 80-60.⁽¹³⁾
- ✓ **Gasto cardiaco (GC):** Está determinado por la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción, estos a su vez están en función del retorno venoso

que depende de otros factores como son: actividad constrictora o dilatadora de las venas, actividad del sistema renal, etc.

- ✓ **Resistencia Periférica Total (RPT):** Es la tensión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias que son los vasos que llevan la sangre desde el corazón a las demás partes del cuerpo. Es la consecuencia de dos fuerzas, una la que produce el corazón para impulsar la sangre y otra, la resistencia que ofrecen las arterias al paso de la sangre, sobre todo las más pequeñas que se llaman capilares.

Se considera la (HTA) como el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. Su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad, no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento (1):

La HTA, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg. Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS \geq 160 mmHg y PAD \geq 90 mmHg para hipertensión sistodiastólica. 2 En el caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS \geq 140 mmHg con PAD menor de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera presión arterial sistólica limítrofe y probablemente requiere tratamiento

CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL		
CATEGORIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión arterial grado 1	140-159	90-99
Hipertensión arterial grado 2	160-179	100-109
Hipertensión arterial grado 3	\geq 180	\geq 110
Hipertensión sistólica aislada	\geq 140	<90

en los menores de 85 años (1).

Fuente: Intervenciones de enfermería para la atención integral del paciente adulto con Hipertensión arterial (11)

Factores predisponentes: Entre los factores se señalan: edad, sexo, raza, herencia, hábitos de alimentación, peso corporal y lípidos plasmáticos.

Edad: Existe el criterio de que las cifras de presión diastólica, y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad. La presión arterial promedio tiende a aumentar de manera progresiva a medida que el individuo envejece. Este incremento en la frecuencia de HTA sobre la base de la edad, es siempre mayor para la sistólica, que puede aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica. Se ha demostrado que ésta es un factor de riesgo independiente en el adulto mayor, y su presencia incrementa el doble el peligro de muerte, y el triple el de muerte cardiovascular en este grupo

Sexo: De modo general, se acepta que la prevalencia de HTA es mayor en hombres que en mujeres, pero la relación con el sexo puede ser modificada por la edad; así las mujeres después de los 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de los hombres, aunque antes de los 40 están más protegidas que los varones contra la muerte por enfermedad coronaria. La razón de esta protección es discutida y se ha relacionado con numerosos factores, entre los cuales se encuentran el efecto protector de los estrógenos, el menor consumo de tabaco que los hombres y la disminución de la resistencia periférica total.

Raza: Existen evidencias de que la HTA en la raza negra tiene una prevalencia más alta y un pronóstico menos afortunado, dada la gravedad de la repercusión sobre los órganos diana en este grupo; por ejemplo, se ha señalado que la insuficiencia renal terminal en la HTA se presenta 17 veces con más frecuencia en negros que en blancos.

Herencia: Se conoce que esta patología tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla. Se sabe que la predisposición heredada en esta afección depende de un grupo de genes (herencia poligénica), cuyas expresiones a nivel

celular operan sobre los mecanismos de regulación hemodinámica o sobre el mismo aparato cardiovascular, lo cual hace al sujeto más sensible a la influencia de algunos agentes ambientales (ingesta de sodio, stress, sedentarismo, etc.).

Obesidad: El hipertenso obeso tiene mayor gasto cardíaco y menor resistencia periférica, por tanto, la obesidad

Dietas ricas en sodio: El consumo excesivo de sal interfiere con un mecanismo de seguridad natural del cerebro que impide que la presión arterial se eleve, es decir, desregula un circuito del hipotálamo y hace que se libere una cantidad excesiva de una hormona antidiurética (la vasopresina) lo que resulta en un aumento de la presión sanguínea.⁽¹²⁾

FISIOPATOLOGIA: En poblaciones cerca del 95 % de los pacientes hipertensos son esenciales o idiopáticos, es decir, no se identifica la causa de la afección, por lo que se ha sugerido que en esta intervienen múltiples factores, los cuales al interrelacionarse entre sí, desencadenan la enfermedad hipertensiva con la agresividad biológica que la caracteriza, pues se conoce que son muchos los factores hemodinámicos, renales, genéticos, endocrinos, neurohumorales y ambientales responsables de la HTA esencial.

En su fase establecida (crónica), la HTA se caracteriza por un gasto cardíaco (GC) normal o bajo con un aumento de la resistencia venosa periférica (RVP), aunque en algunas formas de HTA el GC puede estar elevado, con dos modalidades: a) HTA de gasto elevado dependiente de factores periféricos (mayor demanda hística o hipervolemia). b) HTA de gasto elevado dependiente de estimulación cardíaca (hiperactividad adrenérgica)⁽¹²⁾.

La mayoría de los hipertensos adultos mayores son asintomáticos. Es frecuente identificar la patología al encontrar manifestaciones de las complicaciones crónicas, desarrolladas a partir de una hipertensión sin tratamiento: insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular.⁽¹³⁾

Entre las primeras causas en el adulto mayor, sigue siendo la esencial la más frecuente. Ante la aparición después de los 60 años o resistencia al tratamiento, se debe sospechar en una causa secundaria, en especial de tipo renovascular o secundaria a aldosteronismo primario.

CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de PA pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos son: zumbidos de oídos, epístaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos.⁽¹⁵⁾

EVALUACIÓN CLÍNICA

La evaluación clínica del paciente se realiza de la siguiente manera:⁽¹⁵⁾

- Revisar la historia clínica y familiar.
- Interrogar sobre síntomas de daño en órgano blanco, estilos de vida e identificar los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades concomitantes.
- Además de la correcta medición de la PA, palpar los pulsos arteriales centrales y periféricos, evaluar soplos en el cuello y abdominales, palpación de glándula tiroidea, examen de corazón y pulmones, examen de abdomen que incluya riñones, detección de tumoraciones y pulsaciones aórticas, verificar edema de miembros inferiores y valoración neurológica.
- Calcular el índice de masa corporal
- Examen del fondo de ojo

En los Cuidados de Enfermería la medición de la tensión arterial (TA) en el adulto mayor debe realizarse con un cuidado especial para evitar aumentos artificiales y preferentemente a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas. Debe medirse en ambos brazos, pues en caso de haber obstrucción unilateral por aterosclerosis, podríamos pasar por alto el diagnóstico. La posición del paciente debe ser sentado y con la espalda apoyada o en decúbito supino (después de reposo por 5 min) y, de ser posible, hacer mediciones inmediatamente después de que se ponga de pie, para valorar la presencia de hipotensión ortostática. La PAS debe primero ser estimada mediante palpación, ya que la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff es frecuente en este grupo de pacientes.

(14)

La Enfermera como parte del equipo de salud y como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño de su rol docente proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención de la hipertensión arterial.

Es de vital importancia la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables, ya que en la mayoría de los casos son los profesionales del equipo de salud que establecen el primer y último contacto con el paciente, y que además por la naturaleza del trabajo de asistencial directa permanecen la mayor parte del tiempo al lado del enfermo hipertenso.⁽¹⁶⁾

Manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial que debe identificar el personal de enfermería

1. Realizar valoración a todos los pacientes adultos utilizando los patrones funcionales de salud, enfocándose en el patrón nutricional metabólico, actividad y ejercicio y cognitivo perceptual para identificar características clínicas tales como cefalea, acúfenos, fosfenos, mareo, debilidad y malestar general.
2. Realizar medición de la presión arterial para evaluar y diagnosticar hipertensión arterial en aquellos pacientes que tengan algún factor de riesgo o algún síntoma relacionado.

3. Se debe considerar la monitorización de la presión arterial en presencia de algún síntoma relacionado, con la finalidad de confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial; así mismo es necesario identificar el tipo de hipertensión y optimizar la predicción del riesgo cardiovascular.⁽¹⁷⁾

Intervenciones de enfermería de educación para la salud que fomentan el autocuidado del paciente hipertenso.

1. Las medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida para reducir la presión arterial son: Restricción de la ingesta de sal, moderación en el consumo de alcohol, modificación en la dieta diaria, reducción y control del peso, actividad física regular, abandono del tabaco, manejo de estrés.

2. Se recomienda que la población en general tenga una ingesta máxima diaria de >5 g de sal.

3. Informar y aconsejar sobre los alimentos que contienen un alto contenido en sal, tal como los embutidos, alimentos enlatados y aquellos que contengan conservadores.

4. Recomendar la adopción de unos hábitos dietéticos consistentes en un incremento del consumo de frutas y verduras así como de productos lácteos desnatados y la reducción del consumo de carnes rojas (dieta DASH).

5. Sugerir una dieta que incluya: 300 a 400 grs de frutas, verduras y hortalizas, fibra dietética, cereales integrales, consumo de pescado al menos dos veces por semana, reducción de productos con contenido de grasas saturadas y colesterol.

6. Se recomienda la pérdida de peso para pacientes hipertensos con sobrepeso y obesos.⁽¹⁷⁾

Educación del paciente, familiares y cuidadores

La finalidad de la educación del paciente está fundamentada en la promoción y prevención de enfermedades en primera instancia, pero cuando ya aparecen las enfermedades, especialmente las crónicas y/o degenerativas, se debe tener en cuenta tres líneas de trabajo:

- Capacitar al paciente, los familiares y sus cuidadores frente al conocimiento de su enfermedad, en la vigilancia de su tratamiento y en la prevención de las complicaciones derivadas de la propia enfermedad y de los tratamientos.
- Lograr que el paciente se vuelva autónomo, en los casos que pueda, frente a la dependencia que le crea su enfermedad respecto de las Clínicas, Médicos.
- Mediante los Grupos de Apoyo y la asistencia psicológica lograr que el paciente acepte su enfermedad y en aquellos casos donde el paciente no tiene conciencia de su entorno y de sí mismo, concientizar a los familiares y cuidadores.

La educación del paciente crónico, o en su defecto, de la familia y los cuidadores, debe ser dinámica, continua, bidireccional, motivante y adaptarse a cada paciente. Un adecuado conocimiento del paciente crónico, permite adoptar un diseño específico de aprendizaje de acuerdo a sus actitudes, comportamientos, destrezas y conocimientos.⁽¹⁸⁾

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de campo, con enfoque mixto; con el objetivo de describir las dimensiones clínicas para la atención paliativa del adulto mayor hipertenso, atendidos en los Centros de Salud de Licto y ESPOCH-Lizarzaburu de la ciudad de Riobamba, durante el período de tiempo comprendido entre abril y junio de 2017, a partir de dimensiones sociodemográficas y clínicas.

Se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto, mediante la observación y análisis se pudo registrar e identificar las principales afecciones que presentan los pacientes y para solucionar los problemas detectados se plantea una guía para el familiar hipertenso encaminada a mantener el estado de salud del paciente.

Se trabajó con la totalidad de la población de estudio, la que quedó conformada por 90 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, con edades iguales o superiores a los 65 años, con óptimo estado de salud mental, de acuerdo con participar en la investigación y que residían de forma permanente en el área de influencia de los Centros de Salud, en los que se desarrolló la investigación, durante el período de estudiado.

Como técnica para la recolección de los datos se empleó la encuesta, a través de un cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, tomado de Peña Coba y col. adaptada por Figueredo, al que se le realizaron adecuaciones mínimas para su aplicación al contexto cultural ecuatoriano. Este instrumento permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de dichos pacientes, así como identificar las dimensiones de calidad de vida y satisfacción.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas. Los mismos fueron

recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, lo que permitió facilitar su procesamiento e interpretación cualitativa de los resultados

Los investigadores respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvieron las respectivas autorizaciones de los representantes de ambos sub-centros de salud.

RESULTADOS

TABLA1. Distribución de los pacientes según edad y centros de salud

GRUPO DE EDADES	ESPOCH-LIZARZABURU		LICTO		TOTAL	%
	No	%	No	%		
65 a 70	20	22,2	5	5,5	25	27,7
71 a 75	15	16,6	1	1,1	16	17,7
76 a 80	16	17,7	3	3,3	19	21,1
81 y más	24	26,6	6	6,6	30	33,3
Total	75	83,3	15	16,6	90	100,0

Fuente: Encuestas.

Los datos muestran que el grupo de edad más afectado es el de 81 años y más con una representación de 30 pacientes (33.3%). Lo encontrado en esta investigación se puede explicar debido a que en el adulto mayor la rigidez de las arterias por la arterosclerosis produce alteraciones en las mismas y la acción de algunas hormonas como la adrenalina, noradrenalina, aldosterona y angiotensina II sobre la pared media arterial son los responsables de las cifras elevadas de la TA.

TABLA 2. Distribución de pacientes según el sexo y el centro de salud.

SEXO	ESPOCH-LIZARZABURU		LICTO		TOTAL	%
	No	%	No	%		
Femenino	51	56,6	12	13,3	63	70,0
Masculino	24	26,6	3	3,3	27	30,0
Total	75	83,3	15	16,6	90	100,0

Fuente: Encuestas

Teniendo en cuenta el sexo, se obtuvo un predominio del femenino con 63 pacientes (70%). Los mecanismos fisiopatológicos y neurohormonales que varían con respecto al sexo masculino, lo cual ha dado lugar a pensar que los estrógenos juegan un papel cardioprotector. En la menopausia, los valores de presión arterial aumentan debido a las

alteraciones del equilibrio hormonal. Por ello las mujeres de edad avanzada tienen más probabilidad de sufrir de HTA.

TABLA 3. Distribución según identificación étnica y centros de salud.

IDENTIFICACIÓN ÉTNICA	ESPOCH- LIZARZABURU		LICTO		TOTAL	%
	No	%	No	%		
Mestizo	72	96,0	9	60,0	81	90,0
Indígena	3	4,0	6	40,0	9	10,0
Blanco	-	-	-	-	-	-
Total	75	83,3	15	16,6	90	100,0

Fuente: Encuestas

En la investigación se demuestra que en cuanto a la etnia el mayor porcentaje se encontró en la raza mestiza, seguido de la raza indígena, sin encontrar ningún reporte en la raza blanca. Esto se puede explicar debido a que en el caso del centro de salud de Licto el mismo se encuentra en área rural donde predominan las personas mestizas y el ESPOCH- Lizarzaburu a pesar de estar ubicado en la zona sur de la ciudad la gran mayoría de las personas han emigrado de zonas rurales donde predominan los mestizos.

Tabla 4.- Distribución según la convivencia de los pacientes y centros de salud.

CONVIVENCIA	ESPOCH- LIZARZABURU		LICTO		TOTAL	%
	No	%	No	%		
Esposa/o	24	26,6	8	8,8	32	35,5
Hija/o	18	20,0	3	3,3	21	23,3
Otra persona	12	13,3	4	4,4	16	17,7
Sola/o	9	10,0	-	-	9	10,0
Esposo/a e hijo/s	12	13,3	-	-	12	13,3
TOTAL	75	83,3	15	16,6	90	100,0

Fuente: Encuestas

Podemos evidenciar que 32 pacientes (35.5%) manifestaron que viven con su esposo/a. Se ha demostrado que el recurso más importante que los adultos mayores valoran y añoran de su familia es el tiempo de convivencia; sin embargo, esto es lo que las familias de la vida moderna agitada valoran escasamente. La familia debe conocer los beneficios de convivir con los adultos mayores, de apoyarlos en sus necesidades, de brindarles afecto y comprensión para mantener su autoestima, fomentar el auto cuidado y con ello la salud.

Tabla5. Distribución según el estado de limitación para la actividad física y centros de salud.

GRUPO DE EDADES	ESPOCH-LIZARZABURU				LICTO				Total	%
	Poco	Medio	Bastante	Nada	Poco	Medio	Bastante	Nada		
	65 – 70	9	6	3	2	-	3	2		
71 -75	6	8	-	1	-	-	1	-	16	17,7
76 – 80	3	6	5	2	-	1	2	-	19	21,1
81 y mas	6	9	6	3	-	1	5	-	30	33,3
Total	24	29	14	8	-	5	10	-	90	100,0

Fuente: Encuestas

Podemos observar que los datos obtenidos en cuanto a la actividad física los pacientes encuestados refieren medianamente que tienen limitaciones para realizar este tipo de actividades, lo cual no tiene una demostración desde el punto de vista de los estudios de la HTA. Si tenemos que tener presente que a esta edad predominan las enfermedades osteodegenerativas que sí limitan la actividad de los adultos mayores.

Tabla 6. Distribución según el estado de limitaciones a la hora de realizar otro tipo de actividad y centros de salud.

GRUPO DE EDADES	ESPOCH-LIZARZABURU				LICTO				Total	%
	Poco	Medio	Bastante	Nada	Poco	Medio	Bastante	Nada		
65 -70	11	5	1	3	-	5	-	-	25	27,7
71-75	10	2	1	2	-	-	1	-	16	17,7
76-80	4	3	5	4	-	1	2	-	19	21,1
81 y +	11	6	4	3	-	3	3	-	30	33,3
Total	36	16	11	12	-	9	6	-	90	100,0

Fuente: Encuestas

De los datos obtenidos se evidencia que la mayoría de pacientes expresaron que la enfermedad que padecen causa poca limitaciones a la hora de realizar otras actividades, a pesar que los grupos que poseen mayor edad están más propensos a adquirir ciertos tipos de limitaciones físicas, pero provocadas en general por su avanzada edad. Solo cuando tienen complicaciones de la enfermedad que han dejado secuelas se pudiera limitar la actividad de este grupo de pacientes. Fisiológicamente existen cambios importantes en cuanto a la visión, la audición, la marcha, propio del envejecimiento.

Tabla 7. Distribución según la afectación a la hora del descanso y centros de salud.

GRUPO DE EDADES	ESPOCH-LIZARZABURU				LICTO				Total	%
	Poco	Medio	Bastante	Nada	Poco	Medio	Bastante	Nada		
65 a 70	3	7	1	9	3	1	1	-	25	27,7
71 a 75	8	2	1	4	-	-	1	-	16	17,7
76 a 80	2	5	3	6	-	3	-	-	19	21,1
81 y mas	4	8	5	7	3	2	1	-	30	33,3
Total	17	22	10	26	6	6	3	-	90	100

Fuente: Encuestas

Los pacientes encuestados supieron expresar que la enfermedad que padecen tiene un impacto mediano a la hora de descansar, cabe recalcar que el grupo considerable de población comentó que su enfermedad no afecta en nada su descanso.

DISCUSIÓN

En el presente capítulo describimos los resultados obtenidos en el estudio, al analizar las características sociodemográficas, clínicas y estilos de vida de los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en los centros de salud de Licto y Espoch-Lizarzaburu. En la tabla 1, la característica sociodemográfica que más llamó la atención en los resultados fue la de mayor prevalencia en adultos mayores de 81 años y más con una representación de 30 pacientes (33%). Estos datos difieren con otros estudios revisados. Por ejemplo González Popa y colaboradores ⁽¹⁹⁾ en un trabajo realizado donde se muestra una mayor representación en el grupo comprendido de 70 a 74 años. Aunque en otro de los consultados como es el caso de García- Castañeda y coautores ⁽¹⁹⁾ observaron en su investigación “Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor” que el grupo de mayor afectación fue el de (75 a 89 años), fueron los que más desarrollaron la hipertensión arterial, dato que coincide con lo encontrado en esta investigación.

En los datos de la tabla 2 teniendo en cuenta el sexo se obtuvo un predominio del femenino con 63 pacientes (70%). En otras investigaciones consultadas existe concordancia, por ejemplo Barceló Gómez y colaboradores ⁽²⁰⁾ en su estudio “Prevalencia de la hipertensión arterial en población laboral activa de las Illes Balears: desigualdades socioeconómicas y diferencias por sexo y edad” en donde manifiestan que en general, las mujeres frecuentan en mayor proporción las consultas médicas y, por tanto, están mejor controladas, así como el papel cardioprotector que ejercen los mecanismos hormonales en las mujeres hasta la menopausia. Esta tendencia varía a partir de los 64 años de edad, ya que las mujeres empiezan a tener mayor prevalencia de HTA que los hombres.

En cuanto a la etnia, el mayor porcentaje se encontró en la raza mestiza. Los datos obtenidos en el trabajo difieren con otros estudios revisados. En la investigación realizada por Freddie Hernández C ⁽²¹⁾ establece que la frecuencia de esta

enfermedad es mayor en individuos con color de la piel negra, con una mayor tendencia a las formas más graves de la enfermedad, complicaciones de índole vascular y muerte.

En cuanto a la convivencia se pudo evidenciar que 32 pacientes (35.5%) viven con su esposo/a. En una investigación realizada por Aguilar Hernández R, realizado con 96 binomios adulto mayor-familiar de convivencia aplicados mediante entrevista en los hogares, se determinó que el 32% vive con su esposo/a, mientras que el 68% convive con sus hijos u otro familiar.⁽²²⁾ en donde manifiestan que la etapa del adulto mayor constituye un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y en los subdesarrollados. Ya que en este grupo existe pérdida de la capacidad funcional, se devalúa la función social, familiar, se produce cierto aislamiento social, y además suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones. Es por ello que es importante el apoyo que reciben de familiares allegados, la educación y el adiestramiento que se les imparta ya que se ha convertido en uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento. Así podemos determinar que la convivencia es favorable para la salud porque hay un mayor control de las conductas de riesgo y así integrar las acciones de promoción y prevención en los hogares, orientadas a fortalecer la relación y desarrollar habilidad en la atención al adulto mayor.

En lo relacionado a la actividad física los pacientes encuestados refieren medianamente que tienen limitaciones para realizar este tipo de actividades, lo cual no tiene una demostración desde el punto de vista de los estudios de la HTA. Investigadores como Henry Rathschild define al envejecimiento como un deterioro progresivo de las funciones orgánicas del adulto, el cual es un limitante para realizar las actividades. Es por ello que en un congreso internacional en Chile explica que en este grupo de edad es importante la actividad física ya que contribuye en una mejora en la salud y calidad de vida contribuyendo a prevenir riesgo de caídas, fracturas y pérdida ósea, mediante el fortalecimiento de los huesos y músculos y la mejoría de la agilidad y flexibilidad, mejorando el

bienestar psicológico y permitiendo conservar las habilidades para una vida independiente y autónoma.

En cuanto al descanso los pacientes encuestados supieron expresar que la enfermedad que padecen tiene un impacto mediano a la hora de descansar. En un estudio realizado por González Pérez S, Argudín Martín A “Trastornos del sueño asociados a la hipertensión arterial” ⁽²⁰⁾ explica que si existe una relación entre los trastornos del sueño y la HTA en el mismo se aplicó una encuesta donde se recogen datos relacionados con los trastornos del sueño más frecuentes que presentaban los paciente donde resultó ser: el insomnio, el cual fue referido por los pacientes como el despertar frecuente durante la noche, dificultades para quedarse dormido así como un despertar precoz, la apnea del sueño, sensación de falta de aire al despertarse, sensación de fatiga y cansancio en la mañana acompañada de HTA. Así mismo el 18.9% no refieren dificultad para dormir.

Este estudio difiere con esta investigación, ya que los datos obtenidos reflejan que el impacto a la hora de descansar es mediano y no afecta su descanso.

CONCLUSIONES

- De las dimensiones clínicas encontradas en este estudio podemos destacar que la afección principal en los adultos mayores hipertensos es la cefalea, produciendo malestar, seguido de debilidad muscular que impide la realización de algunas actividades y por último algunos pacientes manifestaron que presentan visión borrosa acompañada de mareos en la mayoría de tiempo, siendo algunos de estos síntomas adjudicados a la edad avanzada de la población de estudio.
- Según las características sociodemográficas y clínicas identificadas se determinó que las mujeres predominan con un 70 % en la población hipertensa, la mayoría de pacientes se encuentran entre los 81 años y más (33,3), la mayor parte de pacientes 35,5 % viven con su pareja, el 90 % de los adultos mayores son mestizos y la limitación para actividades físicas y otras es poca y el descanso se afecta medianamente.
- Se elaboró una guía para el familiar del adulto mayor hipertenso, con la finalidad de mejorar el conocimiento en la práctica de hábitos saludables, cuyo resultado será el buen control de la enfermedad, manteniendo el estado de salud y de esta manera evitar las complicaciones de la hipertensión arterial.

RECOMENDACIONES

- Coordinar con el equipo de salud un seguimiento continuo a los pacientes adultos mayores hipertensos que se encuentren en riesgo de complicaciones, mediante visitas domiciliarias, incluyendo la guía para el familiar del adulto mayor hipertenso presentada en esta investigación para mantener el estado de salud del paciente.
- Fomentar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables, orientadas a la familia de los pacientes para evitar complicaciones causadas por la enfermedad.
- Se recomienda a la carrera de Enfermería, mediante los estudiantes de la carrera, continuar con esta investigación y aplicar la guía propuesta, para luego evaluar los resultados que se obtengan.
- Se recomienda a los familiares de los adultos mayores hipertensos, utilizar la guía propuesta, para conocer más acerca de los cuidados que necesita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos. VDatos. [Online].; 2014 [cited 17 Junio 7. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [Online].; 2013 [cited 2017 Junio 19. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. [Online].; 2015 [cited 2017 Junio 23. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>.
4. Llanes Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 Feb [citado 2017 Ago 08]; 14(1): 89-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100013&lng=es.
5. González-Popa M, González-Rodríguez M, Toirac-Castellano Y, Milanés-Pérez J. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014. MULTIMED Revista Médica Granma [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Ago 8]; 19(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/366>.
6. Modelo de atención integral de salud 2012
7. Bertachini LPyL. NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. Scielo. 2006 Jan; 12(2).
8. Solares DAL. <http://biblio.upmx.mx>. [Online].; 2017 [cited 2017 06 01. Available from: <http://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/ortotanasia025.asp>.
9. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>. sld.cu. [Online].; 2017 [cited 2017 06 01. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>.
10. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf. <http://catarina.udlap.mx>. [Online].; 2017 [cited 2017 06 01.

Available from:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.

11. Salud OMdl. Envejecimiento y Salud. Centro de Prensa. 2015 Septiembre; 404(1).
12. Quintanilla López D, Recuerdo sin límite. [cited 2017 Julio 22] Disponible en: <http://recuerdosinlimite.weebly.com/definicion-de-adulto-mayor.html>
13. Parapi P Dora S ; Paguay T Mónica P; Quito T María N. Universidad de Cuenca. Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial. Disponible en : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20570/1/TESIS.pdf>
14. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión arterial, guía de diagnóstico y manejo. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
15. Megret Caballero A- Naranjo Arroyo M. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Scielo [Internet] 2012 [citado Enero-Marzo 2012]; 18(1):1- 5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008
- 15- Henry Rathschild P, incidencia de la actividad física en el adulto mayor. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 2017. en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54221979001>. Fecha de consulta: 9 de agosto de 2017
- 16- Salinas C Judith, Bello S Magdalena, Flores C Alvaro, Carbullanca L Leandro, Torres G Mónica. Actividad física integral con adultos y adultos mayores en Chile: resultados de un programa piloto. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Ago. 09]; 32(3): 215-224. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182005000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182005000300006>.

- 17- González Pérez Surama, Argudín Martín Alina de la C. Trastornos del sueño asociados a la hipertensión arterial. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Ago 09]; 13(1): 90-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100011&lng
- 18- Fundación Colombiana de Hipertensión Pulmonar. Educación del paciente 2013 [citado 10 agosto 2017]
- 19- Hernández Cisneros F, Mena Lima AM, Rivero Sánchez M, Serrano González A. Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 Abr [citado 2017 Ago 09] ; 12(2): 145-149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251996000200007&lng=es.
- 20- Caudales-Pérez E, Acosta-Hosman J, Palacios-Gainza A, Castillo-Guzmán A, García-Barreto D. Prevalencia de hipertensión: raza y nivel educacional. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [revista en Internet]. 2014
- 21- García-Castañeda N, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A y Garzón-Duque M. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión Revista Colombiana de Cardiología, 2016-11-01, Vol 23, N.6, Pgs.528-534
- 22- Barcelo Gomez M- Lopez Leiva M. Prevalencia de la hipertensión arterial en población laboral activa de las Illes Balears: desigualdades socioeconómicas y diferencias por sexo y edad. MEDICINABALEAR. 2015; 30 (3): 19-24 [citado 2017 Ago 9]; 12(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/43>

ANEXOS

ANEXO 1.- ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES

De: C. Peñacoba 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 práctica: _____	
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: Sí ___ No _____
¿Con quién vive Ud? _____	
Ud padece de: Presión Alta: _____	Diabetes: _____ Enfermedades del corazón: _____ Sobrepeso: _____
Cáncer: Si ___ NO: ___ ¿Dónde?: _____	
Consecuencias de la enfermedad: Sí ___ NO ___ ¿Cuáles? _____	
Padece de otras enfermedades: Si ___ NO: ___ ¿Cuáles? _____	
Capacidades especiales: Sí ___ No _____	
Ud consume: Tabaco: ___ Alcohol: ___ Café: ___ Ninguno: _____	

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVS-P)

De: C. Peñacoba y cols., 2004 – Adaptado por K- Figueredo, 2008, 2017 – 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 2.- 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 que permita el 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 éste 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 3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CARRERA DE ENFERMERÍA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nro.	Actividades	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				OBSERVACIONES
		2017				2017				2017				2017				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Participación en actividades teóricas, tutorías y aprendizaje autónomo para el desarrollo del proyecto de investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
2	Oficio al Director de Carrera, solicitando la aprobación del tema de investigación y la asignación de un tutor.		■															
3	Notificación por la Dirección de la carrera de la aprobación del tema y designación del tutor y dos miembros más para conformar el tribunal para la defensa final.			■														
4	Elaboración del perfil de proyecto, cumpliendo con las normas de presentación del Reglamento de Régimen Académico.				■	■												
5	Entrega del perfil del proyecto de investigación con un oficio dirigido al Director de Carrera, solicitando su aprobación.						■											
6	Notificación por la Dirección de Carrera, de la aprobación del perfil de proyecto.						■	■										
7	Ejecución del proyecto de investigación y procesamiento de datos.							■	■	■								
8	Elaboración del informe final de investigación, cumpliendo con las normas de presentación del Reglamento de Régimen Académico.									■	■							
9	Presentación del informe final de investigación en tres anillados, al tutor y miembros del Tribunal, para su revisión, autorización y sustentación del mismo.											■						
10	Correcciones a las sugerencias realizadas y remitir nuevamente al tutor y miembros del tribunal para la obtención del dictamen de conformidad.											■	■					
11	Solicitud al Decano de la Facultad se fije fecha y hora para la defensa del Proyecto de Investigación.												■					
12	Defensa del Proyecto de Investigación													■	■			

ANEXO 4.- APLICACIÓN DE LA ESCALA DE VIDA Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE







**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CHIMBORAZO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

LA HIPERTENSIÓN



**GUÍA PARA EL FAMILIAR DEL ADULTO
MAYOR HIPERTENSO**

RIOBAMBA 2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

GUÍA PARA EL FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO

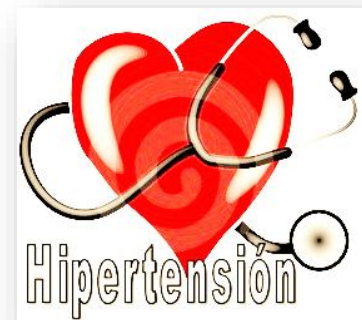
AUTORAS:

Arias Ortiz Mayra Elisa

Verdezoto Castro Karina Elizabeth

Tutora:

Dra. Eida Ortiz Zayas



RIOBAMBA 2017



PRÓLOGO

La presente guía está dirigida al adulto mayor y el apoyo familiar en el proceso de la enfermedad e inicia con conceptos claves y sencillos.

El envejecimiento es un proceso natural que se produce a través del el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, se ha comprobado que depende de los estilos de vida que han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta, las cuales influyen en una vejez satisfactoria o no.

La hipertensión es un problema que afecta a la población de una manera silenciosa y letal. Además constituye factor de riesgo para otras enfermedades frecuentes a nivel mundial, como las cardiovasculares. Entre la población afectada se destacan los adultos mayores, que no tienen acceso suficiente a la información necesaria para controlar o prevenir la enfermedad.

Por tal motivo se presenta la guía de cuidados que proporciona la información necesaria a la familia, acerca de los cuidados que necesita del adulto mayor hipertenso.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- ❖ Proporcionar información básica al familiar del adulto mayor hipertenso, sobre los cuidados que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del enfermo.

Objetivos específicos:

- ❖ Involucrar al familiar en los cuidados del adulto mayor mejorando la convivencia o el acompañamiento.
- ❖ Promocionar hábitos saludables relacionados con la alimentación adecuada, actividad, ejercicio, controles permanentes y régimen terapéutico.

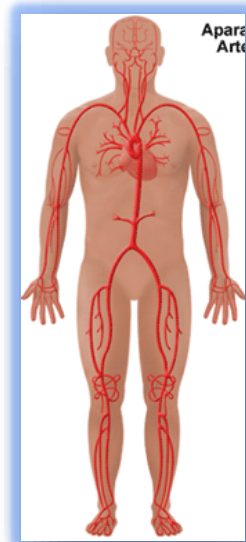


¿QUÉ ES LA PRESIÓN ARTERIAL?

Es la fuerza que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión permite que la sangre circule por los vasos sanguíneos y aporte oxígeno y nutrientes a todos los órganos para su funcionamiento ⁽¹⁾.



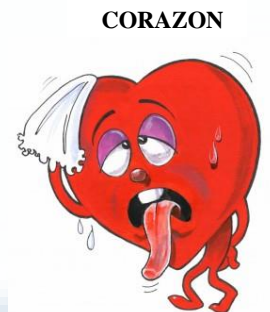
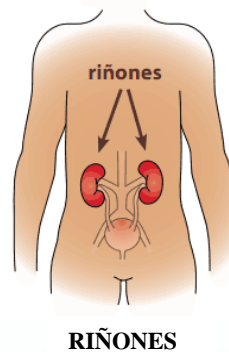
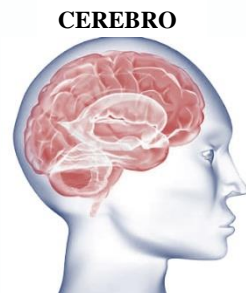
Gráfico 1 Paciente hipertenso



¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Se la conoce como presión arterial alta, es la sangre que corre a través de las arterias lo hace con demasiada fuerza y ejerce presión sobre sus paredes

Se la considera el “**ASESINO SILENCIOSO**” porque va dañando distintos órganos como:





CAUSAS

EDAD → La presión aumenta a medida que la persona envejece



RAZA → En la raza



SEXO → Después de los 60 años mayor predisposición en las mujeres por caída hormonal (menopausia)



HERENCIA → Padres hipertensos, hijos hipertensos



OBESIDAD →
 300 Calorías
 150 Calorías
 300 Calorías
 350 Calorías



CONSUMO EXCESIVO DE SAL → STOP



TABACO Y →



Gráfico 2 Causas de la hipertensión



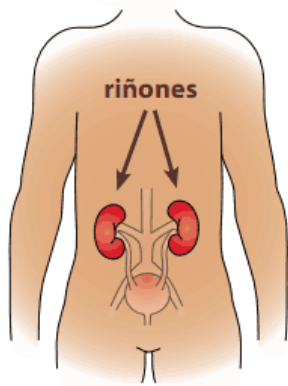
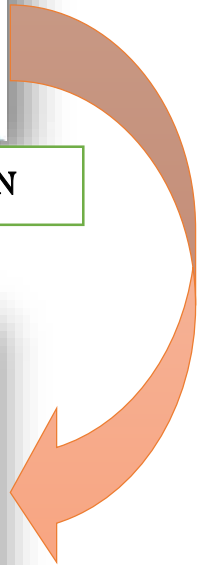
COMPLICACIONES



DERRAME CEREBRAL



PROBLEMAS AL CORAZÓN



PROBLEMAS AL RIÑÓN



PROBLEMAS A LA VISTA

Gráfico 3 Complicaciones de la hipertensión



SÍNTOMAS

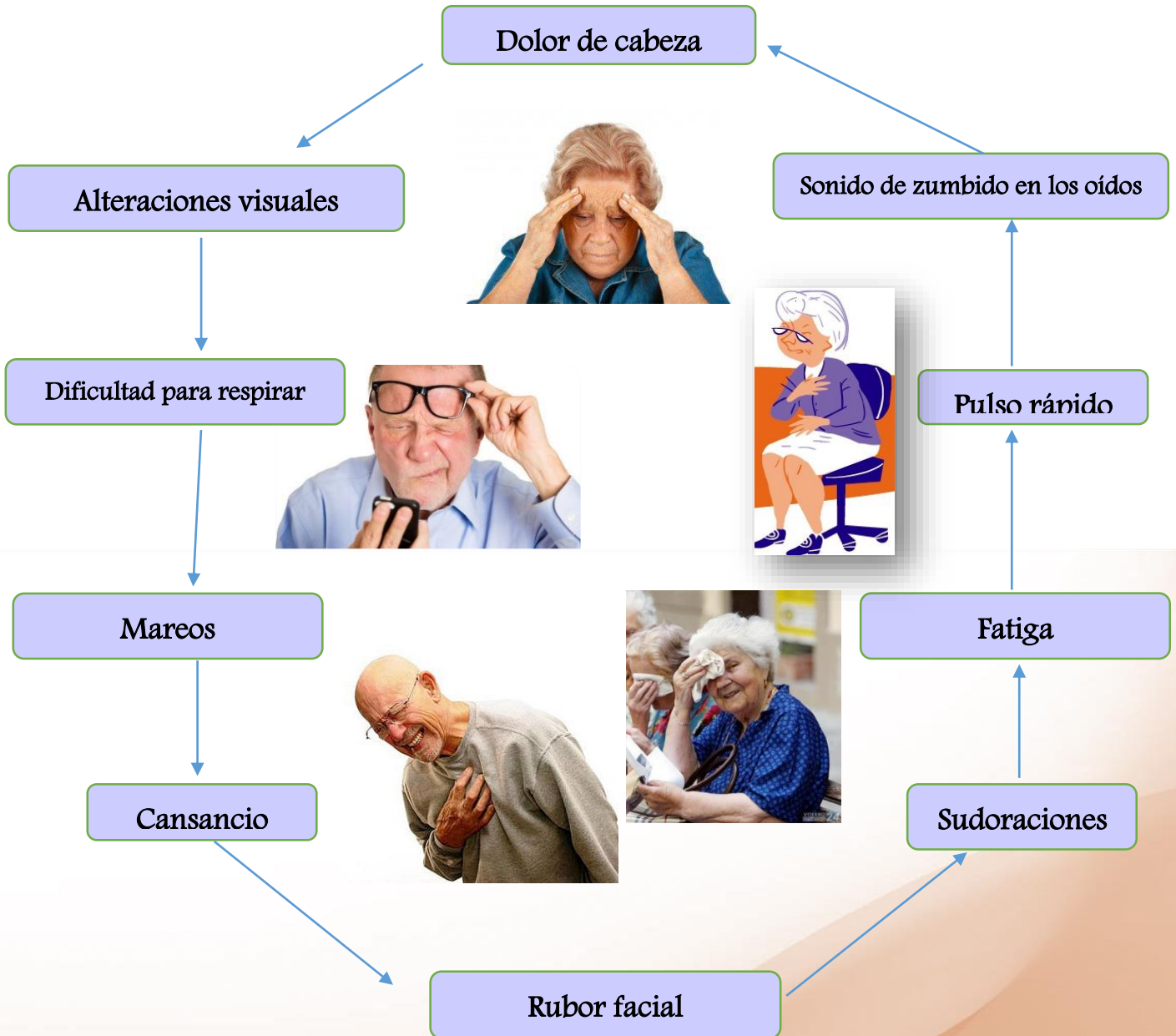


Gráfico 4 Síntomas de la hipertensión



ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- DIETA
- EJERCICIO
- CONTROLES PERMANENTES
- MEJORAR EL SUEÑO
- RÉGIMEN TERAPÉUTICO



Gráfico 5 Estilos de vida saludables



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La alimentación es la que aporta todos los nutrientes esenciales y energía que cada persona necesita para mantenerse sana.

El beneficio principal de una alimentación adecuada es la disminución de la presión arterial y el control de peso, todo esto es posible con el apoyo familiar del paciente adulto mayor hipertenso.





FRUTAS Y VERDURAS

Ayudan a protegernos de enfermedades como el cáncer.



CEREALES, GRANOS Y LEGUMINOSAS

Cereales (avena, trigo, cebada, etc.) y granos (maíz, arroz, etc.) Se deben consumir de tipo integral, Son fuente de energía



CARNES



Se debe consumir en cantidades moderadas, debido a que contienen grasas, que a lo largo del tiempo pueden dañar el corazón, y pueden provocar obesidad.



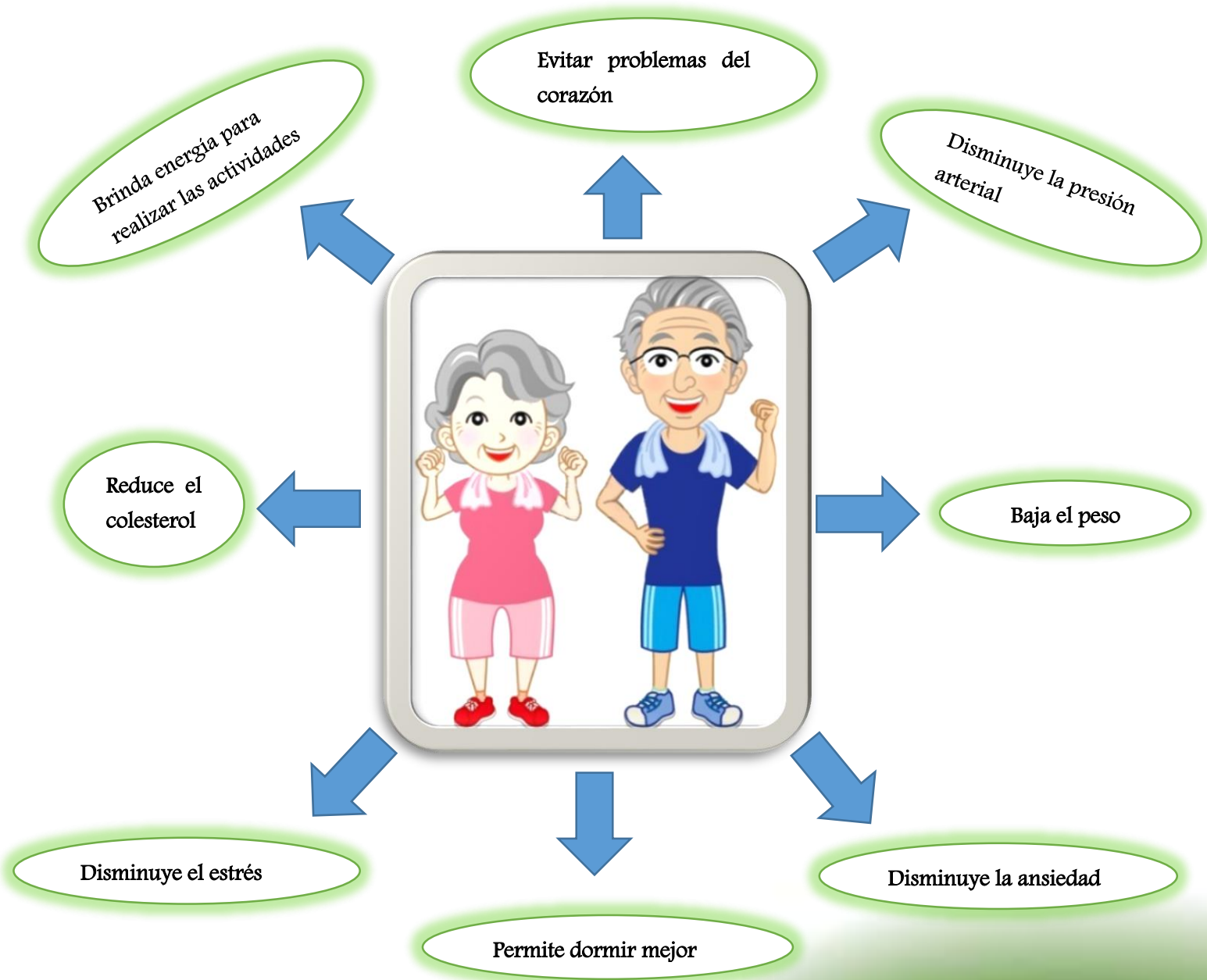
ACTIVIDADES DIARIAS

Debemos entender que en el adulto mayor predominan las enfermedades como artritis, artrosis, osteoporosis, etc. que limitan realizar de actividades. Es por ello, que los familiares o persona cercana de este grupo de edad deben contribuir en las actividades diarias. Como son:





EJERCICIO FÍSICO





RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Debemos comprender que el envejecimiento produce cambios en la mente, como debilidad en la atención, dificultad al recordar cuando y que medicación tomar o donde guarda los medicamentos prescritos por el médico.

El familiar juega un papel importante, colaborando de la siguiente manera.



Realizar un horario fijo explicando que medicación toma, a qué hora lo realiza y pegarlo en un lugar



Insistir con mucho amor al adulto mayor y ayudarlo que siga las instrucciones del medicamento al pie de la letra



Organizar los medicamentos para facilitar su localización, identificación y administración revisándolos periódicamente y descartar que están vencidos.

Llevarlo a los controles médicos



SUEÑO- DESCANSO

Dormir lo suficiente (7-8 horas) brinda al cuerpo excelente beneficios como reducir problemas al corazón, combatir el estrés, provocar bienestar.

El familiar ayuda de la siguiente manera:

Establecer un horario fijo para acostarse y levantarse

Evitar el café y el tabaco cerca de las horas de dormir porque son estimulantes y alteran el

De preferencia, tome líquidos hasta dos o tres horas antes de dormir, para evitar levantarse a orinar.



Evite dormir durante el día de manera excesiva

El cuarto para dormir debe estar a una temperatura adecuada y libre de ruidos.



EL ADULTO MAYOR



Veamos en cada una de sus canas, de sus arrugas una experiencia vivida.

No los despreciemos por lo que ya no pueden hacer.

Venerémoslos más bien por lo que hicieron, mimémosles, consintámosles y respetemos sus decisiones, recordemos que todos llevamos un niño en el interior.

Integrémosles al núcleo familiar, respetando sus conversaciones. Recordemos que nosotros algún día vamos a llegar a ser un adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pablo Álvarez Yáñez y Colaboradores; Ministerio de salud pública; Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores [Internet]. Quito-Ecuador; Mayo 2010 [citado 12 agosto 2017]. Disponible en: <http://dspace.cedia.org.ec/bitstream/123456789/697/1/adulto%20mayor.pdf>
- Becoña. I. & Oblitas, L. (2011). Promoción de estilos de vida saludables. International. México: Thomson Editors [citado 12 agosto 2017]. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaPacientesHTA.pdf>
- Pablo Álvarez Yáñez, Diego Martínez Padilla; MSP: Guías Clínicas Gerontología -Geríátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor; Quito-Septiembre 2008

